

CAPÍTULO 6

EXPERIENCIA DE TRABAJO DE LOS COLECTIVOS. IMPORTANCIA DE LA MEDIACIÓN CULTURAL EN LA PREVENCIÓN DEL VIH Y ETS

6.1. Programas de salud comunitaria adaptados culturalmente para población inmigrante

Marisa Ros. UNIDAD DE ENFERMEDADES TROPICALES E IMPORTADAS Y VACUNACIÓN INTERNACIONAL. CENTRO DRASSANES. BARCELONA

Este Programa de Salud Comunitaria se está desarrollando desde 1994 de forma conjunta entre la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas de la DAP Ciutat Vella (I.C.S.) y la Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado. Para enmarcar estos programas, exponemos a continuación, de forma breve, la evolución realizada por la Unidad de Enfermedades Tropicales desde su creación; como a partir de aquí surgen los programas de Salud Comunitaria y cual ha sido la evolución de estos últimos cinco años.

En el año 1985, fue creada la Unidad de Enfermedades Tropicales en el antiguo *Centro Diagnostico Atarazanas*. En aquel momento, la principal población atendida estaba formada por emigrantes españoles, fundamentalmente de Cataluña, (trabajadores de empresas españolas, religiosos/as misioneros, miembros de la cooperación española...) que regresaban de países tropicales con patologías importadas. Durante esta década se fueron incorporando paulatinamente casos de inmigrantes que también presentaban estas patologías, destacando de forma significativa los originarios de Guinea Ecuatorial.

Entre los años 1986 y 1993 se había producido un incremento en el número de demandas de asilo político que llegaban a ACSAR. En esta época, la Asociación catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado comienza a derivar refugiados a la Unidad de Tropical para que se les de una atención y se haga el reconocimiento médico necesario para obtener el certificado médico necesario para tramitar la demanda de asilo político. Este aumento en el número de demandas de asilo coincide a finales de los años ochenta y principios de los años noventa, con un aumento muy importante del número de inmigrantes que llegan a Cataluña. Este aumento supuso un fuerte incremento en el número de visitas realizadas a inmigrantes en la Unidad de Enfermedades Tropicales e Importadas así como un aumento en el número de derivaciones hechas desde ACSAR.

Durante estos años se vio la necesidad de realizar una serie de adaptaciones en el servicio asistencial de la Unidad para poder atender de forma adecuada a esta población. Parte de esta adaptación se encuentra dentro del plan de la asistencia que se daba en la Unidad e incluía aspectos que iban desde la atención garantizada independientemente de la situación administrativa de los pacientes hasta otros temas como la atención en diferentes idiomas. La experiencia de trabajo del personal de la Unidad en los países de origen de los pacientes fue, además, clave para tener en cuenta aspectos de índole cultural que pudiesen afectar a la comprensión de la problemática de los pacientes.

Dentro de las necesidades que se detectaron desde la Unidad destacaba la falta de información que al respecto del VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis u otras enfermedades transmisibles, presentaban las personas que eran atendidas. Al mismo tiempo, la información al respecto de estas enfermedades que se encontraba disponible estaba dirigida a la población catalana o española, y no tenía en cuenta las posibles diferencias culturales. También se constató que los inmigrantes se encontraban con dificultades a la hora de acceder a los servicios de salud, tanto por causas administrativas como por encontrarse delante de un sistema de salud muy formalizado y alejado de las experiencias previas que tenían de los países de origen.

Para responder a estas necesidades detectadas, el personal de la Unidad de Enfermedades Tropicales comenzó a asumir tareas de información sanitaria sobre enfermedades transmisibles haciendo especial énfasis en la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA y la hepatitis. A raíz de esto se fue contactando con otros profesionales para poder aplicar estrategias que estuviesen funcionando en otros servicios de salud. Cabe destacar en este punto la importancia que tuvo contactar el año 1992 con la red europea *AIDS & Mobility* formada por profesionales que trabajan en temas relacionados con la prevención de SIDA con inmigrantes y minorías étnicas.

En 1994 se hizo el primer programa de formación de agentes de salud para que estos actuasen como puente entre los colectivos inmigrantes y la Unidad de Enfermedades Tropicales y fuesen los encargados de transmitir la información de salud.

Después de esta experiencia, se decidió poner en marcha entre la Unidad de Enfermedades Tropicales y ACSAR un programa conjunto de *información sanitaria culturalmente adaptada sobre enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles*.

Este acuerdo hizo posible acceder a financiación externa mediante subvenciones y dio pie a que el año 1995 el Programa de Prevención y asistencia del SIDA de la Generalitat de Catalunya subvencionará la primera edición de este programa. Este soporte del Programa SIDA ha continuado y se ha ampliado a lo largo de estos cinco años.

Desde 1994 los programas de salud comunitaria se han ido ampliando a medida que aumentaban las necesidades. Se han diseñado acciones específicas según los rasgos diferenciales de las diversas comunidades y se han realizado tareas de soporte y formación a otros profesionales.

Para aumentar la efectividad de las acciones se procuró implicar desde un principio a los propios inmigrantes en los diseños de las acciones para poder así responder a sus necesidades. Esta línea de trabajo ha ido aumentando hasta hoy. En la actualidad, se está trabajando no solamente en emprender iniciativas de nuestra Unidad, sino para poder dar soporte y potenciar iniciativas de salud iniciadas desde las propias comunidades para que estas tengan un papel más activo en su salud. Hay que destacar en este apartado el soporte a la creación de la asociación AMAM que trabaja para la sensibilización contra las mutilaciones genitales femeninas.

Entre los años 1994 y 1998, el personal de la Unidad de Tropical combinaba el trabajo de salud comunitaria con las tareas de trabajo asistencial de la Unidad. Desde 1999 la Unidad de Tropical tiene asignado un personal específico así como un circuito diferenciado.

En la actualidad, el circuito de salud comunitaria cuenta con 13 agentes de salud, un equipo de coordinación formado por tres profesionales y un equipo de colaboradores externos variable según las necesidades. Se está trabajando con inmigrantes originarios de África sub-sahariana (Guinea Ecuatorial, Senegal, Gambia); del Norte de África (Marruecos y Argelia); del sud-este asiático (Pakistán); de Latinoamérica (Colombia, Ecuador) y de Europa del Este. Existen tres

programas principales con financiación propio dirigidos a inmigrantes recién llegados, a mujeres de África subsahariana y a jóvenes inmigrantes. Estos programas trabajan mediante acciones individualizadas de «counseling» (consejo asistido) e información individual, y mediante sesiones de información con grupos hechas en castellano, inglés, francés, árabe, urdu, wolof, servo-croata y ruso.

Durante estos cinco años, el programa de salud comunitaria ha realizado 542 «counseling» (consejo asistido) individualizados, 304 sesiones de información sanitaria con grupos de inmigrantes y refugiados de diferentes comunidades y ha dispensado 6.000 preservativos desde 1997. Desde la Unidad se ha formado a 20 agentes de salud que han trabajado a la Unidad (13 aunque continúan trabajando). Paralelamente, se ha hecho formación de diferentes profesionales del ámbito sanitario y socio-educativo y se han organizado foros de debate para a inmigrantes y profesionales de estos ámbitos. Hay que añadir, también, que para poder desarrollar la tarea de forma más apropiada, se han desarrollado materiales específicos de soporte a las intervenciones como pueden ser cassettes, vídeos, juegos, trípticos y manuales de formación y se ha dado soporte técnico a otros organismos o entidades que los estaban desarrollando.

Esta línea de trabajo se pretende que continúe durante los próximos años, consolidando la situación del equipo de salud comunitaria y trabajando para ampliar los conocimientos sobre los problemas de salud de las comunidades, así como para encontrar estrategias y colaboraciones que nos ayuden a superarlos.

6.2. La mediación sanitaria con población extranjera: Escuela de Mediadores Sociales para la Inmigración

Ali Kadhim Qassim. ESCUELA DE MEDIADORES SOCIALES PARA LA INMIGRACIÓN. MADRID

Desde hace tiempo, se viene incidiendo en los cambios sociales que están ocurriendo en la sociedad española y madrileña motivados por los continuos y crecientes flujos migratorios. Estos cambios obligan a todos los estamentos sociales e instituciones a adaptar sus objetivos y metodología de trabajo a las necesidades de esta nueva sociedad.

En lo que concierne a la salud, queremos empezar intentando enumerar los elementos o factores que condicionan o dificultan la plena integración de los inmigrantes en el sistema sanitario español:

- Aspectos legales: Aunque la reformada Ley de Extranjería ha significado un avance, todavía persisten unas bolsas de inmigrantes que no tienen acceso a la tarjeta sanitaria.
- Desconocimiento del idioma: En líneas generales, el conocimiento del español es bajo y se circunscribe a otros campos (especialmente el laboral). Hay que tener en cuenta que desenvolverse en el ámbito sanitario requiere un nivel bastante alto de español.
- Desconocimiento del sistema sanitario y de su funcionamiento: Muchos mecanismos como es la cita previa, las derivaciones, los volantes, etc. son poco o nada habituales a muchos inmigrantes.
- Aspectos culturales: Se refiere a la concepción de la salud y la enfermedad, comunicación, aspectos religiosos, cuestiones de género, hábitos y costumbres, alimentación, higiene, etc.
- Condiciones económicas y de vida: La pobreza y las condiciones de trabajo y vivienda inciden de forma directa en el estado de salud.
- Desarraigo y aspectos emocionales: El desarraigo, la ruptura y separación familiar junto a la precariedad legal y falta de perspectivas de futuro crean malestar y tensiones psicosociales que afectan al estado de la salud

Todas estas barreras, hacen imprescindible que las autoridades sanitarias deban considerar estos aspectos a la hora de perseguir la integración de los distintos colectivos inmigrantes en el sistema sanitario. Por ello, es de vital importancia la formación del personal sanitario (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, gestores, etc.) en estas cuestiones como una forma de sensibilización y para asegurar una mejor atención a esta población. También, es muy importante la formación en medicina y enfermedades tropicales para todo el personal sanitario que trabaja con inmigrantes

Con todo esto, queremos resaltar que las acciones que habría que tomar para asegurar la plena integración de los inmigrantes en el sistema sanitario español son bidireccionales. Por una parte, una adaptación de los recursos sanitarios a las necesidades específicas de los inmigrantes y una mayor formación y sensibilización del personal sanitario. Por otra parte se trata de informar a la población inmigrante de las posibilidades y mecanismos del sistema sanitario español y, en definitiva, conciliar las condiciones de vida de los inmigrantes y su cultura con éste.

La consideración de la cultura es muy importante, ya que la concepción de la salud y de la enfermedad no son universales, sino que varían de una cultura a otra. Las manifestaciones de la enfermedad, ¿cómo expresarlo? ¿cuándo acudir a un médico?, el tratamiento a seguir, la alimentación, la higiene, etc. son elementos humanos y culturales que habría que tener en cuenta en los programas de atención sanitaria a la población extranjera. También hay que considerar muchas normas sociales y religiosas que orientan y condicionan el acceso y el seguimiento del tratamiento médico por parte de las distintas comunidades inmigrantes.

Dentro de los aspectos culturales, merecen una especial mención las cuestiones de género que impiden el acceso de la población inmigrante (especialmente las mujeres) a los recursos sanitarios en algunos casos, pero que condicionan la comunicación y la relación médico-paciente en muchos más casos. Por último, apuntar a la diversa importancia y el arraigo de la medicina tradicional de las distintas culturas y a la necesidad de conciliarlas con la medicina moderna.

Otro aspecto a considerar, es la necesidad de incorporar un apoyo a la labor médica fuera de los centros sanitarios. Todos los estudios han coincidido en la falta de seguimiento y la interrupción del tratamiento como una de las barreras que dificultan la integración de los inmigrantes en el sistema sanitario. Con esto se podrá conseguir una mayor dinamización y sensibilización de la población inmigrante acerca de cuestiones, oferta y recursos sanitarios.

En esta dinamización o sensibilización, son esenciales los programas de prevención y educación para la salud dirigidos a la población extranjera. Estos deben recoger las cuestiones culturales, condiciones de vida u otras barreras que puedan condicionar el acceso de los inmigrantes al sistema sanitario. También sería necesario acercar estos programas a los espacios donde se concentran los inmigrantes (centros de trabajo, viviendas, etc.) para asegurar su acceso a estos programas.

Por lo anteriormente expuesto, sería interesante facilitar una conexión o mediación entre los centros sanitarios y su profesionales (médicos, enfermeros, trabajadores sociales), y la población inmigrante. Con esta mediación se podrá paliar muchas de las barreras que dificultan la plena integración de los inmigrantes en el sistema sanitario. Para poder realizar esta función, sería imprescindible:

- Un conocimiento profundo de los distintos colectivos inmigrantes y de sus características y condiciones de vida. Todo esto en la zona del centro sanitario de referencia.
- Un dominio de la cultura de acogida y de las culturas de origen. También es necesario poseer conocimientos de los otros idiomas más hablados por la población inmigrante.
- Unas nociones básicas de medicina y de hábitos y costumbres tanto de la población inmigrante como de la sociedad de acogida. (Alimentación, higiene, sexualidad, etc.) También son imprescindibles los conocimientos de recursos tanto sanitarios como de otros ámbitos.

Esta línea de trabajo que planteamos ha sido llevada a cabo en otros campos sociales con resultados muy positivos. Por lo tanto, consideramos necesario que las autoridades y los agentes sanitarios reflexionen sobre las posibilidades que ofrece la Mediación Sociosanitaria con población inmigrante. Aunque advertimos que esta medida en sí no es suficiente, sino que tiene que ser complementada por otras.

6.3. Trabajar en prevención del VIH con Comunidades de Inmigrantes desde la base: la experiencia sueca.

Mariana Buzzaglo. FOLKHAUSINSTITUTET-INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA. ESTOCOLMO-SUECIA

Cuando los primeros casos de VIH/SIDA se presentaron en Suecia, el país ya estaba preparado para combatirlo. Suecia tenía una larga tradición de información y educación sexual escolar obligatoria¹; un buen nivel educacional de la población y un buen servicio de salud. Además, se había trabajado intensamente para disminuir otras enfermedades transmitidas sexualmente como la gonorrea y la Clamidia. Esta fue una buena base para poder movilizar a la población en la lucha contra el VIH/SIDA en los años 80.

La ONG sueca que trabaja por los derechos de los homosexuales y otras ONGs ligadas al tema de la sexualidad se comprometieron desde muy temprano a hacer frente a la posible epidemia de SIDA en Suecia. Además de contar con un apoyo legal para todo trabajo de prevención (ley de protección contra enfermedades infecciosas) partiendo de una base por la igualdad entre hombres y mujeres y por la igualdad del derecho a la salud entre los distintos grupos sociales, se contó desde un comienzo con un gran apoyo financiero por parte del gobierno nacional que destinó una gran suma de dinero para la prevención del VIH/SIDA. Se realizaron campañas de información dirigidas a la población en general, a jóvenes, homosexuales y usuarios de drogas por vía parenteral. La información se realizó a través de los distintos medios de comunicación como la radio y la televisión. También se integraron dentro de la enseñanza escolar cursos específicos sobre el VIH/SIDA y se destacó la importancia del uso del preservativo; informando sobre el sexo más seguro. Se dieron cursos específicos para los maestros y para distintos grupos de profesionales dentro del área de la salud; se realizaron conferencias nacionales, regionales y locales sobre la sexualidad, convivencia, homosexualidad, drogadicción y naturalmente sobre el VIH/SIDA. Además, se imprimieron folletos especiales sobre prevención del VIH/SIDA, y para aquellos que ya estuvieran contagiados, folletos sobre el sexo más seguro, de como vivir con el VIH/SIDA y a dónde podían dirigirse para participar en grupos de apoyo. Así fue como surgieron otras ONG formadas por las personas ya contagiadas por el virus y/o los familiares de las mismas. En algunos municipios por iniciativa de las ONG o de las organizaciones gubernamentales, comenzaron a surgir distintos proyectos de información para la prevención del VIH/SIDA.

Al comienzo, los casos de VIH/SIDA se presentaron sobre todo en dos grupos: el de los homosexuales y el de los drogadictos. En los años 1987-88 se observó que en el grupo de inmigrantes, homo y heterosexuales, la cantidad de casos de contagio por el VIH había aumentado considerablemente². Pese a que se había publicado un librito sobre las enfermedades transmitidas sexualmente en 11 idiomas que se había distribuido en todas las escuelas, hospitales,

¹ En Suecia hay una actitud muy liberal hacia la sexualidad. Desde el año 1955 se imparte educación sexual en las escuelas. Desde el primer año escolar hasta finalizar el ciclo elemental. Algunos de los temas como sexualidad y convivencia, métodos anticonceptivos, enfermedades transmitidas sexualmente, homosexualidad son enseñados y discutidos durante los primeros nueve años escolares.

² Los inmigrantes constituyen alrededor del 10% de la población sueca, una tercera parte proviene de países fuera de Europa.

campamentos de refugiados, consultorios para jóvenes³ (todos los sitios donde los inmigrantes tenían contacto), se percibió que el aparato de salud sueco necesitaba ayuda para poder informar a este grupo.

El grupo de inmigrantes es heterogéneo; no solo porque provienen de distintos continentes y países sino también porque tienen diferentes niveles educacionales y religiones. La barrera del idioma y la adaptación de la información teniendo en cuenta la cultura de los inmigrantes fue el primer obstáculo en la información sobre el VIH/SIDA. Hablar sobre el VIH, su forma de contagio, implica hablar sobre la conducta sexual, es decir sobre algo «privado» del individuo: su sexualidad. No existe algo que esté tan fuertemente condicionado por la cultura como la sexualidad.

Algunos grupos de inmigrantes se sintieron partícipes de la información masiva que se les brindó, esto ocurrió sobre todo en las ONG de inmigrantes que desde hacia años participaban en todos los asuntos que estaban ligados a la situación social y laboral del inmigrante, entre ellos el tema salud. Estas organizaciones no sólo participaron activamente en las campañas gubernamentales sino que iniciaron sus propios proyectos de información y utilizaron sus programas televisivos y radiofónicos para darle una mayor difusión. El problema se presentó cuando se observó que el VIH había aumentado sobre todo en el grupo de inmigrantes provenientes de los países africanos, ya que en este grupo no existía una tradición de información como la que existía en los otros grupos de inmigrantes.

Al ingresar en Suecia, a todos los solicitantes de asilo se les ofrece un control médico, y se les informa sobre el VIH/SIDA. El aumento de casos de VIH en la población inmigrante fue debido a que una parte de los solicitantes de asilo estaban contagiados de VIH a su llegada y algunos de ellos ya tenía SIDA. El equipo sueco de salud debía informales sobre el uso del preservativo, sexualidad más segura, la ley de protección contra las enfermedades infecciosas y también proporcionar apoyo psicológico a quienes lo solicitaran. Se pudo entonces observar que muchos de los solicitantes de asilo nunca habían recibido información sobre las vías de contagio del VIH, ni tampoco habían usado preservativo. Otro problema que se presentó fue la situación de los inmigrantes que llegaban a Suecia como «reunificación familiar» y las personas que entraban clandestinamente. Para poder tratar estos temas era necesario entablar un dialogo.

¿Cómo iniciarlo cuando cada cultura tiene aquello sobre lo cual es permitido hablar y aquello que es tabú? ¿Cómo poder hablar sobre todos los temas ligados a la sexualidad, cómo se podía comenzar a trabajar en la prevención del VIH/SIDA con estos grupos de inmigrantes?

En 1987 no existían ONGs de inmigrantes africanos que tuvieran una cantidad representativa de miembros, y las contadas organizaciones que había eran de tipo cultural.

El punto de partida para el trabajo de prevención del VIH/SIDA estuvo basado en principios éticos y de derechos humanos:

- Todo individuo que vive en Suecia tiene derecho al conocimiento necesario para evitar el contagio del VIH. Esto significa que todos los recursos deben adaptarse a la capacidad de los diferentes grupos o individuos para que ellos puedan adquirir esos conocimientos.
- Todas las personas que viven en Suecia tienen el mismo derecho a recibir información o tratamiento. El desconocimiento del idioma sueco no debe ser un impedimento para obtener información sobre el VIH/SIDA.
- Si la persona cuenta con un buen conocimiento sobre el VIH/SIDA se brinda a ella la posibilidad de hacer su propia elección es decir, cuáles son los riesgos a los cuales se expone.

³ Allí se pueden dirigir todos los jóvenes hasta los 25 años de edad si tienen preguntas sobre las ETS, pruebas de embarazo, recibir métodos anticonceptivos. En Suecia hay más de 200 consultorios para jóvenes. Los consultorios cuentan con un equipo de profesionales compuesto por: médico clínico, ginecólogo, asistente social, psicólogo y enfermeras. La atención es gratuita.

Para hacer efectiva la información, se realizó un encuentro nacional sobre el VIH/SIDA a la que fueron invitados a participar representantes de las ONG que trabajaban dentro de esta área, todas las ONGs de inmigrantes, trabajadores del área de salud de origen inmigrante, maestros, y personal que trabajaba en la recepción de los solicitantes de asilo. Se invitó a diversos conferenciantes: antropólogos, médicos y a ONGs que tenían experiencia en el trabajo de prevención del VIH/SIDA. Los temas que se trataron fueron: homosexualidad, cultura, religión, VIH/SIDA y metodología de trabajo para la prevención del SIDA.

Al finalizar el encuentro, se entregó a cada participante un formulario con preguntas de evaluación y de si estaba interesado en trabajar sobre el tema de inmigrantes/SIDA. Numerosos participantes contestaron positivamente a esta pregunta y así fue como se formó el primer grupo que comenzó a trabajar sobre este tema. A partir de ese momento se fueron dando conferencias dirigidas a distintos grupos de profesionales, comenzando a establecer un contacto entre los grupos de profesionales y las ONGs de inmigrantes que se habían interesado por esta problemática. Se dieron cursos de metodología, técnicas de la información y se realizaron cursos a nivel universitario para estimular a las ONGs de inmigrantes en su trabajo de lucha contra el SIDA. En distintos municipios, por iniciativa de las ONGs o de las organizaciones municipales/provinciales comenzaron a surgir proyectos de información sobre el SIDA dirigidos a los grupos de inmigrantes. Las ONG de inmigrantes pudieron comenzar a informar a sus compatriotas eligiendo distintos medios de comunicación: teatro, música, periódicos y también haciéndose presentes en aquellos lugares adonde concurrían los inmigrantes en su tiempo libre como por ejemplo el estadio de fútbol. Se desarrollaron estrategias para poder informar a los familiares de los inmigrantes que no habían pasado por un control médico a su llegada y para los inmigrantes «ilegales».

Esto permitió brindar información adaptada a las distintas culturas de los grupos de inmigrantes.

Para apoyar a las ONGs, a las organizaciones municipales, provinciales y regionales en su trabajo, el gobierno sueco les brindó la posibilidad de recibir ayuda económica para poder llevar a cabo distintos proyectos. Todo este trabajo se realizó con una actitud abierta y positiva hacia la sexualidad, trabajando por la tolerancia y la solidaridad con los grupos de riesgo, estableciendo una colaboración entre las distintas organizaciones, las autoridades y los grupos de profesionales, al mismo tiempo que se iba brindando capacitación a las personas que eran importantes en el trabajo de prevención del SIDA. Esto dio la posibilidad de desarrollar métodos para el trabajo preventivo.

Así comenzaron a formarse nuevos grupos de ONGs tales como el «Grupo de salud africano» que reúne en un equipo a diferentes trabajadores de la salud para poder informar sobre el VIH/SIDA a la comunidad africana. Los inmigrantes africanos contagiados formaron su propia organización para contar con un lugar de reunión y formar grupos de autoayuda. Los homosexuales de América latina e iraníes crearon también sus organizaciones. De esta forma se fueron creando nuevas redes a nivel nacional: entre las ONGs, entre las distintas organizaciones locales y regionales y también redes entre los trabajadores del área de la salud. Paralelamente las redes nacionales comenzaron a relacionarse con otras organizaciones europeas como por ejemplo la red de las ONGs africanas.

Durante todos estos años el trabajo en prevención de ETS incluyendo el VIH/SIDA se fue documentando y evaluando. Así surgieron nuevas estrategias, y métodos de información como por ejemplo www.sexaktuell.com dirigida a los inmigrantes. Se ha formado un grupo nacional de consulta compuesto por representantes de ONGs, trabajadores de la salud y funcionarios estatales para discutir estrategias y métodos; además, se organizan encuentros nacionales e internacionales centrados en el tema salud migración. Para dar una continuidad al trabajo y para estimular a los distintos actores que participan en esta tarea el Instituto Nacional de Salud Pública reúne, durante dos días dos veces al año, a todas las personas que desarrollan proyectos de prevención del VIH/SIDA para presentar las

distintas experiencias de trabajo, recibir información sobre las investigaciones que se realizan actualmente en los distintos campos y también para estimular el desarrollo de nuevas metodologías.

Bibliografía

- STD and HIV Prevention in Sweden. The National Institute of Public Health, Sweden, 1996.
- Buzaglo, M. Strategi För Invandrares Folkhälsa. In Att överbrygga hälsogapen i Sverige, FHI, Sweden 1996.
- Mångfald och ursprung. Statens Invandrarverk, Sweden 1997.
- The Department of Epidemiology, Infectious Diseases in Sweden, 1988.

6.4. La prevención del VIH/SIDA en la Comunidad Gitana

Patricia Bezunartea. ASOCIACIÓN DEL SECRETARIADO GENERAL GITANO. MADRID

Situación social

La comunidad gitana española se sitúa en torno a las 600.000 personas, repartiéndose cerca del 45% de ellas en Andalucía y concentrándose el resto mayoritariamente en los grandes núcleos urbanos. Aunque, en conjunto, sus miembros comparten bastantes rasgos de identificación común y de reconocimiento recíproco, conviene destacar, como punto de partida, la heterogeneidad y diversidad que existe en el seno de la propia comunidad.

Esta heterogeneidad obedece al menos a dos razones de distinta naturaleza. En primer lugar la diseminación territorial por el conjunto del Estado determina trayectorias históricas distintas, en contextos también distintos que devienen en modos diferentes de manifestar la propia cultura gitana. En segundo lugar, los fuertes procesos de cambio social que se operan en nuestras sociedades no son ajenos a las minorías que forman parte de ellas. Así, dentro de la comunidad gitana se vienen operando fuertes transformaciones en los últimos años que son fáciles de observar en la actualidad: la coexistencia de sensibilidades diferentes ante la propia cultura, las formas de preservarla ante el riesgo de la asimilación por el conjunto, la revisión de ciertas tradiciones, de los papeles convencionales tanto de los mayores como de las mujeres, del valor de la educación y del trabajo... Cambios, en definitiva, en las formas de interrelación entre sus miembros, derivados, por una parte, de cambios fuertes en el medio (el paso a formas de vida urbanas y convivencia con el resto de los ciudadanos) y, por otra, acompañados por la extensión de nuevos planteamientos y nuevas actitudes, especialmente entre la población joven y más instruida, que a su vez favorecen nuevas transformaciones.

Pero una vez remarcada la existencia de esa heterogeneidad, conviene volver a constatar lo que son situaciones y características sociales compartidas por un alto porcentaje de la comunidad. El común denominador de muchas familias gitanas es su situación de exclusión social grave caracterizada por los elementos que citamos a continuación y que han sido constatados reiteradamente por los estudios que se han llevado a cabo.

La población española gitana tiene unas tasas de natalidad sustancialmente mayores y una esperanza de vida claramente inferior al resto de los ciudadanos de nuestro país, lo que conforma una pirámide de población muy joven, siendo en torno al 40% de sus miembros menor de 16 años.

Si comenzamos por los más jóvenes, aún hoy, a pesar de los progresos de los últimos años, el abandono prematuro de la escuela, de mayor gravedad en el caso de las niñas, o la asistencia discontinua a los centros educativos, son fenómenos generalizados entre los grupos menos favorecidos de familias gitanas. Esta carencia formativa básica dificultará, poco después, el aprendizaje de una profesión y el subsiguiente acceso al mercado de trabajo normalizado.

Si nos fijamos en los adultos, encontramos unas tasas de analfabetismo tanto absoluto como funcional muy altas con respecto al resto de la población. Esta población adulta había venido subsistiendo, no necesariamente mal, desarrollando actividades (comercio ambulante, recogida de residuos urbanos, chalaneo...) en un contexto de economía familiar y ejerciéndolas tradicionalmente casi en exclusividad. Pero actualmente prácticamente todas ellas se encuentran en un proceso de fuerte transformación y regulación que «expulsa» en muchos casos a los gitanos de estos «nichos» que prácticamente ostentaban en monopolio y, en cualquier caso, deja sin esas opciones laborales tradicionales a las nuevas generaciones.

Esta panorámica ofrece una caracterización suficiente para entender que la proporción de personas en situación de exclusión social sea mucho mayor entre la población gitana que en el resto, y que, según recientes estudios, más del 50% de los ciudadanos gitanos pobres estén en situación de extrema pobreza (por debajo del 25% de los ingresos medios del conjunto). Así, las condiciones de vida de muchas familias gitanas, que afortunadamente no son la mayoría, siguen siendo de precariedad límite en muchas ciudades y entornos del Estado español (chabolismo, asentamientos segregados, hacinamiento, etc.).

Descripción de la situación de la epidemia del VIH/SIDA en la población gitana en España

La infección por VIH/SIDA presenta en la comunidad gitana unas características específicas que es preciso tener en cuenta:

- 1.- Conocemos poco acerca de la situación actual del SIDA en la comunidad gitana y de su extensión, aunque existe la impresión generalizada de que el alcance del problema es mayor de lo que a primera vista pudiera parecer debido al progresivo aumento de las muertes ocasionadas por la infección. Este desconocimiento supone que no se hayan desarrollado acciones adaptadas para la intervención con esta comunidad, al no conocerse la incidencia, no se toman medidas encaminadas a su solución.
- 2.- El SIDA dentro de la comunidad gitana está afectando principalmente a los usuarios de drogas por vía parenteral (coincidiendo este dato con la práctica de riesgo que más infecciones ha producido en la población general en nuestro país). Actualmente la persona de etnia gitana portadora de VIH o enferma de SIDA es drogodependiente. Este hecho pone en cuestión la creencia de que existe un cierto rechazo por parte del drogodependiente gitano a la utilización de la vía parenteral de consumo. Además de lo anteriormente expuesto, se están empezando a detectar casos en los que otras personas de la comunidad (especialmente mujeres) están siendo infectadas por la vía sexual, por sus parejas usuarias de drogas.
- 3.- La tendencia generalizada es a negar la existencia de la enfermedad, aunque cada vez es más difícil mantener el silencio alrededor de estos casos debido al aumento del número de afectados, y al conocimiento cada vez más generalizado de los síntomas de la enfermedad.
- 4.- La información sobre mecanismos de contagio, prácticas de riesgo, medidas de prevención, consecuencias, cuidados paliativos, etc., que está jugando un papel muy importante en otros colectivos, no está llegando a esta población. La constatación generalizada de que la información no llega, hace pensar que se puedan estar

produciendo, por desconocimiento, un mayor número de prácticas de riesgo, que a corto/medio plazo provoque más infecciones en la población gitana en comparación con otros grupos.

- 5.– Existen otros datos recogidos por algunos estudios, que no dejando de ser parciales que aportan conclusiones interesantes, y que, a pesar de no ser generalizables, sí suponen una primera aproximación que coincide con impresiones compartidas:
 - El diagnóstico del VIH/SIDA se produce con cierto retraso entre la población gitana con respecto al resto de la población.
 - En la población general la mayoría de los afectados son hombres, este hecho se agudiza en la población gitana.
 - La infección por VIH se desarrolla en edades más tempranas.
 - Existe un menor contacto habitual con los sistemas de salud y cuando éste se produce, el deterioro orgánico es mayor.
 - Se da mayor resistencia a conocer la seropositividad (dificultad de que se realicen la prueba), al tratamiento, al seguimiento y a que la familia conozca su situación que en otros grupos.
- 6.– No podemos perder de vista en nuestra reflexión la diversidad de situaciones y la heterogeneidad de los distintos grupos que conforman lo que llamamos de una forma unitaria «comunidad gitana». En este sentido, el SIDA no afecta a todos por igual y lo hace de una forma más intensa (o al menos distinta) en las familias gitanas que están inmersas en situaciones de pobreza extrema. Estos casos son más vulnerables a la infección y menos proclives a la prevención.

La intervención sobre VIH/SIDA con población gitana

Ante esta realidad, los objetivos de trabajo en materia de prevención de VIH/SIDA con la población gitana deberían ir, según nuestro punto de vista, en la siguiente dirección:

- Incorporar la figura del mediador/a gitano/a en la intervención, como miembro de equipos interculturales y dotarlos de formación adecuada para que puedan ser competentes en el desarrollo de su tarea de manera que puedan actuar como agentes de salud y transmisores de mensajes preventivos en su comunidad.
- Conocer la realidad de los infectados por el VIH/SIDA y sus familiares en cada comunidad gitana y buscar estrategias adecuadas de contacto y de intervención adaptadas.
- Cubrir con estos grupos objetivos tendentes a fomentar el conocimiento de su situación, mejorar su calidad de vida en un sentido biopsicosocial y provocar la implicación positiva de los grupos familiares y su acogida en su comunidad:
 - Promover el seguimiento sanitario y la continuidad o el inicio de las terapias farmacológicas;
 - Promover prácticas y comportamientos saludables, instaurar hábitos que faciliten los cuidados propios y los que pueden prestar los familiares.
 - Promover el conocimiento de la situación serológica de los individuos con percepción de riesgo.
- Realizar un trabajo con los familiares de los afectados tendente a reducir su desconocimiento y angustia y a facilitar su competencia en el apoyo y cuidados a los afectados.
- Impulsar desde las asociaciones gitanas un discurso de solidaridad y de no rechazo hacia los afectados por el VIH/SIDA en la comunidad.

- Favorecer el acceso a la información y la puesta en práctica de comportamientos preventivos entre la población gitana desde la intervención comunitaria.
- Elaboración de materiales adaptados como herramienta específica de intervención con la población gitana.

6.5. La precariedad social y laboral de los inmigrantes en España: una barrera para la prevención del VIH

Norberto MASA AKAPO. ASOCIACIÓN CULTURAL COLECTIVO DE INMIGRANTES INDEPENDIENTES. SEVILLA

El concepto de prevención está a la orden del día en todas las latitudes, haciéndose hincapié en la prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria. Se habla de prevención de accidentes, de enfermedades físicas y mentales, prevención de alcoholismo y otras fármacodependencias, prevención a lo largo del ciclo vital, prevención del individuo, la familia y la comunidad.

Este énfasis en la prevención se ha extendido a muchas disciplinas y no sólo a la medicina. Se ocupan de ella la psicología y la psiquiatría, en odontología, la enfermería, y en general, todas las ciencias de la salud y muchas de las denominadas ciencias sociales y de la conducta. Subyace la premisa de que si evitamos que se presente la enfermedad, el trastorno, el desajuste o el accidente, tendremos una sociedad mejor y una mejor calidad de vida.

Así pues, la prevención forma parte del «espíritu del tiempo» y se trata de prevenir todo lo que se considere prevenible, con el objetivo de reducir los riesgos a un mínimo posible. Las labores de prevención de la infección por VIH van encaminadas en este sentido.

Hay que tener en cuenta también que, de forma general, los sectores de la población más vulnerables son los de mayores riesgos de salud social, psicológica y física, si se comparan con el grupo mayoritario. Incluida dentro de este grupo de riesgo se encuentra la población inmigrante, a la que también va dirigida la prevención del VIH.

Por todo ello conviene resaltar conceptos como el de salud laboral y seguridad, inscritos dentro de la psicología laboral. Se entiende la salud del trabajador como: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como ausencia de dolencia o enfermedad» (OMS 1964).

De igual manera, la seguridad no es sólo el conjunto de normas escritas, medidas de protección, carteles o colores de señalización, sino una filosofía operativa que persigue el estudio de factores químicos, físicos, biológicos y ergonómicos, que puedan provocar enfermedades y desequilibrios de la salud o disminuir el confort de los trabajadores.

El objetivo, por tanto, de la seguridad e higiene laboral no sólo es reducir accidentes y enfermedades profesionales, sino también mejorar las condiciones de trabajo, entendidas como el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en que ésta se realiza, en cuanto a aspectos que determinan al trabajador en la triple dimensión apuntada.

Entre los problemas más comunes para el trabajador se encuentra el cansancio, la fatiga y los descontento provocados por las condiciones de trabajo inadecuadas, lo que unido a la mecanización, introducción de sustancias químicas y a los trabajos a los que se ve reducido el mercado laboral para la población inmigrante, añade nuevos riesgos para la salud.

De hecho, la situación laboral de muchos inmigrantes en España está muy lejos de cumplir los objetivos de higiene y seguridad que se han descrito. Es por ello que, a la hora de plantear estrategias de prevención de VIH/SIDA, es necesario conocer si las necesidades más básicas de estos colectivos están cubiertas. Asimismo, y partiendo de la base de que si las barreras sociales entre estos colectivos son rígidas y la posibilidad de comunicación es nula, cabe preguntarse cómo hacer prevención.

En este sentido, se apunta aquí una reflexión sobre algunas de las barreras de prevención al VIH que se encuentra parte del colectivo inmigrante que trabaja y vive en la zona de Elegido en Almería; la precariedad social y laboral. Las conclusiones, expuestas públicamente en su día, son alarmantes tanto desde el punto de vista de la exclusión social como desde las condiciones de vida y de trabajo de la población inmigrante. Así, la precariedad en la vivienda es una realidad; los inmigrantes viven en los almacenes de los cortijos, sin agua, sin luz y expuestos también por la noche a los pesticidas, la que también sufren por el día bajo los plásticos de los invernaderos.

Hay sin duda, mucho por hacer y no podemos quedarnos en las meras palabras. Esta asociación conoce la importancia de la prevención del VIH/SIDA, y sobre todo teniendo en cuenta la precariedad laboral y social en las que se encuentran los inmigrantes. Desde aquí brindamos nuestra ayuda y nuestra colaboración en este sentido, haciendo un llamamiento a la reflexión y demandando soluciones para problemas inmediatos como el acceso a una vivienda digna y regulación de las condiciones de trabajo, ya que sin solución para los problemas urgentes a corto plazo, las soluciones a largo plazo parecen utópicas.

6.6. Programas de médicos del mundo dirigidos a personas extranjeras sin recursos.

M. Ángeles Rodríguez Arenas. Responsable de Cuarto Mundo. Médicos del Mundo. Madrid

Médicos del Mundo desarrolla programas de atención sociosanitaria específicamente dirigidos a la población inmigrante sin recursos desde 1994; esta actividad la realiza, fundamentalmente, desde los Centros de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIM).

Hasta la aprobación de la Ley 4/2000 en estos centros se ha prestado atención sociosanitaria integral a todos los inmigrantes sin recursos que se han acercado a nuestros servicios. Una vez aprobada la ley, a pesar de la situación «provisional» de la misma, se ha procurado derivar a todos los usuarios a los centros sociales y de salud públicos que les correspondían, para que tramitaran la emisión de su tarjeta sanitaria y que fueran atendidos siguiendo los cauces normalizados.

Si bien la atención sociosanitaria ha pasado, o debería de pasar, a ser prestada por los servicios públicos en aplicación de la mencionada ley, en nuestros centros se sigue prestando atención a aquellas personas que por diferentes motivos no son atendidas por la sanidad pública. Así mismo, se da información, asesoramiento y se realizan las derivaciones correspondientes para la solicitud de la tarjeta sanitaria y la tramitación de la documentación necesaria para la regularización de la situación de cada inmigrante.

Médicos del Mundo desarrolla los programas de atención sociosanitaria a la población inmigrante sin recursos en las comunidades autónomas y ciudades siguientes: Andalucía (Sevilla y Málaga), Aragón (Zaragoza), Baleares (Palma de Mallorca), Canarias (Tenerife), Castilla - La Mancha (Toledo), Madrid (Madrid y Leganés), País Vasco (Bilbao) y

Valencia (Valencia y Alicante). En el Principado de Asturias (Oviedo y Gijón) desde el momento que entra en vigor la Ley 4/2000 todos los casos son derivados, con su correspondiente informe médico, a los Servicios Públicos por lo que este programa se cierra en los primeros meses del año 2000.

Objetivos del Programa

- Mejorar el nivel de salud del colectivo de inmigrantes sin recursos.
- Aumentar el conocimiento y la motivación sobre el propio cuidado, mediante la educación para la salud y la promoción de hábitos saludables.
- Orientar y apoyar a este colectivo en su integración en las redes de servicios de salud y servicios sociales, públicas y privadas, mediante la coordinación con los dispositivos que componen dichas redes.
- Mejorar la integración de estas personas en la comunidad, mediante la sensibilización de la opinión pública sobre la situación real de este colectivo en nuestro entorno.

Estos objetivos son revisados según las necesidades de la población inmigrante y de las políticas sociosanitarias que desde las diferentes administraciones se establecen.

Actividades

- Sanitarias y Sociales:
 - Consultas sanitarias: medicina general, de especialidades (incluida Salud Mental) y enfermería.
 - Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías detectadas.
 - Asesoramiento y apoyo psicológico.
 - Asesoramiento jurídico.
 - Facilitación de medicamentos.
 - Información, asesoramiento y orientación social.
- De Prevención y Promoción de la salud:
 - Despistaje de tuberculosis.
 - Campañas de vacunación de tétanos y hepatitis B.
 - Talleres de Educación para la Salud (nutrición, salud sexual y reproductiva, hipertensión, diabetes, educación postural, cuidados del anciano).
- Encaminadas a favorecer la integración:
 - Talleres de lengua castellana.
 - Campañas de sensibilización («Cómo hablamos de los inmigrantes», «Iniciativa Papeles para todos y todas»).
 - Realización de exposiciones, jornadas, coloquios, mesas redondas, charlas...
 - Edición de material divulgativo.
- Actividades dirigidas al voluntariado:
 - Curso de formación básica y específica.

Entre enero y septiembre del año 2000 han sido atendidas en nuestros centros un total de 8.569 personas. El número de usuarios atendidos en los diferentes centros, se ha visto incrementado en un 21.45% con respecto al mismo periodo de 1999, siendo el aumento a expensas de los usuarios nuevos, cuyo número ha aumentado considerablemente (48.51%), habiendo disminuido, sin embargo, el número de usuarios en seguimiento.

Por el contrario, el número de las atenciones o intervenciones realizadas ha disminuido con respecto a 1999 (15.246 intervenciones), habiéndose realizado en el presente periodo (enero a septiembre 2000) un total de 13.668 intervenciones (no se disponen de los datos de atención de Tenerife). En aplicación de la Ley 4/2000, se ha visto aumentado el número de derivaciones realizadas a los servicios públicos, ascendiendo en el periodo de enero a septiembre del presente año a un total de 4.469 derivaciones frente a las 1.904 del mismo periodo en el año anterior.

Perfil de la persona inmigrante atendida en médicos del mundo

Los datos que a continuación detallamos se han obtenido de las fichas abiertas que existen en los diferentes Centros de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes sin recursos. En lo que respecta a la distribución por sexo de los usuarios y usuarias de estos servicios, como ya destacábamos en los Informes de Exclusión de 1998 y 1999, se mantiene la tendencia al aumento en el número de mujeres que acuden a estos centros. En 1999 el índice mujer/hombre fue de 1,2. En el año 2000, el número de mujeres atendidas ha sido de 4.415, lo que supone el 51.52% frente a los 4.154 hombres (48.48%). Los datos referentes a la edad de los usuarios y usuarias de este servicio, nos muestra que se trata de una población joven, el 57.82% es menor de 34 años (60.06% de los hombres y el 55.72% de las mujeres) y el 82.53% está por debajo de los 45 años.

En lo que respecta al área geográfica de procedencia, la mayoría de los usuarios provienen de Latinoamérica (61.99%), de estos el 39.77% son hombres y el 60.23% mujeres. La siguiente área de procedencia en importancia es el África Subsahariana (15.81%, la mayoría hombres: 68.93%). Del resto de las zonas geográficas destacan el Magreb (9.05%) y el Este de Europa (8.18%).

En cuanto a las patologías tratadas, las más frecuentes, con el 12,13%, han sido las enfermedades del aparato genitourinario, seguida de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo (11,54%), enfermedades del aparato respiratorio (10,66%), las relacionadas con el aparato digestivo (9,56%) y las enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos (9,25%). Los trastornos mentales ocupan el décimo puesto en frecuencia, con un 5,79%.

Por sexos, las enfermedades del aparato genitourinario son las más frecuentes entre la mujeres (19,26% de los diagnósticos) y las del aparato respiratorio entre los hombres (13.76% de los diagnósticos).

Proyectos específicos de prevención del VIH

Médicos del Mundo en los 6 años que lleva trabajando con población inmigrante no ha detectado en esta mayor incidencia de infección por VIH que en la población general española, ni tampoco una prevalencia significativa de prácticas de riesgo para la misma, por lo que en nuestros programas no se han establecido proyectos específicos de prevención de dicha infección. No obstante, como parte de nuestras actividades de promoción de la salud, sí se han elaborado y puesto en marcha talleres de salud sexual y reproductiva que, si en un inicio tuvieron un claro componente de planificación familiar, en los últimos años se han extendido también hacia la prevención de ETS y del

VIH. Por otra parte, Médicos del Mundo participa en la Red Europea de prevención del SIDA entre la población Subsahariana, y como parte de la misma, ha colaborado en la edición y distribución de material preventivo de la infección por VIH entre población inmigrante.

Así mismo, MDM participa en el estudio europeo «Implementation of strategies to prevent mother to child transmission of HIV among immigrants in Europe: evaluation of the knowledge and of the needs of immigrants women in Europe». Para la detección de conocimientos y necesidades de las mujeres inmigrantes en relación con la prevención de la transmisión vertical de la infección por VIH, se están preparando varios grupos focales con mujeres de distintas áreas geográficas en tres ciudades españolas.

Programas de reducción de daños específicos para personas que ejercen la prostitución (PEP)

La aparición de la epidemia de VIH/SIDA hizo que se empezara a prestar atención sobre las condiciones higiénicas que encaraban quienes ejercían la prostitución para proteger su salud aunque fuera mínimamente y sobre los servicios de salud a los que deberían de tener un acceso fácil. En general sólo se piensa en proteger a los clientes y en que este colectivo no se constituya en un foco de infección o riesgo para el resto de la población.

Normalmente la prostitución está unida a bajos niveles socioeconómicos y a otros factores que propician la desventaja social, como la carencia de seguridad laboral y de las condiciones de vida y las constantes de incertidumbre, violencia y marginación que conlleva su realización. Observaciones basadas en la evidencia nos muestran que las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son más prevalentes entre aquellas mujeres con menores niveles de educación y, por ende, con menores niveles de información sobre la salud y las enfermedades.

El papel que juega la prostitución en la transmisión del VIH ha sido ampliamente debatido. Sin embargo, no hay una posición unánime sobre si la prostitución constituye una conducta de alto riesgo para la infección del VIH, sobre todo, para el colectivo de usuarios de estos servicios. No obstante y dada la alta prevalencia entre las prostitutas de factores de riesgo asociados a la infección del VIH (relaciones heterosexuales numerosas, presencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), uso insuficiente del preservativo, uso de drogas...), se ha considerado a veces el ejercicio de la prostitución como una conducta de riesgo para la transmisión de dicho virus.

La prevalencia de infección por VIH en prostitutas varía de unos países a otros y de unas ciudades a otras. En cualquier caso, nos da idea del nivel de transmisión heterosexual en la zona de que se trate. En zonas donde la drogadicción intravenosa apenas existe y la transmisión heterosexual es importante, la prostitución juega un importante papel en la transmisión del VIH y la seroprevalencia en este colectivo es elevada. En áreas donde el nivel de drogadicción intravenosa es elevado, la prevalencia de infección en prostitutas suele ser baja y va a ser muy diferente entre prostitutas que se inyectan drogas y prostitutas que no se inyectan drogas.

Un estudio constató una tendencia ascendente de la infección por VIH en el colectivo de prostitutas entre los años 1986 y 1988, al pasar la prevalencia global de un 2.3% a un 9.1%, lo que se atribuyó al incremento que había experimentado la transmisión heterosexual en España en aquellos años.

En general, el aumento en la prevalencia de VIH ha sido a expensas del colectivo de prostitutas consumidoras o ex-consumidoras de drogas intravenosas. Varios estudios en distintas ciudades o regiones de España, muestran porcentajes de entre 0 y 5% de seropositividad para prostitutas no UDI y entre 37 y 71% para las UDI. Otro hecho

constable es que las prostitutas utilizaban el preservativo con su pareja estable con muchísima menos frecuencia que con los clientes.

Médicos del Mundo, empezó a trabajar con colectivos de prostitutas en 1993, con una unidad móvil en la ciudad de Madrid. En esa unidad se llevaba a cabo un programa de reducción de daños relacionados con el ejercicio de la prostitución, realizándose actividades de educación para la salud, consejo sobre VIH y distribución de preservativos. Actualmente, Médicos del Mundo cuenta con este tipo de programas en Madrid, Andalucía (Sevilla y Málaga), Baleares, Canarias (Las Palmas, Tenerife y Lanzarote), Galicia y Valencia.

Los programas se dirigen a personas que están inmersas en una situación que se aparta de la normalidad socialmente aceptada y que por ello se encuentran en un estado de exclusión social, ya sea por falta de apoyo, de adecuación o por desconocimiento de la existencia de las redes de atención establecidas. Se interviene acercándonos a esas personas, dándoles información (mediante la edición de material impreso específico para esta población, teniendo en cuenta sus limitaciones educativas e idiomáticas), asesoramiento y educación sobre los procesos de salud y enfermedad y sobre los medios preventivos para evitar riesgos asociados a su actividad y ofreciéndoles el material preventivo necesario para realizar esos cambios.

Médicos del Mundo propugna por la toma de políticas de salud -por parte de las autoridades sanitarias- que fomenten actuaciones genéricas hacia toda la población y específicas hacia estos colectivos (y sus más directos contactos: compañeros, hijos, clientes), haciendo grandes esfuerzos contra la discriminación, dando máxima prioridad al respeto y a la dignidad de estas mujeres, a la prevención de situaciones de riesgo, la asistencia psicosocial y el acceso a los servicios de salud y a los programas de prevención de ETS, incluyendo los dirigidos al VIH/SIDA.

Características de las personas atendidas en los programas dirigidos a pep durante los 9 primeros meses del año 2000

Entre enero y septiembre del año 2000 se han atendido en nuestros programas a un total de 7.637 personas, de las que el 36% fueron usuarias nuevas de los programas y el resto estaban en seguimiento. Estas personas han supuesto un volumen de 45.066 atenciones (una media de 5,9 atenciones por persona). De nuestros usuarios, un 88,6% son mujeres, un 7,1% transexuales y un 4,3% hombres. La media de edad es de 30,7 años; como ha sucedido en años precedentes, la edad media de los transexuales es la mayor (31,4 años), seguida de la edad de las mujeres (30,75 años) y siendo los hombres los más jóvenes (28,4 años). De los usuarios cuyo origen conocemos, un 36,8% son españoles y un 63,2% proceden de otros países. Esta proporción es mayor entre las mujeres (66,2%) que entre transexuales (41,7%) y hombres (22,6%). Las mujeres proceden en su mayoría (69%) de países del África Subsahariana, seguido de países latinoamericanos (20,5%) y de Europa (8,2). De los transexuales extranjeros, el 97% proceden de Latinoamérica, fundamentalmente de Ecuador. El 67,5% de los hombres extranjeros, proceden de Latinoamérica.

De los datos disponibles observamos que un pequeño porcentaje de las personas que ejercen la prostitución son usuarias de drogas inyectadas (3,2%); de ellas, el 97% son mujeres. Las delegaciones que cuentan con una mayor proporción de consumidores de drogas por vía parenteral entre las personas que ejercen la prostitución son Canarias-Lanzarote (12,2%) y Baleares-Palma de Mallorca (9,6%). Las cifras más bajas las encontramos en Andalucía y en Las Palmas de Gran Canaria, zonas donde tradicionalmente no se utiliza la vía venosa para el consumo de drogas.

Por otro lado, la edad media de las personas que ejercen la prostitución y usan drogas inyectadas es superior a la media global (31,8 años para el total de los usuarios y 31,6 años de media en el caso de las mujeres).

Como se ha mencionado más arriba, aproximadamente un tercio de las personas atendidas en nuestros programas son inmigrantes, aunque la proporción varía según la ciudad en la que se desarrolla el programa. En aquellas zonas donde esta proporción es mayor, se han establecido proyectos específicos dirigidos a esta población. En general, se editan y distribuyen materiales divulgativos sobre prevención de ETS y VIH en varios idiomas. Uno de los proyectos con más respuesta por parte de estas personas es el de Atención Sanitaria. Este proyecto, ofrece atención ginecológica a las mujeres extranjeras que no acuden a otro tipo de dispositivos sanitarios. Se oferta, entre otro tipo de pruebas analíticas, la serología del VIH y consejo sobre el VIH.