

LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN INMIGRANTE





Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18-20 - 28014 Madrid

NIPO: 351-06-015-2

D. L.: BI-1.508-06

Imprime: **GRAFO, S.A.**

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

| | |
|---|-----|
| PRESENTACIÓN | 7 |
| CAPÍTULO I: Migraciones internacionales hacia España 2005 | 9 |
| CAPÍTULO II: Los derechos de las personas extranjeras | 25 |
| CAPÍTULO III: La salud en la población inmigrante y la infección VIH | 35 |
| CAPÍTULO IV: La epidemia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en personas con país de origen distinto a España | 49 |
| CAPÍTULO V: Estrategias de prevención del VIH/sida y otras ITS en la población inmigrante | 65 |
| CAPÍTULO VI: Promoción de la salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales | 73 |
| CAPÍTULO VII: Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante. Dificultades y posibles soluciones | 85 |
| CAPÍTULO VIII: La Red AIDS&Mobility: políticas europeas y grupos de trabajo | 97 |
| CAPÍTULO IX: Mayor preocupación, mejores técnicas y fuerzas conjuntas. La participación de las ONG y con base comunitaria en las Redes europeas para la prevención del VIH/sida e intervenciones sanitarias con y para los inmigrantes | 105 |
| EXPERIENCIAS PRÁCTICAS DE ONG: | 111 |
| – Fundación Triángulo | 112 |
| – Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia | 115 |
| – Cruz Roja Huelva | 116 |
| – gTt | 118 |
| – Fundación CIMME | 120 |
| – ACSAR | 129 |
| – Col.lectiu LAMBDA | 132 |
| – Cruz Roja Alicante | 137 |

ÍNDICE DE AUTORES

WALTER ACTIS MAZZOLA

Colectivo IOÉ. Madrid.

JULIA DEL AMO VALERO

Profesora Titular de Universidad.

Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia.
Universidad Miguel Hernández. Alicante.

ALICIA BARRASA BLANCO

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

MARIBEL BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

GEORG BRÖRING

Gestor de proyecto de AIDS& Mobility Europe, basado en el Instituto Holandés para Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad - NIGZ.

SUSANA CASTILLO RODRÍGUEZ

Red de Investigación en Salud y Género. Nodo ISCIII-Madrid.

Profesora Contratada Doctor. Departamento de Antropología Social.

Universidad Complutense, Madrid.

ALICIA LLACER GIL DE RAMALES

Red de Investigación en Salud y Género. Nodo ISCIII-Madrid.

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

THOMAS HOLDBROOK

Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia. Bilbao.

PILAR IBÁÑEZ ANIORTE

Cruz Roja Alicante. Orihuela.

MARISA MARTÍNEZ BLANCO

Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

LUCÍA MAZARRASA ALVEAR

Red de Investigación en Salud y Género. Nodo ISCIII-Madrid.

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

WILLIAM MEJÍAS NAVARRO

Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt). Barcelona.

CRISTINA MENOYO MONASTERIO

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

MÓNICA NAVARRO FERNÁNDEZ

Centro de Investigación, Promoción y Cooperación Internacional. Madrid.

ISABEL NOGUER ZAMBRANO

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

CARMEN OLLÉ RODRÍGUEZ

SASSIR Raval Sud IMAS Barcelona.

Pla Director d'Immigració i Cooperació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

JESÚS EDISON OSPINA VALENCIA

ACSAR. Barcelona

VERÓNICA PATIÑO VERA

Cruz Roja Alicante. Orihuela

CARLOS PEREDA OLARTE

Colectivo IOÉ. Madrid

MIGUEL ANGEL DE PRADA JUNQUERA

Colectivo IOÉ. Madrid.

MARISA ROS COLLADO

Pla Director d'Immigració i Cooperació. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

MINA RHOUGH

Fundación CIMME. Sevilla

MÓNICA RUÍZ

Fundación CIMME. Sevilla

JUAN PEDRO SÁNCHEZ MORCILLO

Grupo Interdisciplinar Drogas (GID). Madrid.

PAZ SOBRINO VEGAS

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

MARINA VALIENTE FERNÁNDEZ

Col.lectiu LAMBDA. Valencia

IGNACIO VELÁZQUEZ MANZANAS

Cruz Roja Huelva. Huelva.

IVÁN ZARO ROSADO

Fundación Triángulo. Madrid

Presentación

El fenómeno de la inmigración, de importancia creciente durante la última década, nos enfrenta a numerosos retos y entre ellos uno esencial: la salud de la población inmigrante. El Plan de Lucha contra el Sida elaborado por el Plan Nacional sobre el Sida contempla entre sus objetivos la prevención de nuevas infecciones por el VIH/sida en distintos grupos de población vulnerables entre los que se incluyen a los inmigrantes. Los aspectos relacionados con la infección por VIH en esta población deben contemplarse desde una perspectiva amplia a fin de poder diseñar actividades preventivas adaptadas a su idiosincrasia, a su propia cultura de salud, su estilo de vida y tradiciones, y a las necesidades derivadas de la situación de inmigración.

El presente libro pretende tener un carácter práctico desde el punto de vista de la prevención y la promoción de la salud, orientando en aquellas acciones de prevención del VIH que se han mostrado eficaces en la población inmigrante. Se compone de nueve capítulos y distintas experiencias prácticas ejecutadas por Organizaciones No Gubernamentales.

El primer capítulo describe algunas características básicas de la inmigración extranjera hacia España como son la procedencia, la composición por sexo y edad, y la distribución territorial de la población extranjera en España.

El segundo capítulo trata de los derechos sanitarios que asisten a las personas extranjeras en España y de las opciones para regularizar su situación jurídico administrativa (cómo obtener un permiso de residencia, cómo obtener un permiso de trabajo, etc.).

En el tercer capítulo se discute cómo los factores políticos, sociales, económicos y culturales afectan a la situación de salud de la población inmigrante adquiriendo, en el caso de la infección por el VIH/sida, una especial relevancia las creencias y los significados asociados a la cultura sexual y sanitaria.

El capítulo cuarto revisa la situación epidemiológica de la infección por el VIH/sida en las personas con país de origen distinto a España basándose en la información contenida en el Registro Nacional de casos de sida, en los sistemas de notificación de nuevas infecciones por el VIH de algunas comunidades autónomas y en la monitorización de la prevalencia de infección por VIH en poblaciones centinela, habitualmente con conductas de alto riesgo.

En el capítulo cinco se hace una revisión de las distintas estrategias que se han mostrado eficaces a la hora de prevenir la infección por el VIH/sida en la población inmigrante: campañas de información, asesoramiento individual, programas de acercamiento, educación de pares, mediación intercultural, etc. resaltando en todas ellas la importancia de considerar las particularidades, las necesidades y la cultura sanitaria de cada comunidad de migrantes.

En el capítulo seis se proponen dos metodologías de trabajo de promoción de la salud, participación comunitaria y educación entre iguales, como formas de contribuir a reducir la vulnerabilidad de la población inmigrante frente al VIH/sida.

El capítulo siete aborda las barreras que dificultan el acceso de la población inmigrante a los servicios de salud a la vez que propone diversas actuaciones para disminuir dichas restricciones.

El capítulo ocho describe el proyecto en red AIDS & Mobility sobre aspectos relacionados con el VIH/sida y la migración a nivel europeo así como las actividades y los grupos de trabajo previstos para el período 2004-2006.

El capítulo nueve considera la importancia y la contribución de las redes europeas, concretamente A&M, en la sostenibilidad del trabajo que realizan las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en prevención del VIH/sida en la población inmigrante.

Finalmente, distintas ONGs españolas describen su experiencia práctica y su aportación a la prevención del VIH/sida en la población inmigrante.

Es nuestro deseo que este libro resulte de utilidad, en la prevención del VIH/sida, a todas aquellas personas que están implicadas en el trabajo con la población inmigrante.

SECRETARÍA DEL PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA

Migraciones internacionales hacia España, 2005

Colectivo Ioé¹

La actualidad que ha adquirido la inmigración extranjera en España es indiscutible. Aún resuena el eco informativo de la mayor operación de regularización de trabajadores extranjeros finalizada en el mes de mayo pasado, cuando la cifra total de residentes irregulares (más de 1,7 millones) casi igualaba a la de los regulares (1,9 millones). Las páginas siguientes pretenden dibujar un panorama de algunas características básicas de la inmigración extranjera hacia España. Por falta de espacio, dejamos fuera cuestiones de sumo interés como la situación en los países de origen de los diferentes flujos de población o los vínculos que establecen las propias redes de los migrantes entre diversos países además de con España, o la percepción que de este fenómeno tienen los propios españoles². Nos centramos, pues, en ofrecer una panorámica de los flujos migratorios de extranjeros hacia España, complementada con la comparación de los últimos datos disponibles en los países de la OCDE.

1. ESPAÑA EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS

El interés de España en llegar a ser miembro de pleno derecho de la Unión Europea (entonces Comunidad Económica Europea), a mediados de la década de los 80, tuvo entre otros el requisito de promulgar una legislación para regular la entrada de inmigrantes extranjeros. Así nació —en 1985— la primera “Ley de Extranjería” en nuestro país. Esta norma, y la incipiente estructura administrativa que se fue desarrollando a continuación, no respondían a la existencia en aquel entonces de procesos migratorios significativos, sino a necesidades externas.

Según las cifras oficiales, en 1985 había algo menos de 250.000 extranjeros registrados en el país; la mayor parte de ellos (59%) procedía de países de la Comunidad Europea. Diez años más tarde, en 1995, la cifra se había duplicado hasta alcanzar el medio millón de residentes; pero, además del aumento cuantitativo, se estaba produciendo un cambio en la composición de esta población: los europeos comunitarios ya eran menos de la mitad del total (47%). Por su lado, las administraciones públicas, principalmente la de rango estatal, fueron desarrollando diversas normas, estructuras administrativas y políticas para atender al nuevo hecho migratorio. Sin embargo, el acento de las actuaciones seguía puesto antes en la emigración española fuera de nuestras fronte-

¹WALTER ACTIS, CARLOS PEREDA y MIGUEL ÁNGEL DE PRADA. ioe@colectivoioe.org; www.colectivoioe.org

²Sobre el proceso de cambio de la percepción de los españoles sobre los inmigrantes, ver COLECTIVO IOÉ, “Ciudadanos o intrusos: la opinión pública española ante los inmigrantes”, en *Papeles de Economía* n° 104, Madrid, 2005; sobre los aspectos tratados en este artículo y, en especial, los ámbitos laboral y educativo, ver COLECTIVO IOÉ, “Inmigrantes extranjeros en España: ¿reconfigurando la sociedad?”, en *Panorama Social* n° 1, Madrid, 2005, págs. 32-47.

ras que en la inmigración de origen extranjero que llegaba a España. Podría decirse que las cifras aún daban sentido a dicha opción: aunque en los '70 se detuvo el flujo emigratorio y en los primeros '80 se registró el retorno de cerca de medio millón de españoles emigrados, la cifra de emigrados superaba ampliamente a la de inmigrantes; a mediados de los '90, los españoles emigrados triplicaban o cuatriplicaban el número de extranjeros afincados en España. Esta foto fija no daba cuenta de las nuevas dinámicas en marcha: la emigración se había detenido hacia más de una década mientras que la inmigración se incrementaba continuamente. En todo caso, no se logró prever lo que sucedería en los años siguientes en el cambio de siglo.

Para contextualizar la magnitud y significación del nuevo proceso migratorio conviene mencionar algunos rasgos clave de la situación del país en este período:

- En cuanto a la *dinámica poblacional*, la situación se ha caracterizado por una tendencia al estancamiento y envejecimiento, que sólo en los últimos años parecen experimentar alguna variación. Entre los años 1950 y 1981 la población española se incrementó al ritmo promedio del 1% anual. En cambio, entre 1981 y 2001 la dinámica demográfica se contrajo de forma rápida: desde entonces el incremento anual medio se redujo al 0,4%. Así, en la década de los '60 y '70 la población creció por encima de los tres millones de personas, mientras que en los '80 y '90 los aumentos se situaron alrededor del millón y medio de habitantes. Es sabido que las variaciones poblacionales se deben a dos grandes rubros: el crecimiento vegetativo (diferencia entre nacimientos y defunciones) y el saldo migratorio (diferencia entre población emigrada e inmigrada). En la mayor parte del período el mayor impacto se debió a un descenso continuo del crecimiento vegetativo, originado en la caída de las tasas de natalidad. En 1975 el número medio de hijos por mujer era de 2,8; desde entonces se ha producido un descenso continuo hasta alcanzar la cifra de 1,2 hijos en 1994, fecha a partir de la cual se ha mantenido casi sin variaciones. Por su parte, la tasa bruta de natalidad (número de nacidos por cada 1.000 habitantes) se redujo a la mitad entre 1975 y 1995 (de 18,8 a 9,3) y sólo ha registrado una ligera recuperación entre 1996 y 2001. En síntesis, a mediados de los '90 la población española crecía por debajo del nivel de reemplazo generacional (establecido en 2,1 hijos por mujer), circunstancia que, unida a la prolongación de la esperanza de vida, produjo un continuo envejecimiento de la población (los mayores de 65 años eran el 13,8% en 1991 y el 17% en 2001).
- Por su parte, *la situación económica* durante el período comprendido entre 1995 y 2004 se caracterizó por un significativo crecimiento: en esta década el Producto Interior Bruto aumentó un 33% en términos reales, con un incremento anual medio de 3,3%. Este indicador, puramente "económico", adquiere mayor significación si lo ponemos en relación con la población del país: el PIB per cápita experimentó un aumento mucho mayor (6,4% de incremento medio anual), debido a la débil dinámica demográfica. Este crecimiento, mayor que el experimentado por la media de la Unión Europea, facilitó un acercamiento del persistente diferencial negativo que separa a España de los países europeos más prósperos. A finales de 2003, el PIB per cápita expresado en paridad de poder adquisitivo (adjudicando el valor 100 a la

media de la UE-25) se situó casi en la media comunitaria (97,6), cifra que fue superada en siete comunidades autónomas (Madrid, Navarra, País Vasco, Baleares, Cataluña, La Rioja y Aragón). Desde el punto de vista del empleo, durante el mismo período se produjo un notable incremento: las personas ocupadas pasaron de 12 a 15,9 millones, lo que supone un crecimiento del 49%.

Por tanto, la última década —la del despegue de la inmigración— ha sido un período de expansión económica y de aumento de las oportunidades de empleo, en un contexto de baja natalidad y de envejecimiento poblacional. Aunque esta caracterización genérica encuentra importantes matices, en función de las diferencias territoriales o sociales, es de utilidad para contextualizar el reciente proceso migratorio.

2. EL DESPEGUE Y CONSOLIDACIÓN DE LOS FLUJOS DE INMIGRACIÓN. REPERCUSIÓN DE LA POLÍTICA MIGRATORIA

No siempre es fácil asignar un sentido claro y preciso a las diversas palabras que se utilizan para referirse al hecho migratorio. Por eso y para aclarar los términos que utilizamos en la tabla I, vamos a explicitar su contenido:

- El concepto *inmigración* se refiere a la población que ha llegado a España procedente de otros países: se trata de una condición social. En cambio, el hecho de ser extranjero o español es una cuestión de índole administrativo-jurídico: se puede ser español habiendo nacido en otro país (y se es inmigrante al radicarse en España) o extranjero nacido en España (sin haber emigrado nunca). Los registros estadísticos oficiales no siempre permiten matizar estas cuestiones, y obligan a veces a considerar —de forma abusiva— como sinónimos ambos términos (con frecuencia se nos ofrece información respecto a los “extranjeros”, excluyendo a quienes han adoptado la nacionalidad española tras emigrar, e incluyendo a los hijos de inmigrantes que han nacido en este país y no acceden a la nacionalidad). Las cifras de la tabla I intentan recoger, y aclarar, la complejidad de la cuestión.
- El volumen de población total nos sirve de referencia para valorar la magnitud relativa de la inmigración. El concepto “inmigrados” es nuestra forma de designar a los residentes en España (empadronados o censados) nacidos en otro país. Los “extranjeros”, en cambio, son todos aquellos que poseen una nacionalidad distinta a la española, independientemente de cuál sea su experiencia migratoria. Las cifras de “nacionalizados” son la simple diferencia entre “inmigrados” y “extranjeros” (todos los que nacieron en otro país y no son extranjeros). En cambio, la categoría de “residentes” se refiere a los extranjeros que se encuentran en situación regular (con permiso de residencia o similar). La columna de “irregulares” contiene la cifra de extranjeros que carecen de permiso de residencia.

Si observamos la tabla I, entre 1971 y 1991 el volumen de inmigrados pasó de representar el 1,1% al 2,2% de la población total. Sin embargo, los *extranjeros* fueron apenas la mitad de ese flujo. En otras palabras: en esos veinte años aumentaron muy rápidamente los *nacionalizados*, debido a un doble proceso: por un lado, el “retorno” de hijos de emigrantes españoles nacidos en el extranjero; por otro, la adquisición de nacionalidad de inmi-

Tabla 1. Población total, inmigrante y extranjera (1971-2005)

| Año | Pobl. Total | Inmigrados | Extranjeros | Nacionalizados | Residentes | Irregulares |
|------|-------------|------------|-------------|----------------|------------|-------------|
| 1971 | 34.117.623 | 365.376 | 183.195 | 182.181 | 148.400 | 34.795 |
| 1981 | 37.723.299 | 625.907 | 233.082 | 392.825 | 183.422 | 49.660 |
| 1991 | 38.846.823 | 840.594 | 350.062 | 490.532 | 278.696 | 71.366 |
| 1997 | 39.852.651 | s/d. | 637.085 | 544.000* | 609.813 | 27.272 |
| 2000 | 41.116.842 | 1.969.270 | 1.370.667 | 598.603 | 895.720 | 474.947 |
| 2001 | 41.837.894 | 2.594.052 | 1.977.944 | 616.108 | 1.109.060 | 868.884 |
| 2002 | 42.717.064 | 3.302.440 | 2.664.168 | 638.272 | 1.324.001 | 1.340.167 |
| 2003 | 43.197.684 | 3.693.806 | 3.034.326 | 659.480 | 1.647.011 | 1.387.315 |
| 2004 | 43.975.375 | 4.355.300 | 3.691.547 | 663.753 | 1.977.291 | 1.714.256 |

Fuente: Elaboración propia en base a INE (*Censos de Población y Padrón Municipal*), Ministerio del Interior (Residentes extranjeros), e IZQUIERDO y LÓPEZ DE LERA, 2003.

Las cifras de residentes corresponden a 31/12 de cada año, las de los padrones municipales a 1-1; debido a ello hemos consignado los datos del Padrón de 1998 (enero) en 1997 (diciembre) y así sucesivamente. (*) Estimación.

grantes una vez cumplido el período de residencia requerido por las leyes. Es interesante señalar, siguiendo a IZQUIERDO y LÓPEZ DE LERA (1), que a lo largo de esas dos décadas el porcentaje de “irregulares” (extranjeros sin permiso de residencia) se mantuvo en torno al 20%; agregando, por nuestra parte, que la “alarma social” respecto al incremento de inmigración irregular se produjo sólo a partir de la aplicación de la primera “Ley de Extranjería” y se centraba únicamente en los extranjeros de cierta procedencia (extra comunitarios, preferentemente africanos) ignorando el significativo volumen de europeos que residían de forma irregular en el país.

Durante el período 1971-1997 se sentaron las bases de los primeros núcleos inmigrantes, que hoy se encuentran cercanos al período de jubilación y con hijos en edad adulta. Pero el gran crecimiento de la inmigración se produjo entre finales de 1997 y 2004: el número de extranjeros se multiplicó por 4,8 (de 637.000 a cerca de 3,7 millones)³. En cambio, los residentes (extranjeros “con papeles”) aumentaron sólo 2,2 veces; como consecuencia, las personas en situación irregular experimentaron el mayor incremento (5,5). Expresado en otros términos: si en 1997 los extranjeros representaban el 1,6% de la población, a comienzos de 2005 son el 8,4%. En estos siete años, de manera vertiginosa, España se ha situado a la par de tradicionales países de inmigración, como Francia o Alemania, como veremos a continuación.

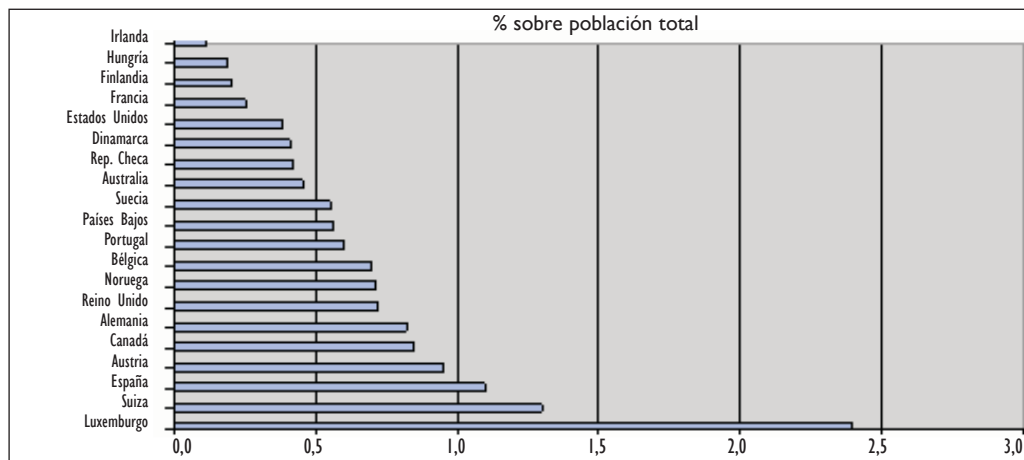
³Los españoles nacidos en otro país (inmigrantes nacionalizados y descendientes de españoles) se multiplicaron apenas un 22%. No es fácil discernir en este grupo entre quiénes llegaron ya con pasaporte español y quiénes se nacionalizaron después de ser residentes. Sabemos que de los 660.000 españoles nacidos en el extranjero, al menos 360.000 pertenecen al segundo grupo.

Sin embargo, y a diferencia de lo sucedido en otros países, en España gran parte de los nuevos flujos se han incorporado como “irregulares”. Según los registros estadísticos, en enero de 2002 había casi tantos residentes con papeles como irregulares; en 2005 el porcentaje de “sin papeles” ha descendido (desde el 50,3% al 46,4%) pero afecta a un número mayor de personas (más de 1,7 millones). Esta situación se ha vuelto insostenible y ha forzado un nuevo proceso de regularización, al que se han presentado 690.000 solicitudes. Esta constatación obliga a interrogarse acerca de las causas de la situación. En cuanto al crecimiento de los flujos inmigratorios podemos encontrar respuestas en el incremento de las desigualdades internacionales, en las crisis vividas en diversos países de origen, en las oportunidades que ofrece la economía globalizada y en el crecimiento económico y del empleo registrados en España. Pero respecto al altísimo índice de irregularidad la respuesta no admite demasiados matices: frente a la variedad de factores que estimulan los flujos inmigratorios, las políticas oficiales se han caracterizado durante este período por establecer dificultades crecientes para la regularización de los inmigrantes. Así, en la práctica, las vías de inmigración laboral regular quedaron drásticamente limitadas; la consecuencia fue que la continua llegada de nuevos flujos migratorios se tradujera en un incremento sin precedentes de inmigrantes “sin papeles”. En estas circunstancias y por efecto de la reciente regularización es previsible una reducción importante de los índices de irregularidad (centrada en los empleos que permanecían sumergidos debido a las trabas administrativas existentes) pero no su erradicación (tanto por la subsistencia de zonas de economía irregular, como por las dificultades que encuentran para obtener los papeles los subempleados, los trabajadores por cuenta propia, o los que se encuentran, momentánea o duraderamente, parados o “inactivos”).

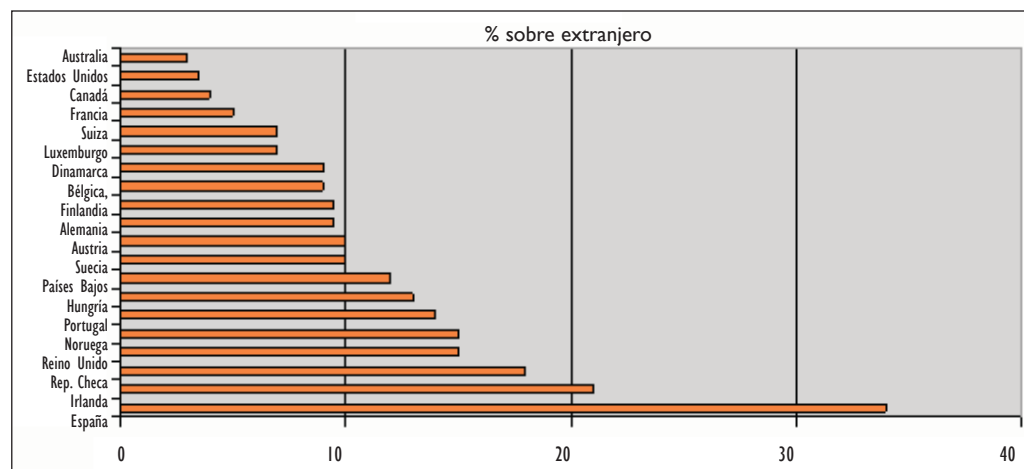
3. ESPAÑA EN EL CONTEXTO MIGRATORIO INTERNACIONAL

Los datos ofrecidos por el SOPEMI (Sistema de Observación Permanente de las Migraciones) en los países de la OCDE, muestran que España se encuentra entre los países con “crecimiento acelerado de la inmigración” para el período 1990-2002, junto con otros del sur de Europa (Portugal, Italia y Grecia) y los del noroeste (Irlanda, Reino Unido y Noruega). Si observamos el gráfico 1, la significación de las entradas de extranjeros en el 2002 (último dato publicado) en España es muy importante (450.000), dado que es el tercer país por orden de magnitud hacia el que se dirigieron los flujos migratorios (sólo por detrás del millón en EE.UU., y los 650.000 hacia Alemania). Además, dicho flujo representó el 1,1% del total de la población en España, magnitud sólo superada en Luxemburgo (2,4%), República Checa (1,3%) y Nueva Zelanda (1,2%). Por otra parte, los recién llegados están en proporción de uno a tres respecto al total de inmigrantes ya establecidos; en otros términos: alrededor de un tercio de los inmigrados eran personas de recentísima llegada. Estas cifras son las más elevadas de toda la OCDE, seguidas a mucha distancia por Italia (uno de cada cuatro) e Irlanda (uno de cada cinco). En suma, España en los últimos años se ha convertido en uno de los lugares preferentes para los flujos humanos que se desplazan hacia los países de la OCDE; la población de origen extranjero representa una proporción creciente de la población total y, una gran parte de esta migración procede de flujos muy recientes.

Gráfico 1. Entrada de extranjeros en 2002, en algunos países de la OCDE.



Fuente: SOPEMI 2004; OCDE, 2005.



Fuente: SOPEMI 2004; OCDE, 2005.

4. CARACTERÍSTICAS DE LAS POBLACIONES INMIGRADAS

Los principales rasgos de la población *extranjera* residente en España, pueden observarse en la tabla 2. En enero de 2005 había 3.691.547 extranjeros registrados en los padrones municipales. El 20,8% procede de alguno de los restantes 24 miembros actuales de la Unión Europea y alrededor del 2% de otras naciones desarrolladas (América del Norte, Japón). Por tanto, casi el 80% (2,9 millones de personas) son originarios del mundo “menos desarrollado”. Estas cifras muestran un vuelco total en la composición de la población extranjera respecto a la existente diez años atrás, cuando casi la mitad eran originarios de la Unión Europea, integrada entonces sólo por 12 naciones. El gran crecimiento reciente de la inmigración procede de fuera de la Unión Europea, especialmente de América Latina y de la antigua Europa del Este (ver gráfico 3).

TABLA 2. Principales nacionalidades de extranjeros empadronados. Número y distribución por sexo y grupos de edad (%)

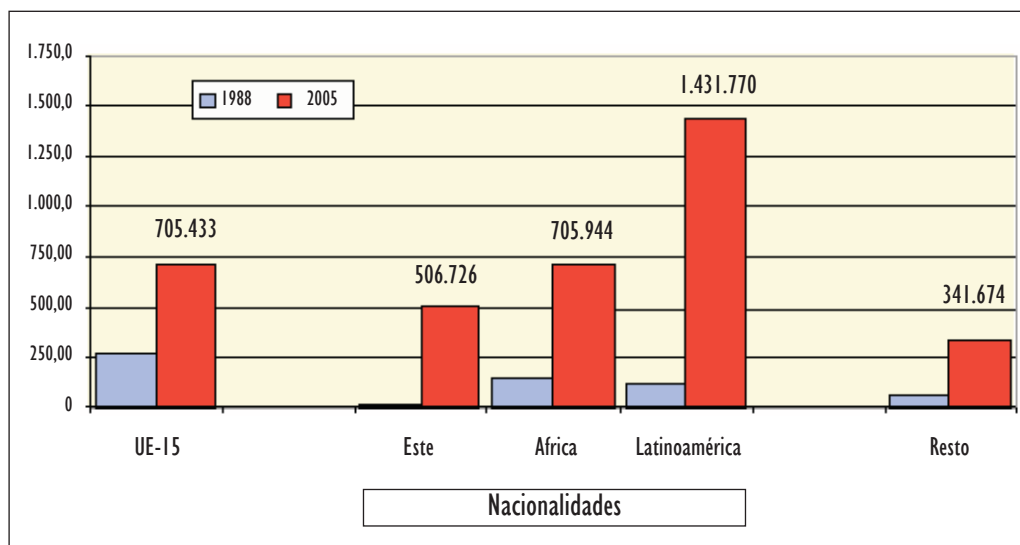
| Nacionalidad | Total | % | Sexo | | Grupo de edad | | | | |
|--------------------|----------------|------------|-------------|-------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | | | Mujeres | Hombres | 0-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50 y + |
| Total | 3.691.547 | 100 | 46,6 | 53,4 | 19,1 | 25,7 | 26,3 | 14,5 | 14,3 |
| Marruecos | 505.373 | 13,7 | 33,3 | 66,7 | 24,4 | 29,6 | 27,5 | 12,7 | 5,8 |
| Ecuador | 491.797 | 13,3 | 51,4 | 48,6 | 25,1 | 30,3 | 26,7 | 12,7 | 5,1 |
| Rumania | 314.349 | 8,5 | 45,4 | 54,6 | 18,0 | 36,9 | 27,9 | 12,4 | 4,7 |
| Colombia | 268.931 | 7,3 | 56,6 | 43,4 | 20,9 | 25,1 | 29,5 | 16,6 | 7,8 |
| Reino Unido | 224.841 | 6,1 | 49,4 | 50,6 | 13,4 | 6,0 | 13,3 | 14,7 | 52,6 |
| Argentina | 151.878 | 4,1 | 49,3 | 50,7 | 21,2 | 24,9 | 24,6 | 13,6 | 15,6 |
| Alemania | 131.887 | 3,6 | 49,5 | 50,5 | 9,9 | 8,5 | 15,6 | 15,7 | 50,3 |
| Bolivia | 96.844 | | 55,6 | 44,4 | 17,7 | 36,6 | 28,6 | 12,8 | 4,3 |
| Italia | 94.464 | 2,6 | 40,6 | 59,4 | 15,0 | 21,7 | 26,9 | 15,8 | 20,6 |
| Bulgaria | 91.339 | 2,5 | 44,1 | 55,9 | 17,6 | 27,5 | 27,4 | 18,3 | 9,2 |
| China | 86.681 | 2,3 | 44,9 | 55,1 | 24,8 | 24,8 | 28,1 | 16,3 | 6,1 |
| Perú | 84.427 | 2,2 | 53,8 | 46,2 | 14,4 | 24,8 | 30,8 | 17,7 | 12,4 |
| Francia | 76.949 | 2,0 | 50,9 | 49,1 | 14,8 | 17,5 | 25,1 | 15,1 | 27,6 |
| Portugal | 65.611 | 1,7 | 42,6 | 57,4 | 15,4 | 21,0 | 24,9 | 20,7 | 18,1 |
| Ucrania | 65.096 | 1,7 | 49,8 | 50,2 | 13,6 | 23,1 | 29,8 | 24,1 | 9,5 |
| R. Dominicana | 56.421 | 1,5 | 62,4 | 37,6 | 26,7 | 24,1 | 26,6 | 14,0 | 8,6 |

Fuente: Elaboración propia en base a INE, Padrón de Habitantes a 1-1-2005.

Aun así, entre las quince nacionalidades más numerosas todavía figuran cinco comunitarias: británicos (el 5º grupo), alemanes e italianos (7º y 9º), franceses y portugueses (13º y 14º). Pero los primeros y destacados puestos los ocupan los originarios de Ecuador y Marruecos; cada uno suma casi medio millón de personas, y juntos reúnen al 27% del total de extranjeros. Con más de 300.000 efectivos siguen los procedentes de Rumania y por encima de los 260.000 los de Colombia. Los argentinos superan los 150.000; con algo menos de 100.000 figuran los colectivos bolivianos, búlgaros, chinos y peruanos; con más de 50.000 ucranianos y dominicanos. En resumen, se configuran tres grandes grupos extra-comunitarios en función de la zona de origen: por un lado los latinoamericanos, por otro los llegados de la Europa del Este y, por último, los marroquíes; más allá, en solitario la inmigración china. Durante el período reciente se produjo un significativo crecimiento de los dos primeros flujos, mucho mayor que el experimentado por el procedente de la orilla sur del Mediterráneo⁴. Y esta circunstancia ha marcado un cambio de la configuración de la población inmigrante: hace una década estaba dominada por la presencia de europeos

⁴Por nacionalidades, entre enero de 2001 y 2005 los incrementos mayores correspondieron a los inmigrantes de Bolivia (1.363%), Rumania (894%), Bulgaria (659%), Ucrania (531%) y Uruguay (516%). El incremento medio del conjunto de extranjeros fue, en el mismo periodo, de 169%.

GRÁFICO 2. Evolución de los extranjeros empadronados en España, por grandes regiones de origen, 1998 y 2005



Fuente: SOPEMI 2004; OCDE, 2005.

comunitarios y marroquíes, acompañados por algunos latinoamericanos (dominicanos y peruanos). A partir de 1997 las mayores entradas fueron las de ecuatorianos, colombianos, bolivianos, argentinos, rumanos, búlgaros y ucranianos, acompañados por los chinos.

Comparando las cifras de empadronados en enero de 2005 con las de quienes tenían permiso de residencia a finales de 2004 (ver tabla 1), el índice de irregularidad total sería del 46,4% (1.714.000 personas). Pero estas cifras son ampliamente superadas en algunos colectivos nacionales: el 88% de los bolivianos, el 74% de los rumanos, más del 60% de argentinos, búlgaros o brasileños, más del 50% de ecuatorianos y ucranianos y más del 40% de británicos y alemanes. Con toda seguridad, el proceso de “normalización” recientemente terminado reducirá algunos de estos porcentajes, aunque no los eliminará completamente. Mientras tanto, importantes franjas de los grupos migrantes se encuentran abocados a una situación de máxima precariedad jurídica y, debido a ello, con importantes trabas para acceder a una integración “normalizada” en la sociedad española⁵.

Equilibrio entre sexos y predominio de sectores de adultos-jóvenes

En cuanto a la composición por sexo existe un relativo equilibrio con un moderado predominio masculino: el 53% de los extranjeros son hombres (1,97 millones y 1,7 millo-

⁵Conviene matizar que casi 300.000 de estos "sin papeles" son ciudadanos de alguno de los 24 miembros actuales de la Unión Europea. Estos no necesitan un permiso de trabajo para emplearse en España y el trámite de residencia no ofrece mayores dificultades. Por tanto, su situación obedece, para la mayoría, a un desinterés por la obtención de un permiso de residencia y, para la minoría, a la situación de los comunitarios “sobrevividos”: inmigrantes de los estados que acaban de ingresar a la U.E. y aún no han tenido tiempo de actualizar su situación administrativa.

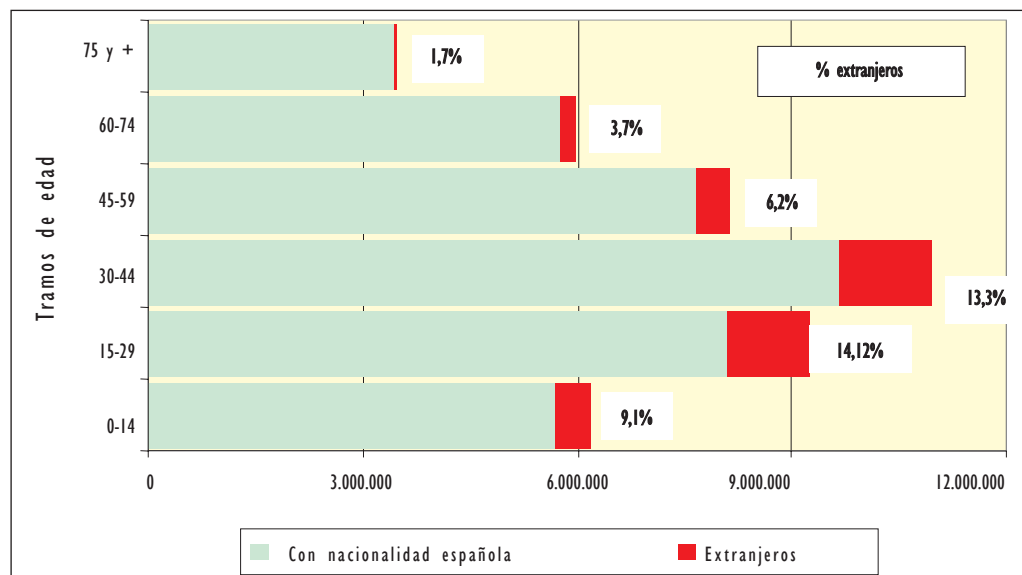
nes de mujeres). Sin embargo, tras estos valores medios, referidos al conjunto de los extranjeros, existen situaciones diversas en función de la nacionalidad. Entre las más numerosas algunas presentan un claro predominio masculino, especialmente los marroquíes, pero también italianos, portugueses, búlgaros, rumanos y chinos. En cambio, la migración es más femenina en el caso de colombianas, bolivianas, peruanas y, especialmente, dominicanas. El resto de los colectivos mencionados en la Tabla 2 muestran un mayor equilibrio entre sexos. Las explicaciones a estas pautas diferenciadas son diversas: tienen que ver con los sistemas de relaciones familiares y las oportunidades económicas en los países de origen, con el tipo de redes migratorias establecidas entre aquéllos y España y con las demandas/oportunidades de inserción en este país. En todo caso, los datos muestran que una parte significativa de la migración femenina no sólo no viaja “detrás” de un hombre sino que son las impulsoras, cuando no las únicas agentes, del proceso migratorio. Por otra parte, junto a la presencia de grupos familiares completos, nos encontramos con importantes segmentos de personas solas (sean solteras o casadas con la pareja en el país de origen). Estas situaciones generan, en un caso, un importante desgaste por las dificultades de reunificar o formar un núcleo familiar en España y, en otros, abren la oportunidad para el establecimiento de vínculos personales con personas de otras nacionalidades, españoles o migrantes de otras procedencias.

Si atendemos a la edad de los extranjeros encontramos también grupos diferenciados. Por una lado, hay 516.500 menores de 15 años, es decir, población en edad escolar que no puede ingresar al mercado de trabajo. Este 14% de los extranjeros es un indicador de la presencia significativa de familias, lo que supone una intención de asentamiento a medio o largo plazo puesto que traen a sus hijos o deciden tenerlos en España. Por otra parte, esta población genera demandas específicas a los sistemas educativo y asistencial del país: se necesitan plazas escolares, cobertura sanitaria, recursos para las familias en situación precaria, etc. Los mayores porcentajes de población corresponden a los grupos procedentes de Marruecos, Ecuador, China y R. Dominicana. En el otro extremo de la pirámide de edades nos encontramos con 270.000 personas (el 7,3% del total) que tienen 60 o más años, por tanto, se encuentran fuera del mercado laboral o a punto de retirarse y más expuestos a ser demandantes frecuentes de servicios sanitarios. Los colectivos más envejecidos proceden del Reino Unido y Alemania (la mitad de los empadronados supera los 50 años), seguidos a distancia por las otras nacionalidades comunitarias. Sin embargo, el resultado más sobresaliente es que más de la mitad de la población extranjera (52%) tiene entre 20 y 39 años, la mayor parte ya ha completado su formación y muchos cuentan con experiencia ocupacional; se trata de una población volcada a la actividad laboral y escasamente demandante de prestaciones sociales (salvo el desempleo, al que de momento no tienen mucho acceso debido al tipo de empleos desempeñados). La mayor concentración de personas en este segmento de edad se registra entre rumanos, bolivianos y brasileños (en torno a dos tercios de cada nacionalidad), seguidos por ecuatorianos, marroquíes, búlgaros, peruanos y colombianos.

La proporción de extranjeros sobre el total de la población es del 8,4%. Pero, tal como puede verse en el Gráfico 4, aumenta en el segmento menor de 45 años y, sobre todo, en los tramos de 15 a 29 (14,12%) y de 30 a 44 (13,3%). En resumen, el grueso de la inmigra-

ción es en estos momentos joven, más que la población autóctona, aunque en su seno existen situaciones diferenciadas. En algunos casos encontramos una generación de abuelos (aunque sin hijos ni nietos residentes en España), en otros predominan los jóvenes solteros y en un tercer grupo encontramos familias completas en las que conviven dos generaciones, con hijos en edad escolar.

Gráfico 3. Población empadronada, por nacionalidad y tramos de edad, 2005



Fuente: Elaboración propia a partir del Padrón de población de 1/01/2005, en www.ine.es, 2005

¿Qué proporción de los sectores jóvenes, es decir, la denominada “segunda generación” es migrante (ha nacido en otro país y es trasladada a España por su familia) y cuántos han nacido aquí (por tanto, son hijos de extranjeros pero no migrantes)? No es posible responder con exactitud a la cuestión, aunque sí afirmar que por el momento la mayoría procede de la inmigración. Durante los seis años comprendidos entre 1998 y 2003 nacieron en España 190.000 niños de madre extranjera. Casi 100.000 lo hicieron en los dos últimos años, por tanto no están aún en edad escolar (a partir de los tres años). No conocemos con precisión el volumen de nacimientos producidos antes de 1998, pero teniendo en cuenta la evolución de las cifras conocidas es seguro que entre 1990 y 1997 el total no superará los 50.000. Por tanto, de los casi 400.000 hijos de extranjeros matriculados en el sistema educativo en 2003-2004 puede estimarse que alrededor de la cuarta parte haya nacido en España y el resto proceda de la inmigración. El hecho es que tenemos hijos de inmigrantes venidos de fuera y otros nacidos en España. Ambos grupos son un indicador de la voluntad de sus padres por afincarse, al menos a medio plazo, en este país. Más, si cabe, los del segundo caso, puesto que las madres deciden tener descendencia ya instaladas en el contexto de la migración.

Mucho se ha hablado del impacto positivo de la inmigración sobre el impulso al bajo índice de natalidad en España. ¿Qué hay de cierto en ello? En primer lugar, la creciente pre-

sencia de jóvenes mujeres inmigrantes ha supuesto un incremento del número de nacimientos en el país, de forma que su aportación pasó de ser el 4,2% en 1998 hasta el 12,1% en 2003. En otros términos: en la actualidad más del 10% de los nacimientos son de madres extranjeras. Pero, en segundo lugar, este continuo incremento no va parejo con el de mujeres migrantes en edad fértil; por el contrario, la proporción nacimientos/mujeres no deja de bajar desde el año 2000. La explicación parece clara: el gran número de inmigrantes recentísimas contribuye a moderar las tasas de nacimientos, puesto que en la primera etapa sus prioridades se centran en procurar su inserción laboral y social. Habrá que esperar un tiempo para confirmar si su presencia supone un nuevo impulso a la natalidad, si con la "integración" en la sociedad española se modera su aportación, o si se establecen diferentes combinaciones entre estas posibilidades. Por el momento, para las mujeres comprendidas entre los 15 y los 49 años, la tasa de nacimientos de las extranjeras es mayor que la de las españolas, aunque la diferencia ya ha disminuido de 2,4 veces en 2000 a 1,6 en 2003.

La procedencia nacional de las madres ha cambiado paralelamente a la incorporación de nuevos flujos migratorios. En 1998, las mujeres marroquíes aportaban el 26% de los nacimientos de las extranjeras, seguidas a muy larga distancia por francesas, portuguesas, alemanas, dominicanas y peruanas (entre 3-4% cada grupo). A partir de entonces se reduce la importancia relativa (no la absoluta) de las madres marroquíes que en 2003 siguen siendo mayoritarias pero aportan sólo el 19,7% de los nacimientos. En cambio, las ecuatorianas aparecen en 1999 con el 4,9% y muestran un crecimiento vertiginoso que en cinco años las sitúa casi a la par que las marroquíes (19,5%). Además, en la actualidad destacan también las madres colombianas (9%) y las rumanas (6,6%), seguidas por chinas y argentinas (3%).

En la tabla 3 se recoge el número total de nacimientos en función de la nacionalidad materna. Podemos constatar que de madres marroquíes y ecuatorianas nacieron algo más de 10.000 niños a lo largo de 2003; casi 5.000 de colombianas, más de 3.000 de rumanas y por encima de 1.000 de argentinas, chinas, británica, o peruanas. Más allá del volumen total de nacidos, resulta de interés comparar estas cifras con el conjunto de mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años); al hacerlo obtenemos una tasa de fecundidad especial⁶, que nos indica el porcentaje de nacimientos por cada cien mujeres en edad de procrear (el promedio es de 5,4%), tal como se recoge en la última columna de la Tabla 3. Comprobamos que los volúmenes más elevados de fecundidad corresponden a las mujeres marroquíes (que duplican la media de todas las extranjeras) y a las chinas. Apenas por encima de la media se sitúan las ecuatorianas. En el extremo contrario, las tasas más bajas corresponden a alemanas y búlgaras. Esta es sólo una de las posibles indicaciones que nos muestran cómo el concepto "extranjeras" incluye una amplia diversidad de comportamientos sociales.

Desde el punto de vista de la cantidad de alumbramientos destacan las regiones que acogen más número de personas inmigradas: casi la mitad se registra en Madrid y Cataluña (el 23% en cada una), seguidas a gran distancia por la Comunidad Valenciana (12%) y

⁶"Especial" porque la tasa de fecundidad se obtiene habitualmente relacionando el número de niños menores de 15 años con el total de mujeres en edad fértil.

Tabla 3. Nacimientos y fecundidad de las madres extranjeras, según nacionalidad (2003)

| Nacionalidad | Mujeres de 15 a 49 años | Nacimientos | Fecundidad |
|---------------|-------------------------|-------------|------------|
| Todas | 993.793 | 53.306 | 5,4 |
| Ecuador | 185.722 | 10.406 | 5,6 |
| Colombia | 111.465 | 4.940 | 4,4 |
| Marruecos | 96.975 | 10.525 | 10,9 |
| Rumania | 75.736 | 3.550 | 4,7 |
| Argentina | 42.773 | 1.813 | 4,2 |
| Reino Unido | 33.626 | 1.308 | 3,9 |
| Perú | 29.183 | 1.038 | 3,6 |
| Alemania | 25.537 | 733 | 2,9 |
| R. Dominicana | 23.881 | 897 | 3,8 |
| Bolivia | 23.717 | 904 | 3,8 |
| Bulgaria | 23.543 | 706 | 3,0 |
| China | 21.770 | 1.778 | 8,2 |
| Francia | 20.867 | 976 | 4,7 |
| Ucrania | 20.827 | 640 | 3,1 |
| Italia | 20.110 | 631 | 3,1 |

Fuente: Elaboración propia en base a INE, Movimiento Natural de la Población y Padrón Municipal 2003.

Andalucía (10%). Pero si comparamos el volumen de nacimientos de las inmigrantes con el de las madres españolas obtenemos una visión más clara del aporte demográfico de las primeras en cada región. El impacto más fuerte se registra en Melilla (en 48 de cada 100 alumbramientos la madre era extranjera) y Ceuta (27,5%); a continuación aparecen Baleares, Madrid, Murcia, Cataluña y La Rioja (17 a 20,5%). En Aragón, la Comunidad Valenciana y Navarra se supera por poco la media nacional (12%). En cambio, en Extremadura y Galicia las madres extranjeras aportan menos del 5% de los nacimientos y en Asturias, País Vasco y Cantabria apenas se supera esa cifra.

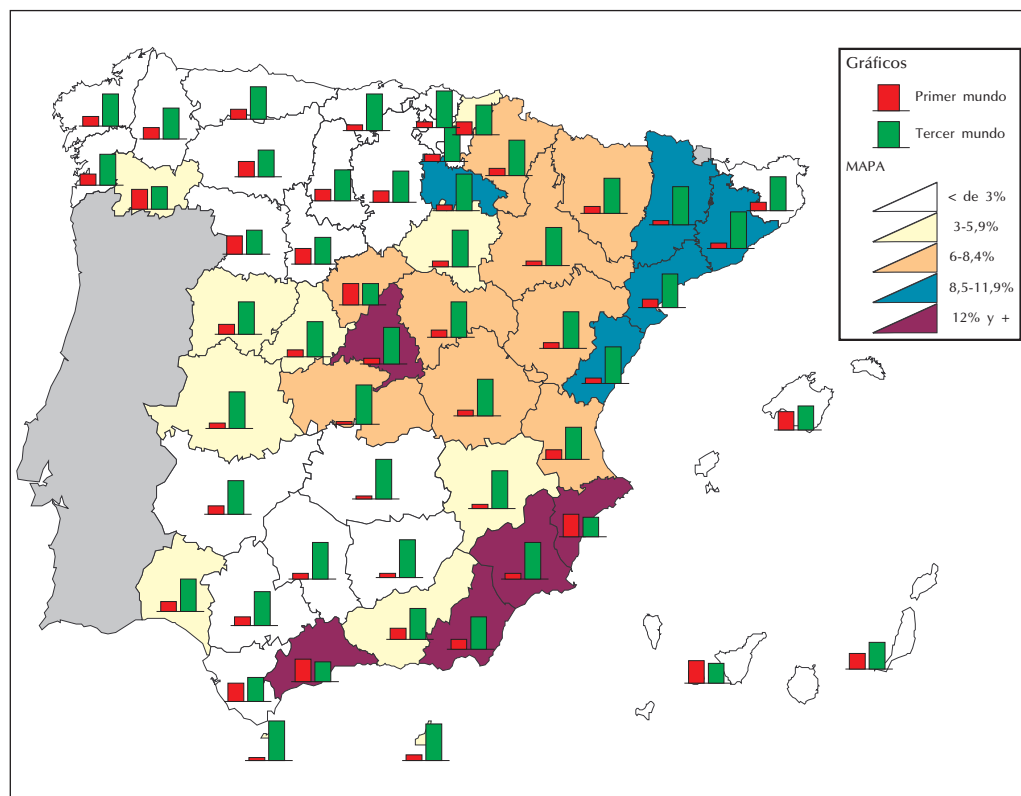
Conviene, además, tener en cuenta que existe otro aporte a la natalidad que no hemos considerado por falta de mayores datos, pero que es importante consignar. Tomando como referencia las cifras de 2003 vemos que un 9% de los nacimientos fueron de madre extranjera unida a un padre también extranjero; otro 3% de madre inmigrante con padre español, pero existe un tercer grupo que aporta otro 2% (9.300 nacimientos): son madres españolas unidas a padres extranjeros. Por tanto, los progenitores inmigrantes de ambos sexos aportaron un 14% de los nacimientos: el 9% fueron parejas extranjeras y el 5% parejas mixtas (entre autóctonos y extranjeros de ambos sexos). He aquí otro signo de diversidad social: la procedencia extranjera no implica necesariamente que la convivencia y la reproducción se realice en un medio familiar constituido sólo por inmigrantes.

5. LA DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL: CONCENTRACIÓN Y COMPOSICIÓN DIVERSA

Cuatro de las provincias españolas (Madrid, Barcelona, Alicante y Valencia) acogen al 50% de la población extranjera; en esos mismos territorios reside sólo el 35% de la población total del país. Incluyendo las siguientes siete provincias con mayor volumen de extranjeros (Málaga, Murcia, Baleares, Tenerife, Las Palmas, Girona y Almería) nos encontramos con el 75% de los extranjeros y el 50% de la población total del país. Por tanto, los inmigrantes están especialmente concentrados en algunas zonas, concretamente Madrid, los dos archipiélagos y varias provincias del arco mediterráneo, desde Girona a Málaga. Esta pauta de concentración se ve fomentada por la existencia de tres tipos diferenciados de polos de atracción: las grandes ciudades de servicios (Madrid, Barcelona, Valencia), las comarcas con agricultura intensiva de regadío (Murcia y Almería) y algunas zonas costeras con gran oferta turística y auge de la construcción.

El conjunto de los extranjeros suponía a comienzos de 2005 el 8,4% de la población total. Pero este valor promedio esconde situaciones muy diversas. En un extremo, la mayor proporción de extranjeros se encuentra en Alicante (18,5% de su población), Baleares,

Mapa 1. Densidad (extranjeros sobre población total) y composición (comunitarios y no comunitarios) de la inmigración según provincia de residencia (1-1-2005)



Fuente: Elaboración propia a partir del Padrón de población de 1/01/2005, en www.ine.es, 2005

Almería y Girona (más del 15%) que doblan –o casi– la media nacional. Les siguen Madrid, Málaga, Murcia, Castellón, Tarragona y Tenerife y (en torno al 12%). Cabe señalar que estos altos índices de “densidad migratoria” tienen composiciones diferenciadas: por ejemplo, en Alicante, Tenerife y Málaga algo más de la mitad de los extranjeros proceden del Espacio Económico Europeo o de Norteamérica⁷, en Baleares son el 43% y en Las Palmas más de la tercera parte de los empadronados. En cambio, en Madrid, Murcia o Barcelona la gran mayoría (en torno al 90%) es originaria de países no comunitarios. Por tanto, el primer grupo se caracteriza por una fuerte presencia de “residentes privilegiados” (por su estatus jurídico, en tanto nacionales comunitarios, como por la posición económica de la mayoría: rentistas, propietarios de negocios o profesionales liberales) y el último por un claro predominio de los “inmigrantes económicos”. Queda claro que la inmigración tiene diferente importancia y rostros distintos según la zona del mapa en la que focalicemos nuestra atención.

Si ponemos nuestra atención no en el conjunto de la población extranjera sino en las principales nacionalidades encontramos pautas de asentamiento diversificadas, en función de cuáles son las provincias donde se ubican preferentemente. Las cinco más significativas, que presentan variaciones específicas según el colectivo nacional, son las siguientes:

PAUTA COSTERA:

Reino Unido: Alicante (35%) y Málaga (19%); resto de provincias (46%).

Alemania: Alicante (22%), Baleares (17%) y Tenerife (13%); resto (48%).

PAUTA GRANDES CIUDADES Y COSTA:

Francia: Barcelona (18%), Madrid (13%), Alicante (10%); resto (59%).

Italia : Barcelona (22%), Madrid (13%), Tenerife (10%) y Baleares (9%); resto (46%).

Argentina: Barcelona (18%), Madrid (14%), Málaga (10%), Baleares y Alicante (8%); resto (50%).

GRANDES CIUDADES:

China: Barcelona (28%), Madrid (27%); resto (45%).

GRANDES CIUDADES Y ZONAS RURALES:

Marruecos: Barcelona (22%), seguida por Madrid (13%), más Murcia (9%), Girona y Almería (6% cada una).

PREDOMINIO DE MADRID:

Ecuador: 34%, más Barcelona (16%) y Murcia (11%); resto (39%).

R. Dominicana: 41%, más Barcelona (22%); resto (37%)

Perú: 46%, más Barcelona (30%); resto (24%).

Colombia: 27%, y Barcelona (11%); resto (62%).

Rumania: 30%, más Castellón (9%) y Valencia (6%); resto (55%).

Bulgaria: 24%, más Valencia (14%) y Alicante (7%); resto (55%).

⁷Los datos de avance del padrón Municipal de 2005 no distinguen todas las nacionalidades de los extranjeros, y agrupa entre el “resto de europeos” a originarios de países occidentales y prósperos con algunos de la Europa oriental. Por ello, en nuestro mapa las magnitudes designadas como “primer mundo” incluyen sólo a los nacionales de países de la U.E. más Noruega, Estados Unidos y Canadá. El resto ha sido catalogado como extranjeros del “tercer mundo”.

6. CONCLUSIONES

La inmigración de origen extranjero está aportando diversas novedades a la estructura social española. Se trata de un proceso en marcha, y de carácter reciente, por lo que no siempre es posible hacer balances precisos. Lo que resulta claro es que buena parte de estos nuevos vecinos han llegado para quedarse; incluso aquellos que vienen con un proyecto de corto plazo van encontrando alicientes para permanecer y/o dificultades para regresar. En todo caso hay que contar con ellos como una parte integrante de la sociedad española. De hecho lo son en diversos ámbitos: trabajan, aunque no siempre cómo y dónde quisieran; consumen; pagan impuestos; dinamizan barrios y sectores productivos; algunos se casan con personas autóctonas o con otros extranjeros...

Son, en definitiva, nuevos vecinos pero no son conciudadanos de pleno derecho: por un lado, una franja importante queda condenada –aunque “sólo” sea por unos años– a la irregularidad; por otro, quienes tienen papeles –salvo los que optan por la nacionalidad española– también se encuentran excluidos de uno de los derechos constitutivos de la ciudadanía moderna: votar y ser votado. En la situación actual, los nuevos vecinos y trabajadores, consumidores, etc. pueden quedarse aquí toda su vida, tener descendencia, trabajar, percibir prestaciones sociales, jubilarse... pero no llegar a ser parte activa de la comunidad que debe decidir hacia dónde orientar sus prioridades. Quizás, en el espejo de la inmigración, deberíamos mirar y preguntar por el nuevo tipo de sociedad que estamos construyendo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo IOÉ (1999): *Inmigrantes, trabajadores, ciudadanos*. Patronato Sud/Nord, Universidad de Valencia (texto completo en www.colectivoioe.org).
2. Colectivo IOÉ (2002): *Inmigración, escuela y mercado de trabajo. Una radiografía actualizada*, Fundació “La Caixa”, Col. Estudios Sociales, n° 11, Barcelona (texto completo en www.colectivoioe.org).
3. Colectivo IOÉ (2005): “Inmigrantes extranjeros en España: ¿reconfigurando la sociedad?”, en *Panorama Social*, n° 1, FUNCAS, Madrid, págs. 32-47. (Texto completo en www.colectivoioe.org).
4. Colectivo IOÉ (2005): “Ciudadanos o intrusos: la opinión pública española ante los inmigrantes” en *Papeles de Economía*, n° 104, Madrid (en prensa).
5. IZQUIERDO, A., y LÓPEZ DE LERA, D. (2003): “El rastro demográfico de la inmigración en España: 1996-2002”, en *Papeles de Economía Española*, n° 98, págs. 68-93.
6. Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es/inebase), *Padrón Municipal de Habitantes* (varios años).
7. Observatorio Permanente de la Inmigración, Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
8. (http://extranjeros.mtas.es/es/general/DatosEstadisticos_index.html):
Anuario Estadístico de Extranjería.
Extranjeros con autorización permiso de residencia en vigor.
Boletín Estadístico de Extranjería e Inmigración.
9. SOPEMI 2004, Tendances des migrations internationales, OCDE, Paris, 2005.

CAPÍTULO II

Los derechos de las personas extranjeras

MÓNICA NAVARRO FERNÁNDEZ y JUAN PEDRO SÁNCHEZ MORCILLO

El presente capítulo versará sobre los derechos que asisten a las personas extranjeras enfermas de sida en España, y a las opciones con que cuentan para regularizar su situación. La situación de una persona enferma de sida en España no difiere mucho en cuanto a su tratamiento legal, de la de cualquier otro extranjero, salvo en cuanto a la posibilidad de obtener la documentación en base al padecimiento de una grave enfermedad sobrevenida.

1. DERECHOS SANITARIOS

El sistema sanitario español es público y se basa en la gratuidad y la igualdad de sus prestaciones a todos los ciudadanos. El único requisito que ha de cumplirse para el acceso a la asistencia sanitaria es estar empadronado en el municipio donde habitualmente se reside, salvo en el caso de la asistencia sanitaria de urgencia, el de los menores de edad y las mujeres embarazadas, en que el acceso al sistema sanitario no cuenta con limitación alguna.

¿Cómo empadronarse?

Es necesario acudir a la Junta Municipal del Ayuntamiento donde el extranjero reside, presentando el pasaporte y el documento que acredite el uso de la vivienda, ya sea el contrato de arrendamiento, la autorización por parte de otra persona que esté empadronada en el mismo domicilio, o en caso de no figurar nadie más empadronado, un contrato o factura actual de una compañía de suministro.

¿Cómo se solicita la tarjeta sanitaria?

Una vez empadronado, el extranjero ha de solicitar la Tarjeta Sanitaria en el centro de salud (atención primaria) que corresponda, presentando su documento identificativo y el certificado de empadronamiento, con lo que se procederá a la asignación de un médico de cabecera, que será quien proceda posteriormente a derivar al paciente al especialista en VIH/sida del centro hospitalario correspondiente. Tanto la atención profesional, como las pruebas, las hospitalizaciones en caso de ser necesarias, y el resto de servicios sanitario tienen carácter gratuito.

2. SITUACIONES JURÍDICO ADMINISTRATIVAS DE LA PERSONA EXTRANJERA EN ESPAÑA

Las personas extranjeras pueden estar en España en situación regular, si su documentación les permite permanecer en el territorio, o irregular, en caso contrario. La situación regular puede tener diferentes características:

- **SITUACIÓN DE ESTANCIA:** Está en situación de estancia el extranjero que no es titular de una autorización de residencia y está autorizado a permanecer en España por un periodo no superior a 3 meses.
- **RESIDENCIA:** Es la situación que autoriza al extranjero a permanecer en España por un tiempo superior a 3 meses e inferior a 5 años. Se encuentran en situación de residencia los extranjeros que cuentan con una autorización para residir en España, ya sea autorización temporal o permanente.
- **RESIDENCIA Y TRABAJO:** Es la situación por la que el extranjero está autorizado a residir y desarrollar una actividad laboral durante el tiempo de su vigencia. La autorización puede ser de distintos tipos:
 - Por cuenta propia.
 - Por cuenta ajena.
 - Por cuenta ajena de duración determinada.
 - Para trabajadores transfronterizos.
 - Para realización de un servicio de carácter transnacional.
 - Para compatibilizar los estudios con la realización de una actividad laboral.

3. PERMISO DE RESIDENCIA

¿Cuáles son las vías para obtener un permiso de residencia?

A. -Haber obtenido un visado de residencia en el país de origen: El permiso debe solicitarse en la Oficina de Extranjeros o, en su defecto, la Comisaría de Policía de la localidad donde pretenda fijar su residencia el extranjero, cuando cuente con el correspondiente visado de residencia expedido por la Misión Diplomática u Oficina Consular de España en el país de origen.

¿Cómo se solicita?

La solicitud ha de realizarse en modelo oficial, al que habrá de acompañarse:

- Copia del pasaporte o cédula de inscripción en vigor.
- Tres fotografías recientes en color, con fondo blanco, tamaño carnet.
- Visado de residencia en vigor salvo que concurren circunstancias excepcionales.
- Justificación de disponibilidad de medios de vida suficientes para atender su manutención.
- Seguro médico para el periodo de la residencia.
- Certificado médico oficial.
- Certificado de antecedentes penales expedido por las autoridades del país de origen.

B. -En virtud de reagrupación familiar: Tienen autorización de residencia en virtud de la reagrupación familiar los extranjeros autorizados a permanecer en España a través del ejercicio, por parte de un familiar residente legal en España, del derecho a la reagrupación familiar.

¿Quién tiene derecho a ejercitar la reagrupación familiar?

El extranjero residente legal en España que cuenta con un permiso de residencia por un año y que haya solicitado permiso para residir al menos un año más, si bien, no se concederá la autorización para el familiar reagrupable hasta que no se haya producido la efectiva renovación del permiso del reagrupante.

¿Qué familiares son reagrupables?

- El cónyuge del que no esté separado de hecho o de derecho y siempre que el matrimonio no fuera celebrado en fraude de ley. Nunca podrá reagruparse a más de un cónyuge.
- Los hijos del residente legal o del cónyuge incluidos los adoptivos, siempre que sean menores o incapacitados, y no estén casados. Si son hijos de uno solo de los cónyuges habrá de ejercer en solitario la patria potestad o contar con la custodia, y estar efectivamente a su cargo. Si son hijos adoptados, la resolución por la que se concedió la adopción habrá de reunir los requisitos para producir efecto en España.
- Los menores de 18 años o incapaces de los que el extranjero residente legal sea representante legal.
- Sus ascendientes o los de su cónyuge, siempre que dependan de él y existan razones que justifiquen la reagrupación.

¿Cómo se obtiene un permiso de residencia en virtud de reagrupación familiar?

El extranjero residente legal que desea reagrupar a un familiar ha de solicitar ante el órgano competente, autorización de residencia temporal a favor de su familiar. La solicitud habrá de efectuarse en modelo oficial, a la que se adjuntará:

- Copia de la acreditación de los vínculos familiares y en su caso, de la edad, la dependencia legal y económica.
- Copia del pasaporte o documento de viaje en vigor del solicitante.
- Copia de la autorización renovada del extranjero o conjuntamente, de la autorización y la solicitud de renovación.
- Acreditación de medios económicos para la manutención de los familiares.
- Asistencia sanitaria.
- Disponibilidad de vivienda adecuada para él y sus familiares, que podrá acreditarse mediante informe del Ayuntamiento o acta notarial mixta, que contendrán el título que le habilite para la ocupación de la vivienda, el número de habitaciones y el uso al que se destinan, las condiciones de habitabilidad y el número de personas que habitan en ella.
- En los casos de reagrupación del cónyuge, declaración jurada de no convivir en España con otro cónyuge.

Si se cumplen los requisitos, la autoridad competente resolverá concediendo el permiso, cuya eficacia quedará en suspenso hasta que se produzca la efectiva entrada del familiar en el territorio con el correspondiente visado. En el plazo

de dos meses desde la concesión de la autorización, el familiar reagrupado tendrá que solicitar ante la Misión Diplomática u Oficina Consular del país de origen, el correspondiente visado de residencia. La entrada en el territorio español deberá producirse en el plazo de validez del visado, que en ningún caso superará los 3 meses.

¿Puede el reagrupado obtener un permiso independiente?

El cónyuge reagrupado obtendrá una autorización de residencia independiente cuando obtenga una autorización para trabajar. También la obtendrán en cualquier caso cuando hayan residido en España durante 5 años. También podrá obtener el cónyuge la autorización independiente cuando se rompa el vínculo matrimonial, siempre que acredite haber convivido con el reagrupante durante al menos dos años, cuando se dicte una orden de protección por violencia doméstica o por muerte del cónyuge.

Los hijos reagrupados obtendrán un permiso independiente cuando cumplan la mayoría de edad y obtengan una autorización para trabajar, o cuando al alcanzar la mayoría de edad hayan residido en España durante 5 años.

C.- Residencia por circunstancias excepcionales: Todas las vías anteriormente descritas para obtener la documentación requieren de la titularidad de un visado de residencia expedido por la Misión Diplomática u Oficina Consular de España en el país de origen. Las que a continuación se describen son las únicas en las que la autorización de residencia puede obtenerse una vez en España, sin necesidad de visado, por concurrir determinadas circunstancias de carácter excepcional, denominándose por ello, residencia por circunstancias excepcionales.

Los supuestos para la concesión de esta autorización son:

I.- Por razones de arraigo:

- Por razones de arraigo laboral, cuando acrediten la permanencia continuada en España por dos años, carezcan de antecedentes penales en España y en el país de origen, y acrediten una relación laboral de un mínimo de un año. Para demostrarlo, tendrá que aportarse resolución judicial que reconozca la relación laboral o resolución administrativa de la inspección de trabajo que la confirme.
- Por razones de arraigo social, cuando acrediten la permanencia en España de 3 años, carezcan de antecedentes penales, cuenten con un contrato de trabajo, cuya duración no sea inferior a un año, y que, bien acrediten vínculos familiares en España, bien presenten un informe del Ayuntamiento acreditando su inserción social, que deberá contener el tiempo de permanencia en su domicilio, los medios de vida con que cuente, su grado de conocimiento del idioma, así como la integración en las redes sociales de su entorno. El Ayuntamiento podrá recomendar que se exima de la necesidad del contrato cuando se acredite disponer de medios de vida suficientes.
- Cuando se trate de hijos de padre o madre que originariamente hubieran sido españoles.

En estos supuestos la autorización de residencia concedida llevará aparejada una autorización de trabajo por el mismo tiempo, salvo en el caso de los menores de edad.

En los casos de arraigo, la entrada en vigor de la autorización queda supeditada al alta en la Seguridad Social en el plazo de un mes desde la resolución.

2.- Por razones de protección internacional:

Podrán obtener una autorización de residencia las personas a las que el Ministro del Interior haya autorizado la permanencia en España conforme a la Ley reguladora del derecho de asilo y la condición de refugiado, así como a los desplazados.

3.- Por razones humanitarias:

Se concederá la autorización a quienes se encuentren en uno de los siguientes supuestos:

- Sean víctimas de delitos cometidos por motivos racistas o antisemitas o por cualquier otro tipo de discriminación.
- Sean víctimas de conductas violentas en el ámbito familiar, siempre que haya recaído sentencia de condena por tales delitos. En estos casos la solicitud podrá presentarse en el momento en que se dicte una orden de protección y se podrá conceder la autorización una vez recaída sentencia por el delito.
- Padezcan una enfermedad sobrevenida que requiera asistencia sanitaria de imposible acceso en su país, y que la interrupción del tratamiento ponga en grave peligro su vida o su salud, lo que se acreditará mediante informe médico. En el caso de personas enfermas de sida, por tanto, podrán obtener un permiso de residencia con motivo de la enfermedad, siempre y cuando cuenten con un informe clínico que acredite que la enfermedad se contrajo en España, y en su país de origen el tratamiento médico del sida sea de imposible acceso.
- Que su traslado a su país para obtener el visado ponga en grave peligro su seguridad o la de su familia, y reúnan los demás requisitos para obtener autorización de residencia.

4.- Personas que colaboren con las autoridades administrativas, policiales, fiscales o judiciales, por razones de interés público.

¿Cuál es el procedimiento para la solicitud?

Para la concesión, que no requerirá visado, se presentará personalmente la solicitud en modelo oficial ante la oficina competente, salvo que sea menor de edad, en cuyo caso lo hará su representante legal, con la siguiente documentación:

- Pasaporte o documento de viaje válido en España, con una validez mínima de 4 meses.
- Cuando así se exija, contrato de trabajo de duración mínima de 1 año firmado por el trabajador y el empleador.
- Documentación que acredite que se encuentra en uno de los supuestos anteriores.
- En los supuestos de solicitud por arraigo, certificado de antecedentes penales de

los países donde haya residido los cinco años anteriores, donde no consten condenas por delitos tipificados en el ordenamiento español.

- En el caso de solicitudes presentadas por víctimas de conductas violentas en el entorno familiar, podrán presentarse cuando se haya dictado orden de protección, pero la autorización no se concederá hasta que no haya recaído sentencia.

¿Cómo se renueva la autorización?

La autorización se renovará cuando continúen existiendo las razones que dieron lugar a su concesión, por periodos sucesivos de dos años.

El plazo para la renovación de la autorización es de 60 días naturales anteriores a la caducidad del permiso. La presentación de la solicitud de renovación prorroga la validez del permiso hasta que haya resolución sobre la renovación. También se prorrogará la validez cuando la solicitud de renovación se presente en los tres meses posteriores a la caducidad del permiso, sin perjuicio de la posible apertura de un procedimiento sancionador por la infracción que se haya cometido.

¿Se puede cambiar de la situación de residencia a la de trabajo?

El extranjero que haya sido titular de autorización de residencia podrá obtener una autorización de trabajo, cuando el empleador presente ante la autoridad competente solicitud de autorización para residir y trabajar, y se cumplan los requisitos exigidos para la concesión del permiso de trabajo, si bien no se tendrá en cuenta la situación nacional de empleo ni los posibles antecedentes penales ni en España ni el país de origen. El plazo de residencia legal de un año no se tendrá en cuenta cuando se acredite la necesidad sobrevenida de trabajar para subsistir, ni en los casos en que el permiso de residencia se haya obtenido en virtud de reagrupación familiar.

Cuando el permiso que se solicita sea para trabajar por cuenta propia, la solicitud la presentará el propio trabajador, acreditando el cumplimiento de todos los requisitos exigidos, salvo los antecedentes penales.

4. PERMISO DE TRABAJO Y RESIDENCIA

Es la autorización que permite a la persona extranjera residir y desarrollar una actividad laboral durante el plazo de su vigencia. El permiso puede ser de distintos tipos.

¿Cómo se obtiene el permiso de trabajo y residencia?

I.- Permiso por cuenta ajena

Es el que se concede al trabajador extranjero para que desarrolle una actividad laboral para un empresario o empleador. Para su concesión se tendrá en cuenta la situación nacional de empleo.

¿Quién puede solicitar la autorización?

El empresario o empleador que desee contratar a un nacional de otro Estado, residente en su país de origen. La solicitud la presentará personalmente el empleador o empresario, o quien validamente ostente la representación de la empresa.

¿Cómo se solicita?

El empleador que quiera contratar a una persona extranjera no residente en España deberá presentar:

- Solicitud en modelo oficial.
- DNI o CIF, y documento de inscripción a la Seguridad Social o acreditación de estar exento. Cuando sea persona jurídica, documento que otorgue la representación legal a favor de la persona física que presenta la solicitud.
- Contrato de trabajo u oferta de empleo en el modelo oficial.
- Cuando lo solicite la autoridad competente, acreditación de medios económicos.
- Pasaporte o documento de viaje en vigor del trabajador.
- Acreditación de la titulación o capacitación del trabajador para el puesto.
- Cuantos documentos determine el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales mediante Orden Ministerial, dado que en el texto del Reglamento de la Ley 4/2000, de 11 de enero reserva esta posibilidad.

¿Qué trámites han de realizarse cuando se concede la autorización?

En el plazo de un mes desde la notificación al empleador de la resolución, el extranjero deberá solicitar en su país el correspondiente visado. Si se comprueba que el extranjero para el que se hizo la solicitud se encuentra en España en situación irregular, se inadmitirá a trámite.

Una vez se produzca la entrada en España deberá tener lugar la afiliación del trabajador en la Seguridad Social. Cuenta con un mes para solicitar la tarjeta de identidad de extranjero, para lo que deberá haber sido dado de alta en la Seguridad Social.

5. PERMISO DE RESIDENCIA PERMANENTE

Este supuesto es el que autoriza al extranjero a residir en España indefinidamente y trabajar en igualdad de condiciones que los españoles.

¿Cuándo se concede?

Se concede al extranjero que acredite la permanencia en España en situación legal durante más de 5 años, para los que no se tendrán en cuenta ausencias del territorio inferiores a 6 meses, siempre que en cómputo global, no superen el total de un año dentro de esos 5 años.

También se concede en los siguientes supuestos:

- Residentes beneficiarios de una pensión de jubilación contributiva, dentro del sistema español de la Seguridad Social.
- Residentes beneficiarios de una pensión de incapacidad absoluta o de gran invalidez en su modalidad contributiva.
- Residentes nacidos en España que al alcanzar la mayoría de edad acrediten haber residido de forma legal y continuada en España durante los 3 años anteriores.
- Españoles de origen que hayan perdido la nacionalidad española.

- Quienes al alcanzar la mayoría de edad acrediten haber estado bajo la tutela de una entidad pública española durante los 5 años anteriores a alcanzar dicha mayoría de edad.
- Apátridas o refugiados a quienes se haya reconocido el respectivo estatuto en España.
- Extranjeros que hayan contribuido al progreso económico, científico o cultural de España, o a la proyección de España en el exterior.

¿Cómo se solicita?

Los extranjeros que se encuentren en alguna de esas situaciones deben solicitar personalmente, en modelo oficial la solicitud, a la que deberá adjuntarse la documentación que acredite dicha situación. El plazo para resolver es de 3 meses, tras los cuales si no hay resolución expresa se entiende estimada la solicitud. Tiene validez por cinco años.

¿Cómo se renueva?

La solicitud de renovación ha de presentarse en los 60 días anteriores a la caducidad, presentando la tarjeta anterior y procediendo al abono de las tasas correspondientes. La solicitud prorroga la validez del permiso hasta que haya resolución. También se prorroga cuando se presente la solicitud de renovación en los tres meses posteriores, sin perjuicio de la apertura del procedimiento por la posible infracción cometida.

Todo lo anterior opera sólo en el caso de los extranjeros no comunitarios.

6. RÉGIMEN COMUNITARIO

¿A quiénes se aplica?

El Régimen comunitario se aplica a los derechos de entrada y permanencia en España de los nacionales de Estados miembros de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Portugal, Reino Unido, Suecia, Malta y Chipre), de nacionales de los restantes Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo (Noruega, Islandia y Liechtenstein) y de los nacionales de la Confederación Suiza. A partir del 1 de mayo de 2006 será aplicable también a Eslovaquia, Eslovenia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia y República Checa, salvo que se prorrogue el periodo transitorio de dos años. Se aplicarán también, cualquiera que sea su nacionalidad, a los familiares directos de los españoles, de los nacionales de otros Estados miembros de la Unión Europea, de los nacionales de los restantes Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo y de los nacionales de la Confederación Suiza.

Los ciudadanos a quienes aplica el Régimen comunitario tienen derecho a entrar, salir, circular y permanecer libremente en territorio español. También tendrán derecho a trabajar en el mercado laboral español, con la única salvedad de que no pueden ser funcionarios de la Administración Pública a no ser que adquieran la nacionalidad.

En cualquier caso, para concluir sobre el tema, ha de ponerse de manifiesto que en España el derecho de acceso a la sanidad está reconocido con carácter gratuito a todos los individuos, con independencia de cuál sea su situación jurídico-administrativa, y por tanto a los tratamientos sanitarios de sida. Asimismo está reconocido con carácter general el derecho a la confidencialidad y a la no discriminación por cualquier motivo, incluyéndose la salud, como medio de promover la convivencia normalizada con las personas afectadas por la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y RECURSOS

1. Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en su redacción dada por la ley orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, por la ley orgánica 11/2003, de 29 de septiembre y por la ley orgánica 14/2003, de 20 de noviembre.
<http://www.gtinmigracion.red2002.org.es/web/ley11enero.htm>
2. *El derecho de los migrantes a la salud*. Documento perteneciente a la colección Prácticas Óptimas de ONUSIDA. Texto de Margaret Duckett. Documento preparado para ONUSIDA y la Organización Internacional para la Migración (OIM). http://www.iom.int/DOCUMENTS/PUBLICATION/SP/Migrants_Right_to_Health_Spanish.pdf
3. COMITÉ DE PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE TODOS LOS TRABAJADORES MIGRANTES Y DE SUS FAMILIARES (CMW). Órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación de la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares por sus Estados Partes.
4. OFICINA PARA LA NO DISCRIMINACIÓN. Oficina europea de ámbito municipal orientada a la defensa de los derechos de las personas en general, con especial atención a los colectivos discriminados por razón de género (sexo y orientación sexual), pertenencia cultural (inmigración y minorías culturales), salud física y mental (disminuciones, enfermedades crónicas, sida/VIH y adicciones) y edad (en especial infancia y personas mayores) de la ciudad de Barcelona. <http://www.bcn.es/ond/es/index.html>
5. OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS. <http://www.ohchr.org/english/issues/hiv/introhiv.htm>
6. OBSERVATORIO DERECHOS HUMANOS Y SIDA. Iniciativa surgida en el seno de Red2002, una red de individuos y asociaciones dedicada al VIH. <http://www.observatorio.red2002.org.es/>
7. UNIVERSIDAD DE ALICANTE. <http://www.ua.es/es/servicios/juridico/derhuman.htm#IMAGEN%20Y%20EXTRANJERIA>
8. INMIGRACIÓN Y EXTRANJERÍA. <http://www.extranjeria.info/>
9. SECRETARÍA DE ESTADO DE EMIGRACIÓN E INMIGRACIÓN. http://extranjeros.mtas.es/es/general/preguntas_categoriasd7031f30452810d31f0bae7c073b9d88.html

La salud en la población inmigrante y la infección por VIH

SUSANA CASTILLO RODRÍGUEZ

1. CULTURA Y SALUD

Las condiciones socioeconómicas y la cultura sanitaria de la población inmigrante afectan a su situación de salud, morbilidad y mortalidad [1]. Dada la variedad de dichas condiciones y culturas, será difícil trazar un mismo escenario válido para la heterogeneidad de individuos que engloba el término inmigrante. Pero no va a ser ese el objetivo de este apartado; no vamos a entrar en el análisis del estado de salud de la población inmigrante, el interés se basa más bien en la discusión sobre las generalizaciones acerca de “los inmigrantes”, sobre las posturas reduccionistas que subsumen el elenco de condicionantes socioeconómicos y políticos a “lo cultural” y sobre los esencialismos resultantes de aislar “las representaciones de la salud” del contexto dinámico de re-construcción de las mismas.

En la amplia literatura internacional que hay sobre inmigración encontramos referencias a los problemas de categorización e identidad de los inmigrantes [2-3-4], que normalmente suelen pasar desapercibidos ante cuestiones que siempre acompañan-adjetivan a la inmigración (inmigración y educación, inmigración y desarrollo, inmigración y trabajo, etc.). Al hablar de inmigración es preciso definir a quiénes nos estamos refiriendo dentro de la amalgama de personas que suele cubrir el término (refugiados de guerra, asilados políticos, mano de obra barata y temporal, migraciones circulares de idas y vueltas sucesivas, personas que emigran solas, reagrupadas y segundas generaciones de hijos). En ocasiones —y llevados probablemente por un intento de aislar los aspectos físicos más distintivos— se ha puesto el acento sobre el grupo étnico¹ (gitanos rumanos, musulmanes, latinos) más que en la raza (africanos, europeos, asiáticos), debido quizás a la identificación de esto último con los abusos del pasado y con las connotaciones biologicistas. Se les ha identificado por el país de origen (chinos, nigerianos, marroquíes, ecuatorianos) o se ha hablado de la inmigración como un todo homogéneo, definido por el proceso que la constituye: los inmigrantes son aquellos que parten de un país de origen y transitan hasta llegar al país de destino. Por último, y sin empeño de ser exhaustivos, se habla del inmigrante como distinto al extranjero y se resalta la situación diferenciada del primero. Al inmigrante le va a caracterizar su “condición” de trabajador en el país de destino y el no reconocimiento de los derechos como ciudadano mientras no demuestre que aporta su trabajo a cambio. Esta condición de inmigrante se hace más patente si cabe ante la enfermedad o la discapacidad. La persona inmigrante y enferma pierde, según Sayad su “condición”, es decir, su posibilidad de legitimar la permanencia en el país y sus derechos, produciéndose una “con-

¹La facilidad con la que se habla de “grupos étnicos” y sus relaciones causa-efecto con comportamientos, conocimientos y tomas de decisión del individuo, es cuando menos sospechosa de un excesivo “eticismo”, por no indagar sobre otras competencias en el tema.

tradición incorporada” al ser inmigrante y no poder ocupar su papel como trabajador. Y aquí es donde encontramos una diferencia fundamental respecto a la salud. Independientemente de las situaciones de vida de los inmigrantes, la necesidad de conservar la salud es un hecho presente en todos ellos. La precariedad laboral y sus efectos (falta de tiempo para acudir al médico, pérdida del empleo, ausencia de cobertura social para las bajas) influyen en la distinta forma que las personas inmigrantes enfrentan la enfermedad, de ahí que podamos decir junto a FASSIN que “la existencia social del inmigrante se expresa en los modos de subjetivación que desarrollan los pacientes” [5].

En la bibliografía son continuas las referencias al “inmigrante joven y sano” que encabeza el proyecto migratorio de la familia. Este modelo sigue teniendo aún impacto en nuestra sociedad, aunque habrá que atender en los próximos años a los cambios que se produzcan en el patrón de salud de la población inmigrante (hipertensión, obesidad, accidentes de tráfico, descenso natalidad, abortos, infección por VIH/sida, etc.). Si como acabamos de señalar, el “tener salud” es propio de la condición del inmigrante, esta imagen no tiene, en ocasiones, su correspondencia en la sociedad de acogida. Al inmigrante se le ve como la persona que llega de fuera, como el Otro, desconocido, temido e incluso amenazante sobre el orden establecido.

A lo largo de la historia hemos presenciado el impacto de las migraciones sobre la población; la transmisión de enfermedades infecciosas entre el Viejo y el Nuevo Mundo, la expansión de la tuberculosis, la gripe o el VIH/sida han sido objeto de estudio de la epidemiología social [6]. En todas ellas “el Otro”, “lo que viene de fuera” es visto como una invasión, causa de los males en la sociedad de acogida. Fassin va más allá e inscribe el sida en un doble registro: el de la transgresión (sexual) y el de la agresión (por el otro), mostrando así la eficacia que esta representación tiene en la asociación epidemia-inmigraciónⁱⁱ. Esta estigmatización se refleja en las simplificaciones de carácter culturalista que identifican la infección por VIH con un determinado grupo étnico o país de procedencia, como fue el caso de los haitianos en EEUUⁱⁱⁱ [7] o los africanos en Suecia, Noruega y Rusia [8]^{iv}. De este modo, y abundando en las posturas reduccionistas apuntadas más arriba, vemos cómo la cultura —asociada en este caso a un grupo étnico— se impone sobre otras variables sociales, económicas, políticas y personales que contribuirían a explicar la aparición de la enfermedad^v [9-10]. Una asociación discriminatoria que ha sido denunciada por los colectivos de inmigrantes en Francia a raíz de la publicación de los datos sobre la epidemia en estos colectivos [11-12]^{vi}. Lo cultural aunque es multifacético y no puede ser subsumido a datos epidemiológicos es, no obstante, un aspecto a tener en cuenta en tanto “específico de la

ⁱⁱCalifica su efecto como “una relación peligrosa”.

ⁱⁱⁱLos grupos de riesgo, identificados al inicio de la epidemia en EEUU como las 4H (homosexuales, hemofílicos, haitianos y heroínómanos) formaban parte de la construcción social de la epidemia.

^{iv}En estos países la política de expulsión de las personas seropositivas ha sido una constante.

^vEn Francia se habló de un “Sida africano” por las proporciones que alcanzaba la enfermedad en este colectivo y sus características en la transmisión (heterosexual). En España se habla de una “subepidemia con perfiles diferentes al patrón clásico de la epidemia de Sida en España” (*Boletín Epidemiológico Nacional 2004*, vol. 12:13 (137-148)).

^{vi}En España este tema fue muy discutido entre los distintos agentes sociales (instituciones públicas de salud, inmigrantes, académicos) a raíz del proyecto “Red europea entre las organizaciones comunitarias africanas y los agentes de salud para la prevención del VIH/SIDA”, donde se pudo conocer esta situación en otros países europeos. En España, el debate sobre la publicación de los datos y sus ventajas e inconvenientes (de cara a intervenciones y actuaciones políticas frente a la posible manipulación de los mismos y la estigmatización de los inmigrantes) se inclinó más hacia la primera postura.

especie humana; es una forma de relacionarse e intervenir en el mundo a partir de los valores, creencias, prácticas pautadas y normativizadas en lo social, que son adquiridas y aprendidas para orientar nuestro pensamiento, acción y decisión”[13]. Muchos de los estudios de la epidemia de sida en África cayeron en aproximaciones culturalistas y modelos explicativos *ad hoc* como respuesta a la rapidez de la expansión de la enfermedad, reduciendo la complejidad de lo cultural a explicaciones de tipo religioso, moral o tradicional. Se hablaba de culturas sexualmente promiscuas y se focalizaban las causas de la epidemia en el rechazo del preservativo o la poligamia [14-15-16].

Por último, al hablar de representaciones sociales sobre la salud me refiero a las creencias, significados y sentidos adscritos a su “cultura sanitaria”. Esto es, a un sistema cultural formado por las imágenes sobre qué es estar sano, sobre el cuerpo y sus cuidados, sobre la enfermedad, los sanitarios y su práctica, sobre la relaciones entre el discurso biomédico y el profano [17-18]. Estas imágenes sobre la salud-enfermedad cambian, porque los inmigrantes se insertan en un proceso dinámico de reajustes entre sus concepciones de salud y las dominantes en la sociedad de acogida y por tanto es difícil separar analíticamente las representaciones “naturales” (propias) de su herencia cultural de aquellas resultantes de las interferencias con la sociedad de acogida^{vii}.

El caso de la enfermedad del sida muestra el efecto de la interacción cultural en la coexistencia de imágenes; según datos procedentes del proyecto realizado en el Instituto Carlos III de Madrid^{viii}, si bien los entrevistados, procedentes de Marruecos, Latinoamérica, África subsahariana y China, respondieron a la definición del sida en términos muy ideologizados científicamente (“enfermedad contagiosa; se describió en los 80 por un francés; degenerativa; todavía no se cura”) también aparecían en sus discursos otras referencias cuya génesis cultural se identificaba más fácilmente (“experiencias en laboratorios occidentales; sexo con animales como sucede en países occidentales; es un castigo de Dios por practicar sodomía; es de personas que no se cuidan^{ix}”). Las imágenes del sida se enmarcaban en el caso de los inmigrantes marroquíes en una retórica política que identificaba sida con occidente, con una sexualidad prohibida, tabú y “desconocida”, y se criticaban las campañas específicamente dirigidas a los inmigrantes porque abundaban en la asociación estigmatizadora inmigración=sida [19]. Las personas procedentes de África subsahariana aludían a una vulnerabilidad ante el sida ‘específicamente africana’ y lo relacionaban con la “costumbre” hondamente arraigada de la promiscuidad y con la “institucionalización” de las “amiguitas” y los novios para ayudar a la economía doméstica [20-21]. Las representaciones sociales sobre la enfermedad no pueden en definitiva, desligarse de las interrelaciones culturales de las que participan inmigrantes y autóctonos.

^{vii}Algunos incluso racializan los procesos conductuales y comentan que “*la cultura, la raza u otros factores étnicos afectan a la aceptación por parte del paciente de las prácticas sanitarias tradicionales de occidente*” (GUERRERO, 2004: 566. La cursiva es mía). ¿Cómo se explicaría la influencia de la raza en la toma de decisión?

^{viii}Prevención del VIH/sida en la población inmigrante: una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales”, Proyecto FIPSE 3127/00.

^{ix}Cuidarse significa en el medio latinoamericano tomar precauciones en las relaciones sexuales.

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LOS INMIGRANTES

Al referirme a “factores” no estamos indicando una relación de causa-efecto, más bien son elementos a considerar en un análisis complejo sobre la salud de la población inmigrante.

En cuanto a los *factores políticos*, deberíamos hablar de la politización que se hace de la “question immigré” y del derecho universal a la salud. Al margen de la discusión sobre los tipos más o menos restrictivos de regulación de flujos de inmigrantes y protección de las fronteras, la legislación sobre el derecho a la salud y a los cuidados de los inmigrantes en Europa ha cambiado en los últimos años, ocupando un lugar prioritario en las agendas políticas (MORENO, 2004) [22]. En España, la descentralización de las competencias sanitarias en las Comunidades Autónomas propició que se adoptaran distintas medidas políticas de acceso o denegación de atención a los inmigrantes documentados e indocumentados, generando la consiguiente confusión dentro del colectivo. La aprobación de la Ley Orgánica 4/2000 sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, y sus modificaciones (L.O 8/2000; L.O 11/2003; L.O 14/2003), reconoce el derecho de acceso al sistema sanitario de los extranjeros empadronados en el territorio español en igualdad de condiciones que los españoles, y supuso un referente a nivel nacional y el reconocimiento de las reivindicaciones llevadas a cabo por asociaciones, las ONG y partidos desde 1996^x. En definitiva, se trató de normalizar una situación que estaba en manos de la voluntariedad de los profesionales sanitarios pero se dejó a la arbitrariedad de los municipios (claramente ilegal según la Ley de Bases del Régimen Local) el derecho a empadronar o no al demandante^{xi}.

La situación en Francia nos sirve para analizar cómo la politización de la inmigración tiene sus repercusiones sobre las condiciones de vida de los inmigrantes enfermos de sida. Allí, el peso del modelo republicano de integración ha influido en las políticas sanitarias de equidad hacia los colectivos inmigrados aunque fue necesaria la presión ejercida por una plataforma social para que se discutiera en la agenda política el tema de la protección a los extranjeros gravemente enfermos. En febrero de 1997 se introdujo una cláusula en la reforma de la legislación sobre inmigración en la cual se declaraba la inexpulsabilidad de los extranjeros gravemente enfermos y que no pudieran tratarse en sus países de origen. Posteriormente con la Ley Chevènement de mayo de 1998 los extranjeros acogidos a esta cláusula podían acceder a un permiso de residencia renovable por motivos humanitarios que no les autorizaba a trabajar. Muchos de los inmigrantes indocumentados seropositivos o enfermos de sida se han acogido a esta medida, pasando paradójicamente a ser “integrados” en la sociedad francesa por su condición de enfermo y no por sus derechos como persona. La “bondad” de la medida se asienta paradójicamente en la “perversión” del sistema, que supedita los derechos a la enfermedad. Según Fassin [23], es la inversión de la lógica económica de la inmigración (entendida como mano de obra) en otra lógica-ética humanitarista (basada en el modelo republicano de integración universal y solidaridad).

^xDurante las comisiones del ámbito sanitario del Plan Regional para la Integración de los Inmigrantes en Madrid, 1996, varias organizaciones mantuvieron una postura crítica y enviaron a la Asamblea de la Comunidad de Madrid un escrito pidiendo que se incluyese a estos colectivos desfavorecidos en el sistema sanitario público (MORENO, 2004: 147). En 1999, PSOE e IU presentaron ante el Parlamento dos proyectos de ley dirigidos a garantizar la igualdad de acceso al sistema sanitario público según condición de residencia, sin supeditarla a la situación legal de la persona.

^{xi}“La extensión de la cobertura sanitaria a los colectivos en situación administrativa precaria estaría así en una situación relativamente inestable, al depender de un procedimiento administrativo extremadamente vulnerable” (MORENO, 2004:162).

En Gran Bretaña, el grupo “African Policy Network” ha presionado por un cambio de la legislación sobre los demandantes de asilo seropositivos, contra la política de alojamiento basada en la dispersión y el consiguiente alejamiento de los hospitales [24]. En España, la politización del sida y la inmigración ha tenido que ver con una cierta “impostura deontológica” de los sanitarios; se cuestionaban la eficacia (medida en términos de rentabilidad económica y costes-beneficios personales) de los tratamientos en inmigrantes enfermos aludiendo al más que probable regreso a sus países de origen para morir o buscar una curación no-médica. Otra justificación era que estamos costeando una “migración sanitaria” de gente que viene a curarse. En la práctica, y al contrario que en otros países europeos, la atención a inmigrantes infectados por VIH o enfermos de sida en España ha sido en las mismas condiciones que los españoles, sin requisitos *sine qua non* como la regularización o la procedencia [25].

En la esfera política, además de una legislación de respeto a los derechos humanos y no discriminación, es necesaria la formación y movilización de los inmigrantes^{xii}.

En el análisis de los factores sociales hay que señalar la falta de recursos, la precariedad en la vivienda y en el trabajo, el aislamiento, la debilidad de las redes sociales, el miedo a ser denunciado y la desestructuración familiar como explicativos de la desigualdad en salud de los inmigrantes [26]. Además, la xenofobia en la sociedad de acogida reproduce la imagen de los extranjeros como “sucios y enfermos” e influye en la construcción del inmigrante igual a “excluido social”. A esta situación social habría que sumarle la trayectoria de vida del inmigrante ya que en muchos estudios se pone de relieve que la salud del adulto es reflejo de unas condiciones de vida acumuladas siendo la pobreza la característica estructural de los inmigrantes procedentes de países en desarrollo. Malnutrición y explotación infantil, ausencia de infraestructuras sanitarias, falta de saneamiento básico, analfabetismo y marginación económica generan procesos de subdesarrollo físico y mental [27] y se constata que unas condiciones socioeconómicas adversas en la infancia pueden incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y algunos cánceres en la madurez [28-29]. El continuo aumento de la tuberculosis, así como las enfermedades tropicales y la infección por VIH/sida son fuentes de preocupación en la salud del colectivo. Algunos estudios critican a quienes alertan del riesgo para la salud pública de enfermedades importadas o de la expansión y alta proporción de la tuberculosis entre los inmigrantes, enfatizando que el riesgo es para el propio colectivo debido a la situación irregular, las condiciones higiénico sanitarias y las dificultades de acceso a los servicios de salud [30].

^{xiii}Desde 1999, tanto el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) como la Fundación de Investigación para la Prevención del Sida (FIPSE) han subvencionado proyectos de investigación en áreas clínicas, epidemiológicas y socioeconómica. A pesar del crecimiento de los proyectos en el ámbito de lo social, son aún muy escasos, con poca financiación y poco rigurosos en su diseño (www.fipse.com “Memoria de actuación del periodo 1999-2004”. www.msc.es “Infección por VIH y sida en España. Plan Multisectorial 2001-2005. Indicadores. Actualización nov. 2003”). Uno de los objetivos del Plan Multisectorial 2001-2005 fue “apoyar técnica y económicamente programas de prevención del VIH/sida culturalmente adaptados para minorías étnicas y aquellos grupos de personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad (precariedad legal, socio-económica, laboral y afectiva) para infectarse por el VIH”. Existe también un Observatorio Permanente de la Inmigración dependiente de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración dentro del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Las primeras preocupaciones de la persona que emigra son encontrar un sitio donde vivir y un trabajo. A veces, el lugar para dormir se convierte en un espacio compartido por otras familias o personas solas. El alquiler y posterior sub-alquiler de espacios a otras familias propicia el hacinamiento y un deficiente mantenimiento (higiene, temperatura, ventilación, humedad, luz) que favorecen la adquisición y transmisión de enfermedades, accidentes domésticos y conflictos intragrupal (por falta de intimidad, alcoholismo, violencia y abusos sexuales)^{xiii}. Los trabajos poco cualificados, la explotación laboral, la falta de cobertura social, el tiempo en los desplazamientos, el esfuerzo físico en las jornadas de trabajo, los horarios y las condiciones (trabajo en la calle, irregularidad en las comidas) influyen tanto en la salud como en el acceso a los servicios. En el caso de una persona inmigrante enferma de Sida, la necesidad de llevar un horario de comidas, con una dieta equilibrada y saludable, una regular adhesión a los medicamentos, cumplir los horarios de consulta y las jornadas de descanso, parece una carrera de obstáculos a veces insalvable. Si consideramos además la falta de apoyo social, el estigma y la discriminación por su grupo de iguales, nos enfrentamos a un panorama desolador^{xiv} [31]. La falta de información sobre el VIH/sida en sus países de origen y las dificultades de acceso en España; las barreras administrativas (de los ayuntamientos y distritos municipales) y legales (ausencia de identificación) para ser empadronado y obtener la tarjeta sanitaria; el posible agravamiento de la situación socioeconómica; la inconsistencia entre prácticas sexuales y protección y la denegación de auto-percepción de riesgo intervienen en el acceso tardío a las pruebas de VIH y su consiguiente tratamiento^{xv}.

En los estudios sobre inmigración y VIH se pone también de manifiesto que la emigración de hombres o mujeres sin sus parejas, en edad joven y sin una red de iguales son factores de riesgo de transmisión del VIH [11-32-33]. La búsqueda de sexo, a menudo sin protección, y la falta de acceso a los servicios de salud, a condones y a información contribuyen a una exposición arriesgada a la enfermedad. En España esta situación se reproduce en las zonas de trabajos agrícolas, venta callejera y construcción, caracterizados por la temporalidad y la itinerancia de hombres solos procedentes de Ecuador, Marruecos y Senegal principalmente. Es también el caso de la migración interior en África y de las mujeres que llegan a las costas de Marruecos para cruzar a Europa. A mayor tiempo de espera, menos recursos, situación que se contrarresta con la prostitución a cambio de favores o dinero [34].

La salud de los inmigrantes depende igualmente de *factores económicos*. La prostitución como medio para obtener dinero, emigrar e incluso sobrevivir en España, y la esclavitud de las mafias de comercio sexual colocan a la persona que emigra (en su mayoría mujeres) en situación de desprotección sexual y social debido a la presión económica (sexo sin con-

^{xiii}Según el estudio elaborado por SANZ, *et al* (2000), un 19% de los encuestados refiere no tener agua corriente, electricidad ni recogida de basura en sus viviendas (área 6 de la Comunidad de Madrid).

^{xiv}Contar con una red de apoyo social protege del aislamiento, desarrolla la personalidad y la autoestima, favorece la integración, fomenta el desarrollo de comportamientos saludables, potencia las actividades de ocio, culturales y deportivas, y reduce el riesgo de mortalidad y de padecer enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas (STANFEL, S., 1999).

^{xv}A pesar de la confidencialidad, anonimato y gratuidad de la prueba, los datos revelan que el 69,9% de los inmigrantes de países en desarrollo fueron diagnosticados de VIH menos de un mes antes de su diagnóstico de sida, situación que se repite en el 34% de los españoles (AUDERA, 2003).

dón), la clandestinidad de estos negocios y la situación irregular (y ocultación) de los inmigrantes. Otros elementos explicativos de la vulnerabilidad y el riesgo son las dificultades para el co-pago de medicamentos de uso corriente (analgésicos, molestias intestinales) o vitaminas que mejoren el estado de salud de los enfermos de sida. Como problemas añadidos señalo la imposibilidad de afrontar periodos sin trabajar y la interrupción de la jornada laboral para atender a las consultas, así como el temor a ser despedidos por su seropositividad.

En ocasiones, dentro de *factores culturales* se encasillan otros “casos” y circunstancias, cuya explicación no se ajusta a un agente causal definido en términos “científicos”, evidenciándose un choque entre el discurso hegemónico biomédico y otros sistemas englobados en las “medicinas tradicionales o alternativas” y/o los sistemas de autoayudas [35]. Así, se habla de determinadas enfermedades definidas como “síndromes culturalmente delimitados”, “culture bound syndromes” o “síndromes de filiación cultural” que remiten más bien a una reconstrucción social de la enfermedad que a una etiología médica (el “susto”, el “empacho”, el “mal de ojo”, la vigorexia, la bulimia) [33]. Con factores culturales no nos estamos refiriendo exclusivamente al ámbito de lo mágico y lo religioso sino también a relaciones de género [36-37], y a diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad. Algunos resultados del proyecto FIPSE 3127/00 servirán como ejemplos. Los datos provienen de: preguntas abiertas realizadas a 148 hombres y 150 mujeres procedentes de Marruecos, África subsahariana y República Dominicana; de los resultados de las intervenciones comunitarias de los educadores; y del estudio cualitativo compuesto por 28 entrevistas en profundidad entre estos colectivos más personas procedentes de China.

La enfermedad es definida desde la religión en el caso de los inmigrantes marroquíes que se refieren a ella como un castigo de Dios, algo de occidente y que no afecta a los musulmanes ni a las mujeres casadas (*“Yo soy musulmana y no creo que pueda tener riesgo”; “Esta enfermedad es un castigo de Dios muy grande cuando no se le respeta. Si no, él nos protege”; “Si alguien lo tiene es porque no es fiel o porque Dios está contra él”; “Las mujeres casadas no pueden contagiarse de sida”*). Entre las personas de origen subsahariano la imagen del sida coincide con la mala suerte: *“El virus del Sida tiene ojos y sabe donde puede entrar y donde no” “El Sida es una mala suerte” “Es difícil creer que la enfermedad se contagia como dices, pues si no yo ya lo hubiera cogido pues he estado con chicas que presuntamente dicen que han estado con gente que tenía la enfermedad. Por eso creo que al que le afecta es por mala suerte”*. Los dominicanos se referían a ella como algo del destino, *“ya que de algo hay que morir”*. En el colectivo chino, el sida es un tema situado al margen. Se habla de la enfermedad como grave, pero fuera del grupo (aluden a la poca incidencia de casos), y se hace referencia a “medidas protectoras idiosincrásicas” dentro del colectivo (hermetismo y autosuficiencia como lo era la religión entre los marroquíes) *“no solemos tomar drogas y tampoco somos gente de relacionarnos con gente que no conocemos” [19,21]*.

Respecto a la estructura familiar y de género, ya hemos apuntado cómo afecta la desestructuración familiar al riesgo de transmisión del sida. El trabajo sobre las relaciones de poder entre hombres y mujeres a la hora de negociar el uso del preservativo debe ser prioritario en todos los colectivos. El miedo a manifestar desconfianza al marido, a ser repudiadas y el temor a ser juzgada por los comportamientos sexuales, sobre todo en

mujeres que tienen sus parejas en los países de origen, anula las competencias negociadoras y la asertividad en las mujeres. En ocasiones son las propias mujeres quienes tienen incorporado/normativizado el no uso del preservativo tanto por razones religiosas como por el tipo de relaciones de matrimoniales/pareja (“no se habla”, “no me gusta”). En el estudio llevado a cabo en Uganda entre los Baganda se analiza la relación de inequidad de género a partir de las tradiciones del grupo: es aceptable para una mujer con necesidades económicas el tener un segundo compañero o novio (algo que sucede igualmente entre algunos colectivos de África subsahariana en España) pero admiten dinámicas de cambios para controlar la infección (p.e., reducir el número de compañeros y su simultaneidad). Sin embargo, el hecho de que las normas culturales –que asumen e incluso crean expectativas sobre las múltiples compañeras del hombre– tengan tanta fuerza, impide que las mujeres puedan controlar completamente su riesgo de infección [38]. La poligamia ha sido apuntada como vector de riesgo en la transmisión en varios estudios [39].

Los tabúes religiosos sobre el uso del preservativo y la concepción de la sexualidad como idéntica a reproducción (sobre todo en el colectivo marroquí y chino) actúan como barreras de protección en la transmisión del VIH. Se han de considerar además los hábitos en salud alejados de nuestra cultura sanitaria, aglutinados en “prácticas culturales perjudiciales para la salud” como la mutilación genital femenina, porque basándose en la tradición legitiman prácticas de riesgo (por compartir material cortante y no desinfectado^{xvi}). Las creencias sobre la salud y la enfermedad afectan a la autopercepción del riesgo, el tratamiento de la enfermedad y las imágenes de las personas enfermas. Es frecuente entre las personas procedentes de Marruecos y África subsahariana (Nigeria, Guinea Ecuatorial y Senegal) hablar de “*infusiones, hierbas, pastillas*”, y ‘poderes mágicos’ (“*la solución la tuvo un pastor a través de un sueño y vinieron sus antepasados a darle las instrucciones de lo que tenía que hacer...*”) como medios para ‘curar’ el sida.

La complejidad de todos estos factores invita a una reflexión profunda sobre las medidas desarrolladas para la prevención del VIH entre la población inmigrante y aboga por un abordaje integral del tema.

3. ESTILOS DE VIDA, HÁBITOS Y CULTURAS SEXUALES

Desde una perspectiva analítica-global, los determinantes de salud [40-41] abarcan las circunstancias políticas y económicas de la sociedad, los aspectos históricos y culturales, el medio ambiente, las condiciones familiares, y la peculiaridad biológica y psicológica de los individuos [42]. Ello supone, de un lado, constatar que la situación de salud de un colectivo va a estar estrechamente relacionada con los procesos más generales de la sociedad y de su grupo de pertenencia, y del otro admitir que dichos procesos tienen como consecuencia perfiles diferenciales de riesgo y de problemas de salud. Castellano se refiere a los estilos de vida como la influencia positiva o negativa de la historia personal y familiar sobre la salud [43], mientras otros autores apuntan tan sólo a los aspectos nega-

^{xvi}Aunque según apunta A. Kaplan 2002, las mujeres aducen entre otras razones la higiene, estética, facilitar el parto, prevenir la promiscuidad y proteger la virginidad. Además de riesgo es una práctica que atenta para la integridad de las mujeres y conculca sus derechos fundamentales.

tivos de los mismos^{xvii} [44]. Además de la biografía y la trayectoria migratoria^{xviii}, en el análisis de los estilos de vida y hábitos de la población inmigrante, hemos de considerar la variable de clase. Entre los inmigrantes la movilidad de clase es horizontal, dentro de los mismos nichos laborales y compartiendo situaciones de desigualdad y vulnerabilidad con otros excluidos en la sociedad. Algunas investigaciones muestran que la salud para los inmigrantes es un valor esencial pero no una prioridad [45-46]. Discursivamente, la alimentación, la higiene corporal, la práctica de deporte y la prevención bucodental ocupan un lugar destacado en la salud, algo que en la práctica no se ve correspondido, ya que además de las infecciones respiratorias, los síndromes depresivos y los dolores lumbares, las enfermedades odontológicas, respiratorias y cutáneas consecuencias de infecciones y ausencia de higiene adecuada, son prevalentes en los adolescentes inmigrantes [30, 47-48]. La relación del inmigrante con el sistema sanitario español se expresa en términos de “reproducción parcial” de su sistema de referencia con la consecuencia de un uso desviado de la lógica del sistema español, ejemplificado en la utilización de las urgencias de forma sistemática. El sanitario, por su parte, se enfrenta al inmigrante desde un punto de vista muy personal, sin el colchón de un discurso institucional [41], percibe un uso abusivo de los servicios y critica la ausencia de formación suficiente para atender a colectivos con referentes culturales diferentes^{xix} [44].

Culturas sexuales e infección por VIH

Cadwell [49] apunta a una relación estrecha entre migración y Sida que es calificada por Parker [50] de sinérgica o cibernética más que unilateral o unidimensional. Una relación de dependencia cuando la emigración es una vía para redefinir las identidades sexuales y de género [51]. Esta “migración sexual” se da fundamentalmente en hombres travestidos y hombres con atracción sexual hacia otros hombres (HSH) que buscan un espacio social de mayor apertura y que en ocasiones se enfrentan al círculo de la prostitución y de la discriminación en su medio social [52]. Estas personas se encuentran por tanto, “triplemente armarizados” por su condición de inmigrantes, por su homosexualidad y por la prostitución [53]. Ello les obliga en ocasiones a mantener relaciones fuera de su colectivo de inmigrantes constatándose en algunos estudios la práctica de conductas sexuales de riesgo y el consumo de drogas [31]. La migración es un proceso de lenta reconstrucción de las relaciones de género que se manifiesta en el incremento de capacidades y habilidades de la mujer para controlar su sexualidad. Estos procesos llamados de “aculturación” se manifiestan primordialmente en los hijos de inmigrantes nacidos en el país de destino, mientras que las relaciones de género y las tradiciones incorporadas en la socialización temprana perduran en los jóvenes y mayores que emigran a esa edad [54]. En el caso del VIH/sida es lla-

^{xvii}BUENO, 1996, agrupa los componentes del estilo de vida en: hábitos dietéticos; sedentarismo y falta de ejercicio físico; consumo de drogas; situaciones psíquicas morbígenas; mala utilización de los cuidados médicos e incumplimiento de las instrucciones curativas y preventivas.

^{xviii}La distinción que hace FASSIN apartir de H. ARENDT entre zôé (vida física, biológica, recorrido desde el nacimiento a la muerte) y bios (vida social, política, biográfica) expresa completamente, a mi parecer, el concepto “estilo de vida”.

^{xix}El estudio presenta los resultados de una investigación cualitativa en la que se abordan representaciones sobre salud, actitudes y valoración del sistema sanitario y propuestas para formar e informar al inmigrante y desarrollar una nueva cultura sanitaria dentro del colectivo.

mativo el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección, el rechazo del condón y la práctica de métodos inseguros que no protegen de infecciones (método ogino, la marcha atrás, la pastilla, la “t” o el “aparatico” [el DIU]). La redefinición de identidades, formas de enfrentar la salud y la enfermedad y las relaciones de género se da sobre todo por la influencia de otros jóvenes inmigrantes de su grupo de iguales en la primera generación de inmigrantes. Respecto al tema de la aculturación, los cambios conductuales y los procesos identitarios, los estudios no se ponen de acuerdo. Algunos argumentan que la aculturación es protectora puesto que promueve la individualidad, la autoestima y el empoderamiento personal. Otros sostienen que la aculturación aumenta el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual porque los inmigrantes adoptan comportamientos sexuales y drogodependencias que no tenían antes de emigrar [55-56].

Consecuencia de las migraciones es el incesante ir y venir de hombres que viajan a sus países de origen; Carrier et al (1997) ponen el ejemplo de los hombres vietnamitas que “por costumbre”, y de paso por Bangkok y Ho Chi Ming, en Vietnam, visitan las prostitutas, regresando a sus países de emigración y manteniendo relaciones sexuales con sus esposas/compañeras. Todo ello sin protección.

Como consideraciones finales, dado que la inmigración seguirá aumentando en España y que la tendencia es a un aumento de las infecciones de transmisión sexual y del sida entre los inmigrantes, habría que tomar medidas que aseguren unas condiciones de vida óptimas y unas necesidades básicas cubiertas para disminuir el riesgo de VIH en la población inmigrante. Además de una adecuada vigilancia epidemiológica y la incorporación de otras variables en el registro de casos de sida que aporten datos sobre la infección (p.e tiempo de estancia en España o trayectoria migratoria) es necesaria la cooperación con los países de origen, la puesta en marcha de programas de formación-acción de base comunitaria y sociosanitaria y la educación de pares para trabajar desde un enfoque global, cooperativo y promotor de los Derechos Humanos^{xx} [19,58-59].

BIBLIOGRAFÍA

1. MARTÍNEZ NAVARRO, F., *et al*, 1999. “Las explicaciones antropológicas”, en *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana, Madrid.
2. MARKS, L. WORBOYS, M. (ed). 1997. *Migrants, Minorities and Health. Historical and Contemporary Studies*. London, Routledge.
3. FASSIN, D. (2001). “La santé des immigrés et des étrangers: méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance”, en JOUBERT, M.; CHAUVIN, P.; FACY, F.; RINGA, V. (ed). *Précarisation, risque et santé*. Paris, INSERM.
4. SAYAD, A., 1996. *La double absence*. Paris: Seuil.
5. FASSIN, D. “Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du Sida en France”. *L'Homme*, 2001; 160:137-162.

^{xx}En el informe de la Reunión satélite “Migración y Sida: situación, políticas e intervenciones”, celebrada en la XIV Conferencia Internacional del Sida en Barcelona 2002, se apunta la obligación de responder a los factores asociados a la inmigración y el Sida como son los conflictos, la pobreza y la necesidad de acceder a los tratamientos.

6. HÉRITIER, F., 1995 "Rapport général", en JEAN PIERRE DOZON & LAURENT VIDAL, eds. *Les sciences sociales face au Sida: cas africains autour de l'exemple ivoirien*. Paris. Éditions de l'Orstom ("Colloques et séminaires").
7. FARMER, P. (1996). *Sida en Haïti. La victime accusée*. Paris, Karthala.
8. HAOUR-KNIPE, MARY, and RICHARD RECTOR. *Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis.
9. VIDAL, L., 1992. "Sida et représentations de la maladie. Éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge". *Cahiers des Sciences Humaines* 28 (1); 83-98.
10. PACKARD, M., 1989. *White Plague, Black Labour: Tuberculosis and the Political Economy of Health and Disease in South Africa*. Berkeley, University of California Press.
11. HERDT, G. (ed), 1997. *Sexual Cultures And Migration In The Era of Aids. Anthropological and Demographic Perspectives*. London, Clarendon Press Oxford.
12. FASSIN, D. "L'altérité de l'épidémie. Les politiques du Sida à l'épreuve de l'immigration". *Revue Européenne des Migrations Internationales* 2005, vol 17; 2: 139-151.
13. LEININGER, 1985. "Transcultural care, Diversity and Universality: a Theory of Nursing". *Nurs, Health Care*; 6 (4). (Referenciado en MARIANO, L., y Encinas, B. *La Educación para la Salud. Un abordaje transcultural*. Index Enferm [Gran] 2003, año XII, nº 42:24-28.)
14. FARMER, P., 1999. *AIDS and Social Scientist. Critical Reflections*, in CHARLES BECKER, JEAN PIERRE DOZON, C. OBBO & M TOURÉ, (eds). *Vivre et penser le Sida en Afrique*. Paris, Karthala.
15. CALDWELL, JOHN C., AND CALDWELL, PAT, 1993. "The nature and Limits of the Sub-Saharan African Aids Epidemic: Evidence from Geographic and Other Patterns". *Population and Development Review*, 19 (4): 817-48.
16. ANARFI, JOHN K., 1993. "Sexuality, Migration and Aids in Ghana- A Socio-Behavioral Study", in JOHN C., CALDWELL, GIGI SANTOW, I. O. ORUBOLOYE, PAT CALDWELL AND JOHN ANARFI (eds). *Sexual Networking and HIV/AIDS in West Africa. Supplement to Health Transition Review*, 3:45-67.
17. GOOD B., 1997. *Comment faire de la Anthropologie médicale?*
18. LAPLANTINE F., 1992. *Anthropologie de la maladie*. Payot, Paris.
19. MARTÍNEZ M.L.; MAZARRASA L.; PAZOS A.; CASTILLO S.; LLÁCER A.; COLOMO C.; LAGO M. *Prevención del Vih/Sida en población inmigrante*. Index Enferm (Gran) 2003; 42:19-23.
20. THÉODORE, F.; GUTIÉRREZ, J.B.; TORRES, P.; LUNA, G. "El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas". *Salud Pública de México*, Vol 46. nº 2, marzo-abril 2004.
21. PAZOS A.; CASTILLO S.; ALAMEDA A.; MARTINEZ, M.L.; MAZARRASA, L.; LLÁCER, A.; COLOMO, C.; LAGO, M. *Sexualidad y sida en 4 colectivos de inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid*. IV Congreso de Inmigración. Gerona, 10-13 nov. 2004.
22. MORENO FUENTES, F. J. 2004. *Políticas sanitarias hacia las poblaciones de origen inmigrante en Europa*. Madrid. Edita: Consejo Económico y Social.
23. FASSIN, D. "The biopolitics of Otherness. Undocumented Foreigners and Racial Discrimination in French Public Debate". *Anthropology Today* 2001, vol, 17, nº. 1.
24. MARY HAOUR-KNIPE. "Migration et VIH/Sida en Europe". Coordinatrice VIH/Sida, Organisation internationale pour les migrations. Genève, et Institut de médecine préventive et sociale, Université de Lausanne, Suisse.
25. AUDERA, C. "Spain", in *Access to Care: privilege or Right? Migration and HIV Vulnerability in Europe*. Editado por NIGZ, European Project Aids and Mobility, oct. 2003: 114-124.

26. BARUANI, P. "Trajectories, expériences de séropositivité et prévention du Sida en population migrante africaine en Communauté Française de Belgique". *Cahier spécial du Service Social de l'Étranger, d'Accueil et de Formation. Prévention Sida*, 1997.
27. CARBALLO, M.; NERUKAR, A. "Migration, refugees and health risk". *Emerging Infectious Disease*, vol.7, n° 3, supplement, junio 2001.
28. MARMOT, M., Y WILKINSON, R. (1999). *Social Determinants of Health*. Oxford University press.
29. SÁNCHEZ, A.; APARICIO, V.; GERMÁN, C.; MAZARRASA, L.; MERELLES, A.; SÁNCHEZ, A. (2000). "Conceptos de salud y factores que la condicionan", en *Enfermería Comunitaria I*. McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
30. GUERRERO, A., Y COLOMINA, J. "Población inmigrante y enfermedades infecciosas". *Rev Esp. Salud Pública*, 2004; 78:565-570.
31. STANSFEL, S. 1999. "Social support and social cohesion", en MARMOT, M., Y WILKINSON, R. *Social determinants of health*. Oxford University Press.
32. BRONFMAN, N.; MORENO, L. (1996). "Perspective on HIV/AIDS prevention among immigrants on the US-Mexico border", in MISHRA, S.; CONNER, R.; MAGAÑA, R. (ed). *AIDS Crossing Borders: The Spread of HIV among Migrant Latinos*. Westview Press: Boulder, CO.
33. Centro de Estudios para la Prevención del Sida (CAPS) y el Instituto de Investigaciones sobre Sida (ARI), Universidad de California en San Francisco, abril 2003.
34. ESPINOSA RAMÍREZ, J. *Asilo y Refugio. Informe. Refugiados en un campo de inmigrantes*. Cruz Roja Española.
35. PERDIGUERO E.; COMELLES J. (2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra.
36. "Medical migration and inequity of health care". *The Lancet*, vol. 356, n° 9.225: 177, julio 15, 2000.
37. CARBALLO, M.; GROUETT, M.; HADZIHASAJANOVIC, A. "Women and Migration: a public health issue". *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.* 49. 1996: 158-164.
38. MCGRATH, J., et al. "Cultural Determinants of Sexual Risk Behavior for AIDS among Baganda Women". *Medical Anthropology Quarterly. New Series*, vol. 6, n° 2 (Jun. 1992): 153-161.
39. "Crenças, tabus e mitos a prevenção do VIH/SIDA nas comunidades africanas". *AJPAS. Red entre las comunidades africanas y los agentes de salud para la prevención del Vih-Sida y las enfermedades transmisibles: una acción integral en Europa*. Proyecto Sepy I 199/99.
40. LALONDE, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
41. OMS, *Promoción de la salud*. Glosario, 1998.
42. REGIDOR, E., Y GUTIÉRREZ-FISAC, J. "Determinantes sociales de la salud", en MACÍAS, B., Y AROCHA, J.L. (ed). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria, 1996.
43. CASTELLANO P. "Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales", en Martínez Navarro, F.; Antó, J.M.; Castellanos, P.L.; Gili, M.; Marse, P.; Navarro, V. *Salud Pública*. McGraw Hill Interamericana. Madrid, 1999.
44. BUENO, A. "Las repercusiones en la salud de los estilos de vida (I): nutrición, actividad física y obesidad", en MACÍAS, B., y AROCHA, J.L. (ed). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria, 1996.
45. *Documentos Técnicos de Salud Pública n° 91*. "Inmigración, Salud y Servicios Sociales. La perspectiva de la población inmigrante". Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid, 2004.

46. CASTILLO, S., Y MAZARRASA, L. "Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de las mujeres inmigrantes". *OFRIM*, nº 41, mayo-junio 2001.
47. PENA, M. "Motivos de consulta y características demográficas de una comunidad de inmigrantes "sin papeles" en el distrito de Usera-Villaverde (Madrid)". *Aten. Primaria 2001*, 27: 25-8.
48. OLIVAN, G. "Evaluación del estado de salud y nutrición de los adolescentes inmigrantes ilegales de origen magrebí". *An. Esp. Pediatr 2000*; 53:17-20.
49. CALDWELL, J.; ANARFI, J.; CALDWELL, P. "Mobility, Migration, Sex, STDs and AIDS: An essay on Sub-Saharan Africa with Other Parallels", en HERDT, G. *Sexual Cultures and Migration In the Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives*. Londres: Clarendon Press Oxford, 1997.
50. PARKER, R. "Migration, Sexual Subcultures, and HIV/AIDS in Brazil", en HERDT, G. *Sexual Cultures and Migration In the Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives*. Londres: Clarendon Press Oxford, 1997.
51. HOGDAGNEU-SOTELO, P. 1994. "Gendered transitions: Mexican experiences of immigration". Berkeley. University of California Press.
52. CARRIER, J.; NGUYEN, B.; SU, S. "Sexual Relations between Migration Populations (Vietnamese with Mexican and Anglo) and HIV/STD Infection in Southern California", en HERDT, G. *Sexual Cultures and Migration In the Era of AIDS. Anthropological and Demographic Perspectives*. Londres: Clarendon Press Oxford, 1997.
53. JOCILES, M.I.; VILLAAMIL, F.; LORES, F., 2004. *Factores socioculturales relacionados con la realización de la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH y con conductas sexuales de riesgo en el colectivo de varones que tienen relaciones sexuales con otros varones*. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. (documento electrónico www.madrid.org)
54. BRAVO, A. "Desigualdades en la salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en Madrid". *Migraciones 13* (2003):137-183.
55. FLASKERUD, J., *et al.* "Sexual practices, attitudes and knowledge related to HIV transmission in low income Los Angeles Hispanic women". *The Journal of Sex Research*, 1996; 33: 343-353.
56. MARÍN, B.V.; FLORES, E. "Acculturation, sexual behavior and alcohol use among Latinas". *International Journal of the Addictions*, 1994; 29:1101-1114.
57. *Boletín Epidemiológico semanal*. Centro Nacional de Epidemiología, 2004. vol. 12, nº 13:137-148.
58. www.aidsmobility.org accedido junio 2005.
59. LLÁCER, A.; DEL AMO, J.; CASTILLO, S.; BELZA, M.J. "Salud e inmigración: a propósito del Sida". *Gac. Sanit 2001*; 15:19/9.

CAPÍTULO IV

La epidemia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en personas con país de origen distinto a España

ISABEL NOGUER ZAMBRANO, PAZ SOBRINO VEGAS y ALICIA BARRASA BLANCO

La población extranjera residente en España ha sufrido ascensos sin precedentes en los últimos años y sus consecuencias demográficas, sanitarias y sociales aún no han sido suficientemente evaluadas [1].

1. INMIGRACIÓN Y SALUD

La información relativa a salud en la población inmigrante es escasa y desde un punto de vista poblacional difícilmente comparable a la española en conjunto. Por un lado, el grado de extensión de las variables relativas al origen geográfico entre las enfermedades de declaración obligatoria es reducida y por otro, se carece de datos poblacionales que reflejen de forma real la dimensión de las poblaciones de inmigrantes que residen en España y su distribución. Hasta ahora a nivel del Estado o supracomunitario, solo se dispone de información relativa a personas originarias de otros países en el Registro Nacional de Sida y en los incipientes sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. No obstante se proyectan de cara al futuro numerosas iniciativas para recoger el origen de los casos en la mayor parte de las enfermedades sometidas a vigilancia. En cualquier caso, las previsiones de comparabilidad de estos sistemas de información epidemiológica en el contexto europeo presentan dificultades difíciles de superar, así por ejemplo para caracterizar poblaciones inmigrantes se recogen variables heterogéneas o difícilmente conceptualizables, como raza, etnia, país de origen, país de nacionalidad, país de nacimiento, país de infección, etc. [2].

Sin embargo, el número de estudios relativos a condiciones de salud es creciente y sus resultados ofrecen una orientación suficientemente amplia como para identificar los principales problemas de salud de estas poblaciones. Así por ejemplo la morbilidad se asocia a etapas del proceso migratorio, cambiando su espectro en función del tiempo de residencia y de las condiciones de integración en España [3]. Diversos estudios señalan que los principales factores de riesgo para la salud de los inmigrantes radican en las condiciones de la inmigración y en menor medida en la morbilidad de sus países de origen [4-6]. Este hallazgo no resulta extraño al estimarse que de los más de 15 millones de inmigrantes residentes en la Unión Europea, alrededor de un tercio han entrado clandestinamente. En concreto en España se estima en medio millón los residentes en situación irregular [6].

Todo parece indicar que las situaciones de vulnerabilidad secundarias a la separación del medio cultural y social de origen genera con una frecuencia muy alta problemas de salud mental [7-8]. Las características demográficas de la población inmigrante hacen que la frecuencia de problemas relacionados con la salud materno-infantil y en concreto del embarazo sea muy alto, constituyendo más de 1 de cada 4 ingresos hospitalarios en un

estudio realizado en Valencia [4] y una frecuencia relativa mayor de patologías del recién nacido [3].

Respecto a las enfermedades transmisibles una de las más documentadas y extensas en la población inmigrante es la tuberculosis, tanto por la prevalencia de enfermedad, como por la tendencia ascendente encontrada en algunos estudios [3,9-10]. Por otro lado, las condiciones precarias de vida y empleo en algunas subpoblaciones han puesto de manifiesto dificultades para el tratamiento correcto y el control de la misma [11]. Estudios realizados en países con mayor experiencia de acogida de inmigrantes, revelan la frecuencia con que estas poblaciones, y en concreto las sometidas a peores condiciones de vida constituyen guetos como consecuencia de las dificultades de integración cultural y socio-laboral en el país de acogida [12]. De darse estas condiciones en España, hecho constatado en minorías étnicas de la misma lengua materna [13], las enfermedades transmisibles pueden convertirse en un problema de primera magnitud en primer lugar para los propios inmigrantes, pero también para el conjunto de la población española.

2. VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En el contexto mundial España se encuentra entre los países con niveles intermedios de afectación por el VIH, a gran distancia de los países más afectados (África Subsahariana, Caribe y algunos países del sur de Asia), pero con niveles superiores que el norte de África, Latinoamérica, Centro-Europa y el conjunto de la Unión Europea [14,15].

El fenómeno de la inmigración masiva, especialmente aquella proveniente de países con gran afectación por el VIH induce a reflexionar sobre las repercusiones aún inciertas en la dimensión y evolución de la epidemia en Europa.

Las condiciones de precariedad social, económica y el desarraigo cultural sitúan a amplios sectores de la población inmigrante en condiciones de gran vulnerabilidad al VIH, o en situaciones de riesgo, como es el ejercicio de la prostitución o el consumo de drogas por vía parenteral.

Estudios europeos y españoles han asociado altas prevalencias de VIH con personas procedentes de África Subsahariana y con otras procedencias para determinados grupos con conductas de riesgo [16,17]. En el marco del oeste de Europa, los incrementos en los nuevos diagnósticos de VIH contraídos por vía heterosexual, se atribuyen a la elevada y creciente proporción de inmigrantes entre los nuevos casos, en los que las personas procedentes de África Subsahariana destacan por su alta frecuencia respecto a otros orígenes [18].

Casos de sida notificados en personas originarias de otros países

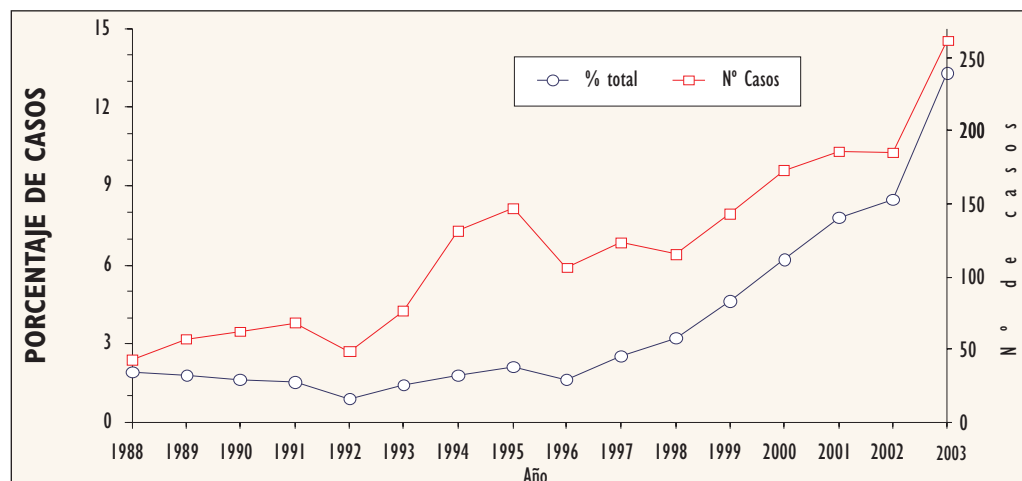
El sida es una consecuencia tardía de la infección por VIH y su diagnóstico refleja estados de inmunodeficiencia avanzada en personas que contrajeron la infección por VIH años antes. Por carecer de los medios para el diagnóstico de la infección VIH, los sistemas de notificación de casos de sida fueron los primeros que se pusieron en marcha en Europa con la finalidad de monitorizar la dimensión y la evolución de la epidemia a comienzos de

los años 80. Por ello son los que mejor recogen las tendencias tanto en población autóctona como inmigrante. Sin embargo, la recogida de información sobre poblaciones inmigrantes se realiza de forma muy desigual. Con la excepción del Reino Unido, la mayoría de los países disponen de escasa información específica sobre incidencia de sida en personas originarias de otros países o pertenecientes a minorías étnicas. Entre los casos de sida notificados en 2002 en el oeste de Europa, el 13,3% fueron originarios de África Subsahariana, 3% de Latinoamérica y Caribe y 2,2% de otro país europeo [19]. En los últimos años, los casos de sida en personas originarias de otros países en la Europa occidental han adquirido una importancia creciente y en 2004 oscilan entre el 10% y el 80%.

El Registro Nacional de casos de Sida es uno de los pocos sistemas de vigilancia epidemiológica en España que permite el análisis en función del país de origen de los enfermos, ya que recoge esta variable desde el principio de la epidemia.

En España se ha declarado un total acumulado de 69.799 casos de sida desde el comienzo de la epidemia hasta diciembre de 2004, lo que la sitúa entre los países de Europa más afectados. De ellos, 2152 casos fueron personas cuyo país de origen era diferente a España, lo que representa el 3,1% del total de casos de sida. Estas cifras deben considerarse como valores mínimos, ya que la variable país de origen no se recogía de forma sistemática en todas las comunidades autónomas. La proporción de casos de sida en originarios de otros países ha ido ascendiendo año tras año hasta situarse en el 13,6% de los casos diagnosticados en 2004 (figura 1).

Figura 1. Número y porcentaje de casos de sida en España en personas de otros países de origen. (Actualización a 30 diciembre 2004.)



Fuente: Registro Nacional de Sida

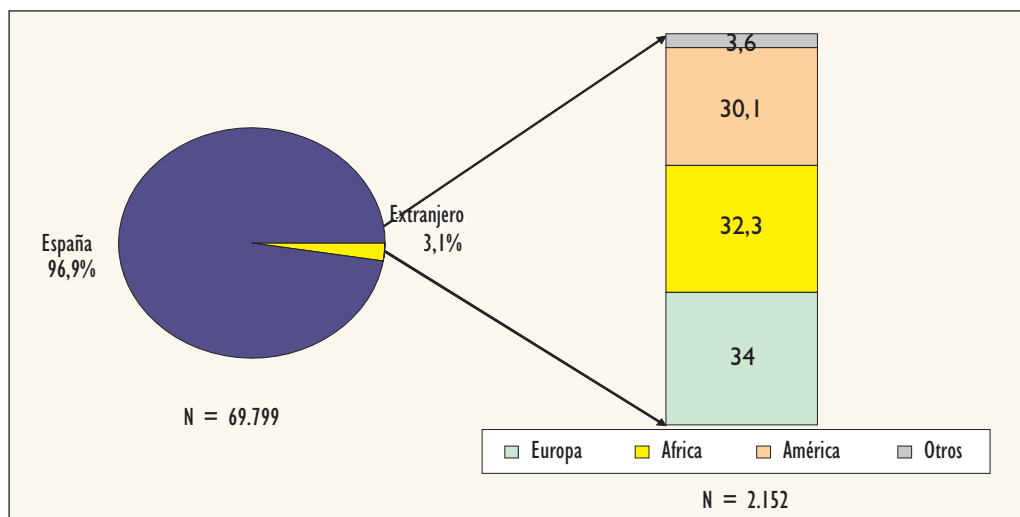
La información que ofrece el Registro Nacional de Sida tiene limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, no es posible distinguir entre las personas que estaban infectadas por VIH antes de llegar a España y las que se han infectado con posterioridad. En Barcelona se ha podido comprobar que un tercio de los casos de sida llevaba en España

más de 10 años, y dos tercios, más de 5 años [20]. En segundo lugar, Las personas con país de origen distinto de España no siempre se corresponden con el concepto de inmigrantes residentes en España, ya que pueden darse otras circunstancias como el turismo, personas que han adquirido la nacionalidad española sean o no residentes, emigrantes que vuelven a España, etc. Finalmente, no es posible obtener tasas de sida en cada grupo de población, ya que no disponemos de un denominador fiable sobre el número de personas que viven en España y son originarias de otros países. Esto impide la comparación de tasas de sida de los diferentes grupos de población con la del conjunto de la población española.

País de origen de los casos de sida notificados en España

La gran mayoría de los casos de sida (96,9%) se han diagnosticado en españoles. Esto demuestra que, al menos hasta el momento, esta epidemia se ha producido fundamentalmente por transmisión autóctona del VIH, sin repercusiones derivadas de los movimientos de población internacionales (Figura 2).

Figura 2. Casos acumulados de sida según país de origen. (Actualización a 30 de diciembre de 2004.)



Entre los casos de sida en personas originarias de otros países, la procedencia más frecuente es Europa (34%), seguida por África (32,3%) y las Américas (30,1%). En conjunto, más del 60% de los casos provienen de países en desarrollo.

Los países de procedencia más frecuente fueron Portugal, Marruecos y Argentina. Entre los países europeos destaca con diferencia Portugal, dada su proximidad geográfica, y el resto de países le siguen a distancia encabezados por Italia, Alemania y Francia (Tabla 1). Entre los casos de sida originarios de África, el 70% procedían de África Subsahariana y se distribuían entre un amplio número de países, destacando Gambia, Nigeria, Senegal, Guinea,

Tabla 1. Casos de sida originarios de países distintos de España según regiones y países de origen. Casos declarados desde el principio de la epidemia hasta diciembre 2004.

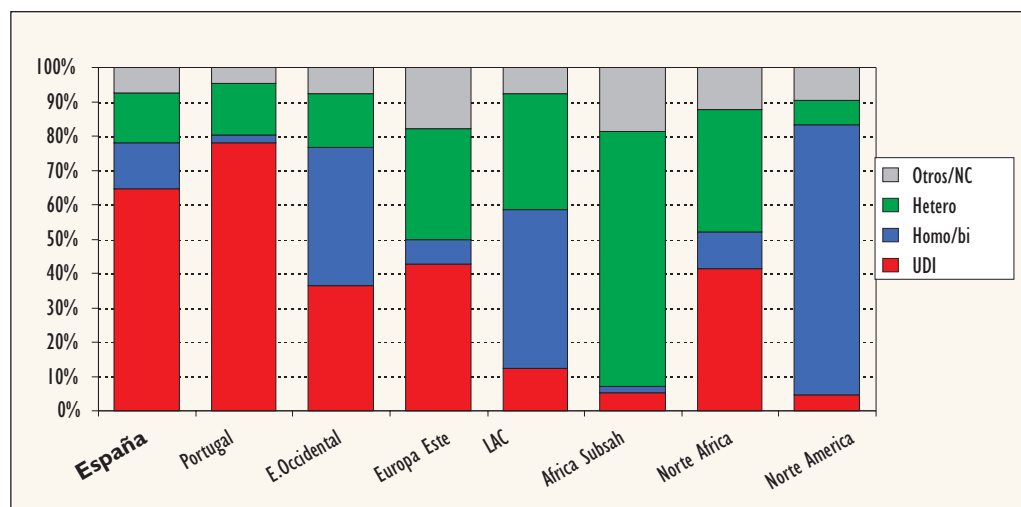
| REGIÓN | PAÍS | CASOS |
|----------------------------|----------------------|--------------|
| EUROPA | | 733 |
| | Portugal | 260 |
| | Italia | 101 |
| | Alemania | 92 |
| | Francia | 83 |
| | Reino Unido | 66 |
| | Holanda | 24 |
| | Bélgica | 20 |
| | Suiza | 15 |
| | Resto de países | <10 |
| NORTE DE ÁFRICA | | 177 |
| | Marruecos | 137 |
| | Argelia | 28 |
| | Túnez | 5 |
| | Egipto | 4 |
| | Libia | 3 |
| ÁFRICA SUBSAHARIANA | | 488 |
| | Gambia | 70 |
| | Nigeria | 56 |
| | Senegal | 49 |
| | Guinea | 44 |
| | Ghana | 40 |
| | Guinea Ecuatorial | 38 |
| | Guinea-Bissau | 35 |
| | Camerún | 23 |
| | Mali | 22 |
| | Liberia | 16 |
| | Costa de Marfil | 11 |
| | Angola | 8 |
| | Cabo Verde | 8 |
| | Mauritania | 7 |
| | Kenia | 6 |
| | Rep. Sudáfrica | 6 |
| | Resto de países | <5 |
| AMÉRICA | | 648 |
| | Argentina | 134 |
| | Brasil | 87 |
| | USA | 39 |
| | Colombia | 88 |
| | Ecuador | 83 |
| | Venezuela | 32 |
| | Perú | 35 |
| | Uruguay | 27 |
| | Chile | 23 |
| | Méjico | 14 |
| | República Dominicana | 23 |
| | Cuba | 21 |
| | Honduras | 6 |
| | Panamá | 6 |
| | Resto de países | <5 |
| ASIA | | 61 |
| OCEANÍA | | 4 |
| TOTAL | | 2.152 |

Ghana, Guinea Ecuatorial y Guinea Bissau. Sin embargo, en el conjunto de África el país de origen más frecuente fue Marruecos, debido a su proximidad y a ser una de las procedencias de mayor número de inmigrantes en España. Entre los originarios de América predominan los latinoamericanos respecto a los de norteamérica, y destaca Argentina como país de origen más frecuente. (tabla 1).

Distribución por categorías de transmisión

Existen grandes diferencias en la distribución de los casos de sida por categorías de transmisión según el área de origen de los casos (figura 3). En general, los mecanismos de transmisión guardan paralelismo con los predominantes en las áreas de origen. El 78,1% de los sujetos cuyo país de origen fue Portugal eran usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), patrón que es similar tanto al de España como al del país vecino. También predominan los UDVP entre los originarios de la Europa del Este (42,9%), mientras que los procedentes de otros países de Europa Occidental se reparten entre UDVP (36,4%) y hombres homosexuales (40,3%).

Figura 3. Categorías de transmisión en los casos acumulados de sida por áreas geográficas (Actualización a 30 diciembre 2004)



El 78,6% de los procedentes de América del Norte eran hombres homosexuales, que es el mecanismo de transmisión más frecuente en sus países de procedencia. También los hombres homosexuales son la categoría más frecuente entre los originarios de Latinoamérica (46,3%).

La excepción al frecuente paralelismo entre los mecanismos de transmisión en los países de origen y el de los casos diagnosticados en España reside en las personas procedentes del norte de África, donde el 41,2% de los sujetos se han infectado por prácticas asociadas al consumo de drogas inyectadas, mecanismo de transmisión muy poco frecuente en sus países de origen, pero el más frecuente en España, país de acogida. El 74,2% de los suje-

tos de origen Subsahariano se han infectado por vía heterosexual, que es la más frecuente en su país de origen.

Edad y sexo

La distribución por sexo en los casos de sida originarios de otros países está condicionada por la categoría de transmisión más frecuente y por el perfil migratorio de cada procedencia. Los casos de sida diagnosticados en España desde el comienzo de la epidemia, muestran un claro predominio de los hombres, cuya elevada proporción se ha mantenido sin cambios en el tiempo. Entre los casos de sida diagnosticados en originarios de otros países, también predominan los hombres respecto a las mujeres. La proporción de mujeres se sitúa en un rango que oscila entre el 15% de Asia y el 25% de África del Norte, con la excepción de los originarios de Norteamérica, donde influido por el patrón de transmisión predominante de hombres homosexuales, el porcentaje de mujeres es mucho menor (3%).

La edad media al diagnóstico de sida fue de 34 años, sin encontrarse diferencias en función del país de origen. La menor edad media se registró en los sujetos procedentes de Europa del Este y la mayor en los procedentes de Norteamérica.

Evolución temporal del número de casos de sida

Hasta finales de los 90, España ha sido el país más afectado por el sida en la Europa Occidental. La incidencia creció hasta alcanzar el punto máximo en 1994; a partir de entonces la disminución ha sido progresiva, hasta alcanzar un descenso que supera el 70%. A este descenso han contribuido las actividades de lucha contra el sida iniciadas años atrás, aunque el mayor impacto se debe a los tratamientos antirretrovirales de gran actividad, comercializados en 1996. La efectividad de estos tratamientos está condicionada al acceso a los servicios sanitarios.

El número de casos de sida en personas originarias de otros países no ha seguido la misma tendencia que el conjunto de casos, su ascenso fue progresivo hasta 1995, a partir de ese año se registraron descensos con oscilaciones hasta 1998. A partir de esa fecha los casos mantienen una tendencia creciente (Figura 1).

Los casos de sida en originarios de países europeos, exceptuando Portugal, experimentaron una caída similar a la de los casos en españoles, para iniciar una tendencia más estable. Los originarios de Portugal crecieron hasta 2000, momento a partir del cual parecen descender y estabilizarse. Por el contrario, los casos en personas originarias de África han mantenido una tendencia ascendente que se agudiza en los últimos años y los procedentes de América (más del 90% originarios de Latinoamérica) tras un descenso entre 1994 y 1998 han iniciado una tendencia manifiestamente creciente (Figuras 4 y 5). Sin descartar posibles aumentos en la incidencia de infecciones en estos grupos de inmigrantes, lo más probable es que esta tendencia se deba a una mayor accesibilidad a los servicios de salud, pero en cualquier caso, esta evolución implica un menor impacto de los tratamientos antirretrovirales en esta población.

De hecho, entre 1998 y 2004, el 48,6% de los diagnósticos de sida en personas procedentes de países en desarrollo coincidió con el de VIH, frente al 31% de procedentes de países desarrollados o el 23,6% de los españoles. Finalmente, los movimientos migratorios y las condiciones de salud de estas personas pueden provocar oscilaciones importantes [21].

Figura 4 . Evolución de casos de sida en personas originarias de otros países por áreas geográficas (Actualización a 30 diciembre 2004.)

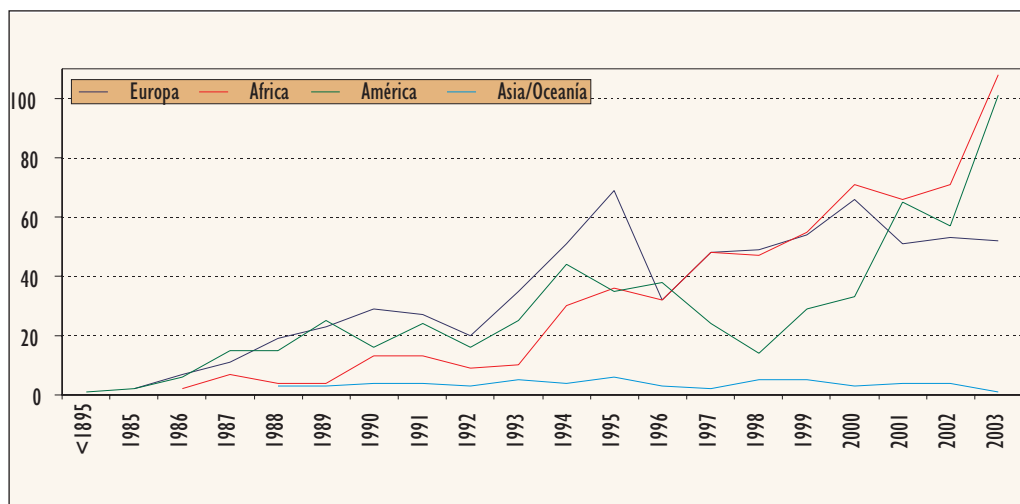
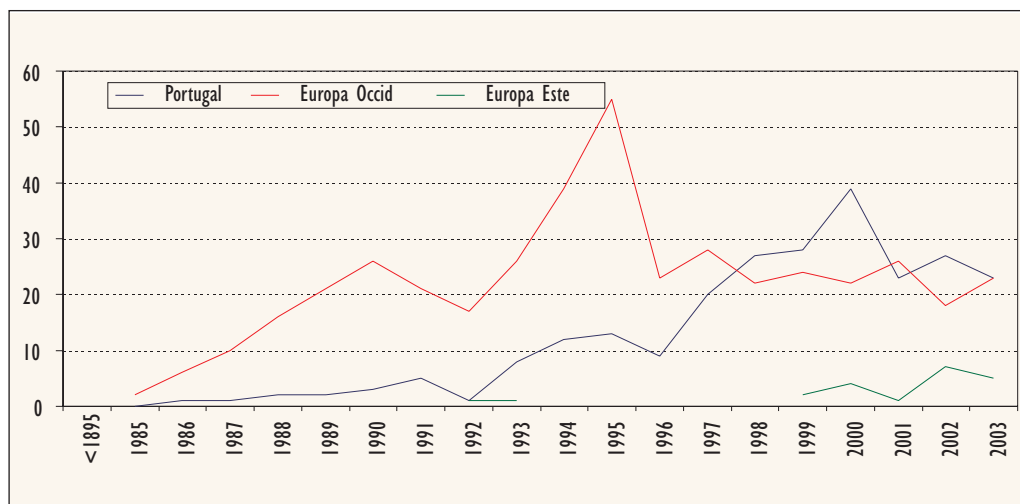


Figura 5 . Evolución de casos de sida en personas originarias de Europa. (Actualización a 30 diciembre 2004.)



Distribución por comunidades autónomas

Cataluña es la comunidad autónoma que ha declarado más casos de sida en originarios de otros países, le siguen Andalucía y Madrid. Sin embargo, las comunidades con mayor proporción de casos de sida con país de origen distinto de España son Canarias (9%), Melilla (6%) y Baleares (5,3%).

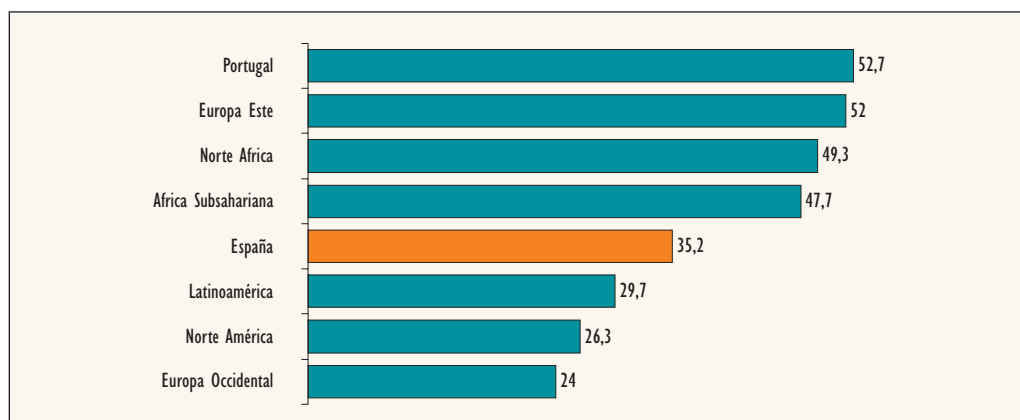
El patrón geográfico de lugares de procedencia difiere entre comunidades autónomas. Así, el origen portugués es frecuente entre los casos de sida de Castilla-La Mancha. La procedencia de otros países de Europa Occidental en Canarias y Baleares. Los casos de sida originarios de Latinoamérica y de África Subsahariana se distribuyen por todas las comunidades autónomas. Finalmente, las personas procedentes del norte de África aparece con mayor proporción en Ceuta y Melilla.

Enfermedades indicativas de sida

El diagnóstico de sida requiere la presencia de alguna de las llamadas enfermedades indicativas de sida en una persona que está infectada por el VIH. La tuberculosis es la enfermedad más frecuente al diagnóstico de sida en España, encontrándose en torno al 30% de los casos. Su asociación a la infección por VIH es de gran relevancia desde un punto de vista de salud pública. La neumonía por *Pneumocystis carinii* es la segunda enfermedad más frecuente, estando presente en más del 20% de los casos. El resto de las enfermedades aparecen con frecuencias mucho menores.

Las personas que se diagnosticaron de sida en España y que eran originarias de otros países tuvieron una frecuencia de tuberculosis elevada, pero similar a la de los casos de sida en sus orígenes (figura 6). Con la excepción de los casos originarios de Europa Occidental, la tuberculosis fue la enfermedad diagnóstica de sida más frecuente entre los casos de todas las procedencias. A pesar de ello, en las personas originarias de Europa Occidental, el porcentaje de casos de sida con tuberculosis fue mucho mayor que el habitual en dichos países.

Figura 6. % de Casos de sida con tuberculosis por zona geográfica. Casos acumulados 1994-2004. (Actualización a 30 diciembre 2004.)



En los sujetos procedentes de Portugal y Europa del Este la tuberculosis fue especialmente frecuente al diagnóstico de sida. También tuvieron frecuencias altas de tuberculosis los procedentes de África, lo que se atribuye en parte a las altas prevalencias de infección por *Mycobacterium tuberculosis* en sus países de origen.

Nuevos diagnósticos de infección por VIH

En España no se dispone por el momento de un sistema de notificación de casos de VIH de cobertura estatal. Sin embargo, algunas comunidades autónomas lo iniciaron desde el comienzo de la epidemia y otras comenzaron la notificación de casos recientemente. Estos sistemas de vigilancia con base poblacional, permiten estimar incidencia de casos y proporción de originarios de otros países entre ellos. Al igual que con el registro de sida, la principal limitación es que no se dispone de datos sobre la población inmigrante residente en España para poder comparar eventos entre autóctonos e inmigrantes. En estudios realizados a partir de los datos de diferentes comunidades autónomas se pone de manifiesto que la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en España ha seguido una tendencia descendente muy pronunciada que tuvo su inicio en la primera mitad de los 90 [22]. Dicha tendencia se mantiene con descensos más suaves en los últimos años. La proporción de casos en personas originarias de otros países ha ido en ascenso [22-23] y en 2003 datos de ocho comunidades autónomas revelan que el 32,5% de los nuevos diagnósticos recayeron en personas originarias de otros países. Otro estudio realizado en 2000-2004 a partir de cuatro comunidades autónomas refleja una proporción de sujetos originarios de otros países del 28,5%, entre los que la procedencia de África Subsahariana fue la más frecuente. Estas proporciones son semejantes a las publicadas recientemente en dos comunidades autónomas [23-24].

Los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de VIH de los países de la Europa Occidental (con la excepción de España), revelan que una proporción superior al 35% de los casos diagnosticados en 2003 era originario de otros países. En conjunto, los procedentes de África Subsahariana suponían un 26% del total de nuevos diagnósticos y un 47% de aquellas personas infectadas por contactos heterosexuales [18].

Prevalencias de infección por VIH en poblaciones originarias de otros países

El análisis de la situación epidemiológica del VIH es compleja y más aún en poblaciones inmigrantes, dada la realidad reciente a la que nos enfrentamos en España. De hecho, hasta la segunda mitad de los 90 no llegaron a consolidarse sistemas de información aptos para identificar y monitorizar en el tiempo el grado de afectación por el VIH de poblaciones originarias de otros países.

La fuente que con más precisión recoge la situación frente al VIH en personas originarias de otros países es el grupo de estudio EPI-VIH, cuya actividad se centra en la monitorización de la prevalencia de infección por el VIH en poblaciones centinela, habitualmente con conductas de alto riesgo, como los usuarios de drogas inyectadas, hombres homosexuales y mujeres que ejercen la prostitución. En conjunto se obtienen seroprevalencias de VIH y la posibilidad de comparar las de inmigrantes con las de personas con situaciones

de riesgo similares nacidas en España. Los sujetos de estudio son aquellas personas que acuden voluntariamente a hacerse la prueba del VIH en una red de 19 centros de diagnóstico de VIH de 18 ciudades españolas, gran parte de ellas pertenecientes a grupos con riesgo de contraer la infección.

Entre 2000 y 2003 acudieron un total de 59.424 personas a realizarse la prueba del VIH, de las que 21.203 (36%) eran originarias de otros países. De ellas, el 67% procedían de Latinoamérica, 9% de África Subsahariana, 9% de Europa Occidental, 8% de Europa del Este, 4% del norte de África y 3% de otras procedencias (Figura 7). Su edad media fue de 29,1 años y el 72% fueron mujeres (frente a 31,6 años y 34% de mujeres entre los españoles). Entre los originarios de otros países, el grupo más importante fueron mujeres que ejercían la prostitución (55%), seguido de personas con riesgo heterosexual (32,1%). Entre los españoles el 63,6% fueron personas con riesgo heterosexual (Tabla 2). Según procedencias, la mayor parte de los inmigrantes eran mujeres que ejercían la prostitución, excepto los procedentes de Europa Occidental y Norte de África donde predominaban las personas con riesgo heterosexual. Resultaron un total de 1.525 VIH+ de los que el 34% fueron originarios de otros países y frente a los españoles, las mayores prevalencias se encontraron entre aquellos procedentes de África Subsahariana (4,9%) y las menores en los originarios de Latinoamérica (1,6%) (Figura 7).

Figura 7. Perfil de las personas analizadas por región de origen 2000-2003

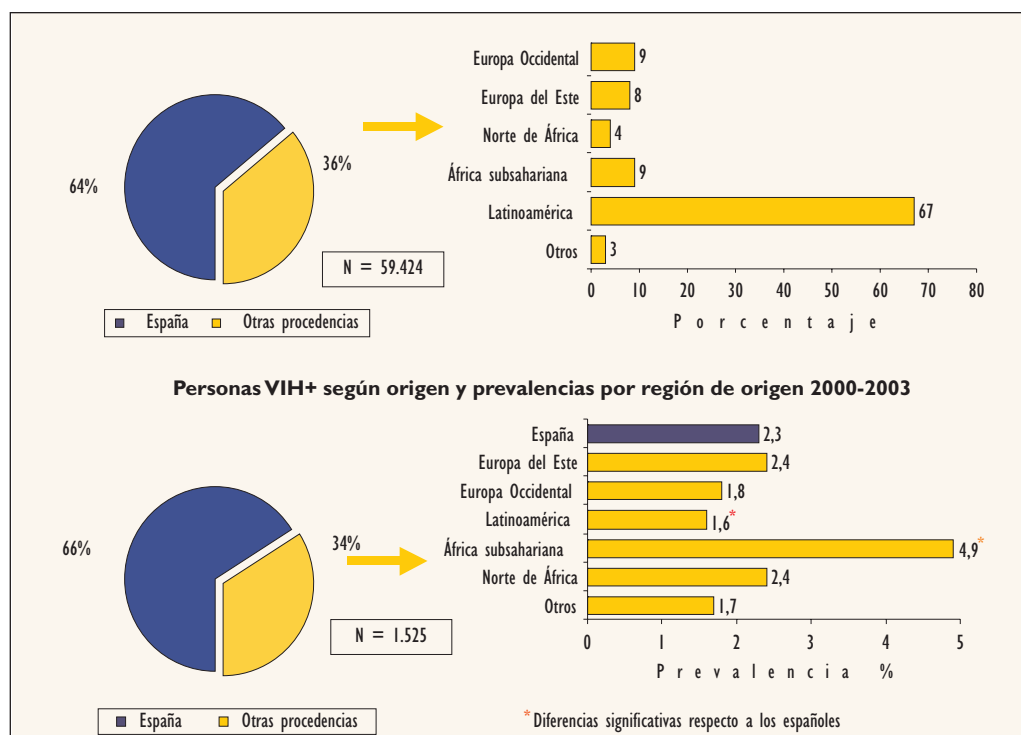


Tabla 2. Perfil de las personas analizadas voluntariamente de VIH según procedencia. Periodo 2000-2003

| | N | % | N | % |
|-------------------------------------|--------|------|--------|------|
| Usuarios de drogas inyectadas | 2.241 | 5,9 | 315 | 1,5 |
| Hombres homosexuales | 8.644 | 22,6 | 1.836 | 8,7 |
| Mujeres que ejercen la prostitución | 1.283 | 3,4 | 11.722 | 55,3 |
| Hombres heterosexuales | 13.773 | 36,0 | 3.627 | 17,1 |
| Mujeres heterosexuales | 10.550 | 27,6 | 3.177 | 15,0 |
| Total | 38.221 | 100 | 21.203 | 100 |

Incidencia de infección por VIH en personas que se repitieron la prueba en el periodo 2000-2003

Otra de las actividades del Grupo EPI-VIH consiste en analizar incidencias de infección entre aquellas personas que se repiten la prueba en los mismos centros y en el mismo periodo. Así entre 2000 y 2003 se repitieron la prueba del VIH un total de 20.041 personas mayores de 13 años. Se completaron 34.969 personas/año (p-a) de seguimiento y se detectaron 288 seroconversiones al VIH (8,2 casos por 1000 p-a). La tasa de incidencia se mantuvo sin cambios significativos en los cuatro años. La incidencia fue mayor en usuarios de drogas inyectadas (27,8 por 1000 p-a), seguida por los hombres con prácticas homosexuales (16,2 por 1000 p-a), y fue menor en las mujeres que ejercen la prostitución (2,3 por 1000 p-a) y en el resto de personas con riesgo heterosexual (2,8 por 1000 p-a). La incidencia fue mayor en subsaharianos y europeos del Este que en españoles de igual categoría de transmisión.

¿Infecciones por VIH importadas o contraídas en España?

Entre 2003 y 2004 en los centros de la red EPI-VIH se diagnosticaron un total de 735 nuevos diagnósticos de VIH, de los que 312 (42%) eran inmigrantes (la mitad llevaban menos de 2 años de residencia en España). Las regiones de origen mayoritarias fueron Latinoamérica (56%), África Subsahariana (26%) y Europa occidental (8%).

El 6% de los inmigrantes se infectaron por el uso de drogas inyectadas frente al 10% de españoles, la transmisión heterosexual fue más frecuente en inmigrantes (40% vs 20%). La mayoría de los latinoamericanos (76%) se habían infectado por relaciones homosexuales y la mayoría de subsaharianos (95%) por transmisión heterosexual.

En el 25% de los inmigrantes el lugar probable de infección fue su país de origen, y llevaban en España una media de 7 meses; el 33% contrajo probablemente la infección en España, donde llevaban residiendo una media de 48 meses; y en el 42% no se pudo determinar el país donde probablemente se infectó.

Entre los latinoamericanos, fueron más los que posiblemente adquirieron la infección en España (39%) que los que venían infectados de origen (18%). Entre los subsaharianos, el 41% venía infectado desde su país de origen y el 14% posiblemente contrajo la infección

en España. En conjunto, cabe concluir que al menos un tercio de las infecciones por VIH diagnosticadas entre 2003-2004 en España en personas originarias de otros países fueron contraídas en España.

Otras infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su morbilidad, complicaciones y secuelas, como por su relación con el VIH. Varios países han descrito un resurgimiento de las ITS a partir de mediados de los 90 [25-30], evolución que también ha podido confirmarse en España [31]. Diversos estudios han identificado altas prevalencias de ITS [10,32] (especialmente en los procedentes de África Subsahariana) y proporciones elevadas de inmigrantes entre los diagnósticos de ITS [32]. Una gran proporción de estas personas ejercía la prostitución, mantenían conductas sexuales de alto riesgo o vivía en condiciones socio-económicas precarias. Los estudios realizados en mujeres originarias de otros países que ejercen la prostitución revelan altas prevalencias de ITS y de otras infecciones genitales [24,33].

3. CONCLUSIÓN

Existen escasas fuentes de información de base poblacional donde puedan evaluarse las condiciones de salud de las poblaciones inmigrantes en España. El Registro Nacional de Sida es una de las pocas fuentes que permiten valorar con perspectiva histórica la evolución de la epidemia en poblaciones originarias de otros países. No obstante, el sida y las infecciones de transmisión sexual no son el principal problema de salud de estas poblaciones. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de impulsar en España actividades de vigilancia epidemiológica en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas, tanto del VIH como de otras enfermedades transmisibles.

Las condiciones socio-económicas precarias, las dificultades de integración social, la marginación y en general la pobreza constituyen los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades y en concreto cuando se trata de enfermedades transmisibles (como tuberculosis, infecciones de transmisión sexual o VIH) se convierte en un problema de salud pública que afecta principalmente a los propios inmigrantes, pero también al conjunto de la población, de ahí la necesidad de priorizar estas poblaciones no solo desde el punto de vista sanitario, sino también social.

El conjunto de la inmigración española procede mayoritariamente de países con menor afectación por el VIH. Con respecto a la población española, las personas procedentes de África Subsahariana presentan un mayor grado de afectación por el VIH y los procedentes de Latinoamérica menor.

Frente al patrón de otros países europeos en España, por ahora, la inmigración no está contribuyendo a aumentar la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH y una buena parte han podido contraer la infección por VIH en España.

En relación al conjunto de la Europa Occidental, la proporción de los casos de sida originarios de otros países en España es relativamente baja. No obstante, su frecuencia supe-

ra los 2.000 casos y su proporción respecto al total de casos es ascendente, en especial en personas procedentes de África Subsahariana y Latinoamérica, lo que refleja necesidades importantes en cuanto a actividades de prevención del VIH dirigidas específicamente a estos colectivos. La promoción de la prueba del VIH y el acceso temprano a los servicios sanitarios serían las intervenciones que requerirían un mayor impulso.

El VIH constituye una pandemia de dimensiones sin precedentes en el mundo cuya continua progresión agudiza aún más las diferencias norte-sur. Los movimientos migratorios y las comunicaciones entre regiones fragilizan las barreras geográficas, por lo que mientras no se controle la pandemia del VIH el futuro puede ser incierto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001 (<http://www.msc.es/sida>).
2. DEL AMO, J.; BRORING, G.; HAMERS, F., *et al.* "Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities". *AIDS* 2004;18:1867-73.
3. JANSÁ, J.; GARCÍA OLALLA, P. "Salud e inmigración: Nuevas realidades y nuevos retos". *Gac Sanit* 2004;18 (Supl. 1):207-13.
4. SALAZAR, A.; NAVARRO-CALDERÓN, E., *et al.* "Altas hospitalarias de la población inmigrante en la ciudad de Valencia". *Boletín Epidemiológico semanal* 2003;11(5):49-52.
5. COTS, F.; CASTELLS, X., *et al.* "Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona". *Gac Sanit* 2002;16(5):376-84.
6. VALL, O.; GARCÍA-ALGAR O. "Inmigración y Salud". *An Pediatr (Barc)* 2004; 60(1):1-2.
7. ACHOTEGUI J. La depresión de los inmigrantes. Una perspectiva transcultural. Madrid: Ediciones Mayo; 2002.
8. GARCÍA CAMPAYO, J.; SANZ, C. "Salud Mental en inmigrantes: El nuevo desafío". *Med Clin (Barc)* 2002;118(5):187-91.
9. VALLÈS, X.; SÁNCHEZ, F., *et al.* "Tuberculosis importada: una enfermedad emergente en países industrializados". *Med Clin (Barc)* 2002;118(10):376-8.
10. RAMOS J, PASTOR C. "Examen de Salud en la población inmigrante: Prevalencia de infección tuberculosa latente, Hepatitis B, Hepatitis C, Infección por VIH y Sífilis". *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2003; 21(10):540-2.
11. RAMOS, J.; MASÍA, M., *et al.* "Tuberculosis en inmigrantes: Diferencias clinico-epidemiológicas con la población autóctona (1999-2002)". *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(6):315-8.
12. MUÑIZ, R.; ULRICH, R. "Migration in Germany: 1945-1996". *Rev Eur Migr Int* 1998;14:173-210.
13. HO, T.; CORDOVILLA, L. "Our dilemma: The self-marginal people". *EDTNA ERCA J* 2004; 30:230-3.
14. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2004. Ginebra: UNAIDS; 2005 (<http://www.unaids.org>).
15. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year Report 2002 n° 68. Euro-HIV 2003.
16. DE COCK K.; LOW, N. "HIV and AIDS, other sexually transmitted diseases, and tuberculosis in ethnic minorities in United Kingdom: Is surveillance serving its purpose?" *BMJ* 1997;314:1747-51.
17. The EPI-VIH Study group. "HIV infection among people of foreign origin voluntarily tested in Spain. A comparison with national subjects". *Sex Transm Infect* 2002; 78:250-4.

18. "HIV/AIDS in Europe". *End year Report 2003* nº 70. European Centre for The Epidemiological Monitoring of AIDS. (www.eurohiv.org)
19. European Centre for The Epidemiological Monitoring of AIDS. "HIV/AIDS in Europe, 2002". *Report No.: End year report 2002*. nº68.
20. GARCÍA DE OLALLA, P.; LAI, A.; JANSÀ, J.; BADA, J.; CAYLÀ, J. "Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros". *Gac Sanit 2000*;14:189-94.
21. CASTILLA, J.; DEL AMO, J.; *et al.* "Casos de sida en España en personas de otros países de origen". *Boletín Epidemiológico Semanal 2000*; 8:97-108.
22. VIH y sida en España. Situación Epidemiológica 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo 2002.
23. Moreno, C.; Irisarri, F.; *et al.* "Vigilancia Epidemiológica de las infecciones por VIH/sida en Navarra entre 1985 y 2002". *An Sis sanit Navar 2003*; 26:269-75.
24. SIVES 2004 nº17. http://www.ceescat.org/Index_Esp.htm.
25. MEYER, L.; COUTURIER, E.; BROSSARD, Y.; *et al.* "Trends in HIV infection among sexually transmitted disease patients in Paris". *AIDS 1996*;10:401-5.
26. FANNEMA, ; VAN AMEIJDEM, ; COUTINHO, R.; VAN DOORNUM, G.; CAIRO, I.; VAN DER HOEK, A. "HIV surveillance among sexually transmitted disease clinic attenders in Amsterdam, 1991-1996". *AIDS 1998*;12:931-8.
27. TIRELLI, U.; SPINA, M.; MANCUSO, S.; TRAINA, C.; SINICCO, A. "HIV seroprevalence study among 729 female prostitutes in Italy." *J Acquir Immune Defic Synd Hum Retrovir 1996*; 11:208-9.
28. ALDES, ; WALKER, ; BOTTING, B.; PARKER, S.; CUBITT, D.; JONES, R. "Effect of the worldwide epidemic on HIV prevalence in United Kingdom: record linkage in anonymous neonatal seroprevalence surveys". *AIDS 1999*;13:2437-43.
29. SULIGOI, B.; GIULIANI, M., AND THE MIGRATION MEDICINE STUDY GROUP. "Sexually transmitted diseases among foreigners in Italy". *Epidemiol Infect 1997*; 118:235-41.
30. GRAS, M., WEIDE, J.; LANGENDAM, M.; COUTINHO, R.; VAN DEN HOEK, A. "HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, the Netherlands". *AIDS 1999*;13:1953-62.
31. DIAZ, A.; NOGUER, I.; CANO, R. "Situación Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España (1995-2003)". *Boletín Epidemiológico Semanal 2004*;12(20):221-4.
32. VALL, M., *et al.* "Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes de Barcelona". *Enferm Infecc Microbiol Clin 2002*; 20:154-6.
33. BELZA, M., *et al.* "Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y Prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid". *Gac. Sanit 2004*; 18(3):177-83.

CAPÍTULO V

Estrategias de prevención del VIH/sida y otras ITS en la población inmigrante

CRISTINA MENOYO MONASTERIO

La situación de migración puede generar limitaciones a la hora de acceder a la prevención y a la asistencia en aspectos relacionados con la infección por el VIH/sida. Estas dificultades están asociadas a barreras idiomáticas, a distintas concepciones de la salud y de la enfermedad, a la relación que el inmigrante haya tenido con el sistema sanitario de su país de origen, al desconocimiento de los recursos sanitarios del país de destino y la forma de acceder a ellos, a una situación de irregularidad o a la ignorancia de los derechos de salud que amparan a la población inmigrante. Ello unido a que algunos colectivos proceden de zonas donde el VIH es más prevalente que en España hace de los inmigrantes una población especialmente vulnerable a la infección por el VIH/sida.

El abordaje de la prevención del VIH/sida en población inmigrante debe atenderse desde una perspectiva interdisciplinar que incluya a las instituciones implicadas, valore los problemas detectados y las necesidades identificadas, priorice las áreas de intervención, y contemple las redes y los mecanismos de participación social.

En el Plan Multisectorial 2001-2005, elaborado por el Plan Nacional sobre el Sida, se establecen los principios que rigen la prevención del VIH/sida [1]. Ello engloba componentes universales que incluyen todas las actuaciones que pretenden sensibilizar e informar a la población sobre la infección por el VIH/sida, promover la salud sexual desde los centros educativos, disminuir las barreras de acceso a los instrumentos preventivos (preservativos y jeringuillas), promocionar el diagnóstico precoz del VIH y el counseling, y reducir la discriminación relacionada con el VIH/sida. Asimismo se establecen programas específicos de prevención de nuevas infecciones en situaciones y poblaciones especialmente vulnerables al VIH como son los usuarios de drogas por vía parenteral, las personas que ejercen la prostitución o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Las estrategias de prevención del VIH dirigidas a la población inmigrante no deben ser diferentes a las de la población del país de destino pero sí es imprescindible que en ellas se consideren las peculiaridades de cada grupo y que el mensaje preventivo se ajuste a su cultura y a sus necesidades. Además, una prevención eficaz requiere políticas que ayuden a reducir la vulnerabilidad de las personas mediante la creación de entornos sociales, jurídicos, culturales y económicos que lo hagan posible.

En definitiva, para asegurar que las intervenciones de prevención del VIH/sida sean eficaces en la población inmigrante se requieren algunas premisas básicas: 1) cubrir las necesidades básicas y abordar factores que pueden discriminar a los inmigrantes (rechazo social, pobreza, situación jurídica, etc.), 2) proporcionar información en el idioma adecuado y adaptado al contexto cultural de la comunidad destinataria, 3) vincular las intervenciones a las asociaciones de inmigrantes, asociaciones de lucha contra el VIH/sida y admi-

nistraciones públicas. Además, los inmigrantes deberían participar en el diseño, ejecución y evaluación de dichas intervenciones, y 4) facilitar e incrementar, de forma real, el acceso de los inmigrantes a los servicios de prevención, asistencia y tratamiento del VIH/sida existentes en nuestro país.

En España los programas de prevención del VIH/sida dirigidos a la población inmigrante se han incrementado de forma importante en los últimos cinco años. Concretamente, en el período 2000-2004 el número de comunidades autónomas (CCAA) que refiere la existencia, en su territorio, de programas dirigidos a personas inmigrantes ha pasado de 5 a 14, además, en 2005, otras tres CCAA declararon actividades ocasionales dirigidas a esta población. Igualmente, los programas dirigidos a población inmigrante con distintas prácticas de riesgo se han incrementado significativamente pasando de 10 en el año 2000 a 59 en el año 2004. La mayoría de los programas se dirigen a personas procedentes de África subsahariana, América latina y el Maghreb [2].

Algunas de las actividades referidas por las Comunidades Autónomas [3] son las siguientes:

- ANDALUCÍA ha establecido un acuerdo entre la Consejería de Salud, las ONG Andalucía Acoge, Médicos del Mundo y Cruz Roja, y los Sindicatos UGT y CC.OO. para el desarrollo de programas de apoyo, acompañamiento y mediación para asegurar el acceso de la población inmigrante a los servicios del sistema sanitario público.
- En ARAGÓN, el programa de Sida del Departamento de Salud conjuntamente con el Servicio de Planificación y Atención a la Inmigración y la Comisión Ciudadana Anti-Sida han iniciado actividades de prevención del VIH, orientación y asesoría a personas inmigrantes.
- En ASTURIAS se han realizado cursos de formación en multiculturalidad y salud dirigidos a personal sanitario.
- En CASTILLA Y LEÓN se han desarrollado intervenciones de información y prevención dirigidas a mujeres inmigrantes.
- En CATALUÑA, diversas ONG desarrollan programas de prevención del VIH en población inmigrante. Han elaborado, entre otro material, el vídeo "el compromiso" dirigido a población Pakistani o el juego "sida joc" desarrollado en un trabajo con mujeres de África subsahariana y disponible en castellano, francés e inglés.
- En la COMUNIDAD VALENCIANA y en colaboración con la dirección General de Inmigración se han establecido contactos con los representantes de asociaciones de rumanos y ciudadanos de países de Europa del este para realizar actividades de información y diseñar estrategias de prevención del VIH/sida. Asimismo se puede destacar el desarrollo de programas de formación de inmigrantes como mediadores culturales en prevención del VIH/sida y programas de atención psicosocial y prevención del VIH/sida/ITS en mujeres que ejercen la prostitución con intervención de agentes de salud subsaharianas.
- En la COMUNIDAD DE MADRID se ha editado en siete idiomas (castellano, inglés, francés, rumano, búlgaro, chino y árabe) el folleto "Si piensas que el sida sólo afecta a

otros... te equivocas” y en tres idiomas (castellano, inglés y francés) la tarjeta “Por ti, por tu salud. Evita el VIH/sida y la Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)”. Además, se han subvencionado proyectos de ONG dirigidos a población inmigrante para la educación sexual, prevención del VIH/sida y otras ITS, y la planificación familiar.

- En la REGIÓN DE MURCIA existe un convenio de colaboración con Cruz Roja Española para el desarrollo de un programa de prevención del VIH/sida y otras ITS, tuberculosis y hepatitis. Además se dispone de la guía “Cómo prevenir el sida y otras infecciones de transmisión sexual” traducida a inglés, francés, árabe y ruso.
- En NAVARRA, las ONG ANAFE y Cruz Roja incorporan en su trabajo con la población inmigrante contenidos relacionados con la prevención del VIH/sida.
- En la COMUNIDAD DE GALICIA se han firmado convenios de colaboración con tres ONG y se han editado distintos materiales para la población inmigrante en sus respectivas lenguas.
- En la CIUDAD DE CEUTA se han elaborado en cuatro idiomas (castellano, inglés, francés y árabe) trípticos informativos sobre VIH/sida para su distribución en el Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes. En estos mismos centros y mediante un convenio firmado con la Asamblea de Cruz Roja se realizan talleres de prevención del VIH/sida.
- En la CIUDAD DE MELILLA, la asociación “Melilla Acoge” desarrolla un programa de promoción de la salud y prevención de enfermedades emergentes y otro de educación, atención y apoyo de familias en situación de riesgo.

En el presente capítulo se revisan distintas estrategias que se han mostrado eficaces para la prevención del VIH/sida [4] a la vez que se refieren distintas experiencias prácticas, dirigidas a población inmigrante, de diversas Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN

Las campañas tienen por objeto sensibilizar a la población inmigrante e informarle sobre la existencia del VIH.

Desde 1998, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) edita material (folletos y carteles), adaptado lingüística y culturalmente, con información básica sobre el VIH/sida, sus mecanismos de transmisión y medidas preventivas, los beneficios del diagnóstico precoz del VIH, la prueba del VIH/sida, y direcciones y teléfonos de información sobre VIH/sida. Además del castellano y las lenguas oficiales del estado, este material está disponible en inglés, francés, portugués, árabe, polaco, rumano, ruso y chino. Este material es distribuido desde los Planes de Sida de las CCAA a las ONG y organismos gubernamentales que trabajan con población inmigrante.

En el capítulo de experiencias prácticas, el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) relata su experiencia en la elaboración de las fichas “InfoVIHtales”, editadas en ruso, árabe, urdú, portugués, francés e inglés. Estas fichas, a la vez que son una herramienta de trabajo para los profesionales que trabajan con población inmigrante, proporcionan a las

personas inmigradas que viven con el VIH información sobre esta infección y aspectos relacionados a fin de facilitarles la toma de decisiones en materia de autocuidados de la salud.

ASESORAMIENTO INDIVIDUAL

Dirigido tanto a personas VIH negativas como VIH positivas, el asesoramiento individual tiene por objetivo reforzar las conductas preventivas que disminuyen el riesgo de infección y transmisión del VIH atendiendo a las circunstancias y conocimientos previos de cada persona.

Con este tipo de intervención se pretende que la propia persona aprenda a identificar sus conductas de riesgo y descubra su capacidad para modificar dichas conductas disminuyendo el riesgo. El asesoramiento puede ayudar a las personas a cambiar, por ejemplo, su comportamiento sexual con el fin de evitar transmitir el VIH a sus parejas sexuales si son seropositivas, y para mantenerse seronegativas si son negativas.

A través del asesoramiento, y siempre respetando la libertad individual, se debe intentar: motivar para el cambio, detectar dificultades, colaborar en el cambio y reforzar positivamente los cambios realizados. Obviamente, la información debe proporcionarse en el idioma adecuado y adaptado al contexto cultural de la comunidad destinataria.

En este sentido, distintos estudios han puesto de manifiesto que el recibir asesoramiento está asociado a una reducción significativa de la seroconversión entre las parejas serodiscordantes y a cambios en el comportamiento sexual de las personas y las parejas para reducir la transmisión del VIH [7].

En el apartado de experiencias prácticas, la ONG CIMME ofrece, entre sus actividades, orientación y atención personalizada sobre prevención del VIH/sida a personas inmigrantes.

PROGRAMAS DE ACERCAMIENTO

Los programas de acercamiento (outreach) son intervenciones que, a fin de establecer un contacto directo y activo, ofrecen en los lugares donde se encuentra la población inmigrante, –por ejemplo en los espacios de reunión o en los lugares de residencia– información y recursos. La diferencia con otros programas sanitarios es que no se espera a que los inmigrantes acudan a los servicios y recursos existentes sino que estos servicios se ofrecen in situ minimizando las barreras existentes que, en muchos casos, impiden que estas personas acudan a los servicios normalizados.

Los programas de acercamiento pueden ser desarrollados por voluntarios/as, trabajadores/as sociales, agentes de salud o educadores/as de pares. La experiencia demuestra que la figura del agente de salud/educador de pares es indispensable para llevar a cabo esta intervención, ya que favorece el acceso y la comunicación con los inmigrantes.

Entre los objetivos que persiguen estos programas destacan los siguientes:

- Informar sobre los recursos sociosanitarios existentes en el ámbito de actuación del programa.
- Derivar a la población inmigrante a centros de atención sanitaria y/o social.
- Romper el posible aislamiento de las personas inmigrantes.

- Captar personas inmigrantes para formarles como agentes de salud.

Las actividades a desarrollar por los programas de acercamiento van a depender de las necesidades y prácticas de riesgo de los inmigrantes, de su nacionalidad y de su cultura. Sin embargo, existen unos mínimos como son:

- Reparto de material informativo: folletos y guías de recursos sociosanitarios.
- Reparto de material preventivo: preservativos (masculinos y femeninos), lubricante y kits de inyección.
- Asesoramiento individual o grupal sobre salud sexual:VIH/sida, infecciones de transmisión sexual (ITS), sexo más seguro, utilización del preservativo tanto masculino como femenino, anticoncepción, etc.
- Canalización de demandas, consultas, derivaciones y gestiones. Acompañamiento a los diferentes recursos.

Los programas de acercamiento son intervenciones básicas para el desarrollo de otros programas de prevención del VIH/sida/ITS pues constituyen el cimiento de las actuaciones a otros niveles.

En el capítulo de experiencias prácticas, Fundación Triángulo y Col.lectiu Lambda, en sus proyectos dirigidos a hombres que ejercen la prostitución, cuentan con mediadores sociales que acuden a los lugares de prostitución para contactar y acercar diversos recursos sociosanitarios (información básica sobre VIH/sida/ITS, preservativos y lubricantes, talleres de sexo más seguro, ayuda, etc.) a los hombres trabajadores del sexo. La Comisión Ciudadana Anti-Sida de Bizkaia, en su programa dirigido a hombres africanos subsaharianos, contempla el trabajo de calle para facilitarles preservativos e información sobre VIH/sida.

LA EDUCACIÓN ENTRE PARES O IGUALES

El término “par” se refiere a una persona de la misma posición social que otra, que pertenece al mismo grupo social [5]. Por tanto, la educación entre pares supone que miembros de un grupo determinado actúan para producir cambios en los conocimientos, actitudes, prácticas y/o comportamientos de otros miembros del mismo grupo.

En el caso concreto de las personas inmigrantes, la o el educador de pares sería una persona que pertenece a la comunidad diana a la que se dirige la intervención. Su función consiste en, manteniendo una relación horizontal, de igual, propiciar cambios a nivel individual o grupal tratando de modificar positivamente las creencias, las actitudes y los comportamientos frente al VIH/sida de la comunidad.

Entre las funciones de un educador/a de pares destacan: la distribución de mensajes de prevención en su comunidad estimulando la autodependencia de las personas para que desarrollen estrategias propias de prevención del VIH/sida y el favorecer el acercamiento y la comunicación entre su comunidad y las instituciones sociales y sanitarias.

Los educadores de pares tienen que ser líderes dentro de la comunidad y personas de referencia para otros inmigrantes, comunicadores creíbles, inspirar confianza, apreciados/as y aceptados/as por el grupo, poseer un conocimiento profundo de la comunidad a la que

se dirigen y estar motivados para educar a otras personas en la prevención del VIH/sida. La educación entre iguales mejora notablemente la eficacia y la efectividad de los profesionales sociosanitarios.

En el capítulo 6 se describe ampliamente una experiencia de prevención del VIH centrada en la educación entre iguales y desarrollada con inmigrantes dominicanos, marroquíes y africanos de países subsaharianos.

En el apartado de experiencias prácticas de ONG, algunos de los proyectos que se describen también se desarrollan con pares de iguales.

LA MEDIACIÓN INTERCULTURAL

El mediador o mediadora intercultural es una figura que está emergiendo paulatinamente en España. Se habla de mediación cuando la comunicación entre dos personas no se produce sin el puente de una tercera y, la mayoría de las veces, implica la existencia de varias lenguas, sistemas de valores y modelos comunicativos [6]. A través de la mediación cultural se pueden identificar y valorar los mecanismos culturales y sociales que están influyendo en el comportamiento, los hábitos y las decisiones de las personas inmigrantes.

La o el mediador intercultural no siempre tiene la misma nacionalidad o pertenece a la misma comunidad diana a la que se dirige un proyecto determinado pero es obligado que conozca la sociedad y la cultura a la que pertenece la persona inmigrante, por ejemplo la estructura familiar y de parentesco, la religión, la percepción de salud y enfermedad cuando se tratan aspectos sanitarios o el concepto de sexualidad, prácticas sexuales y el uso de métodos preventivos en relación al VIH/sida. Es decir, la persona mediadora necesita poseer un gran bagaje cultural de los grupos con los que trabaja y disponer de documentación contrastada y especializada.

El mediador intercultural socio-sanitario debe dominar la comunicación verbal y no verbal, y el conocimiento de las áreas de salud y trabajo social tanto del país de acogida como del país de origen de la población inmigrante.

La traducción e interpretación es sólo un aspecto de la mediación. El objetivo fundamental de la mediación es interceder entre dos culturas diferentes para facilitar la comunicación y la comprensión entre los profesionales y la comunidad inmigrante, adaptar culturalmente la información sociosanitaria, reducir las barreras de acceso a las instituciones, asesorar en todos aquellos aspectos que faciliten las intervenciones así como detectar y movilizar los recursos que las posibiliten y faciliten.

En el capítulo dedicado a los programas desarrollados por ONG se puede apreciar que Fundación Triángulo y CIMME han contado para el desarrollo de sus proyectos con mediadores culturales y Col.lectiu Lambda con nueve traductores que son pares de iguales.

EDUCACIÓN GRUPAL

La educación en grupo pretende la participación activa de la población diana en la adquisición de conocimientos, el intercambio de experiencias y la solución de problemas desde un modelo colectivo de acción. Mediante el desarrollo de talleres de intervención

grupal se persigue hacer una prevención colectiva con efectos perdurables en lo individual. Habitualmente se programan una serie de sesiones con la finalidad de aumentar la conciencia del grupo sobre los factores que influyen en su salud y mejorar sus capacidades para abordar la prevención del VIH/sida. Su finalidad no es el desarrollo de comportamientos definidos y prescritos por un experto sino facilitar que las personas desarrollen capacidades, que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud, abordando los factores relacionados con los comportamientos de riesgo asociados al VIH/sida.

Entre los objetivos que deberían contemplar las sesiones grupales destacan los siguientes:

- Incrementar o mejorar los conocimientos teóricos y prácticos sobre la sexualidad y la conducta sexual, desde una perspectiva multicultural y de género.
- Incrementar o mejorar los conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual.
- Incrementar o mejorar la información y la educación para la prevención del VIH y la disminución de los comportamientos de riesgo.
- Facilitar información sobre el preservativo y dotar de habilidades para uso y negociación.
- Facilitar información sobre recursos sociosanitarios.

Los talleres grupales, permiten a las personas del grupo intercambiar ideas, actitudes, comportamientos, creencias, opiniones... con el fin de generar conductas saludables.

En el capítulo de experiencias prácticas, Cruz Roja Alicante describe un taller de sexo más seguro dirigido a mujeres inmigrantes y detalla con precisión las actividades realizadas y los resultados obtenidos. Igualmente, Cruz Roja Huelva incluye en su buena práctica talleres para mujeres inmigrantes trabajadoras del campo. Fundación Triángulo y Col.lectiu Lambda realizan talleres de sexo más seguro dirigido a hombres que se prostituyen con hombres. En todos estos talleres la población inmigrante comparte sus experiencias y conocimientos mediante discusiones de grupo. Igualmente, CIMME organiza talleres, en distintos idiomas, sobre salud sexual y reproductiva para introducir medidas preventivas del VIH/sida.

PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA EN LA PREVENCIÓN

Las personas que viven con VIH/sida pueden sufrir diferentes repercusiones psicosociales relacionadas con el rechazo social, la discriminación, la pérdida de autonomía personal o el miedo a la muerte. En el caso de las personas inmigrantes, sobre todo si se encuentran en las primeras fases del proceso migratorio, la sensación de aislamiento y soledad puede ser más acusada que en las personas autóctonas. Trabajar los problemas emocionales, de culpabilidad, baja autoestima... asociados a la discriminación, evitan la soledad, el aislamiento social y favorecen la participación de las personas que viven con el VIH/sida en la respuesta a la epidemia. En este sentido, las asociaciones de inmigrantes pueden representar lugares de pertenencia que proporcionan seguridad, disminuyen las dificultades de vivir con el VIH/sida y facilitan la prevención para y desde las personas que viven con VIH/sida.

Entre las actividades que se describen en el apartado de experiencias prácticas, la ONG CIMME de Sevilla ofrece un servicio de acogida bio-psico-social para personas inmigrantes infectadas por el VIH así como un grupo de apoyo emocional.

Las intervenciones descritas, a pesar de su eficacia comprobada en la prevención de la infección del VIH/sida, servirán de poco si su ejecución no traspasa las fronteras nacionales. La prevención del VIH/sida debe hacerse durante todo el proceso migratorio, es decir iniciarse antes de comenzar la migración en la comunidad de origen, continuar en los países de destino donde permanecen los inmigrantes y retomarse una vez más si los inmigrantes regresan a sus países de origen. Igualmente, la infección por el VIH/sida no se evitará si no apoyamos a las asociaciones de inmigrantes y les ayudamos a que integren el VIH/sida en sus intervenciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. "Infección por VIH/sida. Plan Multisectorial 2001-2005". Secretaría de Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. www.msc.es
2. "Informe del cuestionario de actividades de prevención del VIH en las comunidades autónomas, año 2004". Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, noviembre 2005.
3. "Memoria de actividades de las Comunidades Autónomas 2005". Comisión Nacional de coordinación y seguimiento de programas de prevención del Sida. XX Sesión. Madrid, 22 de noviembre de 2005.
4. "Poner al descubierto la epidemia de VIH/sida". ONUSIDA/01.06S.
5. "Peer education and HIV/AIDS: concepts, uses and challenges". UNAIDS/99. 46E, 1999.
6. GIMÉNEZ ROMERO, CARLOS. "La naturaleza de la mediación intercultural", *Revista de Migraciones*, 1997; 2: 25-159.
7. "The impact of the voluntary counseling and testing: a global review of the benefits and challenges". UNAIDS/01.32E.

CAPÍTULO VI

Promoción de la Salud en población inmigrante: participación comunitaria y educación entre iguales

LUCÍA MAZARRASA ALVEAR, MARIBEL BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, MARISA MARTÍNEZ BLANCO, SUSANA CASTILLO RODRÍGUEZ, ALICIA LLACER GIL DE RAMALES

La información existente en España acerca de la vulnerabilidad de los diferentes colectivos de inmigrantes frente a la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sexual es escasa [1-2]. Sin embargo se conoce ampliamente la existencia de barreras que dificultan la información sobre la prevención de enfermedades así como el acceso y la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante [3]. Entre ellas destacan:

- Los factores económicos y sociales, tales como la situación administrativa, laboral, de vivienda, etc. que generan un perfil de vulnerabilidad común a numerosos grupos de la población inmigrante.
- Las particularidades culturales que implican diferencia en cuanto a comportamientos y actitudes frente a las diferentes enfermedades incluida la infección por VIH.
- La escasa información en relación con el VIH, referido tanto a los medios de prevención como de acceso a los servicios sanitarios para cuidados y tratamiento.
- Las relaciones de género y la falta de poder de negociación para evitar relaciones sexuales de riesgo que en muchas ocasiones tiene las mujeres inmigrantes por motivos culturales, religiosos o económicos.

La utilización de metodologías de trabajo en promoción de salud, a partir de estrategias de participación comunitaria y de educación para la salud, puede contribuir a la eliminación de estas barreras, facilitando la difusión de mensajes culturalmente adaptados a las necesidades de los distintos colectivos de inmigrantes, y promoviendo comportamientos saludables que disminuyan esta vulnerabilidad. Además estas estrategias permiten que las personas analicen críticamente los factores sociales, económicos y ambientales que influyen en la salud y desarrollen su capacidad organizativa para conseguir cambios no sólo en sus comunidades sino en las políticas que repercuten en la salud y bienestar [4-5].

Presentamos dos experiencias de promoción de la salud desarrolladas en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III: una centrada en la participación comunitaria y otra en la educación entre iguales.

1. ESTRATEGIA BASADA EN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La participación comunitaria tiene como finalidad involucrar a la población destinataria de la intervención en salud. El proyecto *"Red entre las comunidades africanas y los agentes de salud para la prevención del VIH-SIDA y otras enfermedades transmisibles; una atención integral en Europa"* [6], se ha basado en la participación conjunta de la población subsahariana inmigrada a Europa y de las y los profesionales sanitarios en la prevención del VIH/sida y otras enfermedades transmisibles. La participación de ambos agentes ha sido tanto en la defini-

ción de problemas y necesidades, como en la toma de decisiones y en el desarrollo de las actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud.

El modelo de participación se definió como "trabajo en red" [7], que parte de la decisión de trabajar en conjunto dos o más organizaciones buscando el efecto sinérgico en la acción preventiva a implementar.

Esta Red europea estaba constituida por siete asociaciones e instituciones de diferente índole como se muestra en la Tabla I. Desde esta heterogeneidad de organizaciones se ha buscado la complementariedad para alcanzar el objetivo general del proyecto: desarrollar y evaluar métodos prácticos integrados en la comunidad para la prevención del VIH y otras infecciones transmisibles, entre los colectivos de África subsahariana que residen en Europa.

TABLA 1. Organizaciones e instituciones miembros del proyecto

| | | |
|-------------------------------------|-------------|---|
| Asociaciones Africanas comunitarias | HOLANDA | AFAPAC: African Foundation for AIDS Prevention and Counselling (Fundación Africana para la Prevención y el Asesoramiento sobre Sida). |
| | SUECIA | AHT: African Health Team (Equipo Africano de Salud). |
| Asociaciones mixtas | FRANCIA | GRDR: Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement Rural (Grupo de Investigación y Acción para el Desarrollo Rural). |
| Instituciones públicas | ESPAÑA | Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. |
| | BÉLGICA | (Departamento Social que trabaja con organizaciones comunitarias de inmigrantes para la salud.) |
| Consultorías de salud | REINO UNIDO | Health (Institución social que desarrolla acciones de salud dentro de las comunidades africanas.) |
| Asociaciones de salud | PORTUGAL | AJPAS: Associação de Jovens Promotores da Amadora Saudável (Asociación de Jóvenes Promotores de Salud de Amadora, Lisboa). |

Este objetivo general fue definido de una forma global con el propósito de concretarlo a partir de la participación de las y los profesionales sanitarios y las comunidades subsaharianas. De modo que la metodología parte de la *Investigación Acción Participativa*, que combina la investigación socio sanitaria, la educación para la salud y la intervención, integrando dentro del equipo investigador a la comunidad participante. Esta metodología se ha articulado mediante el funcionamiento en red en tres niveles:

- Un NIVEL INTERNACIONAL, dónde se constituyó:
 - Un COMITÉ DE PILOTAJE, que dirigía la planificación y puesta en marcha del proyecto, formado por los y las coordinadores de los siete países europeos.
 - Una SECRETARÍA DE COORDINACIÓN.
 - TALLERES DE TRABAJO: con el fin de identificar los intereses comunes, necesidades, propuestas y recomendaciones sobre la prevención del VIH/sida/ITSs tanto de las

y los profesionales sanitarios como de las comunidades subsaharianas. Los resultados de estos grupos de trabajo se trasladaban al Comité de Pilotaje dónde se articulaban en líneas de trabajo concretas.

- Un NIVEL NACIONAL, formado por las organizaciones subsaharianas y los servicios sanitarios en relación con la prevención de estas enfermedades en cada país. De modo que se celebraron también talleres de trabajo, cuyas conclusiones y recomendaciones eran devueltas al nivel internacional y local.
- Un NIVEL LOCAL, formado igualmente por ambos agentes, que en nuestro caso fue la Comunidad de Madrid, por ser el entorno más cercano a la Escuela Nacional de Sanidad.

Las actividades desarrolladas fueron la consecuencia de la interacción entre estos niveles de trabajo en red. La pieza fundamental se formó a partir de la realización de diez talleres internacionales con la participación de las asociaciones subsaharianas y profesionales sanitarios. Las temáticas de estos talleres se iba decidiendo según las necesidades que surgían y se describen en la Tabla 2.

TABLA 2. *Talleres realizados en el proyecto*

| TALLERES: FECHA Y LUGAR | TEMÁTICA |
|-------------------------------|--|
| 1. Londres, septiembre 1999 | ¿Qué tipo de acciones de prevención es más pertinente y para qué estrategias? |
| 2. Bruselas, diciembre 1999 | ¿Qué dificultades encuentran las asociaciones y los agentes sanitarios en el ámbito de la prevención? |
| 3. Lisboa, abril 2000 | ¿Cuáles son las necesidades identificadas para la prevención? ¿Cuáles son las herramientas y las metodologías más pertinentes para la prevención? |
| 4. Ámsterdam, junio 2000 | El acceso a la información y a la atención sanitaria. ¿Qué mejoras son necesarias? |
| 5. Estocolmo, septiembre 2000 | La formación y la educación sanitaria. |
| 6. Madrid, enero 2000 | Las dificultades y la acción: ¿qué vínculos se han de establecer entre aquí y allí?. Las acciones cruzadas entre Europa y África. |
| 7. París, mayo 2001 | La evaluación y el seguimiento de un programa de prevención: ¿Qué métodos e indicadores se han de utilizar? |
| 8. Madrid, febrero 2002 | ¿Cuáles son las necesidades y expectativas en la formación de las y los profesionales sanitarios para mejorar su atención a la población subsahariana? |
| 9. Ámsterdam, junio 2002 | ¿Cuáles son las necesidades y expectativas en la formación de las asociaciones y comunidades de bases subsaharianas en Europa? |

A partir de estos talleres se desarrollaron las líneas de trabajo que se describen en la Tabla 3 y que se agrupan en:

- A) Actividades de Educación para la salud que incluyen la elaboración de materiales informativos y educativos.

- B) Formación de los y las profesionales sanitarios.
- C) Desarrollo de sistemas de comunicación.
- D) Evaluación del proceso.

TABLA 3. Talleres desarrolladas en el proyecto

| 1. ACTIVIDADES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD | | |
|---|---|--|
| Actividad | Objetivos | Desarrollo |
| Talleres | Analizar los problemas. Promover el intercambio de experiencias. Proponer estrategias y acciones. | Talleres internacionales. Talleres Nacionales. Reuniones locales. |
| Boletín "Letras" | Difundir información sobre las acciones de la red y abrir foros sobre VIH/sida. | Edición de cinco números del boletín "Letras" en diferentes idiomas. |
| Acciones Cruzadas | Promover el desarrollo de acciones cooperativas entre las comunidades para la prevención del VIH/sida entre África y Europa. Analizar las necesidades de las propias comunidades subsaharianas para actuar con sus sociedades de origen. | Taller internacional de Madrid, 2001: análisis de iniciativas de ONGs africanas y europeas. Elaboración del Manual "Les actions croisses". |
| Mitos y tabúes | Identificar y conocer los mitos, creencias y tabúes que rodean a la sexualidad, la reproducción, la percepción de del VIH/sida y que intervienen en el mantenimiento de comportamientos de riesgo en las comunidades subsaharianas. | Grupos de trabajo: con las comunidades de Portugal, Gran Bretaña y Holanda. Elaboración de Manual "Crenças, tabus e mitos na prevenção do Vih/ sida nas comunidades africanas". Vídeo educativo sobre: uso del preservativo, la mutilación genital femenina, la poligamia y las creencias sobre el VIH/sida. |
| Videos carta | Promover actividades educativas con sus comunidades de origen. Grabación en vídeo de una síntesis de los debates en las comunidades subsaharianas sobre aspectos relacionados con la prevención del VIH/sida. Estos vídeos son enviados a la comunidad de origen como si se tratara de una carta; a raíz de su visualización se produce un contradebate, que vuelve a ser grabado en vídeo y es enviado como respuesta. a la comunidad asentada en Europa (Francia y Bélgica). | Vídeo-carta entre las comunidades de Malí inmigradas a Francia. Vídeo-carta entre las comunidades africanas de habla francófona de Bélgica y Francia. |
| Formación de las asociaciones subsaharianas | Promover el contacto, apoyo y colaboración entre las asociaciones subsaharianas. Potenciar su involucración en la prevención del VIH/sida. Capacitar en la gestión y desarrollo de programas preventivos. | Realización de 3 cursos de formación. Elaboración de Manual: "Training manual for community based organisations". Con los contenidos de la formación: gestión de proyectos de prevención, trabajo en red, financiación y lobbying. |

| | | |
|---|--|---|
| Buenas prácticas | Recoger todas las experiencias en relación con la prevención del VIH/sida con comunidades subsaharianas. Tanto experiencias dentro del Proyecto, como de los miembros del Proyecto y de otras organizaciones. | Elaboración de Guía de buenas prácticas para comunidades subsaharianas viviendo en Europa: "The development & implementation of programmes, theory, methodology & practice". |
| 2. FORMACIÓN DE LAS Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS | | |
| Formación | Sensibilizar a las y los profesionales sanitarios para que tomen en cuenta la situación de la población subsahariana. Promover medidas para mejorar la prevención, los cuidados y el apoyo social a esta población. | Proceso de detección de necesidades formativas: cuestionario contestado en todos los países. Taller de Madrid de 2002. Propuestas de la población subsahariana. Realización de tres cursos formativos. |
| Manual | Orientación para el diseño y realización de formaciones para profesionales sociosanitarios. Guía para la prevención del VIH/sida en estas comunidades. | Contenidos: situación epidemiológica del VIH, situación social de la población subsahariana en Europa, la especificidad cultural de cara a mejorar la comunicación entre esta población y los profesionales, y el trabajo en red como una estrategia para desarrollar intervenciones preventivas. |
| 3. DESARROLLO DE SISTEMAS DE COMUNICACIÓN | | |
| Base de datos | Recoger información de todas aquellas organizaciones relacionadas con la prevención del VIH/sida y con la población inmigrante subsahariana. | Ubicada en la página web del Instituto de Salud Carlos III http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?Mlval=cw_usr_view_Folder&ID=2854 |
| Página web | Intercambiar información del proyecto. | Actualmente no disponible. |
| 4. EVALUACIÓN DEL PROCESO | | |
| Evaluación internacional | Evaluar la adecuación de las actividades desarrolladas al objetivo del proyecto. Evaluar la participación de las y los profesionales sanitarios y de las comunidades subsaharianas. | Evaluación externa por un equipo internacional a todos los miembros de la red. |
| Evaluación nacional | Evaluar una actividad desarrollada por cada uno de los países miembros del proyecto. Mostrar la influencia de la formación en las relaciones entre las y los profesionales sanitarios y la comunidad subsahariana. | Evaluación del proceso de formación de las y los profesionales sanitarios. |

Resultados

La combinación de estas estrategias, basadas en la participación conjunta entre la comunidad africana y las y los profesionales sanitarios, implementadas en esta red ha desembocado en un aumento de la información, la educación sanitaria y el empoderamiento, eficaces para reducir la vulnerabilidad frente al VIH/sida y otras enfermedades transmisibles, porque se logró [8]:

- La identificación y visibilización de las asociaciones inmigrantes subsaharianas. El número de asociaciones que han participado de una forma continua en el proyecto fue incrementándose progresivamente, lo que supuso una mayor representatividad de esta comunidad y mayor información sobre ella.
- El refuerzo del tejido social y asociativo de esta comunidad, ya que a partir de estas reuniones entre las asociaciones africanas, esta comunidad se ha conocido mejor y se han incrementado las relaciones entre ellas y sus miembros.
- La profundización en las percepciones sobre la salud, el VIH/sida, las actitudes y los comportamientos en relación con la prevención, las pautas socioculturales que influyen en las relaciones sociales y sexuales, así como en las barreras de acceso y utilización de los servicios de salud por parte de estos colectivos.
- La realización de actividades de educación para la salud culturalmente adaptadas en relación con la prevención del VIH/sida, incluido el diseño de material educativo.
- Un acercamiento entre las y los profesionales sanitarios y la población subsahariana que para algunas personas ha supuesto un aumento de la confianza en los servicios sanitarios, por lo que se contribuyó a la disminución de algunas barreras de acceso como el miedo y la desconfianza hacia los mismos.
- Proponer nuevas metodologías de elaboración y diseño de procesos de promoción de la salud que integren a las y los profesionales sanitarios y a las asociaciones inmigradas en todas las fases de estos procesos. De modo que se considere a ambos agentes, no sólo como parte de los problemas en la atención sanitaria, sino también como agentes de cambio.
- Hacer efectiva la participación comunitaria mediante la involucración de las asociaciones subsaharianas e incrementar su interés por el tema del VIH/sida. En la primera fase encontramos que sólo una asociación subsahariana en España había incluido este tema en su agenda asociativa, mientras que al final del proyecto encontramos a siete asociaciones que habían incorporado la prevención del VIH/sida como un aspecto más de sus intereses en el trabajo asociativo.
- Encontrar intereses comunes entre diferentes situaciones de asentamiento de la inmigración africana, diferentes comunidades subsaharianas, diferentes perfiles de profesionales sanitarios y de servicios sanitarios, diferentes países receptores, con diferentes legislaciones en Europa y contextos socio-políticos y económicos que dibujan diferentes prioridades en la demanda sanitaria. Y por último, las diferencias entre las percepciones y la afectación de la infección del VIH/sida, que supone que en algunos países las acciones prioritarias fueran con relación a la prevención primaria y en otros países de la red fuesen prioritarias las acciones de prevención secundaria, debido a que hay más población subsahariana afectada por el VIH/sida.

Es importante puntualizar que el riesgo que conlleva este tipo de proyectos es que facilitan la asociación entre VIH/sida y población subsahariana. Dándose a entender que la necesidad de la prevención en este grupo es debida a que son transmisores de la infección debido a su lugar de origen -el continente africano es el que tiene mayor número de casos

de sida- cuando la importancia de la prevención está relacionada con sus condiciones de vida en las sociedades europeas y su falta de accesibilidad a los servicios sanitarios que les hace más vulnerables [9].

Por ello es necesario mantener desde las instituciones públicas un apoyo técnico para promocionar proyectos de participación comunitaria en conjunto con las ONGs, entidades privadas, y otras organizaciones relacionadas con la prevención para abordar la problemática social que presentan estas personas y colectivos y que influye en su nivel de salud.

La formación de las y los profesionales sanitarios debe ser incluida en los programas de formación continuada en los servicios sanitarios que atienden a población inmigrante en general, de modo que sean capaces de responder a los nuevos cambios de la población usuaria de los servicios sanitarios.

Al trabajar con las asociaciones subsaharianas se incorpora a todos los miembros de la comunidad africana: a aquellos que tienen una gran influencia en las decisiones del grupo como jefes tradicionales, religiosos... y en especial a aquellas personas que tienen menos oportunidades como son las mujeres por su posición de género. De esta forma, se incrementa la cobertura de la acción preventiva pues no sólo se trabaja con aquellas personas que acuden a los servicios de salud sino también con aquellas otras que no llegan pero que están en relación con otros miembros de su comunidad [10].

A modo de conclusión consideramos que la participación comunitaria permite superar el espacio de lo individual, se orienta hacia las comunidades, que son agentes y sujetos de cambio en la salud, y además facilita el ejercicio del derecho a la protección de la salud.

2. ESTRATEGIA BASADA EN LA EDUCACIÓN ENTRE IGUALES

La educación entre iguales se basa en un modelo horizontal de comunicación, diferente al clásico modelo jerarquizado o vertical para la transmisión de información, enfatizando la necesidad de implicar a las comunidades en el proceso educativo. Por ello, las y los educadores son miembros de las comunidades en los que desarrollan sus actividades, en este caso en el campo de la prevención de la infección por el VIH [11].

Desde la Escuela Nacional de Sanidad se realizó una estrategia de intervención "Prevención del VIH en la población inmigrante: una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales" desarrollada con tres colectivos de inmigrantes residentes en la Comunidad de Madrid: dominicano, marroquí y africano de países subsaharianos.

Las y los educadores fueron seleccionados, previa convocatoria enviada a distintas entidades y ONG que trabajaban con población inmigrante, mediante entrevista personal realizada por los miembros del equipo investigador de acuerdo a los siguientes criterios:

- pertenecer a las comunidades diana,
- hablar y escribir castellano y el idioma de su colectivo,
- tener capacidad comunicativa y sensibilización frente al problema de la infección por VIH,
- ser buenos conocedores de sus respectivas comunidades.

Las personas seleccionadas participaron en un proceso de formación en dos fases de 40 horas cada una, incluyéndose en el programa materias relacionadas con la infección por VIH: la prevención de la infección, las enfermedades de transmisión sexual, la sexualidad humana y las desigualdades de género en torno a la sexualidad y las prácticas sexuales, habilidades de comunicación para transmitir mensajes preventivos, métodos y recursos educativos y diseño y planificación de actividades educativas comunitarias.

Resultados

Los resultados que se presentan se desprenden de las intervenciones que los y las educadoras realizaron con grupos concretos de personas dentro de sus respectivos colectivos. Esta consideración es importante ya que la generalización de estos resultados a otros subgrupos de estos mismos colectivos pero con diferentes características en cuanto a la edad, al nivel de estudios, el tiempo de residencia o el grado de integración en España no sería en cualquier caso aceptable, así como tampoco lo sería aplicarlos a otros colectivos de inmigrantes.

Los y las educadoras desarrollaron sus actividades educativas en el seno del proyecto durante un periodo de nueve meses, en el que realizaron intervenciones definidas previamente como:

- Individuales: aquellas que se realizaban mediante charla o entrevista persona a persona;
- Grupales: aquellas en las que los y las educadoras trabajaban con grupos de personas de sus respectivos colectivos en sesiones informativas y de discusión.

Los criterios que definían las intervenciones fueron, previamente, consensuados con el equipo investigador coordinador del proyecto, y en todas se incluía información sobre el agente causal de la infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las formas de prevención así como la correcta utilización del preservativo y los recursos sanitarios existentes en la Comunidad de Madrid para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección.

Además de estos aspectos, en muchas de las intervenciones tanto individuales como grupales se trataron cuestiones en relación con la valoración del problema (importancia y visión del mismo por parte de las personas con las que se intervenía), percepción de riesgo, creencias erróneas acerca de la infección, los mecanismos de transmisión o la forma de prevenirla, y las barreras individuales o grupales para llevar a cabo las prácticas preventivas o las actitudes frente a las personas seropositivas o enfermas de sida.

Los y las once educadores trabajaron a lo largo del proyecto con un total de 795 personas: 430 hombres y 365 mujeres. Con 197 de estas personas las intervenciones se realizaron a nivel individual y en más de la mitad de los casos las intervenciones se repitieron en más de una ocasión. El resto fueron personas que acudieron a talleres o charlas impartidos por los o las educadoras. El grado de relación se estableció en todo momento en entornos de proximidad tanto a escala individual (familiares, amigos compañeros de trabajo o de asociaciones) como en los grupos (asociaciones, casas de amigos, locutorios, peluquerías, centros de servicios sociales, etc...)

La estrategia de educación entre iguales utilizada, resultó muy útil para la detección de lagunas de conocimiento en relación con la infección por VIH entre las personas de los distintos colectivos con los que se realizaron las intervenciones.

Aunque los grupos de inmigrantes con los que se trabajó tenían en general una información adecuada de los principales aspectos de la infección por VIH/sida, la utilización de una metodología educativa más próxima permitió detectar lagunas importantes de conocimiento en aspectos relevantes de la infección por VIH. En la tabla 4 se presentan las cuestiones más frecuentes que surgieron en las intervenciones realizadas.

TABLA 4. Cuestiones más frecuentes surgidas en las intervenciones de las y los educadores

| | |
|---|---|
| Talleres | Etiología, mecanismos de transmisión, prácticas preventivas, etc. Desconocimiento de las diferencias entre portador y enfermo. Creencias de que las personas enfermas o portadoras tienen signos de enfermedad visibles en el cuerpo. Dudas sobre si los mosquitos pueden transmitir la infección. Desconocimiento de la transmisión vertical (sobre todo mujeres). Preguntas con relación a la transmisión por besos o compartir objetos. Creencias erróneas en cuanto al riesgo de determinadas prácticas sexuales (sexo oral, menstruación, sexo anal...). |
| En relación con la prueba de diagnóstico | Desconocimiento de lugares donde realizarse la prueba en la Comunidad de Madrid. Desconfianza hacia el sistema sanitario acerca del anonimato. |
| En relación con el Tratamiento | Desconocimiento de cómo acceder al tratamiento. Creencias de qué tratamientos tradicionales "curan el sida" (marroquíes, subsaharianos). |
| Preservativo | Asociado su uso a relaciones sexuales con prostitutas. La confianza exime del uso del preservativo. Rechazo a su uso por "no sentir nada", porque se rompen o porque su uso "enfria la relación". |
| Connotaciones culturales, éticas, religiosas, prejuicios... | Negación de la enfermedad o asociación con prácticas "que son de Occidente". Asociación con: prostitución, drogas, homosexualidad. Marruecos: Asociado a castigo divino. Principios religiosos como factor protector. |

Conclusión

La experiencia desarrollada, basada en la estrategia educación entre iguales, aporta elementos clave importantes que pueden ayudar en el abordaje de determinados aspectos de la prevención cuando se trabaja con estos colectivos así como en la identificación de situaciones de especial vulnerabilidad relacionadas con la nueva situación social y cultural en el país de acogida.

Entre estos elementos podríamos destacar: las relaciones de género en los distintos grupos, que a su vez condicionan las relaciones afectivo-sexuales y la toma de decisiones respecto a las prácticas preventivas; las diversas formas de relacionar la sexualidad y la reproducción entre los distintos colectivos; las condiciones sociales y económicas relacio-

nadas con la inmigración que pueden condicionar en muchos casos situaciones de vulnerabilidad (desarraigo, soledad, irregularidad administrativa...) y las creencias y condicionamientos culturales y/o religiosos que puede interactuar con situaciones y prácticas de riesgo [12].

En este sentido, se destaca la figura del educador de iguales en el terreno de la promoción de la salud especialmente cuando se trabaja con colectivos donde se demuestra la existencia de importantes barreras de acceso a la información y a los servicios sanitarios. Esta figura aporta un trabajo fundamental en el terreno de la mediación, al integrar sus actividades dentro de la cotidianeidad, investigando las necesidades específicas de su comunidad y siendo capaz de integrar los mensajes preventivos del "aquí y allá", adaptándolos al contexto de las personas inmigrantes en el país de acogida y también al de su medio de origen, ya que es una persona con vínculos con la comunidad bien sean de tipo familiar, afectivo y/o económico.

La adaptación cultural de los mensajes preventivos es una de las funciones fundamentales del educador/a y esto a su vez favorece la participación de las personas y estimula el aprendizaje, facilitando que sean capaces de sacar sus propias conclusiones y tomar sus propias decisiones en materia de protección de su salud.

Por último destacar que los resultados de programas de este tipo pueden ser de utilidad para modular los programas y campañas preventivas tanto generales como específicamente dirigidas a población inmigrante, corrigiendo prejuicios y estereotipos e incorporando ciertos elementos diferenciadores en materia de prevención de la infección por VIH en los distintos colectivos de inmigrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. DADER M.; BOLAÑOS, E.; TORRES, A. "HIV/AIDS knowledge and related behaviours among Dominican women in Madrid". *Libro de ponencias de la II Internacional Interdisciplinary Conference of Women and Health*, 1999 Jul: Edimburgo.
2. DADER, M.; BOLAÑOS, E.; TORRES, A. "Actitudes y experiencias en el uso del preservativo en mujeres inmigrantes dominicanas de la Comunidad de Madrid". Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología, 1999 Oct: Santiago de Compostela. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13 (90): 9130.
3. ONUSIDA. "Movilidad de la población y SIDA", en: UNAIDS. Best Practice. Ginebra: UNAIDS; 2001. [citado 15 de jun. 2005]. www.unaids.org
4. MAZARRASA, L. "Educación para la salud en el marco de la promoción de salud", en: MAZARRASA, L.; GERMÁN, C.; SANCHEZ, A.M.; SÁNCHEZ, A.; MERELLES, A.; APARICIO, V. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill/ Interamericana; 2003. p. 399-416.
5. NÁJERA P. "Promoción de la salud internacional", en: MAZARRASA, L.; GERMÁN, C.; SÁNCHEZ, A.M.; SÁNCHEZ, A.; MERELLES, A.; APARICIO, V. *Salud Pública y Enfermería Comunitaria*, 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill/ Interamericana; 2003. p. 379-398.
6. "Proyecto de Investigación: Red entre las comunidades africanas y los agentes de salud para la prevención del VIH-Sida y las enfermedades transmisibles; una atención integral en Europa". Investigadora principal, LUCÍA MAZARRASA ALVEAR. Proyecto SEPY I 199/99 del Instituto de Salud Carlos III.
7. ICASO. HIV/AIDS. Networking Guide. Ottawa: ICASO, 1997.
8. BLÁZQUEZ, MARÍA ISABEL; CASTILLO, SUSANA; MAZARRASA, LUCÍA. "Una experiencia europea de promoción de la salud: la

participación comunitaria con comunidades de base del África subsahariana". *A tu salud* 2003; 41:9-15.

9. Centro Nacional de Epidemiología. "Situación de la infección por VIH en inmigrantes" [citado el 10 jun. 2005]. <http://193.146.50.130/htdocs/sida/inmigrantes.PDF>.
10. BLÁZQUEZ, MARÍA ISABEL; MAZARRASA, LUCÍA; OTERO, LAURA. "Aproximación a las asociaciones africanas como agentes de salud en sus comunidades". *Revista Ofrim* 2004; 11:71.90.
11. ONUSIDA. "Educación entre pares y VIH/ SIDA. Conceptos, usos y problemas". Ginebra: ONUSIDA/99.46S (versión española, septiembre de 2000) [citado 14 de jun. 2005]. www.unaids.org.
12. MARTÍNEZ, M.L.; MAZARRASA, L.; PAZOS, A.; CASTILLO, S., *et al.* "Prevención del VIH/ SIDA en población inmigrante. Una estrategia de promoción de salud basada en la educación entre iguales". *Index de Enfermería* 2003; 42:19-23.

CAPÍTULO VII

Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones

MARISA ROS COLLADO Y CARMEN OLLÉ RODRÍGUEZ

"El reconocimiento del derecho de las poblaciones inmigrantes a disfrutar del nivel más elevado de salud física y mental, debería incluir el derecho a servicios de salud accesibles, el derecho a unas condiciones de trabajo y vivienda saludables y el derecho a una educación sanitaria aceptable."

Margaret Duckett [1]

"Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria."

DECLARACIÓN IV ALMA-ATA

"Es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época."

LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. CONSIDERACIONES

El fenómeno de la inmigración ha supuesto un impacto en la atención a la salud de la población. Los servicios sanitarios han sido planificados sin considerar la presencia de la población inmigrada que progresivamente ha ido en aumento y ha planteado nuevas necesidades en salud a las que se deben dar respuestas adecuadas en un entorno bio-psico-social [2], incluyendo el concepto de adaptación mutua y teniendo en cuenta a las personas como elementos activos en relación a su salud. Todo ello implica nuevos retos[3].

Hay que considerar la diversidad de la comunidad inmigrante según su origen, prestando atención a sus múltiples diferencias como son el idioma, los estilos de vida, la religión, la cultura, las tradiciones, los códigos de salud, la alimentación y el entorno entre otras. Estas diferencias determinarán la adaptación de algunas de las intervenciones a desarrollar en estos colectivos con el objetivo de favorecer su accesibilidad y garantizar una asistencia de calidad [4].

La persona inmigrada suele ser joven, sana, con gran iniciativa, capacidad de adaptación a los cambios y una situación social, económica y laboral a menudo de características precarias. Actualmente las reagrupaciones familiares han comportado algunos cambios en el perfil de esta población.

Para aproximarnos a la población inmigrada en el contexto de la salud deberemos tener en cuenta algunos aspectos:

- La condición de género y las desigualdades de rol [5].
- El propio trayecto migratorio (cuadro 1).
- El valor de la salud no como una prioridad, excepto cuando ésta afecta a la capacidad laboral. Son por lo general otras las prioridades que se anticipan a la salud relacionadas con el motivo que ha desencadenado la inmigración. El acceso y la utilización habitualmente en situaciones que podríamos caracterizar como agudas.
- La concepción del sistema de salud a partir del contexto de país de origen, por lo general basado en la atención hospitalaria.
- Un concepto de salud muy diverso en relación al síntoma, la enfermedad y el tratamiento.
- La dificultad para la comprensión del concepto de prevención y en consecuencia a ello la capacidad de incorporar prácticas preventivas en salud.

CUADRO 1. Fases del proceso migratorio según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

| FASES | HAY QUE CONSIDERAR |
|----------|---|
| ORIGEN | El lugar de procedencia. El motivo de la emigración. Las relaciones que mantienen en el entorno de origen mientras están fuera. |
| TRÁNSITO | Los lugares por donde pasan. Cómo viajan. Cómo se mantienen mientras viajan. |
| DESTINO | El lugar a donde van. Las actitudes que encuentra a la llegada. Sus condiciones de vida y de trabajo en el nuevo país. |
| RETORNO | Las comunidades a las que retornan. Sus familias. Sus recursos o la ausencia de ellos. |

También hay que destacar las situaciones de desigualdad que vive la población inmigrada como el desconocimiento, el déficit o la ausencia de derechos, el proceso del duelo migratorio, las condiciones laborales precarias, la carencia de apoyo social y/o familiar, la dificultad para acceder a los recursos preventivos, el desconocimiento del sistema sanitario local... que favorecen una mayor vulnerabilidad en su salud [6].

El miedo, la desconfianza y la soledad son sentimientos que con frecuencia se expresan entre la población inmigrante y dificultan el acceso al sistema sanitario en un contexto de normalidad. Pero también la diferencia cultural y los problemas de comunicación en un sentido amplio, más allá del idioma, favorecen que las demandas de la población inmigrada a los servicios sanitarios sean inespecíficas, a menudo expresadas en forma de somatización y realizadas en los servicios urgencias de asistencia primaria y hospitalaria de forma recurrente e incluso itinerante.

Por otra parte, la escasa formación de los profesionales en competencia cultural, la actual organización asistencial, la falta de tiempo para una atención y escucha de la demanda adecuada y porque no, también en ocasiones, la poca sensibilidad hacia esta población, pueden contribuir a cronificar la sintomatología expresada, disconformidad en la persona atendida, impotencia del profesional, aumento de costes y frustración mutua [7].

Como conclusión podemos deducir que las dificultades para acceder a los servicios de salud y las dificultades en la comunicación repercuten en la salud de la población, en la calidad de la asistencia y en la utilización de los recursos sanitarios. Será importante identificar las barreras de acceso y las definiremos como restricciones internas y externas.

2. ACCESIBILIDAD Y BARRERAS: RESTRICCIONES [8,9]

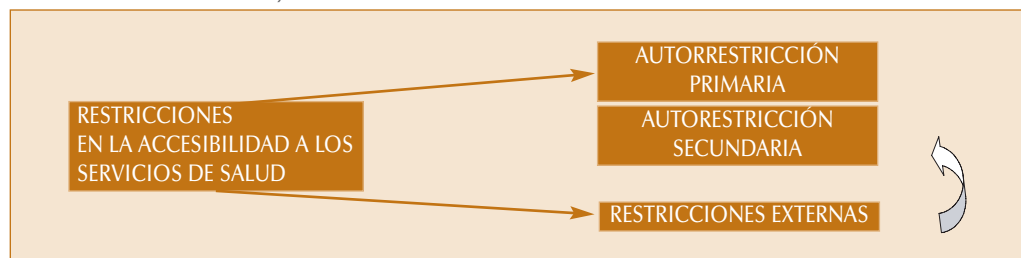
Según Bollini y Siem [10], los colectivos de inmigrantes "no sólo están expuestos a trabajos precarios y a pobres condiciones de vida, que, per. se, determinan un nivel de salud bajo, sino que además han visto cómo se reducían las facilidades de acceso a la salud, debido a razones políticas, administrativas y culturales, que no siempre están presentes para las poblaciones autóctonas y que además varían en diferentes sociedades y para según qué grupos. Distintos conceptos de salud y enfermedad, lenguaje o la presencia de racismo son ejemplos de estas barreras selectivas".

El conjunto de factores tanto internos como externos que actúan como barreras y dificultan que la persona disponga de una atención sanitaria adecuada definen las **restricciones de acceso a los servicios de salud**.

El esquema que planteamos a continuación [11] no pretende realizar una identificación exhaustiva de barreras concretas, sino estructurar una clasificación de las mismas según su origen que nos permita diseñar estrategias destinadas no sólo a reducir barreras específicas sino a incidir en las causas que las generan.

Las restricciones internas son las que provienen del propio individuo, tendríamos en primer lugar lo que denominamos **auto restricción primaria**, que consistiría en una serie de factores de carácter interno que influyen en la toma de decisión de la persona para acudir al servicio de salud. A partir de la percepción que la persona tiene de su situación y en función de lo que define como "actuación normal" puede darse una discrepancia con lo que los servicios de salud consideran necesario que hiciera. Esta diferencia de criterios se ve acentuada en la población inmigrante, dado que, entre otros factores se parte de unas definiciones de salud/enfermedad diferentes de las de la sociedad de acogida; la experien-

Cuadro 2. Accesibilidad y restricciones



cia previa en los países de origen suele estar ligada a sistemas de salud con redes de atención primaria muy débiles y en muchas ocasiones falta una información clara sobre las posibilidades que brinda el sistema de salud del país de acogida. Es importante tener en cuenta que en este primer caso, la persona no tendría una vivencia de dicha restricción.

Las restricciones externas se manifiestan cuando ya se ha tomado la decisión de acudir a los servicios de salud. Las **restricciones externas** pueden ser generadas por dificultades de carácter legal-administrativo (empadronamiento, tarjeta sanitaria...), estructurales (concertación de visita, pruebas complementarias, visitas de control...), desconocimiento del sistema sanitario, socio económicos (precariedad laboral, vivienda...), culturales (creencias, religión, tabú...), de comunicación (idioma, lenguaje no verbal, interpretaciones...) o de relación con el personal del centro (actitudes, estereotipos, tópicos...). Todos estos factores externos pueden generar a su vez un efecto de feedback negativo que provoque la aparición de una auto restricción de carácter interno, que también puede ser provocada por factores externos al sistema sanitario: la auto restricción secundaria. En este caso la persona sí define la necesidad de acudir a los servicios de salud, pero la experiencia previa (sea por razones objetivas o subjetivas) hace que decida no acudir.

3. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN PARA DISMINUIR LAS RESTRICCIONES

La intervención se debería estructurar realizando proyectos tanto en el ámbito de la comunidad como en los servicios sanitarios que incidieran en la reducción de las restricciones.

- Reducción de la auto restricción primaria:
 - Programas de salud comunitaria.
 - Programas de información sanitaria.
 - Acciones específicas conjuntas para inmigrantes llegados recientemente.
- Reducción de las restricciones externas y prevención de la auto restricción secundaria.
 - Formación en competencia cultural y medicina de la inmigración de los profesionales en activo y de los que se encuentran en período de formación.
 - Programas de salud comunitaria.
 - Incorporación laboral de profesionales de procedencias diversas.
 - Servicio de traductores-intérpretes, mediadores y agentes de salud comunitarios integrados a los equipos de salud.
 - Formación específica para los equipos de salud.
 - Políticas de carácter general adaptadas a las necesidades y oportunidades que plantea esta diversidad creciente.

Los programas de acción en la comunidad, con la participación de la figura del agente de salud y la competencia cultural de los profesionales, serían las coordenadas que determinarían un mejor acceso y utilización de los servicios sanitarios y que permitirán actuar de forma directa en la reducción de barreras.

Una breve descripción de estos instrumentos nos aproximarán a como intervenir en la propuesta de soluciones:

3.1 Programas de actividad comunitaria [12-13]



Los programas de actividad comunitaria han de facilitar el acceso a los recursos de salud y a la información sanitaria a las personas inmigradas y especialmente a aquellas que se encuentran en una situación socio-sanitaria de mayor vulnerabilidad, para poder aumentar su autonomía y capacidad de decisión en relación a su salud.

Los objetivos operativos de los programas de salud comunitaria son:

- **La adaptación de los servicios de salud** para mejorar la atención de las personas que acuden a ellos. La respuesta pasará por la oferta de programas de formación en aspectos culturales y sanitarios específicos para los profesionales y también programas de apoyo y refuerzo.
- **La realización de programas externos**, destinados de forma prioritaria a la captación de la población inmigrada con más dificultades que no acude a los servicios sanitarios. Las acciones a desarrollar en la comunidad se deberían trabajar en la línea de programas de Información, Educación y Comunicación (IEC) [14], fundamentados en las estrategias de educación de iguales.

Para explicar esta estrategia, citamos a continuación un fragmento de una publicación del ONUSIDA [12]: *"Generalmente la educación inter pares conlleva el uso de miembros de*

un grupo determinado para producir cambios entre otros miembros del mismo grupo. A menudo la educación inter pares se utiliza para propiciar cambios a nivel individual, tratando de modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de una persona. Sin embargo, la educación inter pares también puede producir cambios al nivel social o de grupo, modificando normas y estimulando la acción colectiva conducente a cambios en los programas y las políticas."

La incorporación de nuevas figuras de distintas procedencias culturales en los servicios de salud como: la del traductor-intérprete, la del mediador, la del agente comunitario de salud y también la de personal sanitario de procedencias diversas en cuanto a país de origen considerando la presencia de población inmigrada.

Las actividades de los programas de salud comunitaria se desarrollan en cinco áreas fundamentales:

- El análisis de las necesidades objetivas y de las necesidades percibidas por la población y por los profesionales.
- El soporte a los equipos asistenciales.
- Los proyectos de información sanitaria y desarrollo de habilidades.
- La movilización comunitaria.
- La creación de redes entre profesionales inmigrantes y la sociedad civil.

Los programas de salud comunitaria han de contar con la participación de los profesionales y también de la población, y vincularse al entorno del agente comunitario de salud.

3.2 Agente comunitario de salud

Cuadro 4. Agentes comunitarios de salud



Vale la pena aproximarnos con más detalle a estas nuevas figuras, todas ellas pueden tener en algunos momentos funciones similares relacionadas con la traducción, la interpretación cultural, la mediación o la promoción de la salud.

La definición de esta figura realizada por el Equipo de Salud Comunitaria¹ UMTI-ICS /ACSAR-Creu Roja, de Drassanes, Barcelona en 1998 es la que nos puede aproximar más al concepto de agente comunitario: *“Un/una profesional, miembro de la comunidad con la que se trabaja, que se integra dentro del equipo de salud y que tiene como objetivo convertirse en puente entre los servicios de atención e información sanitaria y dicha comunidad, con el fin de que mejore la circu-*

¹Equipo de Salud Comunitaria UMTI (Unitat de Malalties Tropicals i Importades) - ICS (Institut Català de la Salut) / ACSAR (Associació Catalana de Solidaritat i Ajuda al Refugiat) - Creu Roja de Drassanes, Barcelona.

lación de información, iniciativas y recursos entre ambas partes, así como para promover y dinamizar acciones de promoción de la salud realizadas desde cada una de ellas o de forma conjunta”.

El trabajo del agente de salud se desarrollaría tanto en el centro de salud como en la comunidad, en torno a tres grandes ámbitos:

- El sociocultural.
- El sanitario.
- El comunitario.

Ámbito socio-cultural, con el objetivo de disminuir las dificultades provocadas por las diferencias culturales entre la población inmigrada y el personal sanitario. Las actividades principales serían:

- Traducción e interpretación.
- Mediación cultural tanto en el ámbito individual como colectivo.
- Formación del personal sanitario en competencia cultural, conocimientos y habilidades.
- Detección de dificultades de la comunidad para acceder y utilizar los servicios sanitarios y propuesta de soluciones elaboradas con el equipo.
- Acciones de información sobre aspectos de carácter social, laboral y legal-administrativo así como de recursos que puedan ofrecer soporte en estos temas.

Ámbito sanitario, con el objetivo de aumentar el nivel de información sanitaria y desarrollar habilidades individuales y grupales para reducir la vulnerabilidad del individuo y la comunidad ante las problemáticas de salud. Las actividades principales serían:

- Colaborar en la explicación de resultados, tratamientos o prescripciones.
- Dar a conocer y aproximar a la población los recursos de apoyo con que cuentan los servicios locales así como la propia comunidad (asociaciones, recursos administrativos, de soporte social...).

Ámbito comunitario, con el objetivo de favorecer el tejido social de las comunidades. Las actividades principales serían:

- Mejorar los circuitos de información con las comunidades.
- Dar soporte y dinamizar iniciativas comunitarias que permitan establecer redes de acogida más estables y mejor vinculadas a los servicios de salud.
- Favorecer el contacto entre los diferentes ámbitos de la administración que inciden en la población inmigrada: sanidad, educación, servicios sociales, ONG... para mejorar la detección y derivación de posibles problemas de salud.
- Detectar, movilizar y coordinar recursos de los servicios públicos y de las comunidades para dar respuesta a las necesidades.
- Incluir la salud en las agendas de las organizaciones (formales o informales) de la comunidad para fomentar acciones de promoción de la salud realizadas desde dichos colectivos.
- Facilitar la participación de las comunidades en el debate sobre las necesidades sanitarias, así como en el diseño de políticas y estrategias dirigidas a cubrir dichas necesidades.

Estas podrían ser algunas propuestas de acciones a desarrollar, si bien es importante que se realicen de forma adaptada a las necesidades y a los recursos de cada territorio.

En relación con el perfil del agente, pensamos que es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Capacidad de interlocución amplia con diferentes sectores de la comunidad.
- Habilidades de comunicación y dinamización.
- Mismo origen del paciente ya que existen muchas particularidades entre los diferentes grupos étnicos y culturales que deben ser consideradas.

La figura del agente comunitario de salud es una pieza clave como eje en estos programas de salud comunitaria, tanto para facilitar el acceso de la comunidad a los servicios de salud como para permitir a los servicios de salud acceder a las comunidades.

3.3 Competencia cultural

A menudo los profesionales de la salud al referirse a personas inmigradas, describen especificidades particulares de estas personas que son vistas como diferencias y que pueden llegar a consolidar tópicos que a menudo hacen más compleja la comunicación [13], la interpretación de la demanda y en definitiva la relación terapéutica, entre ellas podemos destacar [14]:

- La barrera idiomática.
- Los rasgos físicos (como el color de la piel, la ropa que utiliza).
- Las formas de vida (vida en comunidad, gestión del tiempo).
- Las creencias (fatalismo, medicina tradicional).
- La percepción de la enfermedad (falta, pecado, destino).
- El uso de tratamientos alternativos en relación a la medicina tradicional.
- Los diferentes códigos en torno a la enfermedad, el dolor, la fertilidad, la muerte...
- El retraso horario en las citas previas o la no asistencia.
- La frecuentación recurrente.
- El discurso de queja y demanda.

El proceso de comunicación es fundamental en la atención a la población inmigrada. Hay que activar un proceso de aproximación mutua, favoreciendo el vínculo, con una actitud acogedora. Es necesario observar, escuchar, preguntar todo aquello que se desconoce de su cultura, hay que evitar los tópicos (interpretaciones socialmente aceptables pero seguramente falsas cuando el conocimiento es insuficiente) y los estereotipos (simplificación de la realidad), garantizar el respeto, comprender sin juzgar y dar una información adecuada para garantizar una asistencia de calidad [7].

La habilidad para negociar los significados culturales y actuar de forma comunicativa y eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los que participan en el diálogo, podría definir lo que entendemos por competencia cultural. Es ésta la que permite dar una interpretación de los mensajes de acuerdo a los conocimientos, con un grado de comprensión aceptable, con sinergia de emociones y de conocimiento.

En el desarrollo de la comunicación intercultural, es fundamental la motivación en el interés hacia otras culturas, el deseo de aprender, la necesidad de romper barreras culturales, la importancia de reconocernos mutuamente. La incorporación laboral en los servicios de profesionales de la salud de diversas procedencias también será un elemento a considerar como positivo, ya que éstos facilitarán la relación y la comunicación con las personas de su mismo origen, y a su vez permitirán mejorar de forma indirecta el grado de competencia cultural de su entorno laboral [15].

Los movimientos humanos actuales y el creciente fenómeno de la inmigración hacen necesario el que los profesionales incorporen la cualidad de competencia intercultural. Para ello se deberán desarrollar programas de formación específicos que permitan mejorar conocimientos, actitudes, conductas y habilidades para dar respuesta a la diversidad cultural [16]. Estos programas han de estar dirigidos no sólo a los profesionales en ejercicio de atención directa, sino también a los profesionales en periodo de formación y a los profesionales y responsables que intervienen en la organización, gestión y toma de decisiones, son estos últimos los máximos responsables en el proceso de cambio de la cultura organizativa, que han de garantizar la equidad de la población inmigrada en el acceso a los servicios [17].

4. CONCLUSIONES

- Es necesario garantizar el acceso a los servicios sanitarios de la ciudadanía, esto incluye a la población inmigrada que vive en nuestro país, independientemente de su situación administrativa.
- Es necesario desarrollar políticas de carácter general que aporten recursos y respuestas a las necesidades y oportunidades que plantea la diversidad creciente de la inmigración.
- Es necesario adaptar los servicios sanitarios a las necesidades de la población con los recursos adecuados, considerando la población inmigrada protagonista de la realidad actual.
- Es necesario garantizar la equidad y la calidad de la asistencia y para ello será necesario incorporar nuevas estrategias basadas en la no discriminación y en la atención a las desigualdades.
- Es necesario captar a la población que tiene las máximas dificultades en el acceso, con una especial atención a aquellas que no llegan a contactar con los servicios sanitarios o si lo hacen es exclusivamente en situaciones de extrema gravedad.
- Es necesario garantizar la formación en competencia cultural de los diversos profesionales, tanto los asistenciales, como los gestores de políticas en salud.
- Es necesario favorecer la contratación de profesionales de diversos orígenes en los servicios de salud.
- Es necesario realizar programas de salud comunitaria que incorporen la participación de las diversas comunidades.
- Es necesario incluir figuras en los equipos de salud encaminadas a ser un puente entre el personal sanitario y el paciente inmigrante. Las figuras más conocidas serían los traductores-interpretes, mediadores/as y agentes de salud comunitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. DUCKETT, M. "Migrant's Right to Health". UNAIDS-OIM. UNAIDS March 2001.
2. PINCUS T. "Will racial and ethnic disparities in health be resolved primarily outside of standard medical care?" *Ann Intern Med* 2004;141:224-5.
3. JANSA, J.M.; G. DE OLAYA, P. "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos". *Gac San* 2004; 18:207-213.
4. "A Position Paper of the American College of Physicians. Racial and Ethnic Disparities in Health Care". *Ann Intern Med* 2004;141:226-232.
5. MAQUIERA V.; GREGORIO, C., Y GUTIERREZ E. "Políticas públicas, género e inmigración". En: Perez P. (ed.) *También somos ciudadanas*. Madrid:UAM, 2000; 370-442.
6. JANSA J.M.; BORRELL, C. "Inmigración, desigualdades y atención primaria: situación actual y prioridades (editorial)". *Aten Primaria* 2002;29:466-8.
7. "Es Inmigrants, la seva salut". *Quaderns de la Bona Praxi*, nº 16. Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. Octubre 2003.
8. BADA E., y col. "Programas de salud comunitaria. En La atención primaria de salud ante la población inmigrante". Fundación CESM. Madrid,2002:323-356.
9. PLA, M.; ROS, M.; FERNÁNDEZ, E.; PÉREZ, R.; LLENA, A.; VEGA, C. "Sexualidad e imigração e prevenção da AIDS: avaliação qualitativa/participativa de experiências nacionais de intervenção em atenção primária em saúde". En: BOSI, Maria Lúcia Magalhães & Mercado, Francisco J. (orgs.) *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Trópoli/ Brasil:ed. Vozes, 2004: 410-442.
10. BOLLINI, P.; SIEM, H. "No real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the year 2000", *Soc. Sci. Med.*, vol.41.
11. O'SULLIVAN, G.A.; YONKLER, J.A.; MORGAN, W., AND MERRITT, A.P. "A Field Guide to Designing a Health Communication Strategy, Baltimore", MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs, March 2003.
12. KERRIGAN, D. "Educación inter pares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas". ONUSIDA 1999:6.
13. LAVIZZO-MOUREY, R.; LUMPKIN, J.R. "From unequal treatment to quality care". *Ann Intern Med*. 2004; 141:221.
14. "La infecció pel VIH en la població immigrant. Infosida 29". Programa per a la Prevenció i l'Assistència de la Sida. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
15. KAPLAN, S.; GREENFIELD, SH. "The patient's role in reducing disparities". *Ann Intern Med*. 2004;141:222.
16. "Racial and Ethnic Disparities in Health Care. A Position Paper of the American College of Physicians". *Ann Intern Med* 2004; 11:220-232.
17. NIESSEN, J.; SCHIBEL, J. (Migration Policy Group) "Hand book on integration for policy-makers and practitioners". European communities. 2004:34-8.
http://europa.eu.int/comm/justice_home/doc_centre/immigration/integration/doc/handbook_en.pdf

CAPÍTULO VIII

La Red AIDS&Mobility: políticas europeas y grupos de trabajo

JULIA DEL AMO VALERO

AIDS & Mobility (A&M) es un proyecto en red que trabaja sobre aspectos relacionados con el VIH/sida y la migración a nivel europeo. AIDS & Mobility aspira a estimular el intercambio de conocimiento y de experiencias entre los profesionales de la salud a todos los niveles; desde las asociaciones comunitarias a los responsables de la política sanitaria. El objetivo general de AIDS & Mobility es desarrollar e intercambiar soluciones dirigidas a disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones inmigrantes y de las minorías étnicas a las diferentes dimensiones de la infección por VIH/sida, bajo el entendimiento de que las acciones a desarrollar en estos colectivos deben tener en cuenta su diversidad cultural y lingüística, así como su desventaja socioeconómica y política de partida.

1. EL ORIGEN DE AIDS & MOBILITY. DESDE SU ORIGEN A SUS RETOS RECIENTES

AIDS & Mobility se creó en 1990 por iniciativa del Programa Global sobre el Sida de la Organización Mundial de la Salud con el objetivo fundamental de prevenir el VIH/sida en inmigrantes y otras poblaciones móviles en Europa. El mandato inicial de AIDS & Mobility era *“estimular y, si fuera necesario, mejorar las actividades de prevención de VIH/sida dirigidas a personas que viajan internacionalmente y/o residen en ámbitos que les son extraños cultural y lingüísticamente, mediante el desarrollo de instrumentos educativos e informativos apropiados”*. AIDS & Mobility, pues, se funda como respuesta a una petición hecha desde el Programa Global del Sida de la Organización Mundial de la Salud y, después de una fase inicial de factibilidad durante el año 1991, se implementa finalmente en el año 1992. Los argumentos que justificaron su creación se basaron en que las actividades de prevención del VIH/sida dirigidas a las poblaciones móviles precisaban de un alto nivel de colaboración internacional y que éstas no se cubrían de forma suficiente por los Planes Nacionales de Sida. Se apuntaba a la creciente importancia que las migraciones estaban adquiriendo en la Europa de los años 90, a la ausencia de barreras para la diseminación del VIH, y se reclamaba la necesidad de acciones integradas entre los diferentes países. En ese sentido, los supuestos que inspiraron su creación, se han cumplido con creces y la necesidad de AIDS & Mobility se hace, si cabe, más patente.

Desde su creación en 1990 al momento actual, AIDS & Mobility ha evolucionado con el tiempo, adaptándose a las nuevas necesidades de los países europeos, tanto de los fundadores como de los nuevos países miembros, así como a las necesidades de las nuevas comunidades inmigrantes y a los retos que plantea la epidemia global de VIH/sida en todo el mundo. Así, AIDS & Mobility ha cambiado las poblaciones diana, ha adaptado los objetivos de intervención, ha evolucionado en la metodología de trabajo y ha ampliado su campo de acción a los nuevos países miembros de la Unión Europea (UE).

En los primeros años, aproximadamente desde 1990 a 1994, las poblaciones diana de AIDS & Mobility fueron los grupos móviles en un concepto amplio: inmigrantes, usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), trabajadores sexuales, turistas... Sin embargo, ya en fases muy tempranas, AIDS & Mobility eligió redirigir su foco de acción a las poblaciones inmigrantes y las minorías étnicas, planteando todas las acciones dirigidas a estos colectivos desde una perspectiva del derecho a la igualdad, el respeto a la diversidad y la necesidad de la participación activa de las comunidades implicadas. Durante los años 90, AIDS & Mobility orientó sus actividades a la prevención de la infección por VIH y a la promoción de la salud. Sin embargo y, adaptándose a los nuevos retos de la epidemia, el proyecto reformuló sus objetivos para responder a la aparición de los tratamientos antirretrovirales y al derecho de todos los grupos de la población a beneficiarse de los mismos. Así, ya en el año 1998, los objetivos de la organización se habían reformulado a *“identificar y responder a las necesidades de las poblaciones inmigrantes y las minorías étnicas en relación a la educación y a los cuidados del sida y a la accesibilidad a los tratamientos”*. AIDS & Mobility empieza a desarrollar en estos años una nueva línea de acción para influir en las políticas sanitarias y el acceso de las minorías a los tratamientos, estableciendo colaboraciones con grupos de activismo y *advocacy* en este campo. En este sentido, hay varios documentos muy importantes que se gestan en la red. En 1999, AIDS & Mobility publica la Declaración de Atenas que se elabora en la segunda reunión anual de los grupos focales nacionales en Atenas y cuyo nombre será *“Acceso a las nuevas terapias para los inmigrantes”*. Esta reunión supone un importante hito para AIDS & Mobility, que empieza a desarrollar una labor de denuncia *advocacy* de las injusticias y la desigualdad en el acceso a los fármacos antirretrovirales en Europa. El papel de denuncia o de *advocacy* por parte de AIDS & Mobility ha estado mal definido debido, en gran medida, a que la estructura y las fuentes de financiación de esta organización no estaban diseñadas para esa tarea. No obstante, aunque la estrategia principal de AIDS & Mobility no es la denuncia, AIDS & Mobility mantiene una postura crítica y vigilante frente a la discriminación de las minorías. Con la complejidad creciente de los procesos migratorios y las barreras administrativas de los diferentes países, AIDS & Mobility se ha planteado trabajar en mejorar el conocimiento del estado de la cuestión durante los años 2004-2006 sobre las personas que tienen una situación administrativa irregular y que precisan tratamiento antirretroviral.

En los últimos años, AIDS & Mobility le ha prestado una atención creciente a la importancia de la epidemiología de la infección por VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas en Europa. En este sentido, ha desarrollado varias publicaciones en colaboración con los organismos encargados de la vigilancia epidemiológica a nivel europeo con el fin de encontrar instrumentos científicamente válidos y socialmente aceptables que permitan medir la carga de enfermedad en las poblaciones afectadas. Además, uno de los proyectos en fase de ejecución para el periodo 2004-2006, como se discutirá a lo largo de las próximas páginas, versa sobre este campo.

Finalmente, la ampliación a los países del Este de Europa introduce nuevos elementos de análisis que es preciso conocer para el desarrollo de intervenciones adecuadas al medio. El desconocimiento en este sentido ha motivado, como veremos más adelante, la necesidad de desarrollar proyectos de investigación específicos para el mejor conocimiento de estas nuevas realidades.

2. ESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN DE AIDS & MOBILITY

Estructura

La sede administrativa central de AIDS & Mobility, desde 1995, está situada en el Instituto Nacional de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (NIGZ) de Holanda, en la ciudad de Woerden. El mandato de NIGZ es *“facilitar a las personas para que promuevan su propia salud y contribuyan a la creación de espacios de salud más sanos, tanto a través de acciones individuales como colectivas”*. En la sede de NIGZ, AIDS & Mobility cuenta con un coordinador del proyecto, Georg Bröring, un asistente, una secretaria y un documentalista a tiempo parcial. Además de este centro de operaciones, AIDS & Mobility, con su estructura en red, cuenta con los puntos focales nacionales, delegaciones en cada uno de los países miembros que se encargan de implementar las acciones de AIDS & Mobility. Además, AIDS & Mobility cuenta con un comité de expertos de 10 miembros de distintas formaciones y nacionalidades, que se reúne una vez al año y revisa los objetivos y los logros del proyecto.

En 1997, la Comisión Europea, principal agencia financiadora, solicitó un cambio en la estructura organizativa de AIDS & Mobility y sugirió que se establecieran puntos focales nacionales en cada país miembro para facilitar el trabajo en red. Bajo esta estructura, cada país debe tener un representante que facilite la implementación de las acciones de AIDS & Mobility a escala nacional. El representante del Punto Focal es el responsable de cara a la organización de comunicar bilateralmente los avances en los objetivos del proyecto. La idea que subyacía en este cambio era la de descentralizar la organización y hacer más efectivas y eficientes las intervenciones. Cada Punto Focal establece, pues, un contrato con AIDS & Mobility en NIGZ y recibe unos fondos, al tiempo que co-financia las actividades planteadas en el plan de trabajo que se consensúa entre todos. Es en el año 1997 cuando se definen las funciones de los puntos focales en un documento de consenso ambicioso que sirve de herramienta política, al colocar en la agenda de todos los países miembros una serie de compromisos en materia de prevención de VIH y acceso equitativo a cuidados para los inmigrantes y las minorías étnicas.

El papel de los puntos focales, como se ha comentado, es implementar las actividades de AIDS & Mobility en el país. Los puntos focales deben poner en contacto a las organizaciones no gubernamentales y a las asociaciones de inmigrantes con las actividades desarrolladas por AIDS & Mobility. El punto focal puede ser tanto una organización gubernamental como no gubernamental y de hecho, se encuentran estas diferentes situaciones en los países europeos. Las funciones de los puntos focales son favorecer las redes nacionales, preparar informes sobre la situación del país sobre la epidemia del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas, maximizar y optimizar la representación de los diferentes países en las actividades de formación desarrolladas por AIDS & Mobility, tales como talleres de capacitación en el trabajo con determinados colectivos de inmigrantes, las visitas e intercambios entre países para formación de agentes sanitarios y mediadores culturales etc. En aquellos países donde el movimiento ciudadano estaba más desarrollado y en donde las comunidades de inmigrantes llevaban establecidas más tiempo, se ha tendido más a que el

Punto Focal esté en una organización no gubernamental con una amplia base de implantación. En los países donde los procesos migratorios han sido más recientes, los puntos focales se han tendido a establecer en organizaciones gubernamentales y/o académicas. Desde 1998, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) ha sido el Punto Focal de la Red en España. Cada punto focal nacional tiene un representante que se encarga de mantener el contacto entre las redes nacionales y AIDS & Mobility. Las decisiones sobre el futuro de AIDS & Mobility se toman conjuntamente entre los representantes de la sede central en NIGZ, los representantes de los puntos focales nacionales y con el consejo del comité de expertos.

En el año 2004, se incorporaron a AIDS & Mobility los nuevos países de la Unión Europea. En ellos, se identificaron las organizaciones y los individuos más adecuados para cumplir el papel de puntos focales nacionales. La incorporación de los nuevos países ha planteado nuevos retos que se han recogido de forma transversal en todas las actividades, al tiempo que se han creado acciones especiales como el estudio de la situación de las poblaciones jóvenes móviles en los nuevos países miembros.

Financiación

La financiación de AIDS & Mobility provino inicialmente de la DG5 de la Comisión Europea, del Programa Global sobre el Sida de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Sanidad de Holanda. Desde 1997, con la implementación de la estructura de los puntos focales, la Comisión Europea aporta el 70% de la financiación, la Fundación Holandesa para el Sida el 10% y los puntos nacionales focales el 20%. Las actividades y los seminarios que se organizan en el marco de la red se cofinancian entre AIDS & Mobility y la entidad organizadora. En el año 2003, la comisión europea renovó la financiación de la red AIDS & Mobility pero le solicitó su unificación con otro proyecto de promoción de la salud en VIH/sida también coordinado desde los años 90 por NIGZ; el proyecto AIDS & Youth. Dado que ambas redes habían utilizado metodologías similares y ejecutaban su implementación mediante los grupos focales, su unión se valoró como apropiada y, en concreto, unos de los sub-proyectos que se están realizando en el periodo 2004-2006 estudia los aspectos específicos de los inmigrantes jóvenes que viven con el VIH/sida.

3. ACTIVIDADES Y PRODUCCIÓN DE AIDS & MOBILITY

Para la consecución de su objetivo fundamental, *“desarrollar e intercambiar soluciones para disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones inmigrantes y minorías étnicas a diferentes aspectos de la infección por VIH/sida”*, AIDS & Mobility ha venido desarrollando diferentes actividades y actuaciones desde 1990 que se resumen, muy brevemente, a continuación.

3.1 Centro de documentación

Durante estos casi 15 años, AIDS & Mobility ha ido elaborando un detallado archivo de publicaciones sobre VIH/sida, movilidad, migración y minorías étnicas. Actualmente, el centro de documentación tiene numerosas publicaciones, incluyendo artículos, libros, informes, abstracts de conferencias, material educativo como folletos, vídeos, juegos didácticos.

AIDS & Mobility facilita estos materiales previa solicitud. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>

3.2 Trabajo en red con instituciones e individuos

Durante todos estos años, AIDS & Mobility ha elaborado una extensa red de contactos con instituciones e individuos para facilitar el contacto y los intercambios. Las personas que se inscriben en esta red reciben información sobre las actividades de AIDS & Mobility. Hasta el momento, la base de datos cuenta con 1200 personas inscritas. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>

3.3 Trabajo en red con los puntos focales nacionales

Tal y como se ha descrito previamente, AIDS & Mobility trabaja en contacto estrecho con los puntos focales nacionales que son los puntos clave de intervención en cada uno de los países miembros.

3.4 Diseño, desarrollo e implementación de seminarios y talleres

AIDS & Mobility ha venido organizando numerosos seminarios y talleres en aspectos relacionados con la migración y el VIH/sida. Las actividades se ponen en marcha con un comité multidisciplinar integrado por miembros de los diferentes países. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>. Son de destacar las reuniones paneuropeas de inmigrantes, los denominados “Migrants Meetings”, que reúnen a un elevado número de participantes y donde se abordan temas de gran interés y con repercusiones en la política sanitaria en el ámbito europeo. En el año 2002 el “Migrants Meeting” tuvo lugar en Bruselas bajo el título “*Acceso al tratamiento y al apoyo en inmigrantes y minorías étnicas afectadas por el VIH en Europa*” y en el año 2005 se celebró en Lisboa, bajo el título “*Nuevas tendencias y acciones innovadoras en el campos del VIH/sida*”. AIDS & Mobility prepara un informe de cada reunión que se puede obtener de la página web.

3.5 Intercambios

Desde 1999, AIDS & Mobility ha venido organizando intercambios entre organizaciones de distintos países. El objetivo es que las personas de una organización conozcan las labores que se realizan en otras instituciones de cara a exportar e implementar proyectos que han demostrado tener éxito en un ámbito determinado.

3.6 Elaboración de documentos; libros, artículos, informes

Desde 1991, la producción de AIDS & Mobility ha sido muy prolífica y de alta calidad. La producción de informes, materiales, libros, artículos, etc. se puede consultar en la página web de la organización que, además, realiza regularmente un inventario de su producción y que también se encuentra disponible en la red. Todos los miembros de la red, y en particular los grupos focales nacionales, participan en la elaboración de estos informes. Es de destacar la excelente Newsletter que informa periódicamente de las actividades de

interés dentro y fuera de la red. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>. Estos informes tienen una amplia difusión en el ámbito europeo y se convierten así en elementos de importancia en la elaboración de las políticas sanitarias. Algunos de los informes y de los libros producidos por AIDS & Mobility han tenido una especial relevancia al abordar de forma pionera la situación de las comunidades inmigrantes afectadas por el VIH/sida en Europa. Hay que destacar los informes “Sida, ETS, inmigrantes, minorías étnicas y otras poblaciones móviles: el estado de la cuestión en Europa”, publicado en 1998, y “Acceso al tratamiento: ¿un privilegio o un derecho? Migración y vulnerabilidad al VIH en Europa”, publicado en 2003. En el año 2001, AIDS & Mobility publicó el resultado de un proceso de evaluación de sus 10 años de actividad en el informe “AIDS & Mobility: Mirando al Futuro. Migración y VIH/sida en Europa. Desarrollos recientes y necesidades para la acción futura”.

4. ACTIVIDADES Y GRUPOS DE TRABAJO DE AIDS & MOBILITY PARA EL PERIODO 2004- 2006

En el periodo vigente de AIDS & Mobility, se decidió, además de continuar con las actividades previamente descritas y que incluyen la celebración del Migrants Meeting en Lisboa en Septiembre del 2005, iniciar cinco grupos de trabajo sobre los tópicos considerados de mayor interés para la red. Debido a que se incorporaban países nuevos y a que surgían nuevos retos para los antiguos, se decidió trabajar simultáneamente sobre áreas emergentes de interés común. Las decisiones se tomaron conjuntamente con los puntos focales nacionales. Se espera que en el año 2006, los resultados de los cinco grupos de trabajo, con sus conclusiones y sus recomendaciones se presenten en una conferencia diseñada para tal fin.

4.1 GRUPO 1. Tendencias epidemiológicas de la infección por VIH y del Sida en inmigrantes y minorías étnicas en Europa

El conocimiento de las tendencias de los nuevos casos de VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas es necesario de cara a diseñar y evaluar las políticas de intervención. Existen, no obstante, importantes dificultades para obtener información válida científicamente y que sea aceptable por parte de las comunidades afectadas. En general, existe un marcado rechazo a visualizar datos epidemiológicos por el miedo a supuestas reacciones xenófobas de los medios de comunicación. Además, no existe un consenso sobre qué variables se deberían recoger para definir a las poblaciones inmigrantes y a las minorías étnicas. Este grupo de trabajo tiene dos objetivos. El primero es identificar la representación social sobre el VIH/sida y los inmigrantes/minorías étnicas que se expresa en las noticias publicadas en los periódicos de mayor tirada en el año 2004 en los países participantes, de cara a identificar áreas susceptibles de intervención en la lucha contra la estigmatización. El segundo objetivo es profundizar en qué variables son las más apropiadas para incluir en los registros de información de cara a caracterizar los problemas de salud de las poblaciones inmigrantes. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>

4.2 GRUPO 2. Situación de las poblaciones jóvenes móviles en los nuevos países miembros

Se desconoce en qué situación se encuentran los jóvenes móviles en los nuevos países miembros. Ante la creciente epidemia de VIH/sida asociada al consumo inyectado de drogas y el aumento del trabajo sexual, se hace esencial caracterizar la situación de cara a implementar estrategias de prevención adecuadas. Además, se explora la relación de los nuevos países con los viejos en la movilidad asociada al turismo sexual y a la migración laboral. Finalmente, de cara a mejorar su eficiencia, se pretende establecer qué tipo de intervenciones se están realizando en las fronteras y qué materiales se están usando. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>

4.3 GRUPO 3. Los jóvenes inmigrantes que viven con VIH/sida en Europa

La presencia creciente de jóvenes inmigrantes que viven con VIH/sida en Europa o que están en riesgo de adquirirlo plantea la necesidad de explorar estrategias que faciliten la prevención de la transmisión mediante una correcta educación en salud sexual. Este grupo aspira a diseñar una herramienta de intervención dirigida a jóvenes de entre 12 y 18 años sobre cómo afrontar una sexualidad más segura frente al VIH y a otras enfermedades de transmisión sexual. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>

4.4 GRUPO 4. El acceso a la prevención, cuidados y apoyo para el VIH/sida en las personas en situación administrativa irregular

Las personas con situación administrativa irregular que viven con VIH/sida están a riesgo de expulsión a sus países de origen, en la mayoría de los cuales, no existe tratamiento antirretroviral accesible. Estas personas se ven así abocadas a la muerte segura. Este grupo de trabajo recopilará las diferentes políticas y experiencias en este ámbito desde los países miembros de cara a consensuar un documento que pueda utilizarse como elemento de presión para forzar cambios en las políticas de expulsión de las personas enfermas. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>

4.5 GRUPO 5. Aspectos de género y VIH/sida en las comunidades inmigrantes

Las diferencias de género son aspectos claves para comprender la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH/sida. Esto es, si cabe, más patente en las poblaciones inmigrantes y las minorías étnicas en Europa ya que estas mujeres están, en muchas ocasiones, sometidas a la discriminación tanto del país de acogida como de la comunidad de procedencia. Para abordar de forma sensata la mayor vulnerabilidad y las necesidades de estas mujeres, es precisa una reflexión de género. Se puede encontrar más información en la página web de la organización <http://www.aidsmobility.org>

5. CONSIDERACIONES FINALES

Durante casi 14 años AIDS & Mobility ha puesto en la agenda de los países europeos la necesidad de prestarle atención al VIH/sida en los inmigrantes y las minorías étnicas, exigiendo la igualdad de derechos para todas las personas, independientemente de su origen. El apoyo que esta red prestó al desarrollo de las acciones en inmigración y salud en el ámbito español fue esencial para que la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, como punto focal en España, implementara una serie de acciones que se habían demostrado efectivas en otros países europeos en el pasado más inmediato. Es de esperar que este tipo de actividades sigan teniendo la financiación y el apoyo de la Comisión Europea y de los países miembros para poder desarrollar su labor.

Figura 1. Puntos focales nacionales de AIDS & Mobility en los países de la Unión Europea

| A&M National Focal Points | | |
|---|---|--|
| <p>Austria Aids Hilfe Wien Mr Frank Amort & Ms Dr Elisabeth Berger amort@aids.at berger@aids.at</p> | <p>Italy Istituto Superiore di Sanità Ms Dr Anna Luzi nfp@iss.it</p> | <p>Czech Republic National Institute of Public Health Mr Dr Jaroslav Jedlicka jaroslav.jedlicka@szu.cz</p> |
| <p>Belgium Siréas Ms Maureen Louhenapessy sireas@brutele.be</p> | <p>Norway Pluss-LMA Mr Ghirmay Assemahegn girmay.assemahegn@pluss-lma.no</p> | <p>Estonia AIDS Information & Support Centre Mr Jury Kalikov tugikeskus@hotmail.com</p> |
| <p>Sensoa Mr Thomas Demyttenaere thomas.demyttenaere@sensoa.be</p> | <p>Portugal Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA Ms Carla Martingo cmmartingo@cnlcs.min-saude.pt</p> | <p>Hungary Institute of Public Health Ms Dr Judit Forrai forjud@net.sote.hu</p> |
| <p>Denmark AIDS-Fondet C/o Training, Information and Counselling Centre (TICC) Ms Peace Kabushenga peace@ticc.dk</p> | <p>Spain Ministerio de Sanidad y Consumo Plan Nacional Sobre el SIDA Ms Dr Lourdes Chamorro lchamorro@msc.es</p> | <p>Latvia DIA+LOGS Ms Ruta Kaupe rutins@ml.lv</p> |
| <p>Finland National Public Health Institute Ms Anne-Marie Vartti anne-marie.vartti@ktl.fi</p> | <p>Sweden Statens folkhälsoinstitut Mr Fredrik Pettersson fredrik.pettersson@fhi.se</p> | <p>Lithuania Open Society Fund Lithuania Coalition 'I can live' Ms Virginija Ambrazeviciene virginij@osf.lt</p> |
| <p>France AIDES Ms Jalifa Bouzid jbouzid@aides.org</p> | <p>The Netherlands Soa Aids Nederland Mr Cor Blom cblom@soaids.nl</p> | <p>Malta To be established</p> |
| <p>Germany Deutsche AIDS-Hilfe e.V. C/o Ms Carmen Valdivia valdivia@onlinehome.de</p> | <p>United Kingdom Naz Project London Mr Dr Bryan Teixeira teixeira@naz.org.uk</p> | <p>Poland Ministry of Health – National AIDS Centre Ms Dr Anna Marzec-Boguslawska dyrekcja@aids.gov.pl</p> |
| <p>Greece National School of Public Health Ms Dr Elli Ioannidi-Kapolou ioanel@otenet.gr</p> | <p><i>The following contact persons from the new EU member states are currently involved in the network:</i></p> | |
| <p>Ireland Department of Health and Children Mr Patrick James Boyle pj.boyle@mail.hse.ie</p> | <p>Cyprus Cyprus Family Planning Association Ms Maria Epaminonda famplanm@spidemet.com.cy</p> | <p>Slovakia NRC for HIV/AIDS prevention Ms Dr Danica Staneková danica.stanekova@szu.sk</p> |
| | | <p>Slovenia National Institute of Public Health Ms Evita Leskovsek evita.leskovsek@ivz-rs.si</p> |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BHOPAL, R.; DONALDSON, L. "White, European, Western, Caucasian, or what? Inappropriate labeling in research on race, ethnicity, and health". *Am J Public Health* 1998;88:1303-7
2. "AIDS & Mobility (1999). The Athens Declaration. Access to new treatments for Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Populations living with HIV/AIDS in Europe". Woerden, The Netherlands: European Project AIDS & Mobility.
3. CLARKE, K., & BRÖRING, G. (Editors) 1999. "Access to new treatments for migrants living with HIV and AIDS". Report second European Seminar, Athens 25-27 June 1999. Woerden, The Netherlands: European Project AIDS & Mobility.
4. CLARKE, K., & BRÖRING, G. (Editors) 2000. "HIV/AIDS Care and Support for Migrant and Ethnic Minority Communities in Europe". Woerden, The Netherlands: European Project AIDS & Mobility.
5. MARMOT M. "Inequalities in health". *N Engl J Med* 2001;345:134-6
6. DEL AMO, J.; ERWIN, J.; FENTON, K.; GRAY, K. (2001). "AIDS & Mobility: Looking to the Future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action". Woerden, The Netherlands: European Project AIDS & Mobility.
7. BRÖRING, G.; CANTER, C.; SCHINAIA, N.; TEXEIRA, B. (Editors) 2003 "Acceso al tratamiento: ¿un privilegio o un derecho? Migración y vulnerabilidad al VIH en Europa", Woerden, The Netherlands: European Project AIDS & Mobility.
8. DEL AMO, J.; BRÖRING, G.; HAMERS, F.; INFUSO, A.; FENTON, K. "Monitoring HIV/AIDS in migrants communities in Europe". *AIDS* 2004;18(14):1867-73.

Mayor preocupación, mejores técnicas y fuerzas conjuntas

La participación de organizaciones no gubernamentales y con base comunitaria en las redes europeas para la prevención del VIH/SIDA e intervenciones sanitarias con y para los inmigrantes

GEORG BRÖRING

1. INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la epidemia del SIDA, la sociedad civil ha asumido una posición crucial en la lucha contra la enfermedad. Las personas afectadas por el VIH, los homosexuales y los usuarios de drogas intravenosas, se han organizado entre ellos y son activos en el campo de la prevención, tratamiento y apoyo. Además de las profesiones médicas, investigadores y políticos, han contribuido sustancialmente a una variedad de respuestas para hacer frente a la epidemia. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) dedicadas al área del VIH tienen bastantes más ventajas que las agencias gubernamentales. Conocen mejor las condiciones de vida, los comportamientos y las necesidades de las respectivas comunidades. Además, tienen mucha credibilidad en la comunidad, especialmente entre las poblaciones marginadas.

En general, hoy en día no hay duda de que sólo con la implicación de las comunidades los esfuerzos para la prevención del sida pueden ser eficaces, aunque en muchas partes del mundo —especialmente en la Europa del Este y Central— las ONG no han conseguido un apoyo suficiente por parte de los políticos y las agencias financieras gubernamentales.

Este artículo considerará especialmente el papel de las ONG y las organizaciones con base comunitaria (CBO) en el campo de la migración y el VIH/sida y en el apoyo que las redes europeas pueden jugar para sostener su trabajo. Además, será evaluada la contribución de las ONG y las CBO al desarrollo de políticas adecuadas e intervenciones a nivel nacional y europeo.

En el capítulo 2 se hace hincapié en las ventajas de pertenecer a redes europeas con experiencia en asociaciones de inmigrante. El capítulo 3 describe la importancia de la implicación de la comunidad inmigrante para los profesionales de la salud y políticos y el papel que pueden jugar las redes europeas a este respecto. Para finalizar, en el capítulo 4 se presentarán algunas conclusiones y lecciones de futuro.

Debido al espacio limitado, solamente se pueden subrayar unos pocos aspectos de la colaboración de las redes de las ONG y el autor no pretende abarcarlo todo.

Las experiencias y los datos presentados en este artículo están basados en el trabajo de AIDS & Mobility (A&M), un proyecto europeo en red financiado principalmente por la Comisión Europea (DG SANCO) y basado en el Instituto Holandés para la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades (NIGZ). Esta red ha estado funcionando desde hace casi 15 años y ha recopilado un amplio conocimiento sobre diferentes aspectos, desde

la prevención al tratamiento, desde las políticas a las intervenciones- en el área de inmigración y VIH. La información sobre A&M se puede encontrar en www.aids_mobility.org

2. IMPORTANCIA DE LAS REDES EUROPEAS PARA LAS ONG EN EL CAMPO DEL VIH Y LA INMIGRACIÓN

Intercambio de conocimientos y habilidades

Una de las mayores ventajas de las redes europeas es su capacidad de facilitar el intercambio de experiencias relacionadas con la inmigración y el VIH/sida a nivel europeo. Estas redes están financiadas por la Comisión Europea y ello les permite disponer de presupuestos económicos para organizar reuniones, cursos formativos y otras actividades para reunir a gente que, debido a sus limitados medios financieros, suele estar excluida de las conferencias internacionales. La Reunión de Emigrantes Europeos que A&M organiza cada dos años es un buen ejemplo para esta oportunidad de intercambio de conocimientos y experiencias¹. Pero también otras redes europeas apoyan este intercambio de conocimientos y habilidades; es el caso de TAMPEP, en el área de prostitución emigrante (www.tampep.com); Correlación, en el campo de la exclusión social y sanitaria (www.correlation-net.org), o la Acción SIDA y Proyecto de Integración (www.integration-project.org), con su foco específico en la Europa Central y del Este.

Para las ONG que intervienen en temas de inmigración, el intercambio con otros países europeos es especialmente valioso porque las poblaciones inmigrantes, por definición, no se limitan a un solo país. Y si una organización necesita desarrollar nuevas intervenciones para un grupo específico, una organización en otro país puede tener ya experiencias que esté deseando compartir. También podría suceder que una población inmigrante sea muy pequeña en un país por lo que sería eficaz desarrollar una intervención específica. La colaboración con un país, donde esta población fuera mayor, podría aumentar la eficacia. Podría incluso haber educadores semejantes con un bagaje cultural específico en un país que puedan dar sesiones informativas o de difusión de habilidades preventivas en otro país.

Las redes europeas pueden identificar organizaciones o individuos adecuados que podrían ser capaces de apoyar a otros colegas que trabajan en ONG de otro país.

La importancia de este intercambio de conocimientos y habilidades fue especialmente evidente a mediados de los noventa en el siglo pasado, cuando países del sur de Europa al experimentar un considerable y rápido aumento de la inmigración pudieron beneficiarse de los expertos que ya existían en los países del norte de Europa con un historial mayor de inmigración, como Bélgica, Reino Unido y Holanda. Actualmente se podría haber realizado una transferencia comparativa de expertos de los "viejos" países europeos a los países que se unieron a la Unión Europea en 2004 y las redes europeas podrían jugar un importante papel.

¹Véase www.aidsmobility.org en "publications" de los informes de las Reuniones De Emigrantes Europeos.

Aumento de la concienciación

Otro papel significativo de las redes europeas está en el campo del aumento de concienciación. Debido a la colaboración internacional y a los contactos con expertos en diferentes áreas, las redes europeas podrían estar al tanto de importantes descubrimientos y prestar atención al tema de la inmigración y el VIH en general y/o a temas específicos o poblaciones específicas. Concretamente, esto puede significar que las asociaciones de inmigrantes sean alentadas a incluir el tema del VIH/sida en su agenda, o que las asociaciones del sida se acuerden de integrar de forma adecuada el trabajo con inmigrantes y minorías étnicas.

En base a la colaboración con diferentes actores a nivel nacional y europeo, las redes europeas pueden también aumentar la concienciación a nivel político apoyando las necesidades de las ONG. Los informes nacionales o informes sobre temas específicos de inmigración pueden alertar a los políticos. Un ejemplo es la recomendación del Consejo Europeo sobre el acceso a la sanidad de los inmigrantes, en la que puede ser reconocido el trabajo de A&M².

Solidaridad y lucha contra la discriminación

Las redes europeas tienen la capacidad de apoyar a las ONG en su lucha contra la discriminación y la estigmatización y aumentar la solidaridad. La implicación en la colaboración internacional puede dar apoyo a los miembros de las redes en su trabajo. Una buena práctica que esté documentada en un país puede ayudar a las organizaciones de otro país a reforzar su posición. Especialmente allí donde grupos marginados resultan implicados, como ciertas poblaciones de inmigrantes, la participación con las redes europeas puede crear un sentido de solidaridad, entre organizaciones y colegas del campo de la emigración, y también entre las comunidades de inmigrantes afectadas.

Además, las redes pueden hacer declaraciones (políticas), por ejemplo mediante documentos políticos, y también mediante el apoyo de organizaciones que están dedicadas a empoderar a poblaciones marginadas. Un ejemplo fue la Reunión de Inmigrantes Europeos, organizada en Noruega en 1997, tras la cual políticos noruegos hicieron observaciones discriminatorias con respecto a las minorías étnicas. El hecho de que la reunión fuera organizada en Noruega y diera voz a organizaciones con base comunitaria noruega (inmigrantes) obligó a los políticos noruegos a revisar su postura.

Fuerzas conjuntas y apoyo político

Finalmente, la participación de las ONG en las redes europeas puede servir para poner el tema de la inmigración en la agenda política. Especialmente a las ONG más pequeñas, el hecho de trabajar en un ámbito más amplio, un marco de trabajo europeo les daría un estatus más fuerte. En las reuniones europeas, los delegados de las ONG pueden asociarse con otras organizaciones que trabajan en el mismo campo y unir sus fuerzas para conseguir un

²Recomendación 1503 del Consejo Europeo (2001): condiciones sanitarias de los emigrantes y refugiados en Europa.

propósito seguro. Mediante contactos y colaboración recíproca las ONG pueden recoger pruebas y argumentos que den valor a sus actividades y actuaciones nacionales.

3. EL VALOR DE LA PARTICIPACIÓN DE UNA ONG EN LAS REDES EUROPEAS

El papel de las ONG (de inmigrantes) en las redes europeas en funcionamiento –tanto en términos de contenidos como de estructura– no puede acentuarse demasiado. Al final, la calidad de las redes europeas depende de la calidad de los colaboradores de la red.

Acceso a un conocimiento profundo

En primer lugar, las ONG dedicadas a la inmigración son cruciales para tener acceso a la información sobre conocimientos, actitudes, comportamientos y prácticas respecto al VIH en las comunidades migratorias. Mediante su participación en las comunidades, saben mejor dónde están los riesgos sanitarios y cuáles son las necesidades de promoción de la salud que tiene una comunidad concreta. Las organizaciones con base en la comunidad están mejor equipadas para superar las barreras culturales y lingüísticas. Un ejemplo importante de esto es la Reunión de Emigrantes Europeos, donde los profesionales de la salud pueden aprender de los miembros de la comunidad sobre ciertos riesgos sanitarios, tales como el compartir medicación con miembros infectados de la familia en los países de origen y también sobre comportamientos sexuales de riesgo.

Colaboradores para el desarrollo de programas

Es ampliamente conocido que la participación de la población objetivo en todos los estadios de desarrollo de los programas de prevención y asistencia es crucial para su éxito. Esto mismo puede decirse del trabajo de las redes europeas. Si se esfuerzan en planificar y organizar reuniones u otras formas de colaboración europea, necesitan a las ONG por su aportación. La aportación puede tener relación con los contenidos y los objetivos a los que van dirigidos pero también pueden tenerla con los contactos útiles y los expertos de un campo específico. Por ejemplo, las ONG pueden conocer a los líderes de la comunidad y a otros actores relevantes que puedan aportar su experiencia, de esta manera mejorarán la calidad de los programas.

Las ONG como intermediarias

Existen redes europeas para alcanzar una cobertura mayor de la difusión de la información, de los conocimientos y de las aptitudes. Se espera que a través del efecto de la bola de nieve, se puedan utilizar los recursos de manera más eficaz y pueda prevenirse el "reinventar la rueda". A la luz de este razonamiento, las ONG tienen una posición crucial. Pueden jugar el papel de intermediario, facilitar la comunicación entre las comunidades de emigrantes y un nivel nacional e internacional más amplio. Saben mejor cuáles son los canales más eficaces y pueden difundir la información de las redes europeas a su respectiva clientela. Al mismo tiempo, pueden traducir las necesidades y la realidad de sus comunida-

des en políticas y programas de redes europeas, y así proporcionar a las redes las prioridades y las necesidades más radicales.

4. CONCLUSIONES Y LECCIONES PARA EL FUTURO

Las redes europeas han estado activas cerca de 15 años en el campo general del VIH y en el campo particular de VIH e inmigración. Han cambiado con el paso del tiempo, de unas redes orientadas a la intervención a unas redes más orientadas a la política. Debido al aumento de temas y países asociados, la participación en intervenciones prácticas en ciertos países es difícil de conocer. Al mismo tiempo, la importancia paneuropea aumentó. Sin embargo, un factor constante en este proceso, sigue siendo la importancia de las ONG. Su participación y experiencia fue y es crucial para mantener el funcionamiento de las redes. Para mantener y mejorar la colaboración entre las redes y las ONG en el futuro se pueden esbozar unas cuantas conclusiones.

Peticiones a los gobiernos nacionales y a los políticos

Los gobiernos nacionales y los políticos deben mejorar el reconocimiento de las ONG. En concreto en los países donde el desarrollo de la sociedad civil no tiene una historia larga como es el caso de muchos países miembros europeos. Hay muchas ONG al margen de la sociedad, a menudo en circunstancias financieras muy inseguras. Aquí es necesario un cambio de actitudes de los organismos oficiales –ministros, agencias de financiación–. El papel crucial de la sociedad civil para la aplicación de programas sanitarios y sociales - en el campo de la inmigración y del VIH, así como en otros campos - necesita ser reconocido y recompensado con la ayuda financiera y política necesaria.

Sugerencias para las redes europeas

Las redes europeas necesitan reajustar sus programas de manera regular, para satisfacer las necesidades de los miembros de la red. Trabajar en red como tal no es un objetivo, y todos los servicios y actividades que promueven necesitan ser acordes con las necesidades del objetivo de la población implicada. Esto también significa que las redes necesitan mantener cierta flexibilidad, para responder a las necesidades cambiantes de sus colaboradores. Además, los servicios necesitan un umbral bajo y un acceso sencillo. Es muy necesario tener en cuenta que muchas ONG trabajan en condiciones difíciles, con poco personal, una financiación escasa y muchos cometidos. Las ONG dedicadas a la inmigración, por ejemplo, a menudo tienen que responder a toda la escala de necesidades de su clientela - desde los aspectos legales y sociales a temas sanitarios. Por lo tanto la participación en las redes europeas podría suponer una carga adicional.

Finalmente, las redes europeas necesitan que sus actividades sean acordes con otros actores del área a nivel nacional y europeo. Hoy en día hay dos redes activas en este campo, y los coordinadores de las redes necesitan asegurar que se evite la repetición y que se utilizarán unos recursos limitados de la forma más eficaz.

Sugerencias para las ONG

Las organizaciones no gubernamentales - en el campo de la inmigración y del VIH, así como de otros campos - necesitan hacer el mejor uso de las redes existentes. Cuando hay varias redes activas en un determinado área, las ONG deben valorar qué red y qué servicios responden mejor a sus necesidades. También deben retroalimentarse y hacer sugerencias constructivas para el plan de trabajo de las redes europeas. En general, esta aportación es muy valiosa. A este respecto, las ONG pueden demostrar autoconfianza. En última instancia, las redes europeas existen en virtud de sus colaboradores; los gestores de la red también tienen que realizar programas que sean importantes y de interés para dichos colaboradores. Sin embargo, esto no es solamente una llamada a las ONG es también una llamada a las redes: las estructuras y los métodos necesitan realizarse y aplicarse para investigar las necesidades de las ONG, de manera que desarrollen un programa que establezca una colaboración fructífera entre las redes europeas y las posibles ONG.

Contactar: NIGZ, P.O: Box 500, 3440 AM Woerden, The Netherlands, gbroring@nigz.nl

ANEXOS

FUNDACIÓN TRIÁNGULO

COMISIÓN CIUDADANA ANTISIDA DE BIZKAIA

CRUZ ROJA HUELVA

gTt

FUNDACIÓN CIMME

ACSAR

COLLECTIU LAMBDA

CRUZ ROJA ALICANTE

| FUNDACIÓN TRIÁNGULO. MADRID | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO | Programa de Prevención de VIH/Sida en Trabajadores Masculinos del Sexo. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | Madrid. |
| ÁREA | TMS (trabajadores masculinos del sexo) que se prostituyen, ya sea en la calle o en locales o lugares públicos: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Sin recursos para cubrir sus necesidades básicas. ❖ Con dependencia al consumo de alguna droga. ❖ Inmigrantes sin papeles. ❖ Carentes de apoyo social. ❖ Que provengan de un medio hostil, maltrato, abandono familiar. |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | Mayo 1999. |
| IMPLEMENTACIÓN | Fundación Triángulo. |
| PERSONA DE CONTACTO | Iván Zaro Rosado. |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | Fundación Triángulo. Calle Eloy Gonzalo, 25, 1º ext. 28010 Madrid. Tel / Fax 91 593 05 40. www.fundaciontriangulo.es salud@fundaciontriangulo.es |
| RECURSOS | El equipo de trabajo está compuesto por: dos trabajadores sociales, dos estudiantes en prácticas de Trabajo Social y de Educación Social, un voluntario médico para asesoramiento de campañas y un voluntario búlgaro como mediador para esta población. |
| HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA | Lunes a viernes: 10.00h a 14.00h y de 17.00h a 21.00h . SALIDAS: <i>Miércoles:</i> Puerta del Sol . <i>Jueves:</i> Chueca/ Almirante. <i>Viernes:</i> Sauna. |
| OBJETIVOS | OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA: Reducir la tasa de transmisión del VIH entre los TMS mediante la reducción de todas aquellas barreras físicas, psíquicas o sociales que mantengan o incrementen la realización de prácticas de riesgo relativas a la infección del VIH. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1.- Favorecer la comprensión e interiorización de información preventiva, relacionada con recursos socio-psico-sanitarios por parte de los TMS atendiendo a las diferencias culturales de la población latina, magrebí y de Europa del Este. 2.- Informar y sensibilizar acerca del efecto de las drogas y el alcohol en comportamientos preventivos de la población diana. 3.- Crear redes de coordinación entre los diferentes recursos que trabajen de modo directo o indirecto con el área de la prostitución masculina. 4.- Consolidar la presencia de material preventivo (preservativos, lubricantes y folletos) en lugares donde se ejerce la prostitución masculina. |

| | |
|--------------------------------|--|
| OBJETIVOS | 5.- Mejorar la eficacia de los procesos educativos relativos a la prevención del VIH en trabajadores masculinos del sexo (TMS), mediante la formación de educadores de pares que ayuden en las labores de prevención del VIH/SIDA en los diferentes contextos en los que esta población se desenvuelve y donde no alcanza la labor de los profesionales. |
| ANTECEDENTES | |
| ACTIVIDADES PRINCIPALES | <p>Centro de Atención Psico-Socio-Sanitario para TMS. Unidades Móviles de Prevención. Talleres de Sexo Seguro en locales. Agenda Preventiva para TMS. Material Audiovisual (DVD) "Billete de Ida" Corto Documental biográfico de un TMS. Guía didáctica de apoyo del material audiovisual. Página Web Informativa. Mesa de Encuentro sobre Prostitución Masculina. Cuadernos Básicos de Intervención en TMS.</p> |
| RESULTADOS (AÑO 2004) | <p><i>Personas atendidas:</i> Hombres españoles: 18. Hombres extranjeros: 221. Nuevos españoles: 10. Nuevos africanos: 23. Nuevos latinoamericanos: 87. Nuevos europeos: 37. UDVP activos: 6.</p> <p><i>Personas derivadas a servicios sanitarios:</i> Detección ETS y VIH: 22. Planificación familiar: 1. Otros problemas de salud: 11.</p> <p><i>Personas derivadas a tratamiento:</i> Uso de drogas inyectadas: 1.</p> <p><i>Personas derivadas a servicios sociales:</i> Comedores: 17. Bolsas de trabajo: 19. Cursos, formación: 11. Empadronamiento, tarjeta sanitaria: 17. Albergues: 8.</p> <p><i>Intervenciones en la calle:</i> Intervenciones con TMS: 2.364 . Intervenciones con clientes: 1.284.</p> <p><i>Condomes repartidos: 820 semanales (aprox.).</i> <i>Lubricantes repartidos: 480 semanales (aprox.).</i></p> |
| EVALUACIÓN | Se realiza una evaluación de proceso, mediante reuniones semanales del equipo de salud, a fin de adaptar las actividades en función de las carencias y necesidades detectadas en el programa durante el transcurso de su ejecución. En este sentido es destacable la adaptación de las intervenciones a las diferentes culturas de los TMS. |

EXPERIENCIAS APRENDIDAS

Experiencias aprendidas. Los profesionales nos hemos convertido en una figura referente para los TMS, aunque hemos tenido dificultades con el colectivo de inmigrantes magrebí debido a las diferencias culturales que existen.

Se pierde contacto con algunos de los TMS debido a la gran movilidad geográfica de esta población en gran medida motivada debido a que hay muchos TMS que son inmigrantes indocumentados y van cambiando de ciudad de forma periódica.

Durante este tiempo hemos comprobado que son muchas las carencias que rodean a este colectivo y que no bastaba una intervención puramente informativa y de prevención de VIH para conseguir algún cambio en la realidad de estas personas. Es necesario involucrarse en su mundo y trabajar desde las directrices que hemos recogido de los propios TMS.

Consideramos esencial el estudio de las diferencias culturales ya que el gran volumen de los TMS son inmigrantes "sin papeles" de orígenes muy dispares. Las intervenciones socio-sanitarias se ven en todo momento interferidas por estas diferencias: la información no es recibida de igual forma por TMS magrebí, que por TMS latinoamericanos o europeos del este y hemos apreciado la importancia de transformar la metodología de intervención a lo largo del proyecto. Para un futuro nos parece fundamental basarnos en una intervención que se base más en las diferencias culturales y en la educación de pares. Realizamos un estudio a través del registro de todas nuestras actividades y en concreto de las intervenciones de la Unidad Móvil de Prevención. A través de dicho registro analizamos las demandas implícitas y explícitas de la población diana con el fin de adaptar el servicio del programa a la realidad de los TMS y sus necesidades.

Aunque el programa funciona correctamente, es necesario mejorar nuestros servicios día a día, reciclarnos en nuestro trabajo y ofrecer cada día nuevos descubrimientos que sirvan en las intervenciones de carácter social. Sabemos que es un proceso lento y duro, pero somos conscientes de ello y esperamos mejorar día a día, sabiendo la falta de gratificaciones que existe en este tipo de trabajo.

No consideramos la prostitución como una actividad a eliminar sino a regular y favorecer que se les respeten sus derechos y tengan la protección adecuada desde las instituciones públicas, facilitando alternativas para aquellos que desean abandonar la prostitución, asegurándoles un presente y un futuro digno a todos ellos.

Desde una visión global estamos muy satisfechos con las metas que hemos ido alcanzando y sabemos que necesitamos mejorar para ofrecer cada día un mejor servicio y más completo a los TMS.

COMISIÓN CIUDADANA ANTI-SIDA DE BIZKAIA. P. VASCO

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO | Prevención VIH/SIDA para inmigrantes africanos en Bilbao. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | País Vasco. |
| ÁREA | Hombres africanos subsaharianos. |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | 2000. |
| IMPLEMENTACIÓN | Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia. |
| PERSONA DE CONTACTO | Thomas Holdbrook |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | Bailen 6 lonja, 48003 bilbao. Bizkaisida@euskalnet.net Tfno: 944160055 Fax 944160307. |
| RECURSOS | Un Coordinador de proyecto. Agentes de salud. Colaboración de personas voluntarias de diferente perfil profesional. Programa subvencionado por el plan de control y prevención del sida de Euskadi con un importe aproximado de 12.000€. |
| HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA | 9:00 a 14:00 y 15:00 a 20:00 horario de atención al público. Cursos de educación para la salud, 16:00 a 18:00. |
| OBJETIVOS | Prevenir la transmisión del VIH/sida en el colectivo africano. Acercar al colectivo africano a los diferentes recursos sociosanitarios. |
| ANTECEDENTES | En los últimos años la llegada de hombres africanos a Bilbao ha sido bastante numerosa. En el análisis de la realidad inicial que se hizo del colectivo, se veía que tenían problema de acceso a los recursos sociosanitarios tanto por desconocimiento como por miedo. Pocos conocimientos sobre la transmisión y la evolución del VIH. Barreras culturales. |
| ACTIVIDADES PRINCIPALES | Trabajo desde el local: información general sobre recursos sociosanitarios Seguimiento de casos, reparto de preservativos y material preventivo. Trabajo de calle: Reparto de preservativos e información preventiva. Curso de formación de agentes de salud. También se han realizado charlas preventivas en otras asociaciones que trabajan en la zona con inmigrantes. |
| RESULTADOS (AÑO 2003) | En el año 2003 se realizaron dos cursos de formación de agentes de salud, en los cuales participaron 17 hombres. Además nuestro recurso es un referente habitual para aquellos hombres africanos subsaharianos que necesitan alguna información tanto en temas de salud como sociales. Se atendió a aproximadamente 60 hombres diferentes, haciendo seguimiento de sus casos. Además, actualmente se está abriendo una línea de trabajo con los hombres magrebíes en el que se realizan las mismas actividades. |
| EVALUACIÓN | Se realiza anualmente una evaluación tanto cuantitativa como cualitativa. En los cursos, los participantes realizan una encuesta de satisfacción que complementa la evaluación general del programa. |
| EXPERIENCIAS APRENDIDAS | La evaluación continuada de las necesidades del colectivo, dificultades y logros del proyecto nos permite ir haciendo modificaciones según las mismas. Además, la adaptación cultural del mismo, y el continuo intercambio de experiencias con el colectivo también nos ayudan para la mejora del programa y el logro de los objetivos. La mayor dificultad al principio del programa fue el conseguir superar las reticencias del colectivo sobre nuestro trabajo, pero la labor de los líderes comunitario nos ha permitido que estas reticencias sean cada vez menores. |

| CRUZ ROJA HUELVA | |
|--------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO | Sensibilización y Prevención del VIH/SIDA en Mujeres Inmigrantes Trabajadoras del Campo. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | Andalucía. |
| ÁREA | Mujeres inmigrantes trabajadoras del campo. |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | 2001. |
| IMPLEMENTACIÓN | Cruz Roja Española en Huelva, en colaboración con la organización empresarial COAG Huelva. |
| PERSONA DE CONTACTO | Ignacio Velázquez Manzananas. |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | Cruz Roja Española en Huelva. Paseo Buenos Aires s/n. Teléfono: 959 261 211. Fax: 959 261 415. E-mail: nacho@cruzroja.es |
| RECURSOS | Secretaría para el Plan Nacional de SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo: 5.126.14€. <i>Recursos humanos:</i> un titulado medio, un voluntario. |
| OBJETIVOS | Contribuir a la disminución de la morbi - mortalidad por VIH/sida, adquirido por relaciones sexuales no protegidas, así como de otras infecciones de transmisión sexual. |
| ANTECEDENTES | Debido a la falta de información en sus países de origen sobre el VIH/sida, y conociendo la problemática tan importante del sida pediátrico en Rumania, se decide afrontar este problema desde cursos que son impartidos en los alojamientos de las mujeres principalmente rumanas. |
| ACTIVIDADES PRINCIPALES | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realización de charlas con el apoyo de una mediadora intercultural y la utilización de medios audiovisuales. ❖ Reflexión sobre el uso inadecuado o no uso del preservativo en las prácticas sexuales, ilustrando la colocación en un soporte. ❖ Realización de pequeños talleres de sexo más seguro. ❖ Identificación de conductas de riesgo en la infección sexual del VIH/sida, desmitificando las relaciones sexuales placenteras sin el uso del preservativo. ❖ Utilización correcta del preservativo femenino y masculino. ❖ Reparto de preservativos a la finalización del curso. ❖ Reuniones de coordinación con la mediadora intercultural, para adaptar los cursos a las necesidades detectadas. <p>Las actividades son realizadas por un trabajador social, una mediadora intercultural y voluntarios.</p> |
| RESULTADOS (AÑO 2003) | Se han repartido más de 7.200 preservativos en los cursos, además de contar con la asistencia de 1.835 mujeres inmigrantes, en 34 cursos realizados en los alojamientos de las mujeres temporeras. |
| EVALUACIÓN | La evaluación ha sido cuantificada en el número de mujeres que han acudido y especialmente las que han repetido la realización del curso, las preguntas realizadas, la duración de cada curso. |

| | |
|--------------------------------|--|
| EXPERIENCIAS APRENDIDAS | <p>Es fundamental cuando se trabaja con personas de otras nacionalidades y culturas, el elaborar el material a desarrollar en coordinación con la mediadora intercultural. El éxito del Programa ha sido el saber adaptar la metodología y la didáctica a la realidad de las mujeres inmigrantes.</p> <p>Debido a las materias que se han tratado en el temario, especialmente el empoderamiento de la mujer en su salud, ha habido grandes discusiones especialmente con los hombres de nacionalidad rumana que no aceptan que las mujeres tomen determinadas decisiones por sí mismas sin consultar con el hombre (padre, pareja,...). En muchas ocasiones estos hombres rumanos han abandonado el lugar donde se impartía el curso, para así mostrar su desacuerdo.</p> <p>Nuestra mediadora intercultural ha tenido algunos problemas personales con alguno de estos hombres en el desarrollo del curso. En algunos casos se han podido solventar satisfactoriamente mediante el trabajo en determinadas habilidades sociales y en otros se les ha tenido que pedir que abandonaran el curso debido al nivel de agresividad que presentaban.</p> |
|--------------------------------|--|

GRUPOS DE TRABAJO SOBRE TRATAMIENTOS DEL VIH (gTt). BARCELONA

| | |
|--------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO | InfoVIHtales. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | Estatal |
| ÁREA | Profesionales comunitarios y sanitarios que trabajan con personas inmigradas que viven con VIH/sida. |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | 2001. |
| IMPLEMENTACIÓN | El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, en colaboración con los agentes de salud y mediadores culturales del Instituto Catalán de la Salud (Dirección de Atención Primaria Ciutat-Vella en Drassanes, Barcelona y Unidad de Enfermedades Tropicales) y de la Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado - ACSAR. |
| PERSONA DE CONTACTO | William Mejías Navarro. |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | C/Sardenya, 259, 3º 4ª. 08013 - Barcelona. E-mail: wmejias@gtt-vih.org Tel.: 93 208 08 45 Fax: 93 207 00 63. |
| RECURSOS | <p><i>Recursos Humanos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Un coordinador de proyecto. Siete traductores/correctores (español, árabe, ruso, urdu, portugués, francés e inglés). Un diseñador gráfico. Un asistente de coordinación (voluntario). <p><i>Recursos económicos:</i> no se hace constar.</p> |
| OBJETIVOS | <p><i>Objetivos generales del programa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Contribuir al proceso de formación sobre la infección por VIH que realizan las asociaciones de inmigrantes, centros sanitarios y entidades en VIH/sida que trabajan el área de inmigración y salud directa o transversalmente. ❖ Brindar información sobre la infección por VIH y aspectos relacionados a las personas inmigradas que viven con VIH, que les facilite la toma de decisiones en materia de autocuidados de la salud. <p><i>Objetivos específicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Facilitar a los profesionales comunitarios y de la salud que trabajan con poblaciones inmigradas una herramienta de trabajo que les permita hacer llegar la información sobre la infección por VIH adaptada idiomática y culturalmente a sus usuarios. ❖ Contribuir al acercamiento de las poblaciones inmigradas a los distintos servicios de atención sociosanitarios. ❖ Fomentar el autocuidado de la salud entre las personas inmigradas que viven con VIH en España a través de la información sobre la infección por VIH y aspectos relacionados en su propio idioma. ❖ Fomentar estrategias de prevención secundaria de las personas inmigradas que viven con VIH. |

| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>ANTECEDENTES</p> | <p>Como todo flujo migratorio, las principales necesidades de supervivencia son los aspectos laborales y de vivienda, mientras que los sanitarios pasan a ser una necesidad última o, en muchos casos, prescindible.</p> <p>Actualmente en España un 8,4 por ciento de la población empadronada procede de otros países. Ello implica tener en cuenta la necesidad de establecer mecanismos adecuados que faciliten su acceso a los servicios sanitarios así como elementos de prevención adaptados a su realidad. Esto permitiría reducir los factores de vulnerabilidad ante la infección por VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>A pesar de que las asociaciones de inmigrantes y de VIH/sida están empezando a trabajar en esta línea, la mayoría de ellas se centra en las necesidades fundamentales de carácter jurídico-laboral. Esto ha contribuido a aumentar la escasa información existente adaptada sobre el VIH y otras enfermedades (prevención, acceso a servicios, tratamientos, etc.). Por otro lado, los servicios sanitarios también se han encontrado con la dificultad de poder atender a algunos colectivos debido a las barreras idiomáticas y socioculturales, propias de cada colectivo (carencia de programas de atención adaptados y que fomenten el agente de salud y los mediadores culturales como forma de intermediación e integración).</p> <p>Desde hace ya cuatro años gTt se preocupa por buscar mecanismos que le permitan producir información adaptada lingüística y culturalmente para la mayoría de los colectivos de personas inmigradas que viven con VIH/sida en este país. Las fichas InfoVIHtal permiten proporcionar información básica pero vital sobre el VIH y sus aspectos relacionados, facilitar el acceso a los servicios sanitarios y de tratamientos e incidir en la prevención secundaria.</p> <p>Aunque 'InfoVIHtal' no es un proyecto reciente sino que se viene desarrollando con anterioridad, hoy tiene más vigencia que nunca y encaja perfectamente con una de las estrategias que el Ministerio de Sanidad y Consumo se ha fijado para prevenir la infección por el VIH en la población inmigrante.</p> <p>Por otra parte, con este material pretendemos ayudar a las asociaciones de inmigrantes, centros de salud y entidades de VIH/sida que trabajan en el área de inmigración y salud, directa o transversalmente, en el proceso de capacitación de sus usuarios (personas inmigradas con VIH/sida) sobre la infección por VIH. Con lo que finalmente pretendemos contribuir con los programas de prevención tanto primaria como secundaria que se dirigen a estos colectivos, respaldados por el artículo 51 del apartado de "Prevención" de la Declaración de compromiso de la lucha contra el VIH/sida, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, de la que España forma parte: "Para 2005, elaborar y comenzar a poner en práctica estrategias nacionales (...) que faciliten el acceso a programas de prevención del VIH/sida a los trabajadores migratorios y las poblaciones móviles, incluido el suministro de información sobre servicios sociales y de salud".</p> |
| <p>ACTIVIDADES PRINCIPALES</p> | <p>Las actividades se realizarán en dos fases:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La primera es la redacción y traducción de nuevas fichas informativas, su edición, corrección, impresión, distribución, publicación y promoción. ❖ La segunda fase incluye la evaluación de todo el proceso. <p><i>Fase 1:</i></p> <p>1.1 RECOPIACIÓN, REDACCIÓN, EDICIÓN, TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN:</p> |

ACTIVIDADES PRINCIPALES

- Se recopila información actualizada sobre la infección por VIH y aspectos relacionados directamente.
- En el caso de que la información se encuentre en otro idioma, principalmente en inglés, se traduce y se adapta al español.
- En otros casos, se redactará en español a partir de información propia que se genere en la entidad, entre ella, información orientativa relacionada con el acceso a los servicios sociosanitarios y de asociaciones que trabajan con los distintos colectivos inmigrados a nivel estatal.
- Para la elección de la información se consideran las demandas que se recogen de los propios colectivos y de las asociaciones o centros sanitarios.
- Se revisa el estilo y contenido.
- Una vez están listas las fichas en español se traducen al ruso, árabe, urdu, portugués y francés, y en su caso, al inglés (este proceso se realiza con la colaboración de agentes de salud y mediadores culturales, con experiencia en traducciones y originarios de los países cuyos colectivos son de mayor importancia en España).

1.2 DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Una vez que se obtienen todas las fichas traducidas en todos los idiomas se procederá al diseño y maquetación de las fichas.

1.3 IMPRESIÓN

Luego de su diseño y maquetación se imprimen las fichas.

1.4 DISTRIBUCIÓN

Una vez impresas todas las fichas se seleccionan siete paquetes por los siete idiomas (en los que se editan los InfoVIHtales) de cinco fichas cada paquete con información distinta y se clasifican en carpetas con una carta explicativa del programa (dirigida a los profesionales comunitarios y sanitarios que utilizarán el material como herramienta de trabajo y consulta) La distribución se realiza a escala estatal a 170 puntos.

1.5 PUBLICACIÓN EN EL PORTAL WEB

Una vez que ya se tienen las fichas en todos los idiomas el webmaster del portal de la entidad se encarga de publicarlas en la web dentro de la sección InfoVIHtales.

1.6 PROMOCIÓN DE LAS INFOVIHTALES

Las fichas publicadas en el portal web se promocionan:

- A través de diferentes listas de correos electrónico a nivel estatal de asociaciones que trabajan en el campo del VIH/sida.
- A través de un boletín electrónico que la entidad envía a listas de correos promocionando sus servicios en internet.
- A través de un anuncio en la revista LO+POSITIVO con una tirada de 15.000 ejemplares trimestrales.

Fase 2:**2.1 EVALUACIÓN**

Recolección de los siguientes datos:

- ❖ La cantidad de fichas editadas por idiomas trimestralmente.
- ❖ Las fichas repartidas en encuentros de asociaciones y entidades.
- ❖ Los beneficiarios directos.
- ❖ Número de visitas a la sección de InfoVIHtales publicada en el portal de la entidad.
- ❖ Evaluación cualitativa del contenido temático de cada ficha.

RESULTADOS (AÑO 2004)

Tareas realizadas:

1. ACTUALIZACIÓN DE LAS SIGUIENTES FICHAS INFORMATIVAS:

- ✧ #1 (Recién diagnosticado).
- ✧ #3 (Terapia Anti-VIH).
- ✧ #5 (Lista de Medicamentos).
- ✧ #7 (Ciclo vital del VIH).
- ✧ #8 (Carga Viral).

Una vez actualizadas estas fichas en español se procedió a hacer lo propio en los otros idiomas. Para ello se contó con la participación de agentes comunitarios especialistas en traducción e interpretación que trabajan en la Asociación Catalana de Solidaridad y Ayuda al Refugiado (ACSAR) y de la Unidad de Enfermedades Tropicales de Drassanes, ambas con sede en Barcelona.

2. ELABORACIÓN DE LAS NUEVAS SERIES DE INFOVIHTALES:

- ✧ En el caso específico del urdu, se continuó la serie de 5 nuevas fichas:
 - ✓ #6 (Infección primaria del VIH).
 - ✓ #7 (Ciclo vital del VIH).
 - ✓ #8 (Carga Viral).
 - ✓ #9 (Tú y tu médico).
 - ✓ #10 (Diario de tomas).
- ✧ En el resto de idiomas (árabe, ruso, castellano, francés e inglés), también se continuó la serie de 5 nuevas fichas a partir de la siguiente numeración:
 - ✓ #16 (Colesterol).
 - ✓ #17 (El hígado).
 - ✓ #18 (Hepatitis C).
 - ✓ #19 (Condomes).
 - ✓ #20 (Pronóstico).

3. NUEVO IDIOMA

Aunque en las actividades de este proyecto no estaba contemplada la incorporación de nuevos idiomas, se logró agregar una nueva lengua a la lista de idiomas en las que se editan las Infovihtales. Esta nueva lengua es el portugués, lo que facilitará ampliar aún más el campo de acción de activistas, asociaciones y entidades que trabajan y atienden a personas inmigradas que viven con VIH/sida. Además, también facilitará la comunicación e información sobre el VIH/sida y sus aspectos relacionados entre aquellos colectivos procedentes de países africanos de habla portuguesa y procedente del Brasil. La serie de cinco nuevas Infovihtales en portugués es el siguiente:

- ✧ #1 (Recién diagnosticado).
- ✧ #2 (Células del sistema inmunitario).
- ✧ #3 (Terapia Anti-VIH).
- ✧ #4 (Consejos útiles).
- ✧ #5 (Lista de Medicamentos).

4. IMPRESIÓN Y DISTRIBUCIÓN

Se realizaron más de 5.000 copias de las infovihtales anteriormente descritas para ser repartidas en 170 puntos que incluyen los planes autonómicos de sida, asociaciones y organizaciones de inmigrantes y de VIH/sida, y centros sociosanitarios.

EVALUACIÓN

- ❖ Cantidad de fichas editadas por idiomas trimestralmente.
 Como se ha mencionado anteriormente el inicio del proyecto fue a mediados del tercer trimestre de 2004, por lo que sólo se ha contado con dos trimestres para reajustar el proyecto a la realidad económica y temporal.
 Durante el primer trimestre se actualizaron y editaron 18 fichas informativas, tres fichas distintas por cada uno de los siguientes idiomas: árabe, español, francés, inglés, ruso y urdu. Durante el segundo trimestre se elaboraron y editaron 35 nuevas fichas informativas, cinco fichas distintas por cada uno de los siguientes idiomas: árabe, español, francés, inglés, ruso, urdu y portugués. Por tanto, en 2004 se editaron un total de 53 nuevas fichas.
 En total, en comparación con las 80 fichas editadas hasta 2003 entre todos los idiomas, el número de nuevas Infovihtailes en 2004 aumentó a 110 fichas, lo que representa un incremento del 37%.
 - ❖ Las fichas repartidas en encuentros de asociaciones y entidades.
 Tal y como se ha descrito previamente, la impresión y distribución de las fichas se hizo al finalizar el periodo del proyecto, por lo que hasta el momento no se han distribuidos estas copias en ningún encuentro de asociaciones y entidades. Sin embargo, como también ya se ha dicho, estas fichas se han repartido en los 170 puntos de distribución de ámbito nacional.
 - ❖ Los beneficiarios directos.
 Las 170 distribuciones a nivel nacional suponen que en principio hay 170 beneficiarios directos del proyecto. Calculamos una media de 6 beneficiarios por punto de distribución, lo que representa un total de unos 1.020 beneficiarios directos del proyecto.
- Criterios de evaluación (Resultados esperados).*
- ❖ Que un 70% de los profesionales comunitarios y sanitarios que trabajan con poblaciones inmigradas se sirvan de las fichas informativas como herramienta de trabajo.
 De momento sólo tenemos constancia de la recepción del material en los diferentes puntos de distribución. No obstante, algunas entidades nos han comunicado su agradecimiento por la elaboración y distribución de este material que consideran útil a la hora de informar y capacitar a sus respectivos usuarios. Por este hecho, aunque no podemos ofrecer un porcentaje del número de profesionales comunitarios y sanitarios que utilizan las Infovihtailes como herramienta de trabajo, nos damos por satisfechos ya que eso nos da a entender que estamos cumpliendo parte de los objetivos planteados en este proyecto.
 - ❖ Que aumente en un 20% el número de visitas a la sección de InfoVIHtailes publicada en el portal web.
 Según el informe trimestral de nuestro proveedor de servicios de internet durante 2004, más de 75.000 visitantes consultaron y descargaron las fichas informativas publicadas en nuestra web. Esta información indica que en 2004 se incrementó en más del 20% el número de visitas.
 - ❖ Que el 10% de la información publicada sea relativa al acceso a la atención sociosanitaria y la relación con el sistema.
 Debido al retraso en el inicio de las actividades no se pudo editar más fichas informativas tal y como estaba previsto. Por otra parte, aunque los temas elegidos para las nuevas fichas no están directamente relacionados

EVALUACIÓN

con el acceso a la atención sociosanitaria y la relación con el sistema sanitario, se recomienda constantemente a los usuarios el control y monitoreo por parte de su médico. Sin embargo, cabe mencionar que en el conjunto de fichas totales se encuentra información específica asociada con la relación médico-paciente, como las fichas: "Recién diagnosticad@" "Tú y tu médic@", "Carga Viral", etc.

- ❖ Que el 30% de la información publicada sea sobre fomento del autocuidado de la salud.

Tanto entre los temas elegidos para las nuevas fichas como en las actualizaciones de las anteriores la idea principal va dirigida al fomento y recomendación del autocuidado de la salud. Específicamente, las cinco nuevas Infovihales fomentan la prevención, el manejo y el control de otras enfermedades y el cuidado de la salud. En total, el incremento de información al respecto es de más del 30%.

- ❖ Que el 20% de la información publicada sea sobre la infección por VIH, infecciones oportunistas y sus tratamientos.

Los temas de las fichas actualizadas en todos los idiomas, de las nuevas fichas en urdu y las nuevas fichas en portugués (en total, 10 fichas por idioma menos en portugués que son 5) están directamente relacionados con información sobre la infección por VIH, la carga viral, la terapia antirretroviral, lista de medicamentos, consejos de adhesión, etc. Por lo que más del 20% de las fichas están dedicadas a estos temas .

- ❖ Que el 20% de la información publicada sea sobre prevención y nuevas tecnologías de la prevención.

Aunque no se pudo editar más fichas que las descritas previamente en esta memoria sí es cierto que de las fichas ya editadas existen tres fichas dedicadas a la prevención de infecciones y a la prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.

- ❖ Que el 20% de la información publicada sea sobre los tratamientos antirretrovirales .

Cuatro de las fichas previamente editadas y actualizadas en 2004 están directamente relacionadas con los tratamientos antirretrovirales, su adhesión, etc. Por lo que se ha alcanzado más del 20% en los temas relacionados con los antirretrovirales en las fichas editadas .

Indicadores de evaluación:

- ❖ N° de Fichas por idioma editadas al año.

- ✓ Cinco nuevas fichas en urdu.
- ✓ Cinco nuevas fichas en portugués.
- ✓ Cinco nuevas fichas en árabe.
- ✓ Cinco nuevas fichas en español.
- ✓ Cinco nuevas fichas en francés.
- ✓ Cinco nuevas fichas en inglés.
- ✓ Cinco nuevas fichas en ruso.
- ✓ Tres fichas actualizadas en urdu.
- ✓ Tres fichas actualizadas en árabe.
- ✓ Tres fichas actualizadas en español.
- ✓ Tres fichas actualizadas en francés.
- ✓ Tres fichas actualizadas en inglés.
- ✓ Tres fichas actualizadas en ruso.

| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>EVALUACIÓN</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nº de Fichas por idioma repartidas al año en encuentros de asociaciones y entidades de inmigración y salud. Aún no se han repartido en ningún encuentro. ❖ Nº de beneficiarios que lo reciben: 1.020 beneficiarios directos. ❖ Nº de visitas trimestrales en el portal web. ❖ Contenido de las fichas informativas. <p>Información general del VIH, prevención, tratamientos antirretrovirales, adhesión, autocuidados de la salud, sexo protegido, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Evaluación cualitativa de los contenidos. <p>Hasta el momento no se ha podido realizar de forma directa una evaluación cualitativa de los contenidos.</p> |
| <p>EXPERIENCIAS APRENDIDAS</p> | <p>Más allá de lo que esperábamos o podíamos creer del objetivo principal del proyecto, el material de los InfoVIHtales desde su puesta en marcha no solamente ha servido para facilitar el trabajo de orientación e información que realizan los profesionales comunitarios y sanitarios en materia de VIH con poblaciones inmigradas en España, sino que también ha servido como material informativo para personas VIH positivas autóctonas.</p> <p>Creemos que las claves de su éxito radican en varios aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El material informativo está redactado y adaptado en varios idiomas (los idiomas de los principales colectivos inmigrados en España). ❖ El formato de presentación es una hoja por tema. ❖ El contenido de la información es básico pero resume de forma concisa y precisa una información determinada sobre aspectos básicos y específicos de la infección por VIH. ❖ Orienta e informa, principalmente, a las personas inmigradas que viven con VIH. ❖ La información está traducida y adaptada socioculturalmente. Para su elaboración se ha involucrado a agentes de salud y mediadores culturales propios de cada uno de los principales colectivos inmigrados en este país. ❖ La información está dirigida específicamente a personas con VIH inmigradas en este país pero las personas autóctonas han encontrado útil el material, ya que pueden informarse, de forma resumida, acerca de la infección por VIH. ❖ Los profesionales comunitarios y sanitarios cuentan con una herramienta útil de trabajo a la hora de informar y orientar a los colectivos inmigrados en materia de VIH. ❖ Fomenta, entre los diferentes colectivos asentados en España, el uso y acceso a los servicios sociosanitarios. <p>Entre los problemas y obstáculos encontrados cabe destacar la falta de recursos para el mantenimiento del programa. Por otra parte, a pesar de que el material informativo es una buena herramienta de trabajo y puede informar y orientar de forma resumida pero concisa acerca de la infección por VIH, hemos recibido algunas críticas referidas a que el material no cuenta con recursos visuales, ya que algunos colectivos de inmigrados son analfabetos. Entre las necesidades detectadas se incluyen: incrementar el apoyo institucional, ampliar la información a otras lenguas e incluir o realizar esta misma información con recursos visuales para personas que no saben leer ni escribir.</p> |

CENTRO INTERNACIONAL MÉDICO PARA INMIGRANTES Y EXTRANJEROS (CIMME). ANDALUCÍA

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO | Dinamización de una Red integrada de Prevención e Investigación en VIH/sida / Inmigración. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | Andalucía, aunque nuestro ámbito de intervención es estatal e internacional. |
| ÁREA | Este proyecto estaba dirigido al colectivo inmigrante, tanto a individuos como grupos organizados, y a las entidades que trabajan con la prevención del VIH/sida sean o no de inmigrantes, y ya sean públicas o privadas. |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | 2001. |
| IMPLEMENTACIÓN | FUNDACIÓN CIMME (Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros). |
| PERSONA DE CONTACTO | Mina Rhouch/ Mónica Ruiz. |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | C/ Castellar, 42. 41003 Sevilla . Tlfn.: 954 22 15 20. Fax: 954 21 92 49. e-mail: cimme@infomed.es |
| RECURSOS | <p>Los recursos humanos que se habían previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Una coordinadora del programa. – Una médica procedente del colectivo inmigrante. – Mediadores Interculturales. – Agentes Multiplicadores. <p>El proyecto ha contado con el apoyo de Instituciones como: Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional del Sida), Ayuntamiento de Sevilla, Junta de Andalucía, Instituto de la Mujer, entre otros.</p> |
| HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA | <p>El horario de atención general de nuestra organización: de lunes a jueves, de 10.00h a 14.00h y de 17.00h a 20.00h y los viernes en horario de mañana (10.00h a 14.00h).</p> <p>Los horarios de cada una de las actividades estarán en función de los objetivos que se han planificado.</p> |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> – Fomentar medidas preventivas frente al VIH/sida u otras ITS en los colectivos de inmigrantes. – Facilitar la prevención del VIH/sida y otras ITS a la población móvil. – Dinamizar la Red Integrada de VIH/sida/Inmigración. – Crear un espacio de acogida bio-psico-social personalizado a la población inmigrante, sin olvidar las diferencias culturales y lingüísticas. – Sensibilizar a las asociaciones de inmigrantes en la importancia de la prevención del VIH/sida y otras ITS para el mantenimiento de una buena salud como elemento básico para el bienestar individual y colectivo. – Sensibilizar a las entidades que trabajan en la prevención del VIH/sida en cuanto a la vulnerabilidad de los colectivos inmigrantes y la necesidad de tener en cuenta sus particularidades culturales y lingüísticas para actuar con ellos. – Formar a formadores dentro de las asociaciones de inmigrantes y/ o proin- |

| | |
|--------------------------------|---|
| | <p>migrantes en "Estrategias y Habilidades para trabajar la prevención del VIH/sida".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar a los agentes multiplicadores dentro de los colectivos inmigrantes en "Estrategias de Prevención y actuación en VIH/sida" para que ejerzan de educadores de pares. - Formar a los profesionales de la Salud Pública y de los Servicios Sociales en temas de Interculturalidad. |
| ANTECEDENTES | <p>Debemos tener en cuenta que España ha pasado de ser un país emigrante a ser, en los últimos años, un país receptor de inmigración, y que el inmigrante que llega a España goza de buena salud, pero la indefensión cultural, económica, social, el desarraigo afectivo y la ruptura y separación familiar le hacen más vulnerable a los problemas de salud y por tanto, también a la infección por VIH/sida. La movilidad del inmigrante, provocada por su situación de indocumentación y por la búsqueda de una mejora económica, aumenta por el riesgo de infección. La prostitución, que en muchos casos es la única vía de salida a su precaria situación económica y en otros es una "obligación" desde su llegada al país (redes de prostitución), es también factor añadido de alto riesgo.</p> <p>Las asociaciones de inmigrantes se preocupan más por resolver las necesidades inmediatas (vivienda, trabajo, etc) y la salud preventiva no es prioritaria. Las entidades dedicadas a la prevención del VIH/sida, desconocen la situación de vulnerabilidad del inmigrante, no lo consideran dentro de su población diana y tienen dificultad para llegar a este colectivo y adaptar sus mensajes a las particularidades lingüísticas y culturales.</p> <p>Es necesario por tanto, trabajar de forma conjunta utilizando la identificación cultural de unos y la experiencia profesional de los otros para conseguir un programa de prevención de sida y poder así ayudar al colectivo inmigrante a que se defienda de la enfermedad en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles.</p> <p>Los trabajos desarrollados en los años anteriores mediante otros programas subvencionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Secretaría del Plan Nacional sobre Sida), nos llevaron a la creación de una Red Integrada VIH/sida /Inmigración dentro de la Red2002. Además se han organizado diversas actuaciones en este sentido. Todo este trabajo realizado nos ha llevado a un buen conocimiento de las carencias y necesidades existentes en los diferentes grupos, y por lo que nos planteamos la continuación en nuestra línea de trabajo, tanto de la dinamización de la Red Integrada y del Grupo Transversal de Inmigración, a la vez que continuamos con los cursos y talleres de formación y capacitación.</p> |
| ACTIVIDADES PRINCIPALES | <p>Para la consecución de los objetivos planteados se realizan las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Actividades con el colectivo inmigrante:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación y atención personalizada. - Dispensación de preservativos. - Organización de talleres, en distintos idiomas, sobre salud sexual y reproductiva para introducir medidas preventivas del VIH/sida. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>ACTIVIDADES PRINCIPALES</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización y derivación para la prueba de VIH. - Acogida bio-psico-social a portadores de VIH. Creación de un grupo de autoayuda. - Captación de agentes multiplicadores. <p>2. <i>Actividades de sensibilización:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Introducción de los mensajes preventivos del VIH/sida en las actividades culturales de las asociaciones de inmigrantes. - Participación de encuentros, reuniones, congresos... para posicionar la necesidad de fomentar medidas de Prevención del VIH/sida en los colectivos de inmigrantes. - Participación en las actividades organizadas por los Servicios de Salud Pública para posicionar la importancia de las diferencias culturales, tanto en la elaboración de programas sanitarios como en el trabajo diario de los profesionales de la salud. <p>3. <i>Actividades Formativas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Formación de formadores dentro de las asociaciones de inmigrantes y/ o proinmigrantes en "Estrategias y habilidades para trabajar la prevención del VIH/sida". - Formación de agentes multiplicadores dentro de los colectivos inmigrantes en "Estrategias de prevención y actuación en VIH/sida" para que ejerzan de educadores de pares. - Formación de los Profesionales de la Salud Pública y de los Servicios Sociales en temas de Interculturalidad. - Prevención del VIH en personas que ejercen la prostitución a través de un programa de salud buco-dental. - Prevención del VIH/sida a través de la planificación familiar y educación afectivo sexual en población inmigrante. <p>4. <i>Actividades de Coordinación entre entidades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Intercambio de material didáctico de Prevención de VIH/sida adaptado a los diferentes colectivos inmigrantes. - Intercambio de material formativo de Prevención del VIH/sida y de Interculturalidad. - Fomento del intercambio de personal entre ONG. - Organización de grupos de trabajos mixtos: asociaciones de inmigrantes y entidades de prevención del VIH/sida. - Coordinación territorial para asegurar la prevención del VIH/sida y otras ITS en la población móvil. - Seguir con la toma de contacto con asociaciones de inmigrantes y/ o proinmigrantes. - Seguir con la toma de contacto con entidades dedicadas a la prevención del VIH/sida. |
| <p>RESULTADOS</p> | <p>Podemos señalar que los resultados han sido muy positivos en la consecución de los objetivos que se habían planteado.</p> <p>Los colectivos a los que hemos atendido: colectivos sub-saharianos, magrebís, sudamericanos, colectivos procedentes de países del este de Europa.</p> <p>Mediante los talleres y charlas formativas, se han atendido tanto personal de las asociaciones de inmigrantes como de profesionales de la salud, así como</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>RESULTADOS</p> | <p>grupos altamente vulnerables dentro de la población, como las personas que ejercen la prostitución.</p> <p>Se han consolidado las relaciones establecidas con otras entidades, mediante las acciones realizadas, y por otro lado, se han desarrollado intercambios entre las ONG y las organizaciones que facilitan y proporcionan un efecto multiplicador.</p> <p>Queremos destacar que nuestra organización se está consolidando como punto de referencia tanto para los colectivos de inmigrantes a la hora de abordar el VIH/sida, como las entidades que trabajan en VIH cuando precisan de alguna información o documentación para también con estos colectivos.</p> <p>Además se llegó a la creación del Grupo de Trabajo Transversal sida/Inmigración dentro de la Red2002, y se está creando el mismo grupo dentro de la Red del Sur "Andalusida."</p> <p>Se organizó la Primera Jornada de Encuentro y Sensibilización entre Inmigrantes, ONG de Inmigrantes y profesionales de la salud , con una participación de 80 instituciones andaluzas.</p> |
| <p>EVALUACIÓN</p> | <p>La metodología utilizada para la evaluación de nuestro proyecto ha sido cuantitativa principalmente (número de personas atendidas, de preservativos dispensados, de educadores de pares formados, de personas formadas, tanto de asociaciones de inmigrantes como de profesionales de la salud en temas de interculturalidad).</p> <p>Se ha utilizado diversos cuestionarios y sistemas para una valoración cualitativa.</p> |
| <p>EXPERIENCIAS APRENDIDAS</p> | <p>En cuanto a los problemas que nos hemos encontrado se encuentra la gran dificultad que es la prevención del VIH en los colectivos de inmigrantes, ya que la salud para ellos no es prioritaria. Sin embargo, nuestra metodología para la captación se basa en el uso de sus necesidades (vivienda, empleo, documentación, etc) y de manera indirecta desarrollar actividades en este sentido.</p> <p>Además mediante las personas con papeles de liderazgo dentro de los grupos y los profesionales provenientes de estos colectivos se han organizado diferentes actividades.</p> <p>Nuestro éxito en este campo se centra en la capacidad de estar relacionado con los colectivos de inmigrantes como en las entidades que trabajan en VIH/sida.</p> |
| <p>OTROS COMENTARIOS</p> | <p>Además de intentar el fomento del trabajo en red a nivel local, regional y nacional, estamos trabajando en estrecha relación con los países de origen de los colectivos de inmigrantes a los que atendemos, y desarrollamos actividades de coordinación con entidades que trabajan en los mismas áreas y con los mismo colectivos a nivel europeo, tanto a nivel de experiencias como de material didáctico y divulgativo.</p> |

ACSAR. CATALUÑA

| | |
|---|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO | Mujeres Inmigrantes con VIH. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | Cataluña. |
| ÁREA | Mujeres inmigrantes África Subsahariana y América Latina. |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | 2002. No continúa. |
| IMPLEMENTACIÓN | ACSAR - UMTIVI. |
| PERSONA DE CONTACTO | Jesús Edison Ospina Valencia. |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | Calle Font Honrada 8-10, 2ª. Planta, 08004 Barcelona, alekos0@hotmail.com, 934237264, 934242709. Fax: 934265250. |
| RECURSOS | Dos agentes comunitarias de salud, un coordinador. 6.005,02€. |
| HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA | Lunes, miércoles y viernes, 10:00 - 14:00 , 17:00 - 21:00. |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none"> - Impulsar la participación de las mujeres inmigrantes VIH positivas en la lucha contra la enfermedad dentro de su comunidad. - Impulsar una red de acompañamiento y de soporte mutuo de las mujeres VIH positivas. - Formar a las agentes de salud del programa a fin de proporcionarles técnicas de investigación, dinamización y conducción de grupos, soporte a personas seropositivas, <i>counseling</i> y atención personal y diferencias de género. - Capacitar a las agentes de salud comunitaria para la detección de necesidades y para la incorporación de personas, recursos y contrapartes. |
| ANTECEDENTES | <p>La población diana tiene un riesgo más alto que otras comunidades en materia de salud en general y de la infección por VIH en particular. Hay razones serias para pensar que existen factores directamente relacionados con los efectos generados por patrones socioculturales y de la situación misma de las poblaciones emigradas. Estos factores pueden estar relacionados con los cambios de posibilidades, con la accesibilidad a los servicios de salud y a las dificultades del sistema de salud del país de acogida para funcionar con las tradiciones y prácticas de las personas inmigradas.</p> <p>En término de factores, la infección por VIH/sida no es muy diferente de otros problemas, pero es más complicado a causa de consideraciones y sentimientos que van ligados al virus. A pesar de que para las personas inmigradas las prioridades van dirigidas a resolver situaciones de precariedad administrativa, problemas de vivienda, aislamiento social, escolarización para los hijos y problemas laborales, se debe tener en cuenta que las dificultades para acceder a los tratamientos antirretrovirales en sus países de origen, pueden llegar a ser una causa importante de inmigración a tener en cuenta.</p> <p>La situación de la mujer alrededor del mundo suele ser la misma, donde la discriminación social afecta más este sector de la población. Los datos actuales sobre los factores de desigualdad social y de pobreza son relevantes. Hechos como que las dos terceras partes de analfabetas en el mundo son mujeres, o</p> |

| | |
|---|--|
| <p>ANTECEDENTES</p> | <p>las diferencias en relación a sus salarios se encuentran alrededor del 30-40% comparativamente a los salarios del hombre, generan un perfil de vulnerabilidad característico.</p> <p>Refiriéndonos a la infección por VIH la proporción de mujeres seropositivas es cada vez mayor, pasando del 41% en 1997 a un 47% en el año 2000 en relación al total de adultos seropositivos. Además y de acuerdo a los datos proporcionados por ONUSIDA, el sida es la primera causa de muerte de las mujeres entre 20 y 40 años entre las mujeres de algunas ciudades de Europa, África Subsahariana y América del Norte.</p> <p>La dimensión de género es un elemento fundamental en el campo de la información y soporte sobre el sida, sobre todo en los países donde el papel no procura un cierto poder sobre la sexualidad femenina en el matrimonio y más mujeres sufren de una mayor discriminación cuando son seropositivas, discriminación que es muy sutil y suele enmascarse, muchas veces llegando a hacerse inclusive de manera inconsciente. Para luchar contra esta forma de gestión social de la enfermedad es necesario fortalecer aspectos de las mujeres seropositivas tales como la integración social, la adecuada información así como la formación de grupos de ayuda mutua y la inserción socio-laboral.</p> |
| <p>ACTIVIDADES PRINCIPALES</p> | <p>Las actividades están segmentadas en dos etapas:</p> <p><i>FASE I. Formación de las Agentes Comunitarias de Salud:</i></p> <p>Se impartirán sesiones orientadas a capacitar en técnicas de investigación, <i>counseling</i> y soporte a mujeres inmigradas seropositivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Técnicas de búsqueda con archivo y registro bibliográfico. ✓ Herramientas para la detección de necesidades y plan de soporte a mujeres VIH positivo. ✓ Técnicas de entrevista. ✓ Redacción de informes de encuesta y grupos de discusión. <p>La formación en el soporte y trabajo con mujeres inmigradas seropositivas se realiza bajo la dirección de expertos europeos que han trabajado los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinámicas de grupo y ayuda mutua. ✓ Dirección y gestión de grupos de discusión. <p><i>FASE II. Acciones con la población diana:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Búsqueda de personas y datos sobre la prevalencia del VIH en las comunidades de mujeres inmigradas. ✓ Detección de personas que puedan participar en un enlace de grupos de ayuda y soporte a mujeres seropositivas. ✓ Análisis de necesidades. ✓ Fomento de una red en recursos para la inserción social. ✓ Actividades de información. ✓ Atención socio-sanitaria. ✓ Formación de grupos de ayuda mutua. |
| <p>RESULTADOS (AÑO 2003) ESPERADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar cobertura a 70 mujeres de ambas comunidades. - Se atenderán un monto de 180 mujeres no seropositivas de ambas comunidades y se derivará por lo menos un 70% de la población a centros de ETS. |

| | |
|--------------------------------|---|
| RESULTADOS (AÑO 2003) | <ul style="list-style-type: none"> - Se realizarán 15 charlas con grupos de máximo 6 mujeres de ambas comunidades. - Se establecerán relaciones por lo menos con 6 asociaciones de personas inmigradas de ambas comunidades en el área geográfica de Barcelona ciudad. |
| EVALUACIÓN | <p>La evaluación se realiza mediante reuniones periódicas con el equipo de agentes comunitarias de salud, a través de grupos de discusión focal con las mujeres destinatarias del programa y a partir del análisis de los contenidos propuestos en y para las sesiones informativas.</p> |
| EXPERIENCIAS APRENDIDAS | <ul style="list-style-type: none"> - Los factores de contexto son determinantes en relación no sólo a una buena actuación por parte de las agentes comunitarias de salud sino en lo que respecta a la disposición y actitud de la mujer seropositiva. Aspectos asociados a trabajo, vivienda, regularización, alimentación, adquieren un carácter muy importante que influye en el proceso de actuación, en la disposición de la mujer afectada, en un mejor acompañamiento y en todo lo que conecte con la pérdida de invisibilidad, con la emancipación de la vida clandestina. - Las mujeres irregulares en el marco de la actual ley de extranjería y en el contexto del discurso administrativo están condenadas a una invisibilidad no elegida; no es suficiente tener "resuelto" el acceso a tratamiento gratuito pues la inserción, la integración y el bienestar de su marco social vital no dependen exclusivamente de este factor. El soporte que desde Servicios Sociales se recibe es nulo y el ofrecido por algunas ONG u otras entidades no gubernamentales no es suficiente. - La percepción desde la comunidad autóctona y desde la propia comunidad de origen continúa siendo negativa y en el mejor de los casos paternalista. - Los procesos de acompañamiento y de habitualidad con las agentes de salud son lentos y en ocasiones desgastadores, a esto hay que añadir que no se cuenta con el presupuesto suficiente para contratar a las profesionales y para retribuir su implicación cotidiana de forma digna. - La movilidad de la población diana se constituye en una variable de peso cuando de seguimiento, adherencia y acompañamiento se trata. - Fortalecer el tejido social de la población diana es uno de los aspectos claves sobre todo si está orientado a promover de manera efectiva la estabilidad laboral. Pensamos que el trabajo de red debe estar dirigido a proyectos de autoempleo, microcréditos, asentamientos y todo aquello que este asociado a estrategias de autogestión social para grupos vulnerables. - La correlación por vía parenteral y prostitución son temas básicos a trabajar y se constituyen en uno de los retos específicos de nuestro programa. |

COL·LECTIU LAMBDA. VALENCIA

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROYECTO | Programa de prevención del VIH/sida y otras ITS en varones que ejercen la prostitución. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | Comunitat Valenciana. |
| ÁREA | Varones que Ejercen la Prostitución (VEP). |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | 2004. |
| IMPLEMENTACIÓN | Col·lectiu Lambda de lesbianes, gais i transsexuals y Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGT). |
| PERSONA DE CONTACTO | Marina Valiente Fernández. |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | C/ Sant Dionís, 8, 1º, 1ª. 46003 València. Tel./Fax.: 96 391 20 84. Correo electrónico: info@lambdavalencia.org Página web: www.lambdavalencia.org |
| RECURSOS | <p><i>Recursos humanos</i> con los que cuenta el proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Un Técnico. – Un Monitor de Talleres de Sexo Más Seguro. – Un Mediador. – Nueve Traductores (VEP). <p><i>Recursos económicos</i> anuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Conselleria de Sanidad de la Generalitat Valenciana: 27.000 euros. – Ayuntamiento de Valencia: 4.800€. – Fundación Bancaja: 2.000€. |
| HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA | De lunes a viernes, de 10 a 14 y de 18 a 22 horas. |
| OBJETIVOS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el conocimiento de la realidad, de las necesidades y problemas socio-sanitarios del colectivo de varones que ejercen la prostitución. 2. Incrementar y mejorar la información sobre VIH/sida y otras ITS en el colectivo de varones que ejercen la prostitución y sus clientes. 3. Fomentar pautas de sexo más seguro en el colectivo de varones que ejercen la prostitución y sus clientes como mecanismo de prevención del VIH/sida y otras ITS. 4. Promocionar el uso del preservativo y el lubricante, facilitando el acceso a los materiales de prevención. 5. Dotar de recursos y habilidades que favorezcan el acceso a las redes de soporte social y sanitario en este colectivo, especialmente en población inmigrante. |
| ANTECEDENTES | <p>En general, y sobre la base de los datos provenientes de los mediadores y de los propios VEP que asisten a los talleres de sexo más seguro, la población diana a la que va dirigido este proyecto presenta las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Son varones con edades comprendidas entre los 18 a 45 años. – Las nacionalidades que componen este grupo varían en porcentaje según los flujos migratorios. En estos momentos la mayor parte de los benefi- |

| | |
|---------------------------------------|---|
| <p>ANTECEDENTES</p> | <p>ciarios provienen de Europa del este, seguidos por los norteafricanos, los Latinoamericanos y por último los españoles.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mayor parte procede de un estrato socioeconómico bajo. - El nivel educativo es medio-bajo; la mayoría lee y escribe correctamente su idioma y una minoría posee un buen nivel educativo. - Una gran parte de los beneficiarios presenta graves problemas de alcoholismo, consumos de sustancias psicotrópicas y ludopatía. - La situación jurídica de la inmensa mayoría de los extranjeros es la carencia de Permiso de Residencia y Trabajo. - Un gran porcentaje de ellos carece de vivienda estable (duermen en estaciones de autobuses, trenes, en el metro, etc.) o comparten habitaciones en pisos alquilados entre varias personas. - El nivel de conocimiento y prevención respecto a enfermedades de transmisión sexual (VIH, Hepatitis C, Infecciones de Trasmisión Sexual,...) es bastante bajo. - Un gran número de ellos son H-H (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Esto no implica que su orientación sexual sea Homosexual o Bisexual, sino que se consideran Heterosexuales realizando, desde su perspectiva, un trabajo). El resto se repartirían entre Homosexuales y Bisexuales definidos. - Al ser la mayor parte de ellos "ilegales" carecen de Tarjeta Sanitaria, siendo su situación sanitaria precaria. En concreto, 45 de ellos nos solicitaron ayuda para tramitar la tarjeta sanitaria. En esos casos, se les informó, oralmente y por escrito, de los trámites y documentos necesarios para solicitarla, y el mediador se encargó de realizar labores de acompañamiento y traducción con algunos grupos de VEP a las dependencias administrativas correspondientes (juntas municipales de distrito, centros sociales y sanitarios, etc.). |
| <p>ACTIVIDADES PRINCIPALES</p> | <p>MEDIACIÓN SOCIAL:</p> <p>La labor de los mediadores consiste, entre otras cosas, en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acudir a los lugares de prostitución designados al efecto dos veces por semana. - Presentarse como mediadores a los VEP y explicarles la labor que realizan. - Ofrecerles la posibilidad de asistir a un taller de sexo más seguro en la sede del Lambda, seleccionar los asistentes y acompañarlos, el día fijado al efecto, al taller de sexo más seguro. - Facilitarles preservativos y lubricantes. - Proporcionarles una guía de sexo más seguro . - Explicarles nociones básicas sobre transmisión del VIH y otras ITS, y responder a sus preguntas, en la medida de sus posibilidades. - Hablar con ellos y establecer una relación de confianza y ayuda. - Servir de puente y vínculo entre los VEP y el Col·lectiu Lambda. <p>La actividad la desarrolla un Mediador.</p> <p>TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO:</p> <p>De dos horas de duración, se realizan en la sede del Col·lectiu Lambda pensados y adaptados al tipo de población que asiste (escasos conocimientos sobre el VIH/sida, bajo nivel educativo, dificultades de comprensión del castellano, valores heterocéntricos y homófobos de algunos VEP, etc.).</p> |

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>ANTECEDENTES</p> | <p>En ese sentido, y muy resumidamente, con el apoyo de diapositivas se introducen conceptos básicos sobre qué es el VIH y las ITS, cómo se transmiten sexual y sanguíneamente y cómo prevenirse. Se habla de prácticas sexuales diversas y se aclaran dudas. Se aborda el cómo negociar el preservativo y el lubricante en relaciones sexuales de placer en la pareja y los clientes. Los Centros de Información y Prevención del Sida, las vacunas de la Hepatitis A y B y la prueba del VIH. Asimismo, con vistas a familiarizarlos con la prevención, se emplean dinámicas sobre cómo usar adecuada y consistentemente el preservativo y el lubricante (en concreto, se les da un plátano, para realizar la práctica de colocar el preservativo, que suelen comer con fruición, ya que algunos pueden llevar días sin casi comer). Finalmente, se les dan preservativos y lubricantes y se les informa que pueden regresar a por más o para solicitar información y ayuda.</p> <p>La actividad la desarrolla un monitor de Talleres de Sexo Más Seguro.</p> |
| <p>RESULTADOS (AÑO 2004)</p> | <p>MEDIACIÓN SOCIAL:</p> <p>Durante este año, el trabajo de mediación se ha realizado, como el año anterior, en un cine, cerca de la estación Norte, de clasificación XX, que emite películas pornográficas. Cuenta con una sala de recepción iluminada y con sillones, donde clientes y prostitutas conversan, una sala de proyección y aseos (lugar donde los VEP suelen prestar sus servicios). Se ha intervenido desde el 12 de Enero hasta el 27 de Diciembre de 2004.</p> <p>A lo largo de todo el año, se ha contactado con 223 VEP, de los que 156 contactos lo fueron con VEP que acudían por primera vez al cine y el resto de contactos, 67, lo fueron con chicos que ya conocía.</p> <p>Si tenemos en cuenta que 104 de los nuevos VEP contactados han acudido a los talleres de sexo más seguro que se imparten en la sede del Col·lectiu Lambda, resultaría que habría 52 VEP, el 23,31 % del total, cuya única información sobre el VIH/sida e ITS ha sido transmitida por los mediadores, relevando la importancia de seguir con este trabajo in situ.</p> <p>Por otro lado, también se realizaron 27 contactos con clientes de los VEP, en los locales donde se mantiene el intercambio sexual, oportunidad que se aprovechó para transmitir información sobre cómo prevenir el VIH y otras ITS, así como para proporcionarles preservativos y lubricantes.</p> <p>TALLERES DE SEXO MÁS SEGURO:</p> <p>Desde el 17 de mayo de 2004 hasta el 22 de noviembre de 2004, se han realizado 10 talleres de sexo más seguro. En total, han asistido 104 varones que ejercen la prostitución masculina. Algunos de ellos repitieron algún taller en su condición de mediadores y/o traductores. Ha habido una asistencia media de 10,4 varones por taller.</p> <p>Por nacionalidades, los búlgaros son los más numerosos (54 chicos que suponen un 51,92% aproximadamente), seguidos por los rumanos (28, un 26,92%), colombianos (5, un 4,81%), argelinos (4, un 3,85%), y finalmente por los Brasileños (3, un 2,88%).</p> <p>Por regiones, la mayoría de VEP proceden de Europa del este (83 chicos que suponen un 79,80%), seguidos por los latinoamericanos (13, un 12,50%) y los norteafricanos (6, un 5,77%).</p> |

| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>La media de edad es de 26,7 años aproximadamente, acumulándose 62 de los VEP, el 73,8%, en la franja de edad comprendida entre los 19 y los 29 años. Así, vemos que los VEP son bastante o muy jóvenes. Esto se puede deber a varias cosas, como que son los jóvenes los que suelen emigrar a países más ricos para encontrar mejores oportunidades de vida, a que la juventud y la belleza son objeto de "cotización" en el mercado sexual.</p> <p>Se editó, como material informativo de apoyo, una Guía de Sexo Más Seguro en castellano, francés, portugués y ruso. Asimismo, se sigue distribuyendo el folleto "El sida existe" publicado en árabe del Ministerio de Sanidad, así como una guía sobre la prueba del VIH.</p> <p>Durante el desarrollo del programa se han distribuido a los VEP preservativos, lubricantes y guías informativas.</p> <p>Se ha derivado a servicios sociosanitarios a 45 VEP para tramitar la TAS a fin de que les sirva para acceder a alguna prestación sanitaria.</p> |
| <p>EVALUACIÓN</p> | <p>Se ha realizado una investigación cuantitativa, consistente en registrar y analizar los datos relacionados tanto con la actividad de mediación social como con los Talleres de Sexo más Seguro.</p> <p>Por otro lado, se han mantenido reuniones periódicas de coordinación con los responsables del programa.</p> <p>Finalmente, se realiza una evaluación cualitativa entre los técnicos y responsables del programa.</p> |
| <p>EXPERIENCIAS APRENDIDAS</p> | <p>En general, nuestra evaluación del programa es positiva por varias razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hemos sido constantes en la realización de los talleres de sexo más seguro, con una media de 2 talleres mensuales, desde el inicio de los mismos. – Se han realizado contactos con 223 VEP en el ámbito donde ejercen la prostitución, así como 27 contactos con clientes de los VEP. – Hemos conseguido impartir un taller de sexo más seguro a 104 varones que ejercen la prostitución y que, así, han tenido la oportunidad de informarse sobre cómo prevenirse del VIH y las ITS. – Hemos conseguido convencer a los dueños y gerentes de locales donde se ejerce la prostitución masculina de que nos permitan el acceso a sus locales para realizar la mediación y/o repartir materiales preventivos. – Se han distribuido unos 4.000 preservativos y lubricantes entre los VEP y sus clientes. <p>La constante movilidad de los VEP nos limita la posibilidad de plantear objetivos a largo plazo con cada uno de ellos, por lo que hemos trabajado intentando hacer llegar a nuestros usuarios toda la información posible de la manera más completa, directa y constante, cada vez que hemos tenido posibilidad de contactar con ellos.</p> <p>Es importante seguir trabajando para conseguir mediadores entre los propios VEP, suficientemente motivados y en condiciones de implicarse en el trabajo preventivo con continuidad.</p> <p>Creemos que sería un objetivo primordial poder llegar con nuestra información al colectivo de "clientes" pues son parte fundamental de la prevención del VIH entre VEP. Estos clientes se caracterizan por ser adultos (la mayoría tienen entre 40 y 65 años, si bien hemos observado la presencia incluso de ancia-</p> |

EXPERIENCIAS APRENDIDAS

nos de edades más avanzadas). Se trata no sólo de varones que se identifican a sí mismos como gays, sino también de varones casados y con hijos que frecuentan los espacios de prostitución.

En 2004 hemos constituido en el Col·lectiu Lambda un Grupo de Mayores LGTB (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) con la idea de promover un espacio de socialización para los adultos de edades más avanzadas, ya que carecen de espacios propios de ocio y relación, por lo que la prostitución suele ser un recurso habitual de socialización y gratificación sexual. Nuestro objetivo, una vez el grupo se consolide, es implicarlos en la prevención del VIH entre los gays adultos y mayores y especialmente en relación al uso de la prostitución masculina.

Es fundamental, por parte de las administraciones sanitarias y sociales, mejorar el acceso de los VEP a la red de recursos sociosanitarios, agilizar los trámites de las tarjetas sanitarias, realizar controles sanitarios regularmente en los CIPS u otras dependencias, facilitar el diagnóstico y tratamiento de las ITS en los hospitales públicos o en servicios específicos como el CIPS, etc.

Es necesario también trabajar, paralelamente a la prevención del VIH/sida, la prevención de otra serie de problemas colaterales como el alcoholismo, la drogadicción y la ludopatía, vías de escape para muchos VEP.

Por otro lado, sería recomendable trabajar con profundidad la aceptación de la identidad sexual por parte de algunos de los miembros del grupo de VEP que al no hacerlo están sufriendo graves conflictos internos y religiosos.

CRUZ ROJA ALICANTE

| | |
|--------------------------------|--|
| NOMBRE DEL PROYECTO | Taller de sexo más seguro dirigido a mujeres inmigrantes. |
| COMUNIDAD AUTÓNOMA | Comunidad Valenciana. Provincia de Alicante. |
| ÁREA | Prevención de la transmisión del VIH en mujeres inmigrantes. |
| AÑO DE IMPLEMENTACIÓN | Octubre de 2004. |
| IMPLEMENTACIÓN | Cruz Roja Española. La actividad que detallamos en este informe constituye uno de los objetivos presentados al Ministerio de Sanidad y Consumo, es decir, llevar a cabo cuatro talleres preventivos por provincias en toda España. Desde la Oficina Provincial de Cruz Roja en Alicante se ofreció la posibilidad de organizar talleres de sexo más seguro y consumo de menos riesgo dirigidos a colectivos con alta vulnerabilidad a la infección por VIH. La Oficina Local de Cruz Roja de Orihuela se hizo cargo de uno de estos talleres desde el "Programa de Apoyo a Familiares y Afectados por el VIH/sida" que se lleva a cabo en dicha localidad. |
| PERSONA DE CONTACTO | Pilar Ibáñez Aniorte y Verónica Patiño Vera. |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | Cruz Roja Española. Asamblea Local de Orihuela. C/ San Agustín, 22 . 03300 Orihuela (Alicante). Tfno y Fax: 96 530 57 57. e-mail: orihuelaalicante@cruzroja.es |
| RECURSOS | <p><i>Recursos económicos:</i> La financiación del taller se ha realizado de forma íntegra con la aportación del Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría del Plan Nacional del SIDA. El presupuesto para la realización del taller ha sido de 690,06 euros, siendo la primera vez que se financia esta actividad en nuestra Asamblea Local, aunque a nivel nacional llevan efectuándose desde el año 2000.</p> <p><i>Recursos Humanos:</i> Las profesionales que han impartido el curso son una trabajadora social y una psicóloga, integrantes del Programa de Apoyo a Familiares y afectados por el VIH/sida.</p> |
| OBJETIVOS | <ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar los conocimientos teóricos y prácticos sobre la conducta sexual, conceptos básicos sobre ETS, vías de transmisión y medidas de prevención. 2. Fomentar el diálogo intercultural en cuestiones referidas a la sexualidad, género y salud. 3. Fomentar el conocimiento, buen uso y manejo de métodos anticonceptivos, así como informar de los recursos sanitarios de la zona desde donde se puede acceder a los mismos. 4. Disminuir los comportamientos de riesgo. |
| ANTECEDENTES | Los factores socio culturales y de género tienen un gran peso en la adopción de conductas preventivas. Cuando nos referimos a las mujeres como objetivo de acciones preventivas, vemos que la asunción de roles de género tradicionales dificultan en numerosas ocasiones la posibilidad de tomar decisiones referentes a su salud sexual. A estos factores socioculturales se suma también |

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>ANTECEDENTES</p> | <p>la mayor vulnerabilidad biológica a adquirir la infección. Las tendencias epidemiológicas actuales nos ponen en alerta al observar que la principal vía de transmisión del VIH en las mujeres es la heterosexual.</p> <p>Por otra parte, la inmigración añade otra serie de variables que hemos tenido que tener en cuenta a la hora de diseñar estos talleres. Hablamos de procesos de adaptación cultural, desconocimiento de recursos socio sanitarios, precariedad económica y desempleo y, más concretamente, las diferencias culturales en la vivencia de la sexualidad femenina.</p> <p>Estas son las razones que nos han hecho plantearnos el dirigir y diseñar estos talleres de "sexo más seguro" dirigidos a mujeres inmigrantes.</p> |
| <p>ACTIVIDADES PRINCIPALES</p> | <p><i>Captación de las participantes</i></p> <p>Para la difusión del taller establecimos contacto con Vega Baja Acoge, (entidad de atención a inmigrantes de la localidad) y con los servicios sociales municipales. Del mismo modo le dimos difusión desde nuestra propia Asamblea, donde existe un programa de atención a inmigrantes. Todas las mujeres que hicieron uso de este servicio de atención a extranjería durante las semanas previas al taller eran informadas de la actividad.</p> <p><i>Puesta en marcha del taller</i></p> <p>Metodología.</p> <p>El desarrollo del taller tuvo lugar en cuatro sesiones con una duración de tres horas cada una. La metodología se fundamentó en:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Exposiciones orales por parte del formador. ◇ Proyección de transparencias. ◇ Exposición de vídeo. ◇ Debates grupales. ◇ Dinámicas de grupo. ◇ Cuestionarios / test. ◇ Test de evaluación. <p>Todas las participantes han sido remuneradas económicamente por su asistencia al taller (12 euros por sesión).</p> <p>1ª SESIÓN</p> <p>En primer lugar se pasó el contrato de aceptación del taller, donde se exponían las normas de participación. A continuación se facilitó un cuestionario para evaluar los conocimientos previos de sexualidad. Posteriormente se hizo una exposición oral apoyada con transparencias sobre el concepto de sexualidad, fantasías sexuales, prácticas sexuales y orientación del deseo. A esta charla siguió un debate entre las participantes acerca de las cuestiones trabajadas.</p> <p>2ª SESIÓN</p> <p>Los contenidos tratados durante esta sesión fueron: intimidad y capacidad de comunicación y análisis de los roles de género. Para tratar estos temas se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◇ Ejercicio de autoconocimiento: conocernos a nosotras mismas para mostrarnos a los demás. Las participantes elaboraron un autorretrato con ceras de colores que compartieron con el resto de participantes, de las que recibían un <i>feed - back</i>. |

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>ACTIVIDADES PRINCIPALES</p> | <ul style="list-style-type: none"> ❖ Trabajo por parejas sobre habilidades de comunicación y escucha activa. Puesta en común y comentario de la actividad. ❖ Diálogo sobre la sexualidad desde una perspectiva multicultural. Debate grupal acerca de unas cuestiones que plantea la moderadora referentes al diálogo sobre la sexualidad en las diferentes culturas y ambientes (escuela, familia, pareja). ❖ Trabajo de los roles de género: <ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis inicial de los contenidos de los roles de género tradicionales a partir de una lluvia de ideas. 2. Diálogo acerca de cómo influyen los roles de género tradicionales en nuestra vida cotidiana y la sexualidad. Se establece un debate a partir de cuestiones expuestas por la moderadora. 3. Exposición oral por parte de la moderadora del texto: actitudes sexuales de resistencia a la prevención del VIH. <p>3ª SESIÓN</p> <p>Los contenidos tratados en esta sesión han sido: las enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos y uso correcto del preservativo. Las actividades llevadas a cabo para tratar dichos contenidos han sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Lectura conjunta del folleto informativo “<i>Stop infecciones de transmisión sexual</i>”. ❖ Diálogo acerca de las implicaciones de la existencia de las ETS en la vivencia de la sexualidad y la percepción de la vulnerabilidad a las mismas. ❖ Exposición: métodos anticonceptivos. Propiedades. ❖ Entrenamiento en el uso del preservativo. Exposición oral de uso correcto del preservativo masculino y femenino. Entrenamiento en la colocación del preservativo masculino. <p>4ª SESIÓN</p> <p>Esta sesión se inició con un vídeo de sexo más seguro y con un debate del mismo. En segundo lugar se dio paso a las exposiciones orales del formador con ayuda del proyector sobre conceptos básicos de VIH/sida, vías de transmisión, prueba del VIH/sida y prevención. También se realizaron dinámicas grupales de más, menos y ningún riesgo. Se finaliza con un test de evaluación del taller.</p> |
| <p>RESULTADOS</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se ha atendido a un total de 10 mujeres cuyas características principales eran: <ul style="list-style-type: none"> ❑ Inmigrantes procedentes de Rumania, Sahara, Marruecos, Bolivia, Ecuador y Georgia. ❑ Las edades estaban comprendidas entre los 20 y 45 años. ❑ Estado civil: <ul style="list-style-type: none"> ▸ Cuatro casadas. ▸ Dos solteras. ▸ Dos separadas. ▸ Dos viudas. 2. La asistencia de las participantes ha sido de un 100% a todas las sesiones. |

| | |
|--------------------------------|--|
| RESULTADOS | <ol style="list-style-type: none"> 3. Se ha conseguido reunir 4 nacionalidades diferentes, constituyéndose, por lo tanto un grupo culturalmente heterogéneo. 4. Se ha distribuido entre las participantes el siguiente material: <ul style="list-style-type: none"> ❑ Cuatro preservativos masculinos. ❑ Un preservativo femenino. ❑ Folletos informativos acerca de ETS así como la documentación escrita de los contenidos del taller. 5. En cuanto a la actividad: un 32% de la misma se ha destinado a trabajar conocimientos teóricos, el 21% a conocimientos prácticos, el 32% al trabajo de actitudes y creencias y el 15% a actividades evaluativas. El 53% de la actividad se ha realizado siguiendo una metodología participativa, observándose una muy óptima implicación de las asistentes. |
| EVALUACIÓN | <p>Evaluación por parte de las asistentes del taller</p> <p>Tras la realización del taller se pasó a las participantes un cuestionario en el que valoraron su participación en al actividad, obteniéndose los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El 37% ha valorado la asistencia como positiva y el 63% como muy positiva. ❖ Calidad de los conocimientos adquiridos: <ul style="list-style-type: none"> – El 37% los considera buenos y el 63% muy buenos. ❖ Grado en el que se ha hecho reflexionar sobre creencias y actitudes: <ul style="list-style-type: none"> – El 50% considera que bastante y el 50% que mucho. ❖ Grado en el que el taller influirá en los comportamientos de las asistentes: <ul style="list-style-type: none"> – El 50% considera que bastante y el 50% que mucho. |
| EXPERIENCIAS APRENDIDAS | <p>Consideramos que han tenido una incidencia especialmente positiva en el programa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ El uso de la escucha activa y de una metodología activa participativa. Esto ha facilitado el interés y la motivación por parte de las participantes que han encontrado en el grupo un lugar en el que poder compartir sus experiencias. ❖ El incentivo económico ha tenido un peso importante en el mantenimiento de la asistencia al taller. ❖ La presencia de mujeres de varias nacionalidades nos ha permitido contrastar diversas experiencias. ❖ La coordinación con otros recursos de atención social a inmigrantes y con nuestros propios recursos de atención a extranjería. <p>Como dificultades cabría señalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ La diversidad cultural: en algunas ocasiones ha habido problemas con el lenguaje especialmente entre las asistentes árabes (en este caso, una de las asistentes, con más conocimiento de castellano, hacía de intérprete). ❖ La existencia de algunos tabúes en cuestión de sexualidad (masturbación, homosexualidad...). |

