

**X INFORME DE EXCLUSIÓN SOCIAL.
MÉDICOS DEL MUNDO 2005**

1ª Edición: mayo 2006
Propiedad: Médicos del Mundo - España
Depósito legal: M-20976-2006

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6		
2. 10 AÑOS DEL INFORME DE EXCLUSIÓN SOCIAL	8		
2.1 PERSONAS INMIGRANTES 1996-2005	9		
Las migraciones en el Estado español	9		
Derecho de entrada	10		
Legislación española en materia de migración	10		
Población inmigrante atendida por Médicos del Mundo	11		
2.2 PERSONAS PROSTITUIDAS 1996-2005	12		
Trata y tráfico	13		
Personas prostituidas atendidas por Médicos del Mundo	13		
2.3 PERSONAS USUARIAS DE DROGAS 1996-2005	13		
Situación legal	14		
Plan Nacional sobre Drogas	14		
Consecuencias para la salud	15		
Programa de Intercambio de Jeringuillas en prisión	15		
Personas usuarias de drogas atendidas por Médicos del Mundo	16		
2.4 ESTRATEGIAS DE MÉDICOS DEL MUNDO	17		
Integración en los Servicios Sociosanitarios Públicos	17		
Estrategia de Reducción de Daños	18		
Programas de Reducción de Daños asociados al consumo de drogas	18		
Programas de Reducción de Daños asociados al ejercicio de la prostitución	18		
Investigación	19		
Sensibilización	19		
Adecuación de los Recursos Humanos a las estrategias de Médicos del Mundo	19		
Personal mediador sociosanitario	19		
Personal educador de pares	20		
Formación	20		
3. PERSONAS MIGRANTES 2005	22		
Proceso de regularización	22		
Vías de entrada	23		
Disminuyen las pateras, aumentan las muertes	24		
La percepción de la inmigración en la sociedad española	25		
Perfil de las personas migrantes atendidas por Médicos del Mundo	25		
Principales problemas sociosanitarios	25		
Acceso a la salud de las personas migrantes	26		
Intervención de Médicos del Mundo	27		
Crisis de las vallas de Ceuta y Melilla	28		
4. PERSONAS PROSTITUIDAS 2005	30		
Debate entre abolición y reglamentación	30		
Extranjerización de la prostitución	30		
De la calle al club	31		
Perfil de las personas prostituidas atendidas por Médicos del Mundo	32		
Andalucía	32		
Catalunya	32		
Comunidad Valencia	32		
Galicia	33		
Illes Balears	33		
Islas Canarias	33		
Madrid	33		
El acceso a la salud de las personas prostituidas	34		
Principales problemas sociosanitarios	35		
Salud sexual y reproductiva	35		
Alcohol y otras drogas	35		
Violencia doméstica	36		
Intervención desde Médicos del Mundo	36		
Mujeres que ejercen la prostitución	36		
Mujeres transexuales que ejercen la prostitución	36		
Hombres que ejercen la prostitución en calle	37		
5. PERSONAS USUARIAS DE DROGAS 2005	38		
Aumenta el consumo entre la juventud	38		
Mortalidad	39		
Respuesta de la Administración	39		
Perfil de la personas usuaria de drogas atendidas por Médicos del Mundo	40		
Tipos de sustancias y vías de administración	40		
Euskadi	40		
Galicia	40		
Illes Balears	40		
Islas Canarias	41		
Madrid	41		
Principales problemas sociosanitarios	41		
La presión policial	41		
Consecuencias para la salud	42		
A Coruña	43		
Canarias	43		
Illes Balears	43		
Madrid	43		
Consecuencias sociosanitarias para la mujer	43		
Acceso a la salud de las personas usuarias de drogas	44		
Comunidad Valenciana	44		
Galicia	44		
Illes Balears	45		
Islas Canarias	45		
Intervención desde Médicos del Mundo	45		
Sala de Consumo Supervisado	46		
Sala de Inhalado	47		
Centro de Atención Sociosanitaria de Illes Balears	47		
Trabajo de calle	47		
Valencia	47		
Vigo	48		
6. CONCLUSIONES	50		

I. INTRODUCCIÓN

Durante una década, Médicos del Mundo ha publicado anualmente su Informe de Exclusión Social, un documento que, además de presentar a la sociedad y analizar los resultados de los programas y proyectos de Exclusión Social que desarrolla la organización en el territorio español, pretende servir de termómetro social y promover un acercamiento global a problemáticas como la droga, prostitución o inmigración.

2. 10 AÑOS DEL INFORME DE EXCLUSIÓN SOCIAL

Han pasado diez años desde que Médicos del Mundo publicó su primer Informe de Exclusión Social. Durante esta década, hemos visto cómo las características de los colectivos socialmente excluidos han ido modificándose en función de los cambios habidos en nuestra sociedad y en el mundo en su conjunto, tales como el proceso de globalización (que ha contribuido a acentuar las diferencias entre países ricos y pobres y, también, dentro de un país, entre personas con y sin recursos), y las nuevas estrategias políticas que los diferentes gobiernos y administraciones autonómicas y locales han ido trazando en este tiempo, sobre todo las que han afectado a la sanidad pública, los servicios sociales, el tratamiento a personas extranjeras, la educación, el trabajo y las relaciones internacionales. Las personas y grupos en desventaja social se han beneficiado en ocasiones de esas políticas para mejorar su situación, pero en muchas otras no han hecho más que ver cómo aumentaba la distancia que les separaba del resto de la sociedad, cayendo irremisiblemente en una situación de exclusión social.

Los términos “exclusión social” y “pobreza” comparten rasgos que hicieron que, durante los años setenta y ochenta, fueran confundidos en foros y documentos de ámbito internacional. La pobreza es la imposibilidad para acceder a los recursos necesarios para realizar las actividades básicas de la vida, mientras que la exclusión social es un concepto más amplio, que abarca el proceso por el cual las personas o los grupos ven limitado su derecho a participar en la sociedad en la que viven, y ese proceso puede tener muchas causas, una de ellas la pobreza, pero también puede ser la falta de educación, la enfermedad, la discriminación, etc.

Siguiendo los objetivos del Consejo de Niza 2000, España aprobó en 2001 el primer Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social, con vigencia hasta el año 2003. Las acciones de ese Plan y sus sucesivas renovaciones¹, se dirigen a personas en situación o riesgo de exclusión social entre los colectivos de mayores, discapacitados, mujeres, jóvenes, infancia, población gitana española, inmigrantes y emigrantes retornados y a las poblaciones de personas sin hogar y personas reclusas y ex reclusas.

Forma parte de la misión de Médicos del Mundo la atención “a las personas desprotegidas de nuestro entorno social”. En los últimos 10 años, Médicos del Mundo ha atendido una media anual de 6.500 personas prostituidas,

7.730 personas usuarias de drogas y 7.836 personas inmigrantes; todas ellas en situación de exclusión social que tenían limitado o impedido su acceso a los servicios sociales y sanitarios públicos. Nuestro sistema sanitario debería considerar no sólo los determinantes proximales de los problemas de salud, sino también las condiciones sociales y contextuales que influyen en los procesos de salud-enfermedad y que pueden generar desigualdades en salud en determinadas personas y grupos especialmente desfavorecidos.

Tanto la pobreza como la exclusión social alimentan esa desigualdad, repercutiendo claramente sobre la pérdida del bienestar y la salud. Las desigualdades en salud no son biológicamente inevitables, sino que reflejan circunstancias y conductas que están determinadas socialmente en el más amplio sentido. Siguiendo la estrategia *Salud para Todos* de la Organización Mundial de la Salud, el sistema sanitario debería tender a conseguir una mayor equidad en salud, procurando que todas las personas y los grupos disfruten de igualdad de oportunidades para desarrollar y mantener su salud, a través de un acceso justo a los recursos sanitarios.

A continuación se presenta un análisis de la evolución, en estos diez años, de las situaciones de exclusión y las características de los tres principales colectivos de personas en desventaja social con las que Médicos del Mundo trabaja: personas inmigrantes sin recursos, personas usuarias de drogas y personas prostituidas. Se analizará la influencia que las nuevas estrategias políticas provocan sobre estos colectivos y las formas específicas de Médicos del Mundo de abordar las consecuencias de la exclusión en cada uno de ellos.

¹ II Plan Nacional para la Inclusión Social del Reino de España 2003-2005 y III Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2005-2006, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

2.1 PERSONAS INMIGRANTES 1996-2005

La migración es el desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales, según define la Real Academia de la Lengua Española. La migración es un fenómeno global que afecta no sólo a los países receptores de personas migrantes, sino también a los países que éstas abandonan. En el análisis del fenómeno migratorio, no debemos obviar la globalización, un proceso casi exclusivamente económico, que proporciona libertad total de movimiento para capitales y mercancías, pero que impone barreras y restricciones a los flujos de personas.

La desigualdad económica entre las distintas regiones del planeta es uno de los elementos que ha provocado un incremento de las fuerzas que empujan a la migración, pero ésta choca, a su vez, con barreras policiales. Si bien, la mayoría de los flujos migratorios es consecuencia de razones de orden económico, no se puede olvidar los movimientos migratorios provocados por persecuciones políticas, ideológicas o religiosas, por violaciones de los derechos humanos, conflictos armados y desastres naturales.

Los flujos migratorios actuales se alejan crecientemente de un modelo único; hay personas refugiadas de guerra y por motivos económicos, mano de obra sin formación y altamente cualificada, estudiantes y personal directivo y empresario, coexisten flujos de asentamiento con movimientos temporales y migraciones circulares (con idas y vueltas sucesivas), grupos con estabilidad jurídica (con contratos de trabajo y/o permisos de residencia temporal) y en situaciones administrativas irregulares, colectivos que emigran libremente junto a los que están sujetos a redes de tráfico de personas, etc.

Muchas sociedades están atravesando una transición demográfica que provocará cambios profundos en el contexto socioeconómico. Pero a pesar de la creencia en un crecimiento incesante, la población mundial aumentará con más lentitud y el peso relativo de cada continente en la distribución de la población cambiará de forma significativa.

Entre el “2000 y el 2050 la población en edad de trabajar (20-50 años) de los países desarrollados disminuirá debido a las bajas tasas de natalidad, mientras que este mismo segmento etario aumentará un 60% en los países subdesarrollados”². Es decir, que si las tendencias demográficas siguen el curso actual, el descenso poblacional de los países ricos sólo se compensaría con la entrada de población migrante.

Asimismo, la feminización de las migraciones es un elemento clave de la nueva situación mundial. En la actualidad las mujeres migrantes están presentes en todas las regiones y en todos los tipos de flujos migratorios. Junto a las que se desplazan acompañando o para reagruparse con su pareja masculina, cada vez son más las que emigran solas, sea de forma independiente o poniendo en marcha una cadena migratoria a la que posteriormente se incorporan los hombres. Este proceso está ligado a la tendencia a la feminización creciente de ramas laborales enteras, producto tanto de los esfuerzos de las mujeres por ganar autonomía como de las estrategias de las empresas para aumentar sus beneficios contratando a mujeres, a las que se ofrecen peores condiciones de trabajo y remuneraciones que a los hombres.

LAS MIGRACIONES EN EL ESTADO ESPAÑOL

En los últimos años, España se ha convertido en un país receptor de inmigración, tal y como revelan los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales³. De las 538.984 personas extranjeras que residían en situación regular en España en 1996, se ha pasado a 2.738.932 personas a 31 de diciembre de 2005. Este dato indica la magnitud del fenómeno de migración en España, que ha visto como, en apenas una década, ha aumentado la presencia de no nacionales en un 508%.

El estereotipo del inmigrante que llega a España de hombre joven procedente del norte de África ya no se adecua a la realidad. Cada vez hay más mujeres que inmigran a España: en los años 90, las mujeres representaban entre el 30% y el 35% de la población inmigrante⁴. En el año 2005 las mujeres ya representan cerca del 45% y en ciudades como Barcelona, el porcentaje de hombres y mujeres inmigrantes es práctica-

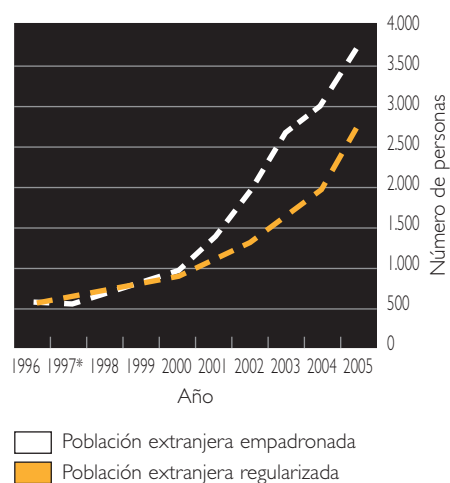
² Forum de Barcelona 2004. *Migraciones, soporte del equilibrio demográfico* [En línea]. Barcelona: 2004. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.barcelona2004.org/esp/banco_del_conocimiento/documentos/ficha.cfm?IdDoc=2354>.

³ Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración de España. *Anuarios Estadísticos 1996-2003. Informes estadísticos 2003-2005* [En línea]. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponibles en: <http://extranjeros.mtas.es/es/general/DatosEstadisticos_index.html>.

⁴ SALIBA, G. *Inmigración en España* [En línea]. SOS Racisme Catalunya, 2004. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://es.oneworld.net/article/archive/5725>>.

GRÁFICO I
Evolución de personas extranjeras empadronadas y con tarjeta de residencia.

Fuente: Padrón del Instituto Nacional de Estadística y Anuarios de Migraciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.



* Sin datos de población extranjera empadronada.

mente el mismo. En la inmigración procedente de Marruecos, las mujeres representan el 40%⁵.

DERECHO DE ENTRADA

La política migratoria europea ha dado prioridad en los últimos años a los aspectos de seguridad pública por encima de los múltiples intereses compartidos con los países de origen de los flujos migratorios. Esta actitud se encuentra refrendada por las disposiciones adoptadas tras el convenio de aplicación de los Acuerdos de Schengen, que desembocó en un control rígido de los flujos migratorios. El concepto de "Europa Fortaleza" está presente en varios documentos de la Unión Europea, como el del Consejo de Tampere de 1999, que resalta la lucha contra la migración clandestina y pide la colaboración de todos los estados miembros para el control de sus fronteras. Este acuerdo ha originado efectos perversos, como el desarrollo y proliferación de redes de tráfico de personas.

La política inmigratoria de la Unión Europea parece estar centrada en la delegación a terceros países del control de los flujos migratorios, así como en el refuerzo de los pasos fronterizos. Los dispositivos de vigilancia marítima en las zonas de la franja meridional del Mediterráneo y del litoral canario obligan a las personas a procurar vías de tránsito que entrañan mayor riesgo.

España no ha sido ajena a esta tendencia y ha reforzado en los últimos años la presión policial en puertos y aeropuertos de modo que se han aumentado los rechazos en los puestos fronterizos. A principios de este siglo, España comenzó a implantar el Sistema Integrado de Vigilancia Exterior (SIVE) para frenar la llegada de pateras a la costa sur y a Canarias. Este sistema, financiado en parte por la Unión Europea, está compuesto por estaciones sensoras, patrulleras, unidades móviles de radar, además de helicópteros y vehículos armados.

El SIVE y la colaboración entre Madrid y Rabat en vigilancia marítima, han provocado que el número de personas inmigrantes llegadas en barco o patera se haya reducido paulatinamente y han desviado la presión migratoria hacia tierra y hacia el norte de África. Los centenares de personas que trataron cruzar los perímetros fronterizos de Ceuta y Melilla a finales de septiembre y principios de octubre de 2005 son un claro ejemplo de ello. Los intentos masivos de saltar las vallas fronterizas tuvieron como respuesta un incremento de la presión policial en la zona marroquí (redadas y deportaciones masivas, además de supuestos abandonos en de migrantes en el desierto del Sáhara) y un refuerzo del perímetro fronterizo, con la instalación de más vallas y de mayor altura por parte del Estado español.

En este periodo analizado, y desde su experiencia, Médicos del Mundo ha observado cómo se ha transformado el fenómeno, de una migración autónoma al oportunismo de las mafias que aprovechan las circunstancias para movilizar personas que huyen de situaciones de pobreza. Así lo reflejan los testimonios de las personas migrantes llegadas en patera a Andalucía y Canarias atendidas por Médicos del Mundo.

"La Policía Nacional española [...] informó de la desarticulación de 194 redes para la explotación sexual y la detención de 731 traficantes en 2004. Además, la policía informó de la desarticulación de 91 redes para el trabajo forzoso y la detención de 233 traficantes durante el año. También informó de la desarticulación de 62 redes para la falsificación de documentos y 45 para el fraude relacionadas con el tráfico de personas"⁶.

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE MIGRACIÓN

La primera ley española sobre extranjería aprobada en España aseguraba "la plenitud de los derechos y las garantías para su ejercicio respecto de los extranjeros que se hallen legalmente en España. Y [...] en prevención de las alteraciones que pudieran en su caso producirse [...] por la presencia de extranjeros en términos no legales en España, desarrolla las medidas específicas para impedir tales situaciones"⁷.

El año 2000, con la Ley de Orgánica 4/2000, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social⁸, se a la per-

⁵ Observatorio Permanente de Inmigración. *Extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de diciembre de 2005*. [En línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2006. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <http://extranjeros.mtas.es/es/general/InformeEstadistico_Diciembre_2005.pdf>.

⁶ Departamento de Estado de EE UU. *Informe sobre el Tráfico de Personas 2005* [En línea]. España. Madrid: Embajada de Estados Unidos en España, actualizada: 5 de enero de 2006. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://www.embusa.es/traffickingssp2005.html>>.

⁷ España. Ley Orgánica 7/1985 de 1 de Julio, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros e España, *Boletín Oficial del Estado*, 3 de julio de 1985, número 158, página 148.

⁸ España. Ley Orgánica 3/2000, de 11 de enero, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de lucha contra la corrupción de agentes públicos extranjeros en las transacciones comerciales internacionales, *Boletín Oficial del Estado*, 12 de enero de 2000, número 10, página 1.141.

sona inmigrante su derecho a la asistencia sanitaria, independientemente de cuál sea su situación administrativa:

"Artículo 12. Derecho a la asistencia sanitaria".

- "1. Los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles".
- "2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica".
- "3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles".
- "4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tendrán derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto".

Esta ley fue el resultado de un amplio consenso entre los grupos políticos y una importante parte del movimiento social, que, sin embargo, la consideró únicamente un primer paso al entender que aún adeleca de determinadas deficiencias que no la convertían en la regulación más deseable. No estuvo en vigor ni un año, ya que fue reformada por la Ley 8/2000⁹, y estos derechos pasaron nuevamente a estar fuertemente restringidos. La reforma, que fue blanco de numerosos recursos de inconstitucionalidad presentados por distintas organizaciones y grupos parlamentarios, significó una vuelta a la Ley 7/1985 al negarse el reconocimiento para las personas extranjeras en situación administrativa irregular de los derechos de sindicación, huelga, manifestación, asociación, reunión, educación (limitada a la obligatoria), justicia gratuita y de sufragio activo y pasivo en las elecciones municipales (reconocido en la ley 4/2000, y ahora limitado a casos de reciprocidad). Aunque la reforma no modificaba el derecho a la asistencia sanitaria, los trámites para alcanzar la regularización o lograr la reagrupación familiar se volvieron más complejos.

En 2003 se produjo una nueva reforma¹⁰, que fue presentada como "una mejora de la gestión, mediante la simplificación de los trámites administrativos, y la del régimen jurídico de las situaciones de los extranjeros en España"¹¹. La realidad fue distinta: en la práctica siguen existiendo numerosos obstáculos que impiden acceder al registro en el padrón municipal, y por tanto, a la obtención de la tarjeta sanitaria.

Según puede observarse en el gráfico I las personas extranjeras empadronadas superan en 991.678 a las extranjeras con tarjeta o autorización de residencia. Esta cifra es un mínimo, dado que no todas las personas extranjeras sin permiso de residencia están empadronadas. Son precisamente las personas pertenecientes a este grupo oculto –ni en situación regular ni empadronadas– las más vulnerables y discriminadas por su situación de inexistencia legal y las que acuden a nuestros centros y justifican la intervención de Médicos del Mundo.

Por otra parte, la reforma del 2003 (tal y como recoge su enunciado) también modifica la Ley de Procedimiento Administrativo –de modo que establece un trato diferenciado para la población inmigrante a la hora de acceder a la Administración Pública, en un acto de clara discriminación– y la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local, posibilitando el acceso a los datos del padrón por parte de la Policía. Esto último ha provocado que los y las inmigrantes, fundamentalmente por miedo a la expulsión del país, dejen de empadronarse, de cumplir con el que debería ser el primer paso para regularizar su situación administrativa.

POBLACIÓN INMIGRANTE ATENDIDA POR MÉDICOS DEL MUNDO

Mientras que no se identifican tendencias claras en las variaciones del número de personas inmigrantes atendidas por Médicos del Mundo entre 1996 y 2005, si cabe destacarse una lenta aunque constante disminución en el número de atenciones brindadas. Esta reducción se debe a

⁹ Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Disponible en: <http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/leyes_esp/lo_008_2000.pdf>.

¹⁰ Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre, de Reforma de la Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, modificada por la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre; de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local; de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y de la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal. Disponible en: <http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/leyes_esp/lo_014_2003.pdf>.

¹¹ Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración. *Entra en vigor la nueva Ley Orgánica 14/2003 de reforma de la Ley Orgánica 4/2000* [En línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://extranjeros.mtas.es/es/general/NoticiasActualidadb48fcdec75bd48dc218f356dbd39f352.html>>.

GRÁFICO 2
Evolución de las personas prostituidas atendidas y las atenciones brindadas por Médicos del Mundo.

Fuente: Informes de Exclusión Social de Médicos del Mundo.

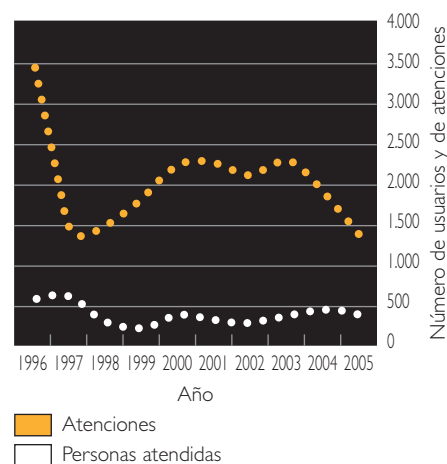
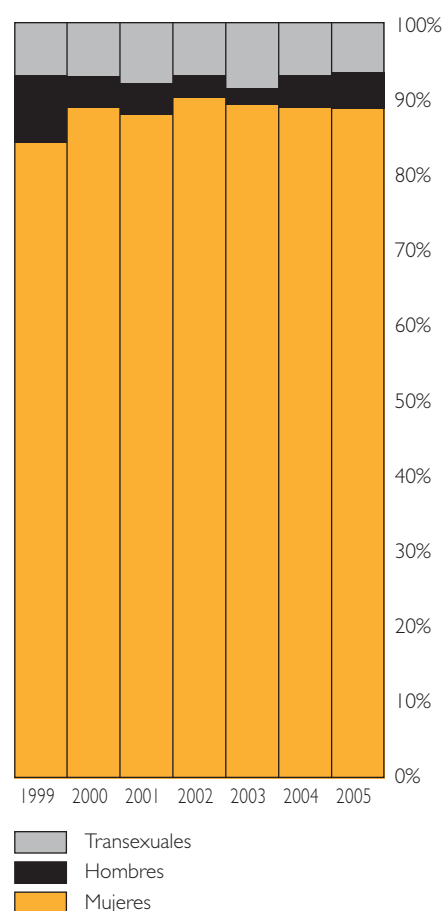


GRÁFICO 3
Distribución según sexo de las personas que ejercen prostitución atendidas anualmente por Médicos del Mundo.

Fuente: Informes de Exclusión anuales de Médicos del Mundo.



que la actuación de Médicos del Mundo se adecuó a la reforma legislativa que, a partir del 2000, permite el acceso a los servicios de salud de las personas inmigrantes empadronadas, redirigiendo los esfuerzos a la orientación y derivación de los pacientes a los centros de salud. Así, se aprecia un aumento de la proporción que suponen las atenciones sociales en el total de atenciones brindadas a este colectivo.

El porcentaje que suponen las mujeres en el total de personas atendidas cada año ha oscilado desde el mínimo de 46% alcanzado en 1998 al máximo de 52,6%, registrado en 2003. En el año 2002 hubo que incluir una nueva categoría en la variable sexo para registrar a las personas transexuales, que han pasado de representar el 1% de las personas atendidas en 2002, al 3%, tres años después.

En el año 2000 también se modificaron las categorías utilizadas para recoger la edad de usuarios y usuarias, pero se puede concluir que el perfil responde a una persona joven, más del 60% se sitúa por debajo de los 34 años. Es de destacar que en el año 1999 las personas mayores de 50 años representaron el 10% de todas las atendidas y las personas con edades comprendidas entre 46 y 50 años supusieron algo más del 24%.

En cuanto a las patologías atendidas se deben diferenciar dos períodos: 1998-1999, cuando los Informes de Exclusión Social de Médicos del Mundo registraban las atenciones según el órgano o sistema afectado, y 2000-2004, cuando se ha utilizado la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). En los dos primeros años, las afecciones traumatológicas, respiratorias, digestivas y psiquiátricas fueron las más frecuentes. En el segundo periodo considerado, el perfil presenta algunas modificaciones: por un lado las afecciones psiquiátricas disminuyen mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias han aumentado progresivamente hasta llegar a ser las más frecuentes en 2005.

2.2 PERSONAS PROSTITUIDAS 1996-2005

Médicos del Mundo entiende la prostitución como una relación de desigualdad de género, basada en el rol tradicional de sumisión sexual de las mujeres y en la explotación de los más débiles por los más poderosos, en la que una persona por motivos económicos, legales, sociales o culturales se ve obligada a prestar a otras determinados servicios sexuales a cambio de dinero u otro tipo de contraprestación. Esta situación supone una clara vulneración de los derechos humanos, en cuanto a que es una relación que somete a usufructo temporal el

cuerpo y la voluntad de la persona prostituida y provoca servidumbre.

Ninguna institución pública española maneja cifras cerradas del número de mujeres prostituidas que existen en España. A lo sumo, el Instituto Nacional de Estadística apunta que el 6,7% de la población masculina de entre 18 y 49 años mantuvo relaciones con una mujer prostituida en los 12 meses previos a ser planteada la pregunta¹². La Asociación Nacional de Empresarios de Alterne, que defiende la regularización de la prostitución, da la cifra de 400.000 mujeres prostituidas. El Instituto Europeo para la Prevención del Crimen intentó cuantificar el problema en los países comunitarios y estima el número de prostitutas en España entre 45.000 y 300.000, de las que, el 60% serían extranjeras¹³.

La prostitución en España ha cambiado en los últimos años, reflejando los acontecimientos internos de la sociedad, como el fenómeno de la inmigración. A inicios de los 90, una amplia mayoría de las mujeres prostituidas eran personas que se veían obligadas a ello por su adicción a drogas, recurrían a prostituirse como medio para financiar su consumo. Su número, dentro del total de personas prostituidas, era muy alto, y su edad muy corta. Su presencia en el mundo de la prostitución se fue haciendo patente de forma lenta pero progresiva. Reunían todas las características de una persona drogado-dependiente, lo que las llevaba a ser objeto de abusos en algunas ocasiones (robos, violaciones, maltrato físico, rapto, etc.).

Paralelamente, también ejercían la actividad un grupo de mujeres prostituidas clásicas, algunas de avanzada edad, y otro de ocasionales, amas de casa que ejercían la actividad en ocasiones muy concretas. Fue a mediados de los 90 cuando el perfil de la prostitución comenzó a cambiar, influenciado por el fenómeno de la inmigración. Personas que tuvieron que salir de sus países, bien por la pobreza extrema, bien por razones políticas o guerras étnicas o religiosas, terminaron recalando en la prostitución en España como medio principal de vida.

¹² Cifras INE [En línea]: *Salud y hábitos sexuales*. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, 2004. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf>.

¹³ LEHTI, M. *Trafficking in women and children in Europe* [En línea]. Helsinki: The European Institute for Crime Prevention and Control, 2003. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://www.heuni.fi/uploads/xsba5z.pdf>>.

Las personas que ejercen la prostitución se encuentran en una situación de profunda vulnerabilidad, primero por el estigma con que la sociedad las marca; segundo, por la falta del reconocimiento como ciudadanas libres y con derechos. A ello se unen las especiales condiciones de los espacios (lugares poco transitados y sin iluminación, automóviles de los clientes...) en los que en ocasiones se ejerce una actividad que permanece en un limbo legal, lo que deja a las mujeres a merced de grupos violentos. Así, a mediados de los 90, se produjo en España una ola de agresiones y asesinatos de mujeres prostituidas.

Otro de los fenómenos que se ha dado en esta última década ha sido una creciente presión vecinal. Los residentes de los barrios o zonas donde se ejerce esta actividad de una forma más visible se movilizan, no en contra de la prostitución en sí, sino para impedir que se ejerza cerca de sus domicilios.

TRATA Y TRÁFICO

No debemos olvidar el amplio número de redes de tráfico de mujeres con fines de explotación sexual que han surgido en los últimos años. En el ámbito del tráfico y/o la trata de personas con fines de explotación sexual, existe una relación tripartita en la que el proxeneta, empleando la violencia, intimidación o engaño o abusando de su situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, determina que la persona ejerza la prostitución, con o sin su consentimiento, para lucrarse de ello. Durante 2004 y 2005, la Policía Nacional española liberó a 3.053 extranjeras que eran obligadas a prostituirse por diversas redes¹⁴.

La legislación española en su Código Penal, reconoce a la persona prostituida como víctima en su artículo 188:

1. El que determine, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima, a persona mayor de edad a ejercer la prostitución o a mantenerse en ella, será castigado con las penas de prisión de dos a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses.
2. Será castigado con las mismas penas el que directa o indirectamente favorezca la entrada, estancia o salida del territorio nacional de personas, con el propósito de su explotación sexual empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o vulnerabilidad de la víctima.

Las formas en que se producen la trata y el tráfico de mujeres con fines de explotación sexual

se va adaptando a la legislación y las formas en las mujeres llegan al país van variando conforme van cambiando las leyes.

Con respecto a la trata y tráfico de personas con fines de Explotación Sexual, el Ministerio de Justicia, junto con el Ministerio de Interior y Vicepresidencia están trabajando en la creación de un Plan Integral de Lucha contra la Trata de personas en el Estado Español.

PERSONAS PROSTITUIDAS ATENDIDAS POR MÉDICOS DEL MUNDO

El número de personas prostituidas atendidas por Médicos del Mundo ha sufrido variaciones en los últimos 10 años, a pesar de las disminuciones puntuales ocurridas en los años 1999 y 2002. Esa misma tendencia se da en el número de atenciones, aunque en este caso los años en los que el número disminuyó fueron 1999, 2002 y 2004. El número de preservativos entregados ha aumentado año tras año, salvo en 2001, y el crecimiento ha sido mayor que el de las personas usuarias: desde 1998 hasta 2004 se ha multiplicado por 2,4.

Desde el año 2000 hasta el 2004 se ha reducido casi tres veces el porcentaje que representan las mujeres de nacionalidad española. En ese mismo periodo el porcentaje de mujeres de Europa del Este se ha multiplicado por 6, mientras que el de mujeres latinoamericanas lo ha hecho por 2. El colectivo más numeroso sigue siendo el de mujeres subsaharianas. Esta situación no se da entre los hombres y las mujeres transexuales atendidas. En estos casos la mayoría corresponde a personas españolas y latinoamericanas.

La mayoría de las personas atendidas está por debajo de los 35 años, sin que se hayan registrado cambios marcados en estos años. La edad media de las mujeres atendidas es algo superior a la de hombres y transexuales y se sitúa ligeramente por encima de los 31 años.

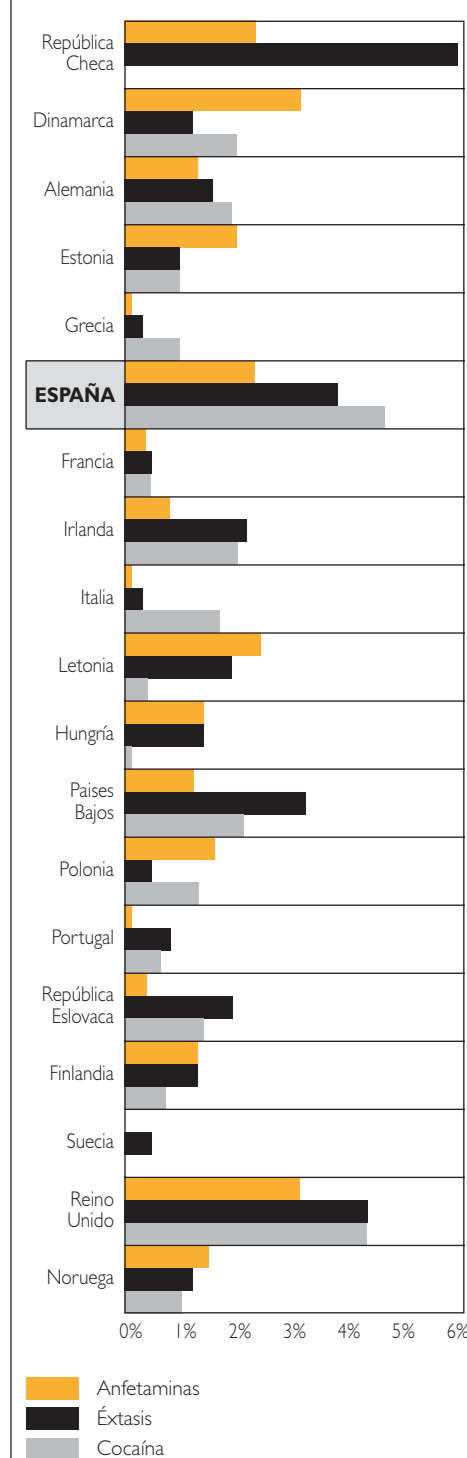
2.3 PERSONAS USUARIAS DE DROGAS 1996-2005

Varios han sido los fenómenos que han marcado el consumo de drogas ilegales en España en los últimos 10 años: el porcentaje de jóvenes de entre 14 y 18 años que consumen cannabis se ha duplicado; la cocaína se ha convertido en

¹⁴ T.B. *La policía libera en dos años a 3.035 extranjeras forzadas a prostituirse*. El País [En línea], 26 de abril de 2006. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.elpais.es/articuloCompleto/espana/policia/libera/anos/035/extranjeras/forzadas/prostituirse/elpais/20060426elpinac_16/Tes>.

GRÁFICO 4
Comparativa del consumo reciente de drogas ilegales en países de Europa

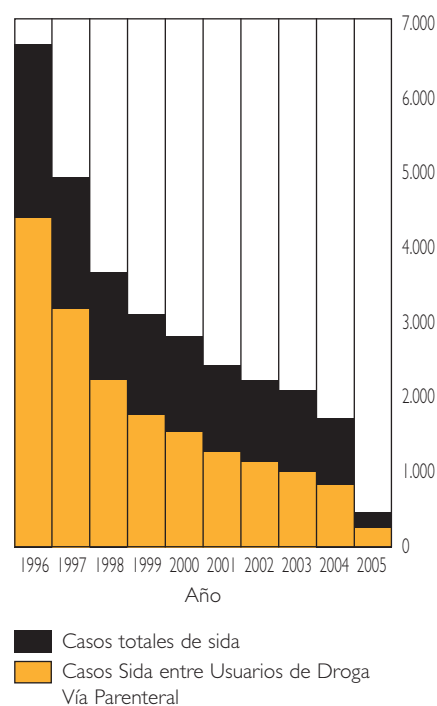
Fuente: Estado del problema de las drogas en Europa 2005, Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías.



■ Anfetaminas
■ Éxtasis
■ Cocaína

GRÁFICO 5
Relación de casos totales de sida en España y casos de sida por consumo de drogas vía parenteral

Fuente: Centro Nacional de Epidemiología.



la segunda droga más consumida, alcanzando índices similares a los de EE UU y muy por encima de la media europea; y han cambiado las condiciones del consumo, cada vez más ligado al ocio, con la aparición de las llamadas drogas de síntesis o de diseño. Por el contrario, el consumo de heroína ha disminuido en la misma proporción que ha aumentado el de la cocaína¹⁵.

Los programas de atención de Médicos del Mundo también han detectado una progresiva feminización del perfil de la persona que solicita algún tipo de atención en los programas de la organización. Más allá de las vivencias comunes para la mujer y el hombre usuarios de drogas, hay algunos aspectos indudablemente diferentes. Ambos desarrollan dependencias con características específicas y con factores de vulnerabilidad y de protección diversos. Las mujeres con uso problemático de drogas pueden sufrir cuadros más complejos con repercusiones físicas y psicológicas más graves, si al consumo se añaden circunstancias como el abuso sexual, violencia, conflictos con la familia de origen, desempleo o trabajo precario, dependencia económica, embarazos no deseados o interrupciones voluntarias de los mismos, presencia de hijos en acogida tutelar o adopción y dependencia emocional, entre otras.

La invisibilidad de la compleja situación específica de las mujeres con uso problemático de drogas en las estadísticas y datos oficiales de los servicios de atención social y sanitaria a drogodependientes, es una muestra de la especial vulnerabilidad de estas mujeres frente a la atención que se presta a los hombres.

SITUACIÓN LEGAL

El Código Penal español contiene una serie de artículos dirigidos a castigar delitos relacionados con el cultivo, la elaboración y el tráfico ilegales de drogas. También regula las penas por delitos cometidos a causa de la dependencia o bajo síndrome de abstinencia. En los últimos años casi todas las Comunidades Autónomas han promulgado diversas leyes sobre drogas, que hacen referencia, principalmente, a aspectos relacionados con la prevención, la asistencia y la reinserción social de drogodependientes y la reducción de daños y riesgos. España ha suscrito y ratificado los más importantes convenios Internacionales en vigor relativos al control y represión del tráfico ilegal de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas y ha actualizado las normas sobre estupefacientes adaptándolas a lo establecido en el Convenio de 1961 de Naciones Unidas.

Las políticas prohibicionistas y los convenios internacionales que las sustentan no han conseguido los objetivos de reducir la demanda y la oferta de drogas. Sin embargo, sí están teniendo

una influencia negativa para el desarrollo de los países en vías de desarrollo afectados, debido a la intromisión en sus políticas agrarias. A ello se añade la presencia de mafias con un enorme poder económico, que hacen sombra al poder de los Estados, estimulan la corrupción de los poderes públicos y participan en otras actividades ilegales generadoras de injusticias.

La actual política internacional de drogas no cubre los objetivos para los que fue diseñada y es fuente de graves y numerosos problemas y conflictos. Pues, aunque es importante contar con la existencia consolidada de planes y programas, con una asistencia profesionalizada y leyes y normas que regulen la prevención y asistencia, lo cierto es que el marco legislativo se organiza alrededor de una contradicción.

La legislación nacional e internacional sobre drogas se fundamenta en la prohibición, a partir de la cual se persigue todas las actividades relacionadas con ellas: cultivo, producción, tráfico, venta, incluso el consumo. Pero, simultáneamente quiere ser tolerante y rehabilitadora con quienes desarrollan problemas de salud relacionados con el consumo. Sin embargo, tener problemas relacionados con el consumo de drogas, en especial la dependencia, lleva aparejado una elevada posibilidad de realizar actividades delictivas relacionadas con el narcotráfico. De este modo entran en colisión las finalidades punitivas y rehabilitadoras, que se intentan resolver con medidas poco contrastadas en su eficacia, como el tratamiento forzoso.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Desde 1985, el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)¹⁶ es la institución española destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas administraciones públicas y entidades sociales en España. El PNSD estaba integrado dentro del Ministerio de Sanidad, que a su vez estaba coordinado con el Ministerio de Interior, Asuntos Sociales, Educación y Justicia. En 1993 el PNSD pasó a ser dependencia y responsabilidad exclusiva del Ministerio de Interior lo que indica que la política frente a las drogodependencias sustituyó su connotación sanitaria por un enfoque represivo y punitivo. En el año 2004, con la nueva legislatura política, el PNSD volvió a ser dependencia del Ministerio de Sanidad, considerándose las drogodependencias como un problema sociosanitario.

¹⁵ Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004 y Encuesta Domiciliaria sobre Abusos de Drogas 2003, del Plan Nacional Sobre Drogas.

¹⁶ Página oficial del plan Nacional sobre Drogas: <<http://www.pnsd.msc.es>>.

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La mayoría de los problemas asociados al consumo de drogas está relacionada, más que con la propia sustancia, con la forma de consumirla. Así, al irse incrementando el número de personas que consumen drogas, sobre todo heroína por vía inyectada, hemos asistido a un auge de problemas sanitarios asociados con esa vía, desde la muerte por sobredosis o reacciones secundarias a las sustancias de adulteración, hasta infecciones de todo tipo (bacterianas, víricas, micóticas) y alcance (desde las más localizadas como los abscesos en los puntos de venopunción, hasta las más generalizadas, como las septicemias). Algunas se convirtieron en auténticas epidemias entre la población consumidora, como las hepatitis B y C y la infección por VIH/sida.

En el periodo 1981 a 1997 (datos del Ministerio de Sanidad y Consumo) el 64,4% de las personas diagnosticadas de sida en España eran usuarias de drogas inyectables. En la gran mayoría de los casos la infección se había producido al compartir material de inyección. Sin embargo, no sólo los problemas sanitarios son determinantes en el o la drogodependiente; la marginación, la pobreza, el estigma, han hecho en estos últimos 10 años de las drogodependencias algo más que un problema sanitario.

El acceso a la salud de la población drogodependiente no está garantizado de forma específica en la legislación española, sino de forma general: la Constitución de 1978 reconoce en su artículo 43¹⁷ el derecho a la protección de la salud, encomendando a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Por su parte, la Ley General de Sanidad¹⁸, da respuesta y desarrollo a estas previsiones constitucionales, estableciendo los principios y criterios sustantivos que han permitido configurar el Sistema Nacional de Salud: el carácter público y la universalidad y gratuidad del sistema.

Sin embargo, dentro de las prioridades en materia de prevención y reinserción del Ministerio de Sanidad y Consumo sólo se encuentran el tabaquismo y el alcoholismo, quedando el resto de drogodependencias segregadas para ser abordadas por una red paralela que no siempre cuenta con la infraestructura y los recursos necesarios para atender de forma integral los problemas que se asocian.

Las personas usuarias de drogas con graves problemas sanitarios y sociales tienen que ser constantemente derivadas de unos servicios a otros para encontrar respuesta a sus necesidades, lo que les viene a añadir dificultades para el desa-

rollo de un estilo de vida normalizado, tanto para ellas, como para sus entornos familiares. La población usuaria de drogas con salud más deteriorada tiende a quedar al margen de los servicios de atención primaria, incluidos los centros de salud, por lo que recurre prioritariamente a las urgencias hospitalarias cuando su estado se agrava, como consecuencia o no del consumo de drogas.

Una estimación simple¹⁹ basada en los indicadores de urgencias por reacción aguda a drogas del Observatorio Español sobre Drogas y en datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, revela que una de cada 1.000 atenciones en los servicios de urgencia en los hospitales españoles, está relacionada directamente con el uso de drogas, principalmente de consumidores de cocaína (44,4% de los episodios) y de heroína (33,5%).

En el estudio realizado en el año 2001 por Médicos del Mundo en la Comunidad de Madrid²⁰, sobre el trato en las urgencias hospitalarias, más del 50% de las personas toxicómanas se sintió discriminado. La conflictividad del toxicómano es alta y esto se traduce en un trato inadecuado en un número elevado de casos.

La mayor parte de los pacientes toxicómanos acuden a urgencias por problemas infecciosos (en el sistema respiratorio y de partes blandas) o por traumatismos (relacionados con agresiones), siendo muy escaso (4%) el número de consultas directamente relacionadas con las drogas (sobredosis y síndrome de abstinencia agudo), patologías de alta prevalencia en la población en estudio.

PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS EN PRISIÓN

Desde el punto de vista de la salud pública, los tres principales retos de las prisiones europeas son la salud mental, las drogodependencias y las enfermedades transmisibles. En el peor de los casos, la cárcel supone la exacerbación de todos

¹⁷ Disponible en: <http://www.congreso.es/funciones/constitucion/titulo_1_cap_3.htm>.

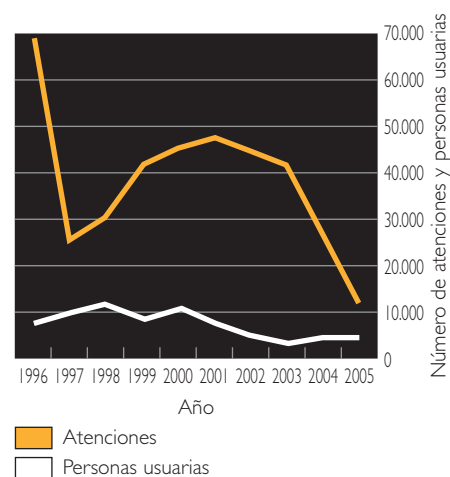
¹⁸ Ley 14/1986, de 25 de abril. Disponible en: <http://www.congreso.es/constitucion/ficheros/leyes_esp/1_014_1986.pdf>.

¹⁹ Elaboración propia.

²⁰ RODRIGO, A. et al. *Trato de Urgencias del Paciente Toxicómano*. En XIII Congreso Nacional Semes-Cádiz, 13 a 16 de junio de 2001. 31 I-III-B.

GRÁFICO 6
Personas usuarias de drogas atendidas por Médicos del Mundo

Fuente: Informes de Exclusión Social de Médicos del Mundo.



estos problemas. En el mejor, podría convertirse en una oportunidad única de acceder a drogo-dependientes que jamás han estado en contacto con los servicios especializados²¹.

El riesgo de padecer infecciones (hepatitis B y C, VIH, abscesos, candidiasis, etc.) como consecuencia del uso compartido de material de inyección y del consumo de drogas en condiciones poco higiénicas es elevado entre los usuarios y usuarias de drogas inyectables. En España, diversos estudios realizados sobre personas usuarias de drogas inyectables encuentran prevalencias del 30-54% de infección por VIH y mucho mayores de hepatitis C. El porcentaje de casos de sida declarados al Registro Nacional de Casos de Sida supera el 60%²².

Más del 50% de las personas que ingresan en prisión refieren antecedentes de consumo de drogas, y aproximadamente la mitad de ellas lo hace por vía intravenosa. A pesar de las medidas adoptadas por la institución para impedir la entrada de drogas y de la extensión a todas las prisiones de programas de atención a drogodependientes, desde los orientados a la abstinencia hasta los dirigidos a la reducción de daños, muchas personas usuarias de drogas encuentran la forma de seguir consumiendo en el interior del recinto penitenciario. En un medio cerrado, la falta de acceso a agujas y jeringas estériles aumenta la probabilidad de que se reutilicen y se compartan. En estas circunstancias, los virus de las hepatitis y el VIH encuentran un vehículo apropiado para propagarse fácilmente.

En 1997 comenzó en España (prisión de Bilbao-Basauri) el primer programa de intercambio de jeringuillas (PIJ) en medio penitenciario. Cinco años después, eran 27 los centros con estos programas. En 2002 se distribuyeron dentro de esas prisiones 12.970 jeringas. Se describió una disminución en la utilización de jeringuillas ya usadas y no se evidenció el aumento en el consumo de drogas por vía inyectada. Por otra parte, no se pusieron de manifiesto conflictos entre los presos, ni entre éstos y el personal penitenciario, y no se describió ningún incidente digno de mención, ni en cuanto a pinchazos accidentales, ni en la utilización de las jeringas, de forma deliberada, como arma contra el personal de la prisión²³.

Desde 2003, todas las prisiones tienen las condiciones técnicas y legales necesarias para intercambiar jeringuillas si se constata la presencia de personas usuarias de drogas y hay demanda de jeringuillas estériles. En la práctica, muchos de los centros no tienen en marcha estos programas, o los tienen de forma latente, al no existir demanda de jeringuillas. Este hecho no implica que no exista consumo; el diseño de algunos PIJ puede afectar a la demanda por el temor de las

personas internas a la pérdida de confianza sobre su situación de consumidora.

PERSONAS USUARIAS DE DROGAS ATENDIDAS POR MÉDICOS DEL MUNDO

La evolución del número de personas usuarias de drogas atendidas por Médicos del Mundo entre 1996 y 2005 registró un máximo entre los años 1998 y 2000 para luego ir descendiendo paulatinamente. El número de atenciones no ha seguido esta tendencia y no es posible encontrar un patrón de evolución homogéneo para para este período.

En cuanto al perfil de la persona usuaria se aprecia en estos 10 años se aprecia un aumento progresivo del porcentaje que suponen las mujeres. Esta tendencia sólo se rompió en los años 2001 y 2002, aunque los hombres siguen siendo mayoría (casi el 83% en 2004).

Al analizar la nacionalidad de la población atendida, sí se aprecia un claro aumento de las personas inmigrantes, sobre todo provenientes de otros países comunitarios o de Europa del Este. En su mayoría, las personas usuarias tienen edades comprendidas entre los 25 y los 35 años. La edad media es algo menor en mujeres que en hombres. Esta situación se ha mantenido a lo largo de los 10 años considerados.

Otro tema importante a lo largo de esta década ha sido el tipo de sustancia más consumida. Así, la heroína sin mezclar con cocaína era la sustancia más usada durante los años 90, mientras que hoy en día la mezcla de heroína y cocaína ha pasado al primer lugar, quedando la heroína en tercero, por detrás de la cocaína.

El número de derivaciones a servicios públicos, ONG u otros programas de Médicos del Mundo ha aumentado año por año salvo en 2002, cuando se registró una brusca caída. El

²¹ GRIFFITHS, P, et al. *El tratamiento de los consumidores de drogas en las prisiones*. Oficina de Publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas. Drogas en el punto de mira [En línea]. 2003, número 7. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <www.emcdda.eu.int/index.cfm?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=538&sLanguageISO=ES>.

²² Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia Epidemiológica del Sida en España* [En línea]: Informe Semestral Número 1. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida, 2005. [Consulta 18 de mayo 2006]. Disponible en: <http://cne.isciii.es/htdocs/sida/informe_sida.pdf>.

²³ SANZ, J, et al. *Syringe-exchange programmes in Spanish prisons*. En Connections: The Newsletter of the European Network Drug Services in Prison & Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison 2003; 13: 9-12.

número de jeringuillas entregadas y recogidas ha ido disminuyendo, reflejando el cambio de vía de consumo para las sustancias más utilizadas.

2.4 ESTRATEGIAS DE MÉDICOS DEL MUNDO

Médicos del Mundo interviene con población socialmente excluida desde 1992. El principal objetivo en aquellos inicios era la prevención de VIH/sida, debido a la alta prevalencia de la infección en España, fundamentalmente en personas con prácticas de riesgo, como el consumo inyectado de drogas y la prostitución, y su principal estrategia fue el acercamiento físico y humano a estos colectivos con unidades móviles que acudían a los puntos de venta de droga, realizando además del intercambio, actividades de educación para la salud y derivación a los servicios sociales y sanitarios públicos. Estos colectivos acceden con dificultad a dichos servicios debido a barreras administrativas, culturales y sociales. La estrategia de integración cobra especial relevancia con la llegada a nuestro país de población migrante.

El objetivo de integración de los colectivos excluidos llevó a Médicos del Mundo a desarrollar nuevas estrategias de acercamiento o de atracción poniendo en marcha centros de reducción del daño (CEREDA) con consultas de atención sociosanitaria, salud bucodental, salud sexual y reproductiva y la puesta en marcha en Bilbao de una Sala de Consumo Supervisado que ha conseguido aspectos positivos en la reducción de daños de las personas usuarias de drogas inyectables.

A través de la investigación, Médicos del Mundo analiza y profundiza sobre las nuevas tendencias y cambios que se dan en la población excluida. Esta estrategia no sólo aporta importantes indicadores a la intervención con la población, sino que también es una herramienta básica para desarrollar acciones de sensibilización con el conjunto de la sociedad.

INTEGRACIÓN EN LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS PÚBLICOS

En 1994 Médicos del Mundo puso en marcha su programa de atención sociosanitaria a inmigrantes que por su situación administrativa irregular no accedían a los servicios sanitarios y sociales a través de los Centros de Atención Sociosanitaria a Inmigrantes (CASSIM), teniendo presente en todo momento la necesidad de que se reconociera por parte de la Administración el derecho universal a la salud y por lo tanto a la asistencia sanitaria pública.

La aprobación de la Ley de Extranjería 4/2000, cuyo artículo 12 regulaba el acceso a los servi-

cios sanitarios de las personas inmigrantes siempre y cuando estuvieran empadronadas, dio un giro a los programas de la organización. Los CASSIM redirigieron sus objetivos a mediar y orientar a las personas usuarias sobre los procedimientos para tramitar la tarjeta sanitaria.

Ante las barreras que encuentran algunas personas inmigrantes en el sistema de salud, Médicos del Mundo, en coordinación con la Junta de Andalucía y con otras organizaciones de esta comunidad, ha participado en la elaboración de un Plan de Atención Integral a Inmigrantes, que incluye materiales no sólo para la persona inmigrante, sino también dirigidos al personal médicosanitario, que recogen las principales patologías endémicas de los países de origen, el calendario de vacunación y vocabulario en varios idiomas que puede servir de apoyo en la atención a este colectivo.

En Andalucía, Médicos del Mundo desarrolla desde 2002 cursos de formación en materia de atención sanitaria y diversidad cultural dirigidos a los profesionales sanitarios y no sanitarios del sistema público. El objetivo es facilitar a estos profesionales instrumentos útiles que puedan desarrollar en su trabajo diario con el nuevo perfil multicultural de usuarios/pacientes que ya es una realidad en esta comunidad autónoma. Los cursos se desarrollan en distritos sanitarios, centros hospitalarios y centros de atención primaria (en horario de formación continuada).

La mediación intercultural sigue siendo una asignatura pendiente. Existen profesionales formados en Mediación Intercultural en el ámbito sanitario por diferentes ONG y asociaciones (Andalucía Acoge, ACCEM, etc.) pero aún seguimos luchando para que la sanidad pública los incluya como parte del personal. Dentro del marco del Convenio de Atención Sanitaria a Inmigrantes (por el que todo inmigrante tiene acceso al servicio público en Andalucía), Médicos del Mundo insiste en que la mediación sea prioritaria durante el año 2006 y 2007.

Metges del Món Catalunya lleva tres años trabajando en la formación de mediadores sociosanitarios. En un 65% de los casos son contratados, así que es un servicio con plena demanda. Igualmente, se está impulsando la creación de una asociación de mediadores interculturales sociosanitarios, para regular y protocolizar esta figura y las tareas a desarrollar.

En la Comunidad Valenciana, se está formando a personal sanitario y no sanitario en temas de salud en la población inmigrante desde 2003. La formación se da través de los planes de formación continuada de la Escuela Valenciana de Estudios de Salud.

La experiencia de Médicos del Mundo nos muestra que aún en la actualidad, existen colectivos de inmigrantes que por su situación irregular y de vulnerabilidad al carecer de vivienda o de documentación, no acceden al Sistema Sanitario Público español, por lo que los CASSIM continúan prestando atención social y sanitaria, además de orientación y apoyo en la derivación hacia los servicios sanitarios públicos. También se presta apoyo psicológico y psiquiátrico para quienes lo precisen. Estos centros de atención también persiguen aumentar el conocimiento y motivación de las personas usuarias sobre el propio cuidado, mediante la educación para la salud y la promoción de hábitos saludables, y mejorar su integración en la comunidad, mediante la sensibilización de la opinión pública sobre la situación real de estas personas en nuestro entorno.

ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

La estrategia de Reducción de Daños está definida como un modelo de salud pública dirigido a reducir los peligros sanitarios y sociales asociados al consumo de drogas, cualquiera que sea el estatuto legal de la droga, y al ejercicio de la prostitución. Se trata de un enfoque pragmático que defiende la dignidad humana y rechaza las actitudes moralizadoras.

Programas de Reducción de Daños asociados al consumo de drogas

Estos programas están dirigidos a personas usuarias de heroína y cocaína por vía parenteral y/o fumada, con el objetivo de disminuir las prácticas que conllevan riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones —como el uso compartido de jeringuillas u otros materiales relacionados con la preparación y administración de la droga— y promover el uso de torniquetes y la limpieza de la zona de punción. También se busca disminuir las conductas sexuales de riesgo, mejorar el acceso de las personas usuarias a los recursos sanitarios y sociales generales (por ejemplo, servicios de atención primaria o servicios sociales básicos) y específicos (como consultas hospitalarias o tratamiento para trastornos adictivos), y aumentar la proporción de usuarios que se realizan pruebas médicas para la detección del VIH y la hepatitis B y C, a la vez que se promueve el tratamiento y/o el seguimiento entre aquellos usuarios cuyas serologías sean positivas, además del despistaje y profilaxis de otras patologías, como tuberculosis y tétanos.

Las intervenciones se realizan desde dos tipos de dispositivos bien diferenciados. Por una parte, una serie de Unidades Móviles que se desplazan a los puntos de venta y consumo de drogas y a los poblados marginales, llevando a cabo los que se han denominado programas de

outreach o de acercamiento y, por otra parte, desde centros fijos que denominamos Centros de Reducción de Daños (CEREDA), concebidos como servicios específicos con visión integral y multidisciplinar, donde tienen cabida todas las formas de intervención destinadas a disminuir la marginalidad por el consumo de drogas y la prevención del VIH/sida y otras patologías asociadas al consumo. La estrategia de intervención de los CEREDA se fundamenta desde una óptica de "bajo umbral" o "exigencia cero", obedeciendo a la filosofía de intervención humanitaria que mueve a Médicos del Mundo en todas sus áreas de trabajo.

Los CEREDA, además, pretenden ser puntos de encuentro donde las personas drogodependientes tengan un espacio en el que sentirse relajados, tomar una comida y/o bebida y desarrollar un proceso de socialización lejos de las presiones a que están sometidas en la calle.

La Sala de Consumo Supervisado (SCS) permite una nueva estrategia en el campo de las drogodependencias, cuyo principal objetivo es la disminución de los riesgos asociados al consumo de drogas por vía intravenosa, tanto para las personas usuarias, como para la comunidad.

En la SCS, se realizan dos tipos de Programas de Intercambio de Jeringuillas: el cerrado y el abierto. El primero se desarrolla durante los días laborables y se dirige única y exclusivamente a las personas que previamente se han inscrito. El segundo tipo de Programa de Intercambio de Jeringuillas, el denominado abierto, se desarrolla cuando las personas usuarias no pueden acudir a otros recursos por encontrarse cerrados, es decir, durante los fines de semana y festivos. Toda persona que lo solicite puede, esté o no dada de alta, acceder a este programa.

El trabajo realizado en la SCS con personas que tienen especiales dificultades para consumir por vía intravenosa ha dado como resultado un progresivo aumento en el consumo esnifado. En junio de 2005 se inauguró una sala de inhalado para las personas que consumen por esta vía.

Programas de Reducción de Daños asociados al ejercicio de la prostitución

Médicos del Mundo desarrolla actividades de Reducción de Daños con personas que ejercen la prostitución en calles y clubes a través de programas de acercamiento, mediante Unidades Móviles, y centros específicos, los denominados Centros de Atención Sociosanitaria para Personas que Ejercen la Prostitución (CASSPEP).

En estos programas se desarrollan actividades de educación para la salud, consejo sobre VIH y distribución de preservativos, siempre teniendo presente la importancia del trabajo de empode-

ramiento de las personas que ejercen la prostitución, dotándolas de habilidades de comunicación y conocimientos sobre las infecciones de transmisión sexual y haciéndolas partícipes de las decisiones y ejecución de los proyectos. Algunas de estas personas realizan la función de educadoras de pares junto a los equipos interprofesionales de los programas.

El objetivo primordial de este programa es mejorar la calidad de vida de las personas prostituidas mediante su acercamiento a estilos de vida más saludables, disminuyendo las conductas sexuales de riesgo y mejorando su acceso a los recursos sanitarios y sociales públicos.

INVESTIGACIÓN

Médicos del Mundo tiene como base del trabajo y conocimiento de los colectivos con los que desarrolla su trabajo, la investigación. Los resultados obtenidos en diferentes estudios, nos han mostrado con rigurosidad y credibilidad aspectos de la experiencia científicamente probados. El análisis y profundización de estas investigaciones, han permitido a Médicos del Mundo, adecuar las estrategias así como un mayor conocimiento cuantitativo y cualitativo con la población que Médicos del Mundo interviene.

La Fundación para la investigación y la prevención del sida en España, el Plan Nacional sobre Drogas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, entre otros, han financiado iniciativas de investigación que Médicos del Mundo ha puesto en marcha, otorgando credibilidad a nuestro trabajo y a los resultados obtenidos.

SENSIBILIZACIÓN

Para Médicos del Mundo, la Sensibilización (considerada como un cambio de actitud y transformación de una realidad a través de la educación, la información, la denuncia y la movilización) es una estrategia clave en la intervención con colectivos excluidos. Algunas de las causas fundamentales de la exclusión social son la estigmatización y discriminación que sufren los colectivos, estando implicados varios agentes: el personal sanitario y administrativo, las fuerzas del orden público, el personal docente y la población en general.

En los últimos 10 años, Médicos del Mundo, paralelamente a la intervención directa con los colectivos excluidos, ha desarrollado campañas de sensibilización dirigidas a diferentes poblaciones clave, entre las que destacamos:

Campaña **¿Cómo hablamos de los y las inmigrantes?**, dirigida a los/as jóvenes estudiantes de 4º de la ESO y sus tutores. Indirectamente resultan beneficiados los y las estudiantes inmigrantes que sufren situaciones de racismo y xenofobia en las aulas.

Campaña **Educación para convivir**, una colección de talleres de educación en valores destinada a alumnos y alumnas de Educación Primaria. A lo largo de los 19 talleres que la integran, se tratan diversas temáticas (interculturalidad, trabajo y explotación infantil, diferencias Norte-Sur; Medio Ambiente, derechos humanos, etc.), para, a través del juego y las manualidades, lograr un conocimiento real y preciso sobre la situación en los países en desarrollo y en las poblaciones socialmente excluidas de nuestro país y un replanteamiento y un replanteamiento de la actitud hacia las culturas con las que convivimos.

Campaña **SofiaSexy**²⁴, sitio web que tiene como objetivo mostrar la realidad que se oculta detrás de la prostitución y el tráfico y la trata de mujeres. Con un formato similar al usado por los millones de webs pornográficas que inundan la Red, denuncia el estado de desamparo que padecen las mujeres que sufren violaciones, golpes, palizas, pero que, como mujeres prostituidas, no tienen soporte legal y social para poder recurrir a ningún tipo de ley específica.

ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS A LAS ESTRATEGIAS DE MÉDICOS DEL MUNDO

En estos últimos años se ha podido observar un cambio sustancial en el perfil del voluntariado adscrito a los programas de Exclusión Social de Médicos del Mundo. En lo que respecta al voluntariado que pertenece al del campo de la psicología, que se han acercado a Médicos del Mundo, y que desarrollan su actividad en exclusión social, se ha consolidado su participación y en la actualidad está realizando una labor muy importante en el campo de la salud mental, principalmente en el colectivo de inmigrantes. En lo que respecta al personal adscrito a los diferentes programas de Exclusión Social, es importante reflejar la variación existente en el personal contratado del periodo 2004 al 2005, motivada por una reorganización interna de Médicos del Mundo.

En el gráfico número 8 puede observarse el progresivo aumento en el número de profesionales con formación en psicología que se han contratado en los últimos cuatro años, llegando a duplicar con respecto a 2002.

Personal mediador sociosanitario

Las personas inmigrantes atendidas por Médicos del Mundo refieren encontrar una serie de obstáculos en la atención sanitaria: barreras idiomáticas y/o culturales, problemas de entendimiento con el personal del Centro de Salud y desconocimiento de los procedimientos administrativos.

GRÁFICO 7
Personal voluntario de Médicos del Mundo

Fuente: Informes de Exclusión Social de Médicos del Mundo.

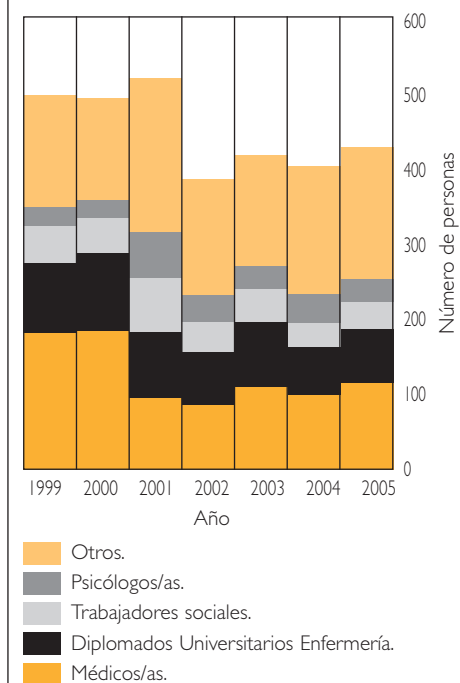
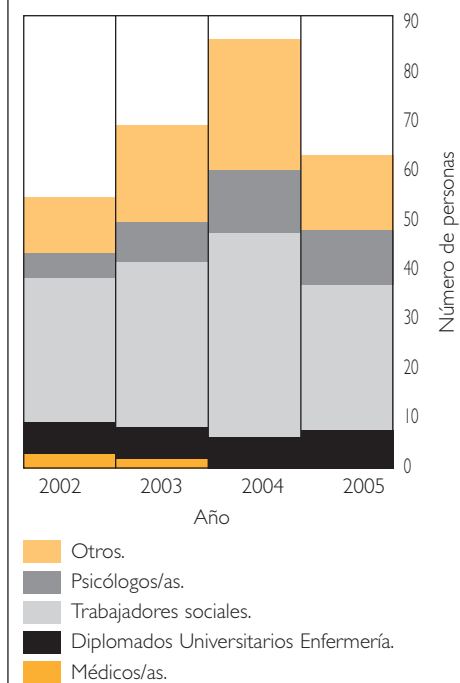


GRÁFICO 8
Personal contratado de Médicos del Mundo

Fuente: Informes de Exclusión Social de Médicos del Mundo.



²⁴ Web: <<http://www.sofiasexy.com>>.

A ello se une que los/as profesionales adolecen de una falta de formación de valores culturales diferentes, así como de una escasa sensibilización hacia la situación de estas personas.

Por esto, desde Médicos del Mundo consideramos muy importante la presencia de mediadores/as culturales en los centros de salud como parte del equipo de trabajo. Entendemos que la persona mediadora debe tener un perfecto conocimiento de las dos culturas, la del país receptor y la del país de origen del inmigrante. Es necesaria en la mediación intercultural una persona que conozca los giros, las expresiones hechas, los lenguajes no verbales, los gestos corporales, pues muchos de ellos son culturales y facilitan mucha información sobre el estado, la actitud o la reacción de una persona en una situación dada. Por todo ello, siendo la labor del mediador complicada y muy delicada, se necesita una formación académica, pero también una sensibilidad especial y un sentido de la solidaridad muy presente, y estas cualidades las da la experiencia vital de cada persona y el grado de compromiso que adquirimos frente a las personas necesitadas. En este sentido apostamos por la formación continua de nuestros mediadores y mediadoras.

Personal educador de pares

Médicos del Mundo es consciente de la necesidad de dar participación activa a las poblaciones que atiende en los programas que desarrolla y está convencido de que la participación de pares es el mejor método para promover cambios en prácticas de riesgo, acciones socio-culturales y estrategias de inclusión social. Esta estrategia ha supuesto en Médicos del Mundo el incremento de sus recursos humanos con la participación de pares en los diferentes programas de Exclusión Social.

La intervención de pares en nuestros programas se lleva a cabo teniendo en cuenta el vínculo entre personas que comparten vivencias o situaciones similares y que la similitud cultural de los pares ayuda a asegurar que el lenguaje y los mensajes utilizados sean relevantes y apropiados. Los programas encabezados por pares pueden lograr cambios en las normas sociales y comunitarias y permiten el involucramiento directo de las personas en sus propios programas.

Formación

Médicos del Mundo considera que la formación de los Recursos Humanos es vital para el desarrollo profesional de las personas voluntarias y contratadas que participan en sus programas. Si bien todo el personal contratado está preparado y cualificado y la mayoría del voluntariado se compone de personas que desarrollan su actividad profesional en el campo socio-sani-

tario, es necesario formarles sobre temas concretos en función de la actividad a desarrollar y de los proyectos en los que participan.

La formación en Médicos del Mundo es concebida como algo esencial, una inversión en los recursos humanos que repercutirá en la gestión y en la ejecución de los proyectos. Por lo tanto, Médicos del Mundo ha optado por una formación continua de su personal, y en concreto del que está adscrito a los programas de Exclusión a través de actividades formativas sobre Gestión de Proyectos, Género y Derechos Humanos, Formación Institucional y Salud Mental e Inmigración, entre otros.

3. PERSONAS MIGRANTES 2005

PROCESO DE "REGULARIZACIÓN"

2005 fue el año de la entrada en vigor del Reglamento de Extranjería y con ella de la mayor "regularización" de personas migrantes de la historia del país. El denominado "proceso de normalización" se desarrolló desde el 7 de febrero al 6 de mayo, periodo durante el cual se presentaron 691.655 solicitudes merced a una disposición transitoria incluida en el reglamento de la Ley de Extranjería.

El objetivo de esta iniciativa, según el Gobierno, era terminar con la situación irregular de los trabajadores inmigrantes que se emplean en España en la economía sumergida. Por este motivo, se involucró en el proceso a los empresarios, que tuvieron que presentar un contrato de trabajo firmado con la persona inmigrante por un mínimo de seis meses. Las condiciones para la persona inmigrante eran carecer de antecedentes penales y demostrar residencia en España desde agosto de 2004.

Según los datos ofrecidos por la Administración central, 573.270 personas migrantes (el 83,3% del total de solicitudes presentadas) habrían obtenido una autorización de residencia y trabajo de un año de duración. Casi la mitad de los nuevos cotizantes a la Seguridad Social, que obtuvo más de 120 millones de euros al mes en concepto de cotizaciones de trabajadores extranjeros, vive en Madrid y Catalunya. Respecto al sector, el 33% de los contratos firmados correspondieron al servicio de hogar; la construcción acaparó el 20% de las altas en la Seguridad Social; mientras la agricultura y la hostelería supusieron el 14 y el 9% de los nuevos contratos, respectivamente.

La cruz de la moneda la representan la estabilidad y la precariedad del empleo: tan solo el 5% de las altas laborales responde a un contrato indefinido, según pusieron de manifiesto los sindicatos.

Mientras, 115.149 extranjeros han recibido una resolución desfavorable a su solicitud, lo que representa el 16,7 por ciento del total que han optado al proceso. Sin embargo, según una investigación efectuada por la Asociación Profesional Española de Directores de Recursos Humanos²⁵, la cantidad de trabajadores migrantes despedidos por sus patronos superó en las primeras semanas del proceso de regularización abierto en España a quienes obtuvieron la documentación necesaria para acceder al plan de regularización.

Antes del proceso de regularización, a 1 de enero de 2005, la población residente empadronada en España alcanzó la cifra de 44.108.530 personas, de las cuales 3.730.610, esto es, el 8,5%, eran personas extranjeras, según datos de la Explotación Estadística del Padrón del INE. Este registro muestra que la proporción de inmigrantes en España alcanza ya cotas similares o cercanas a otros países europeos como Francia y Alemania.

Durante 2005, la población empadronada en España aumentó en un millón de habitantes, de los cuales el 76,4% son inmigrantes. La población extranjera creció en todas las comunidades autónomas, salvo en Melilla. Illes Balears destaca con la mayor concentración de personas inmigrantes, quienes representan el 15,9% de su población, seguida de la Comunidad de Madrid (13,1%) y la Comunidad Valenciana (12,4%)²⁶.

Los colectivos más numerosos son los procedentes de Marruecos (511.294), de Ecuador (497.799), de Rumania (317.366) y de Colombia (271.239). También cabe destacar las 227.187 personas inscritas del Reino Unido, 152.975 argentinas y 133.588 alemanas.

Por otro lado, los extranjeros con autorización de residencia en España ya suponen en 2006 el 6,2% de la población española, según datos de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración a 31 de diciembre de 2005. Así, en España viven 2.738.932 extranjeros con tarjeta de residencia en vigor; lo que implica un incremento del 38,52% respecto a diciembre de 2004. La cifra ha aumentado en el último año en 761.641 personas.

Según sexo, el 54,33% son varones y el 45,67%, mujeres. Según grupo de edad, el 11,41% es menor de 16 años, el 84,17% tiene entre 16 y 64 años y el 4,42% es mayor de 64 años.

²⁵ El estudio se basa en una encuesta electrónica a la que respondieron cerca del 70 por ciento de los responsables del personal de 3.000 empresas. Los primeros 16 días se dieron 48.247 regularizaciones, pero también 58.974 despidos, según la noticia aparecida a propósito del estudio en el diario electrónico Madridpress.com (disponible en: <<http://www.madridpress.com/content/view/full/6715/119>>).

²⁶ Los datos del Padrón pueden consultarse en <<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fe245&O=inebase&N=&L=0>>.

Cinco nacionalidades representan el 50,98% del total de personas extranjeras con tarjeta o autorización de residencia: marroquí (493.114 personas), ecuatoriana (357.065), colombiana (204.348), rumana (192.134) y británica (149.071). Siguen en importancia numérica el colectivo chino (85.745 personas), italiano (84.853), peruano (82.533) y argentino (82.412)²⁷.

Según comunidad autónoma de residencia, Catalunya, Madrid, la Comunidad Valenciana y Andalucía agrupan a más de las dos terceras partes de las personas extranjeras con tarjeta o autorización de residencia. Los mayores incrementos se han producido en esas mismas comunidades autónomas: Madrid (que ha aumentado su número de extranjeros en 144.585 personas), Catalunya (141.590), la Comunidad Valenciana (113.425) y Andalucía (104.058).

Con los datos oficiales ofrecidos, se entiende que cerca de un millón de extranjeros (991.678) se encuentran viviendo en España en situación administrativa irregular; lo que le convierte en uno de los países de la Unión Europea con mayores tasas de migrantes en esa situación. No obstante, se ha observado una notable reducción del número de personas en esta situación, lo que rompe la tendencia de los últimos años. Este evento ha sido provocado en gran medida por el proceso extraordinario de normalización de trabajadores extranjeros, pero también por las medidas adoptadas por el gobierno en materia de control de fronteras.

VÍAS DE ENTRADA

La mayoría de las personas migrantes procedentes del este de Europa y de América del Sur no precisan de visado para entrar a España. De esa forma entran a través de aeropuertos y puestos fronterizos con Francia con una autorización de estancia de 90 días, como turistas o a visitar a familiares, aunque su verdadero objetivo sea buscar trabajo e instalarse en España. Esta circunstancia ha llevado a las autoridades comunitarias a restringir esta posibilidad a las naciones con mayor volumen de migrantes, exigiendo el visado a las personas procedentes de Colombia, Cuba, Ecuador, Haití, Perú y República Dominicana y Ecuador. Por razones políticas también necesitan visado las procedentes de Bosnia, la Comunidad de Estados Independientes, Macedonia y Serbia.

El principal problema de las personas originarias de estas zonas es conseguir dinero para el viaje, alojamiento y manutención hasta que encuentren trabajo en España. En el mejor de los casos la familia aporta el dinero para el viaje y en España cuentan con el apoyo de conocidos o familiares que les permiten alojarse en sus casas

y les buscan los primeros trabajos. Pero en muchas ocasiones se valen de préstamos de las redes de tráfico de personas en su país o en España, que luego son cobrados de forma abusiva al instalarse en España.

Las personas migrantes africanas sólo pueden entrar con visado y para conseguir el de 90 días tienen muchas dificultades, a no ser que demuestren ingresos importantes. Su única opción es atravesar la frontera de forma ilegal y la mayoría apuestan por embarcar en una patera y alcanzar las costas andaluzas o del archipiélago canario.

El camino de las personas de origen subsahariano es mucho más largo que el de las procedentes del Magreb, ya que al embarque (bien en pateras, bien en buques nodriza) se suma el periplo desde el país de origen, un viaje a través de territorios peligrosos y recorrido en condiciones inseguras. Estos buques, que pueden ser madereros, pesqueros o petroleros que esperan su desguace, navegan con bandera de los países subsaharianos o de la Europa del Este, llevan a los migrantes cerca de la costa del archipiélago canario, donde los embarcan en pateras o lanchas hinchables para que hagan solos el último recorrido.

El número de retornos (personas rechazadas en los puestos fronterizos habilitados, habitualmente puertos y aeropuertos) se incrementó un 35,3%, pasando de los 11.280 en el año 2004 a 15.258 el pasado año. Esta evolución es consecuencia de un más efectivo control fronterizo desarrollado en los principales aeropuertos y puertos españoles, en los que se ha reforzado la presencia policial.

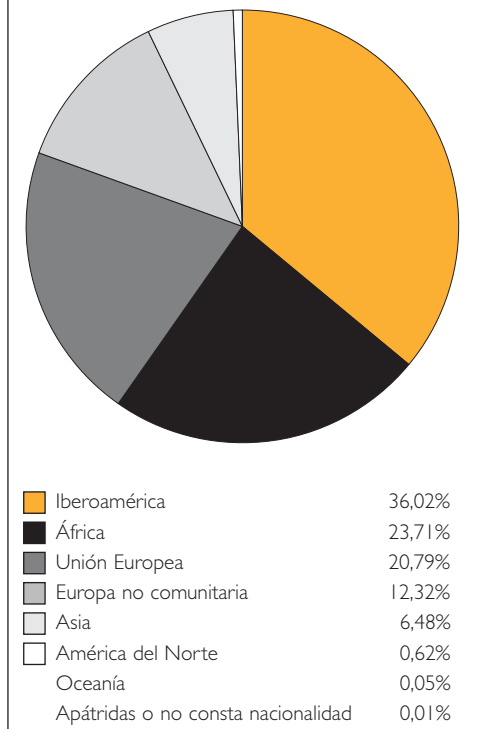
Destaca muy especialmente el aeropuerto de Madrid Barajas, con un aumento del 40,16%, 9.157 rechazos en frontera en el año 2005 frente a los 6.533 del 2004, con una incidencia en el total nacional de retornos del 60%. Le sigue el del Prat Barcelona, que presenta una evolución al alza del 28 %.

En cuanto a los puertos, es el de Algeciras el que concentra, con mucha diferencia, la principal actividad y su cifra de rechazos en el pasado año, 3.687, representa un avance del 143% con respecto a los 1.517 correspondientes a 2004.

El número de devoluciones (personas que trataron de entrar en España por puestos no habilitados como fronteras) ejecutadas en 2005 ascendió a 14.466, lo que representa un 10,12 % de incremento en relación con las 13.136 correspondientes a 2004. Esta medida se centra

²⁷ Vid. *supra* nota 4.

GRÁFICO 9
Inmigrantes con tarjeta o permiso de residencia en vigor, por procedencia
Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

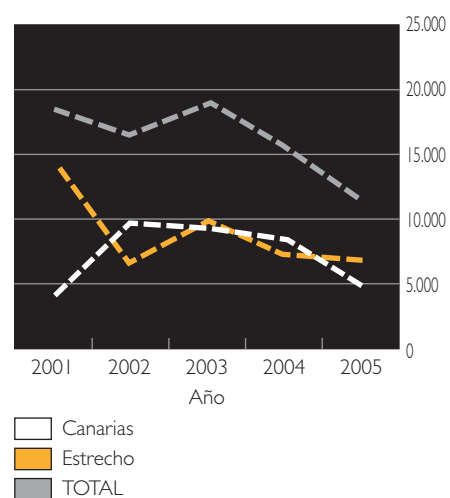


TOTAL 2.738.932

GRÁFICO 10

Personas detenidas en patera

Fuente: Secretaría de Estado de Emigración e Inmigración.



fundamentalmente en ciudadanos de nacionalidad marroquí, que suponen casi el 90% del total de devoluciones.

En cuanto a las expulsiones (inmigrantes repatriados en virtud de las causas recogidas en la Ley de Extranjería, habitualmente a través de expedientes administrativos derivados de la estancia ilegal en España), el año pasado se produjo una disminución del 17,25% (11.002 frente a los 13.296 de 2004). Esta reducción se explica en parte por una mayor eficacia en el control fronterizo, que impide la entrada en el territorio nacional de los inmigrantes que posteriormente serían expulsados.

DISMINUYEN LAS PATERAS, AUMENTAN LAS MUERTES

La fórmula diseñada para el proceso de regularización ha posibilitado, según sus impulsores, la mayor operación de afloramiento de economía sumergida realizada nunca en la Unión Europea. Sin embargo, este éxito contrastó con el aumento de las muertes de migrantes cuando trataban de entrar en España de forma clandestina. A pesar de que, según la Secretaría de Estado de Emigración e Inmigración, fueron interceptados un 25% menos de migrantes en 2005, el número de fallecidos conocido fue el más alto desde 1997.

La Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA) identificó 368 migrantes fallecidos en 2005, 79 más que en 2004. Según la asociación, la contradicción entre el descenso de personas interceptadas y el aumento de las muertes se explicaría por el incremento del riesgo que asumen las mafias apostando por viajes más largos y peligrosos para esquivar los sistemas de vigilancia. Según sus cálculos, la principal causa de las muertes serían los naufragios (253). Estas cifras no incluyen a las personas migrantes que hayan fallecido en camiones o en el desierto y que podrían superar las 700, según APDHA.

La llegada de migrantes a través de pateras consolidó la reducción iniciada en 2004 y presentó en 2005 las cifras más bajas desde 1999. El año pasado llegaron a las costas españolas 11.797 migrantes, un 24,7% menos que en 2004 (15.675). Este descenso ha sido especialmente apreciable en las Islas Canarias, donde se ha producido una reducción del 43,43%, según datos de la citada Asociación.

En buena medida, la reducción en las cifras de pateras se explica por las medidas puestas en marcha por el Ministerio del Interior, entre las que destaca el desarrollo del Sistema Integral de Vigilancia Exterior (SIVE) y la intensificación de la colaboración con Marruecos a través, fundamentalmente, del intercambio de información y

del desarrollo de patrullas conjuntas. En 2006, el Ministerio del Interior tiene previsto invertir casi 30 millones de euros en el SIVE, lo que permitirá finalizar el despliegue del sistema en Almería y Lanzarote, iniciarlo en Gran Canaria y Huelva y ampliarlo en Cádiz. En 2005, se tenía pensado invertir 23 millones en la adquisición de 21 nuevos sensores.

A esto, se unen las partidas destinadas al refuerzo de las fronteras terrestres²⁸ y los casi 13 millones de euros con los que contará el Plan de Inmigración Sur de la Secretaría de Estado de Seguridad, destinado a la creación y mejora de los Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE). Además, la Secretaría de Estado dispondrá de una partida de 24,9 millones de euros para cubrir los gastos de transporte ocasionados por el reintegro de extranjeros y una de 4 millones para acometer todo tipo de actuaciones derivadas de la inmigración.

A estas actuaciones e inversiones se añade la labor informativa que la Comisaría General de Extranjería y Documentación de la Dirección General de la Policía ha venido desplegando en relación con los denominados barcos "negreros" o buques nodriza, facilitando a los países situados en el área de la costa occidental de África abundante información en relación con la posible salida de este tipo de buques, lo que se tradujo en la interceptación varias embarcaciones que tenían previsto trasladar a contingentes de inmigrantes hacia las Islas Canarias.

El blindaje de las costas proporcionado por el SIVE tuvo otro efecto. Centenares de subsaharianos quedaron a las puertas de las ciudades autónomas del norte de África a la espera de poder acceder a ellas a través de las alambradas que marcaban la frontera. El primer intento masivo se produjo el 28 de agosto de 2005 cuando medio millar de migrantes subsaharianos acampados en las inmediaciones de Melilla trataron de superar la valla. Desde esa fecha, los intentos (antes protagonizados por grupos reducidos de personas) se hicieron cada vez más frecuentes y multitudinarios.

²⁸ La presión migratoria en la frontera de los Pirineos se redujo significativamente en 2005 como consecuencia del fuerte dispositivo de control establecido por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y de la eficacia de la colaboración internacional. Esta disminución de los flujos se tradujo en un descenso del 37,5% en el número de readmisiones solicitadas a Francia (52.017 frente a las 83.431 de 2004).

Los sucesivos intentos se saldaron con 15 fallecidos y decenas de heridos²⁹. Un mes después del primer intento masivo, Marruecos indicó su determinación de acabar con la presencia de personas migrantes de origen subsahariano en su territorio y comenzó a realizar redadas masivas en los bosques de las cercanías de las vallas de las ciudades españolas.

Tras esta operación, el Gobierno de Rabat repatrió a parte de los detenidos, 3.349 personas, en 22 vuelos. Sin embargo, otros cientos de personas fueron abandonadas en el Sáhara Occidental, en zonas sembradas de minas antipersonales, tras el muro defensivo de los territorios controlados por el Frente Polisario.

Las denuncias de Médicos del Mundo y de otras ONG, así como las informaciones publicadas por los medios de comunicación desde la zona, provocaron la intervención de Naciones Unidas, que criticó la actuación de las autoridades marroquíes y movilizó a la Minurso (Misión de Naciones Unidas para el referéndum en el Sáhara Occidental) para rastrear el área. Las imágenes de la tragedia dieron la vuelta al mundo y mostraron otra cara del fenómeno de la inmigración.

LA PERCEPCIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

Con toda probabilidad, los acontecimientos de Ceuta y Melilla influyeron en el barómetro de la opinión pública elaborado por Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) en el mes de noviembre³⁰, que situó a la inmigración como segundo problema del país, detrás del paro. Según el CIS, el 60% de los encuestados creían que en España "hay demasiados extranjeros". Sin embargo, cuando se preguntó a los ciudadanos por los problemas que personalmente les afectaban, la inmigración descendió a un quinto lugar.

El propio director del CIS se apresuró a valorar la encuesta de forma más positiva de lo que habían hecho los medios de comunicación. Para ello, destacó que más del 70% de los ciudadanos apostaban más por el multiculturalismo (creyeron que los extranjeros residentes en el país deben mantener su lengua y costumbres) que por la adaptación, o la poca importancia que le daban los españoles a que sus hijos e hijas acudan a la escuela con alumnos inmigrantes (el 86% de los encuestados respondió que le importaba poco o nada).

Uno de los datos más significativos del estudio del CIS fue la distorsionada percepción que los encuestados tienen del fenómeno de la inmigración. Así, la mayoría de los entrevistados contestaron que estiman que en España hay un número de personas extranjeras que dobla al real,

menos del 10%, según los datos del último padrón de 2005.

PERFIL DE LA PERSONAS MIGRANTES ATENDIDAS POR MÉDICOS DEL MUNDO

Los datos recogidos por Médicos del Mundo a través de sus Centros de Atención Socio Sanitaria a Inmigrantes (CASSIN) revelan que gran parte de las personas atendidas son mujeres. Este dato contrasta con las estadísticas del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales según las cuales el 54% de los inmigrantes son hombres. Esto podría indicar que las mujeres inmigrantes en situación irregular son más vulnerables y tienen que recurrir en mayor medida a la alternativa asistencial que suponen las ONG o, que las mujeres se preocupan más por buscar una "normalización" de la situación de su salud (realizan los trámites correspondientes en mayor medida que los hombres, no sólo por ellas, también por sus hijos, hijas y demás familiares: el papel de cuidadoras prevalece).

En cuanto a la distribución según bandas de edades, la media de edad de las personas atendidas por Médicos del Mundo se sitúa en torno a los 34 años, la cual coincide con el promedio de edad de las personas migrantes con permiso o tarjeta de residencia, según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Aunque las mujeres con edad superior a 45 años acuden más a nuestro centro que los hombres de la misma edad, los hombres con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años son más numerosos en nuestros centros que las mujeres de la misma franja etaria.

Principales problemas sociosanitarios

Las diferentes fases del proceso migratorio llevan consigo factores de riesgo específicos que pueden derivar en un incremento de la vulnerabilidad frente a enfermedades, incluidos problemas de salud mental. Las experiencias previas a la salida del país de origen, agravadas si se trata de conflictos armados, hambrunas y/o violaciones de derechos humanos, marcarán la vulnerabilidad de la persona en todo el proceso.

²⁹ Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. *Derechos humanos en la Frontera Sur 2006* [En línea]. Informe sobre la inmigración clandestina durante el año 2005. Sevilla: 2006. [Consulta 19 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.december18.net/web/docpapers/doc3438.doc#_Anexo:_Seguimiento_de_tallado_de_las>.

³⁰ Centro de Investigaciones Sociológicas. *Barómetro Noviembre 2005* [En línea]. Madrid: CIS, 2005. [Consulta 19 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.cis.es/cis/opencms/ES/1_encuestas/estudios/verjsp?estudio=51118>.

GRÁFICO 11

Patologías de personas migrantes

Fuente: Médicos del Mundo.

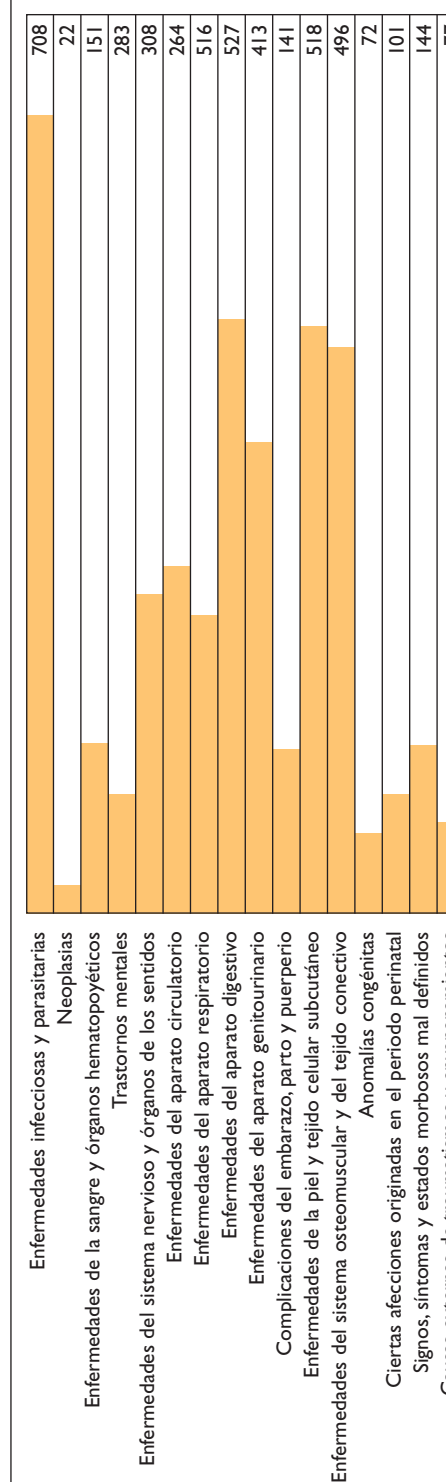
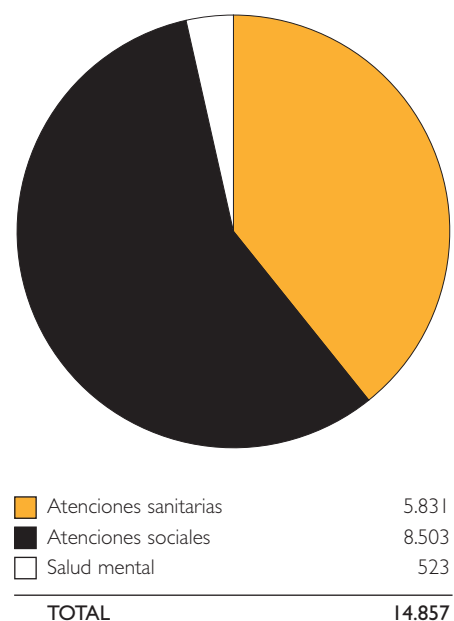


GRÁFICO 12
Tipo de atención a personas migrantes
 Fuente: Médicos del Mundo.



El sentido de pérdida que afecta a las personas migrantes cuando abandonan su país, se recrudece particularmente si la salida ha sido forzada: pierden su hogar, su familia y comunidad, su trabajo, su posición en la sociedad y el apoyo de las redes locales, colocándoles en una situación de incertidumbre existencial.

A su llegada a los países receptores, comienzan a actuar otros factores que aumentan su vulnerabilidad psicosocial. Tal es el caso de las diferencias culturales, el racismo y al xenofobia o el desempleo. Más allá, las barreras idiomáticas obstaculizan la comunicación y el entendimiento y pueden derivar en aislamiento y desesperanza. Si a ello, le unimos una situación administrativa irregular, que en muchas ocasiones se prolonga por varios años, el acceso a los servicios socio-sanitarios básicos se complica, impactando de manera negativa en su salud.

Como consecuencia de su situación de irregularidad, muchas personas inmigrantes se ven forzadas a vivir y a trabajar en condiciones precarias, factores que aumentan su carga morbilidad. Al ser España uno de los países de la Unión Europea con más inmigrantes irregulares, el empleo clandestino de mano de obra sigue aumentando. En 1998, los trabajos no declarados suponían el 15 por ciento del Producto Interno Bruto, según la Unión Europea. Dos años después, Bruselas elevó el cálculo hasta el 22 por ciento, lo que suponía una facturación de más de 20 billones de pesetas, lo que situaba a España a la cabeza de los países con mayor economía sumergida de la Unión Europea.

Sin embargo, la salud de las personas migrantes no sólo se ve afectada a la salida y llegada a su destino. Las condiciones del viaje que algunas personas se ven obligadas a sufrir, deterioran aún más su estado de salud. El tránsito, se ha convertido, como hemos indicado y lo haremos en detalle al explicar nuestra intervención, en un obstáculo insalvable y definitivo para muchos.

En general, cuando se habla en España de la salud de la población migrante, se hace en términos de amenaza social. Es cierto que la inmigración ha provocado un aumento de la población que acude al sistema público de salud, y que por tanto, sería necesario incrementar los recursos humanos y materiales para dar atención a un mayor número de usuarios. Pero lo que no es admisible es responsabilizar de este aumento de población y consecuencia de ello al desbordamiento de los servicios, a la población migrante, especialmente a la no comunitaria.

Esta sensación hace que se piense en este colectivo, como productor de problemas de índole social, o más allá, como transmisores de enfer-

medades importadas de sus países de origen (en general patologías tropicales).

Los patrones de morbilidad de esta población reflejan los problemas sociales que han de afrontar en su supervivencia cotidiana, que genera problemas de salud mental y trastornos psicosomáticos. Además, hay aspectos que aparecen en todos los colectivos, y son "la separación del resto de la familia", la "soledad" o "el futuro incierto", como las principales dificultades de adaptación. La depresión y la distimia son los trastornos psiquiátricos más frecuentes entre las personas inmigrantes, además del trastorno específico conocido como Síndrome de Ulises, que se manifiesta con depresión unida a estrés. El caldo de cultivo de estas patologías se encuentra en las condiciones de trabajo, de higiene y de habitabilidad que deben soportar las personas inmigrantes en España.

Acceso a la salud de las personas migrantes

Uno de los éxitos más importantes que se dieron con la Ley Orgánica 4/2000 con respecto a la anterior Ley Orgánica 7/1985, fue el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones con los españoles, a través de su artículo 12. Con el tiempo y las dos sucesivas reformas, este artículo no ha sufrido ninguna modificación.

Actualmente queda reconocido el derecho a recibir asistencia sanitaria pública de urgencia para todas las personas extranjeras, independientemente de su situación administrativa. Las mujeres embarazadas tienen garantizada también la asistencia pública durante el embarazo, el parto y posparto, así como las personas menores de edad. Para todas aquellas personas extranjeras que no se encuentren en ninguna de estas situaciones, el único requisito para acceder a la atención sociosanitaria es encontrarse empadronadas.

Sin embargo, el proceso de registro en el padrón de habitantes continúa provocando dificultades las personas extranjeras en situación administrativa irregular, para acceder a la tarjeta sanitaria, y por tanto al sistema público de salud. La ley de Bases de Régimen Local establece como deber, dar de alta a todas las personas que habitan en el municipio, sean nacionales o extranjeras, tengan o no regularizada su situación en el registro del Ministerio del Interior. El padrón es el registro administrativo que pretende reflejar el domicilio donde residen las personas que viven en España.

Un reclamo constante en nuestros centros de atención al inmigrante, en todas las Comunidades Autónomas en las que estamos presentes, tiene que ver con las dificultades que enfrenta

este colectivo para el acceso a una vivienda debido a los prejuicios existentes entre la población autóctona en el momento de alquilar. Cuando acceden a la vivienda encuentran problemas para conseguir que los dueños les faciliten la documentación necesaria para inscribirse en el padrón municipal (contrato de alquiler o factura de electricidad por ejemplo). El no poder ejercer su derecho a registrarse en el padrón se traduce en la denegación de la tarjeta sanitaria individual. Las consecuencias inmediatas derivadas de no acceder al sistema público de salud se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Se produce la violación de un derecho universal, de acuerdos internacionales y derechos establecidos en la Constitución Española.
- Se impide el acceso al sistema público de servicios sociales, y en el caso de menores, el acceso al sistema educativo.
- Se prima una concepción reparativa de la salud obviando la concepción de la salud integral definida por la Organización Mundial de la Salud.
- Se priva a las personas de las herramientas para gestionar su salud, de la educación sobre los problemas sanitarios y de los medios para prevenirlos.
- Se carece de diagnósticos que dibujen el perfil del estado de salud de las personas extranjeras residentes en nuestra sociedad.
- Las personas que se encuentran excluidas del sistema público de salud quedan al margen de las campañas preventivas y de control que establecen periódicamente la salud pública.
- Se generan sistemas paralelos, sin medios técnicos, humanos, y materiales, insuficientes para cubrir las necesidades planteadas. La responsabilidad recae entonces en organizaciones y agentes sociales que no cuentan con los medios necesarios para brindar una atención completa e integral.
- En definitiva se crean cada vez más barreras que impiden la integración de las personas que se encuentran en esta situación en España.

INTERVENCIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO

En las nueve Comunidades Autónomas en las que Médicos del Mundo atiende a personas migrantes en situación irregular y sin recursos (Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Catalunya, Comunidad Valenciana, Euskadi, Illes Balears, Islas Canarias y Madrid) se ofrecieron 14.857 atenciones durante el año 2005. En total se atendió a 9.558 personas.

La obtención de la tarjeta sanitaria continúa siendo un grave problema para las personas migrantes en situación administrativa irregular; a pesar de que en España la atención sanitaria se

considera un derecho independiente de esta condición. Si efectivamente, el acceso a la salud de la población inmigrante, aún sin tarjeta o autorización de residencia, es un derecho reconocido, las 6.354 atenciones sanitarias y en salud mental que Médicos del Mundo ha efectuado durante el 2005, delatan la limitación y vulneración de este derecho en España.

Las patologías detectadas durante este año entre la población migrante atendida en los 8 centros de Médicos del Mundo, son mayoritariamente aquellas derivadas de su problemática social y que en muchos casos han comenzado antes de su viaje migratorio, evolucionando hasta su llegada al país de destino. Una vez en éste, desarrollan patologías relacionadas con sus condiciones de vida y trabajo fundamentalmente. Entre ellas, cabe destacar la proliferación de problemas de salud mental, producidas por su situación social, poniendo a estas personas en riesgo de condiciones de mayor exclusión social.

Es precisamente sobre los obstáculos al acceso a la salud, que Médicos del Mundo centra sus intervenciones, en ocho de las once Comunidades Autónomas donde está presente. Médicos del Mundo desarrolla programas de atención sanitaria y social a inmigrantes sin recursos según las siguientes líneas de trabajo:

- Atención social (información sobre recursos públicos de la red y apoyo en la tramitación de la tarjeta sanitaria).
- Atención sanitaria para aquellas personas que no tienen acceso al sistema de salud, bien al no tener derecho a la tarjeta sanitaria (generalmente, por no estar empadronadas), bien porque ésta está en trámite
- Promoción de la salud, incluyendo actividades de educación para la salud, prevención y mediación sociosanitaria intercultural.
- Derivación a los recursos sociosanitarios normalizados, sobre lo que hacemos especial énfasis, evitando la sustitución de los servicios públicos y resaltando la responsabilidad de los mismos sobre el colectivo de inmigrantes.

Finalmente, Médicos del Mundo ha realizado una intervención de emergencia dirigida a personas migrantes en países de tránsito, como respuesta a la situación en que quedaron después de los incidentes de la vallas de Ceuta y Melilla. En general, las demandas sociales (57% del total de atenciones), especialmente de información sobre recursos disponibles y apoyo en la tramitación de la tarjeta sanitaria, son mayoritarias y consecuencia de los deficientes servicios de información, capaces de orientar adecuadamente a las personas inmigrantes hacia los servicios sociosanitarios públicos.

GRÁFICO 13
Atención a personas migrantes, por sede
 Fuente: Médicos del Mundo.

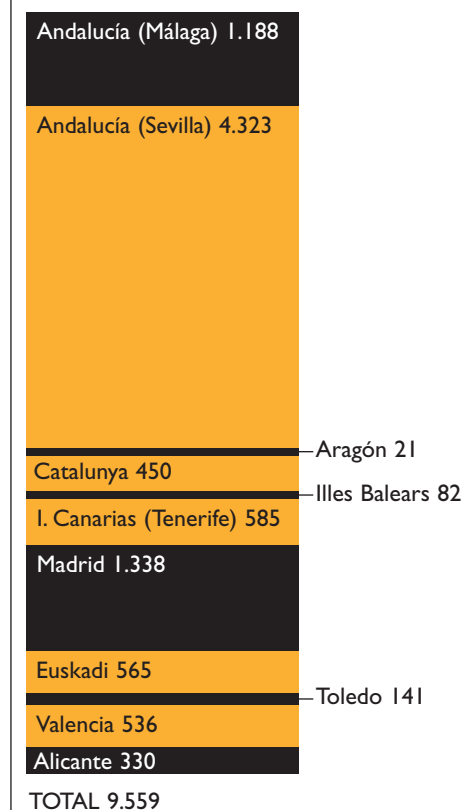
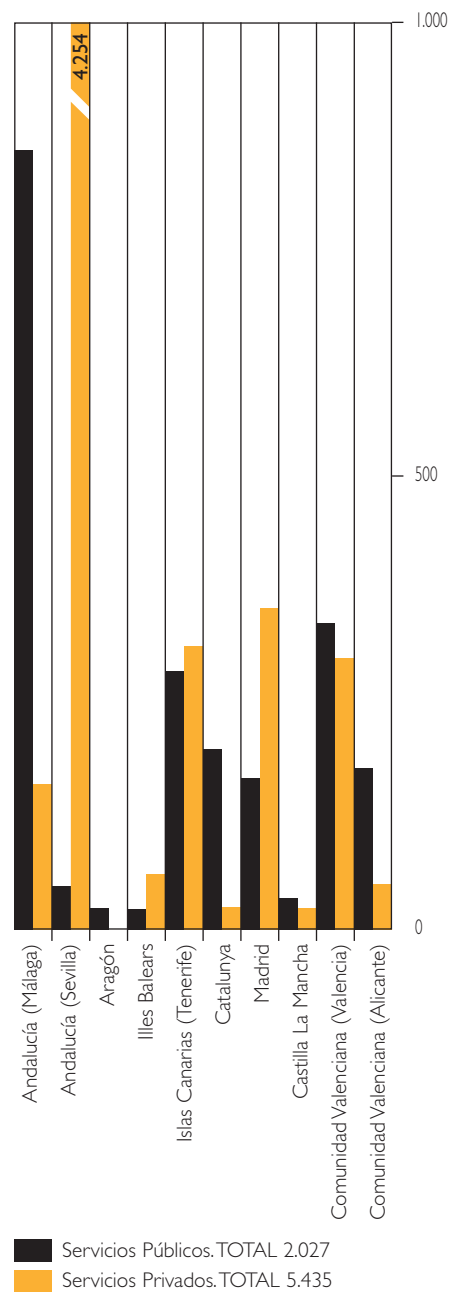


GRÁFICO 14
**Derivaciones de personas
 migrantes, por sede**

Fuente: Médicos del Mundo.



En función de los recursos habilitados en cada Comunidad Autónoma donde estamos presentes, se llevan a cabo procesos de derivación a servicios públicos de la red sociosanitaria y/u otras organizaciones. En general, el tipo de demanda es el apoyo a la tramitación de la tarjeta sanitaria, con toda la carga informativa sobre los pasos administrativos que deben seguir para obtener tal documento. Las atenciones de tipo sanitario se llevan a cabo siempre y cuando no sea posible derivar al sistema público o bien la urgencia de la demanda requiera una asistencia inmediata.

Crisis de las vallas de Ceuta y Melilla

A lo largo del mes de octubre de 2005 se produjo una nueva crisis en el difícil terreno de la migración. Las personas migrantes que en los bosques cercanos a Ceuta y Melilla esperaban una oportunidad individual para poder entrar en territorio europeo, decidieron unirse e intentar juntas el salto para que algunas de ellas, al menos, pudieran pasar a Europa.

Ante este problema, España hizo un llamamiento a Marruecos para que evitara que los migrantes se acercaran a las fronteras de Ceuta y Melilla, iniciándose una situación angustiosa para estas personas: si lograban saltar la valla eran detenidos y deportados sin que se respetasen las garantías de la ley; si quedaban en Marruecos eran perseguidos, capturados, agrupados, transportados de un lugar a otro en condiciones inhumanas y, finalmente, repatriados, en el mejor de los casos, o abandonados a su suerte en pleno desierto, en el peor de ellos.

Frente a esta situación, Médicos del Mundo reaccionó enviando a la zona cuatro equipos: uno a Melilla, para comprobar las condiciones de los migrantes allí retenidos; otro al interior de Marruecos, para tratar de encontrar a los migrantes que estaban siendo transportados; un tercero, al norte de Mauritania, tras haber recibido noticias de la presencia de migrantes supuestamente abandonados en Zouérat; y el cuarto, a la zona del Sahara liberado, desde donde también recibimos noticias de migrantes encontrados en el desierto.

Los equipos de Médicos del Mundo que se desplazaron a Zouérat, Bir Lelú y Maherriz (Sáhara liberado) y atendieron a un total de 116 personas diferentes por problemas sanitarios relacionados, muchos de ellos, con su desplazamiento por el desierto y las situaciones vividas durante el periplo.

El tipo de patologías detectadas pueden agruparse en tres grandes sectores:

- a) Patologías infecciosas y parasitarias.
- b) Trastornos por estrés agudo.
- c) Lesiones osteomusculares.

Gran parte de las personas que recibieron atención sanitaria de Médicos del Mundo, refirió haber sufrido agresiones durante el proceso migratorio por parte de las fuerzas de seguridad de los países donde fueron detenidos. Mayoritariamente señalaron a la policía de Marruecos, aunque también a las de Argelia y España. En el peritaje médico realizado por Médicos del Mundo, 17 personas fueron diagnosticadas de lesiones externas compatibles con episodios de violencia, lo que supone el 20% de las personas que manifestaron haber sido agredidas y el 15% del total de las atendidas.

Médicos del Mundo ha pretendido con esta intervención, dar testimonio de la situación de las personas víctimas de estos acontecimientos, instar a los gobiernos y organismos internacionales implicados a tomar medidas para solucionar el futuro de estas personas y contribuir a evitar que estos hechos o similares vuelvan a repetirse.

4. PERSONAS PROSTITUIDAS 2005

DEBATE ENTRE ABOLICIÓN Y REGLAMENTACIÓN

El año 2005 se ha caracterizado por la intensificación del debate en los medios de comunicación y en la sociedad sobre la respuesta que el Estado debe dar al fenómeno de la prostitución. La discusión ha estado promovida por diferentes medidas legales tomadas por Comunidades Autónomas y municipios, cuyas posturas oscilan entre la corriente abolicionista y la reglamentarista.

Es el caso de la estrategia seguida por el Ayuntamiento de Barcelona al aprobar la Ordenanza de Convivencia y Civismo el 23 de diciembre de 2004, que, según sus promotores, nació para perseguir las conductas que perturban la convivencia. La Ordenanza suscitó las críticas de los socios del partido en el gobierno municipal y de movimientos sociales y ONG por incluir la prostitución entre las prácticas objeto de sanción económica. Así, el Gobierno municipal determinó sancionar con multas de entre 100 y 500 euros a mujeres prostituidas y clientes cuando se generasen problemas de convivencia y se ocupase masivamente el espacio público.

En parecidos términos parece referirse la futura Ley de Limitación de Servicios Sexuales Remunerados de la Generalitat de Catalunya, que se empezó a gestar en 2005. Ésta pretende prohibir la prostitución en carreteras y espacios públicos y limitar, y reglamentar, su ejercicio a los denominados clubes de alterne. Según la propia Consejería de Interior catalana, los pilares sobre los que se asienta esta norma son: "facilitar la convivencia, asegurar la vía pública, frenar la emigración irregular y lograr así defender los derechos de las personas que ejercen la prostitución frente a los abusos de empresarios".

En otros casos, las medidas buscan, según sus promotores, terminar con la prostitución a través del acoso al cliente. Así se justificó desde el Ayuntamiento de Madrid la restricción de acceso al tráfico a la Colonia Marconi, ubicada en un polígono industrial del sur de la capital, donde numerosas personas ejercen la prostitución. Esta decisión fue tomada en agosto y suscitó las críticas de especialistas jurídicos y de las mujeres prostituidas que trabajaban en la zona. Amparándose en la Ley Vial, el Consistorio impidió la circulación a los no residentes. Usando otras medidas concebidas para la regulación del tráfico, el Ayuntamiento de Madrid trató de ponérselo difícil al cliente a través de

controles policiales en lugares como la Casa de Campo, la calle Capitán Haya y alledaños o la calle Montera. Las mismas autoridades municipales reconocieron que "usaban las armas a su alcance para importunar al cliente". Sin embargo, estas medidas no parecieron terminar con el problema sino, simplemente, trasladarlo a otra zona y a otros horarios, como ocurrió en el caso de la Colonia Marconi.

Esta estrategia vino acompañada de una iniciativa que ya tuvo su primer acto en 2004 y que se repitió a finales del 2005. Se trató de una campaña de concienciación sobre la prostitución en medios de comunicación y transporte público puesta en marcha por el Ayuntamiento de Madrid en la que se responsabilizaba a los clientes de la situación de explotación en la que viven las mujeres prostituidas. El lema de la campaña fue "Porque tú pagas existe la prostitución".

Un ejemplo de la persecución a las mujeres que ejercen la prostitución no se dio en ninguna de las grandes ciudades sino en la pequeña localidad de Calviá. Ante una denuncia del Ayuntamiento interpuesta contra una mujer nigeriana que ejercía la prostitución en la calle, el Juzgado de Instrucción número 6 de Palma de Mallorca dictó una sentencia condenatoria por desobediencia a la autoridad e impuso una multa de 40 euros a la mujer.

EXTRANJERIZACIÓN DE LA PROSTITUCIÓN

El debate sobre la prostitución ha servido para que las miradas de la sociedad se centrasen durante 2005 en un problema sobre el que apenas se dan estudios e informes. A pesar de la falta de datos fidedignos, la discusión ha favorecido reportajes en medios de comunicación y el análisis de diversas entidades que sí han revelado ciertas tendencias de cambio.

Quizás la más importante sea la constatación que la inmensa mayoría de las mujeres prostituidas en España es extranjera³¹ y que las razones por las que estas personas ejercen la prostitución están muy lejos de ser una decisión libre.

"El 90% de las mujeres que ejercen la prostitución no son españolas y la inmensa mayoría de

³¹ Unidad Técnica de Policía Judicial de la Guardia Civil, *Informe General de Situación centrado en la Explotación Sexual*, 2005.

estas inmigrantes se encuentra en situación irregular: Las encuestas revelan que aproximadamente tan sólo un 5% de las mujeres que ejercen la prostitución en España, afirman hacerlo voluntaria y libremente. Un 30% de los españoles practica sexo con prostitutas. España es uno de los países donde el consumo de prostitución está menos desprestigiado. Los clientes son casi invisibles y nadie les acosa o les incomoda, pese a que casi siempre se aprovechan de la pobreza, la ignorancia y la esclavitud³²".

Según un estudio realizado por Actúa Vallés en colaboración con Médicos del Mundo Catalunya, suelen llegar a España con un contrato de trabajo falso y se ven obligadas a prostituirse, especialmente en pisos, casas y clubes de alterne situados cerca de complejos de oficinas e industriales. Allí conviven con otras mujeres en situaciones idénticas y trabajan para pagar la "deuda" contraída por su viaje y entrada a nuestro país. Por este concepto, en Catalunya, por ejemplo, se les resta el 60% de lo percibido por los servicios sexuales. Se encuentran bajo una total dominación de las mafias en situaciones de puro esclavismo. Los proxenetas les arrebatan los documentos, así lo ha referido el 65% de las mujeres atendidas por Médicos del Mundo en Catalunya, con el fin de dificultar su inclusión en la sociedad.

Según las fuerzas de seguridad del Estado³³ y los datos recogidos por Médicos del Mundo, la mayor parte de las mujeres prostituidas en España siguen teniendo origen americano (58%); respecto al resto de continentes, las personas procedentes de Europa siguen aumentando significativamente (34%), siendo especialmente notable el caso de las víctimas procedentes de Rumanía, que registra un preocupante incremento sostenido; las víctimas de la prostitución que llegan de África se mantienen en porcentajes cercanos al 8%; y finalmente, la presencia de originarias de Asia sigue siendo anecdótica.

Las mujeres latinoamericanas prostituidas en España proceden de una situación de exclusión social en su país de origen, donde tienen cargas familiares. El objetivo principal de su migración es la obtención de recursos monetarios para resolver los problemas económicos y/o mejorar la calidad de vida de su familia. Son un perfecto ejemplo de consecuencia del llamado proceso de feminización de la pobreza.

El caso de las mujeres procedentes de Europa del Este es distinto. Su nivel educativo es de primaria o secundaria. Llegan a España a través de mafias y redes organizadas, no de forma voluntaria, aunque sus motivaciones son similares: mejorar sus vidas.

El caso de las mujeres subsaharianas es mucho

más complejo, ya que no sólo la situación de extrema pobreza en su país de origen incide a su llegada, también lo hacen el chantaje religioso, moral o afectivo en el que se ven involucradas, a través, por ejemplo, de prácticas de magia negra o amenazas de comunicar a la aldea o la familia a qué se dedican en España. En ese caso no podrían volver jamás, serían declaradas personas *non gratas*, desheredadas, discriminadas, culpabilizadas y deshonradas. En la mayoría de los casos (hasta el 90%, según ha registrado Médicos del Mundo Catalunya), ninguna de las mujeres subsaharianas atendidas refería haber ejercido la prostitución antes de llegar a España, incluso, se han registrado casos en Madrid, en los que sus primeras relaciones sexuales se producen en el ejercicio de la prostitución.

DE LA CALLE AL CLUB

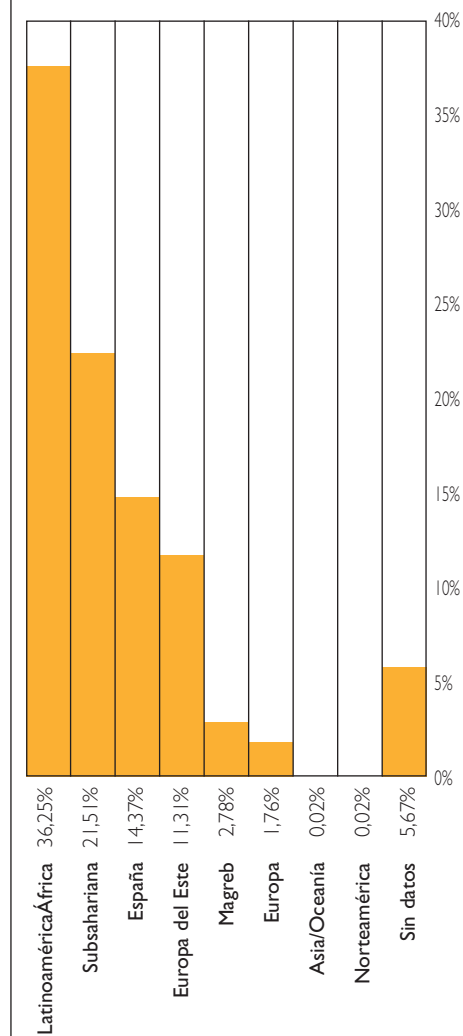
Otro cambio relevante que se ha ido produciendo durante los últimos años se refiere a los lugares donde se ejerce esta actividad, quizás por efecto de las redes de tráfico y trata de personas. A lo largo de la última década se ha producido un cambio progresivo del ejercicio de la prostitución en la calle a favor del ejercicio de la prostitución en pisos, clubes y otros espacios cerrados. Se estima que el 80% de las mujeres que se prostituyen en nuestro país lo hacen en este tipo de establecimientos. Sólo las personas más desfavorecidas continúan ejerciendo en las vías urbanas y en zonas verdes. Los clubes de carretera han pasado de ser establecimientos pequeños a tener la categoría de auténticos complejos hoteleros (de lujo, en algunos casos).

La prostitución se ha convertido en una parte importante del sector de la economía sumergida, al que no llega el Estado de Derecho; genera una masa importante de dinero negro, estimada en una cifra que oscila aproximadamente entre los 12.000 y los 18.000 millones de euros al año³⁴.

La presión vecinal y policial también ha podido incidir en este proceso. En algunos barrios de

GRÁFICO 15
Personas prostituidas atendidas por Médicos del Mundo, por procedencia

Fuente: Médicos del Mundo.



³² Secretaria para la Igualdad UGT. *La prostitución, una cuestión de género* [En línea]. Departamento Confederado de la Mujer, Unión General de Trabajadores, 2005. [Consulta 22 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.apramp.org/upload/doc/54_informe%20de%20prostitucion.doc>.

³³ Unidad Técnica de la Policía Judicial. *Tráfico de seres humanos con fines de explotación sexual* [En línea]. Informe Criminológico 2003 y 2004. Madrid: Guardia Civil, 2005. [Consulta 22 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://www.malostratos.org/images/pdf/Trafico%20seres%20humanos%202003-04.pdf>>.

³⁴ Vid. supra nota 32.

Sevilla, los vecinos se han manifestado para que expulsen a las mujeres que allí son prostitutas y las han culpado de todos los males de la zona (delincuencia, consumo y venta de drogas...). La presión vecinal también es importante en el polígono industrial Guadalhorce, una de las zonas de Málaga de intervención en calle de Médicos del Mundo.

PERFIL DE LAS PERSONAS PROSTITUIDAS ATENDIDAS POR MÉDICOS DEL MUNDO

Las personas prostitutas están caracterizadas por alguna o varias de las siguientes circunstancias³⁵: estructuras familiares rotas, maternidad sin pareja o abandono del compañero, necesidad de mayores ingresos económicos, dependencia de las drogas, víctima de la trata y tráfico de personas con fines de explotación sexual.

Las personas prostitutas atendidas por Médicos del Mundo en Andalucía, Catalunya, Comunidad Valencia, Galicia, Illes Balears, Islas Canarias y Madrid responden a los siguientes perfiles.

Andalucía

La edad media de las mujeres prostitutas atendidas por Médicos del Mundo en Sevilla es de 29,2 años, y la media de años en el ejercicio es de 5,5 años. También en la capital andaluza se detecta una mayoría de inmigrantes entre las personas prostitutas (81,4%, de las que el 44,6% procede de Latinoamérica). La mayoría (51,6%) tiene vivienda alquilada y un 26% vive en los clubes. En cuanto a la educación recibida, sólo el 46,8% acabó la secundaria y un 27,4% no terminó la primaria.

El 32,3% consume drogas, sobre todo heroína más crack por vía inhalada. La totalidad de las consumidoras de esta mezcla son españolas y ejercen en la calle. En los clubes hay consumo de cocaína y alcohol, pero es poco reconocido.

El 91,7 % de las mujeres usa siempre preservativo con los clientes, pero sólo una de cada cuatro usa siempre condón con su pareja. El 98% es seronegativa a VIH y el 11,8% ha pasado alguna hepatitis.

El perfil cambia según si la persona es prostituida en la calle o en un local. La mujer prostituida en las calles de Sevilla tiene una edad media de unos 35 años, procede de una familia con nivel socioeconómico y educativo bajo y tiene cargas familiares no compartidas. Se inicia en la prostitución como una forma de buscar soluciones a un problema familiar o económico grave, o para obtener ingresos económicos con los que satisfacer su dependencia de las drogas. Las mujeres prostitutas consumidoras de drogas alcanzan un alto grado de deterioro físico y psíquico, y

son rechazadas por las que podríamos denominar *tradicionales* debido a sus hábitos de consumo. En la calle ejercen también algunas mujeres nigerianas, más jóvenes y sin problemas de adicción. Suelen estar en esta actividad de manera temporal (es posible que hasta pagar las deudas contraídas en su viaje hacia España), aunque algunas permanecen un largo tiempo. En la calle ejercen también personas transexuales que atiende Médicos del Mundo, algunas ecuatorianas y el resto, españolas.

Las mujeres que se prostituyen en locales y clubes de alterne de Sevilla tienen una media de 29 años y cuenta con un nivel educativo básico. El 99% es inmigrante. Muchas de ellas están en situación irregular y con familia en sus países de origen. Se inician en la prostitución para resolver problemas económicos, no consumen ninguna droga y ejercen en locales de carretera, cerrados y repartidos por la provincia o en la misma capital. Las ganancias que obtienen son compartidas con el propietario del local en un tanto por ciento que varía según los casos. Muchas de ellas cuentan con rigurosos controles sanitarios y adoptan medidas preventivas, por lo que la incidencia del sida es baja.

Catalunya

En Catalunya se repite un patrón similar: mujer emigrante, que es traída por una red de trata y tráfico mediante promesas irreales de un puesto de trabajo y que es esclavizada en un club de alterne. Destaca la presencia de mafias de Europa del Este, que trafican con mujeres muy jóvenes, de entre 18 y 25 años. Las mujeres procedentes de Latinoamérica, por el contrario, migran huyendo de una situación de exclusión social en su país de origen.

Comunidad Valenciana

Las personas prostitutas atendidas por Médicos del Mundo en la Comunidad Valenciana son principalmente jóvenes e inmigrantes. Se trata mayoritariamente de mujeres (89%), aunque en el caso de Alicante, los transexuales representan actualmente el 10%. Como viene observándose desde los últimos años, la proporción de mujeres españolas prostitutas se reduce progresivamente en detrimento de las inmigradas: las nativas representan actualmente la cuarta parte en Valencia y la quinta parte en Alicante. Por procedencia, el grupo mayoritario en Valencia son las personas latinoamericanas, mientras que en Alicante son las procedentes del África Subsahariana. En ambos casos, el 40% tiene entre 25 y 34 años, mientras que un tercio del total tiene entre 18 y 24 años. Uno de los problemas que mayor relevancia durante 2005

³⁵ Médicos del Mundo. IX Informe de Exclusión Social, 2004. Madrid, 2005.

ha sido el aumento y consolidación de la presión policial sobre las personas prostitutas, la entrada en vigor de la Ordenanza Municipal sobre Actuaciones en Espacios Públicos del Ayuntamiento de Valencia puede afectar al normal desarrollo del programa, ya que prohíbe el ejercicio de la prostitución en la vía pública y se sanciona tanto a las personas prostitutas como a quienes pretendan mantener transacciones sexuales con ellas.

Galicia

En Galicia una de cada cuatro mujeres prostituida atendida por Médicos del Mundo es latinoamericana. Las más numerosas son las brasileñas, que suelen entrar al país vía Portugal. De igual manera, durante el 2005 se han encontrado en los clubes un mayor número de mujeres argentinas y uruguayas.

Cabe destacar la falta de recursos especializados por parte de la administración en el trabajo con mujeres prostitutas, singular es el caso de la ciudad de A Coruña donde no hay ningún recurso donde puedan dirigirse las mujeres a excepción del programa de Unidad Móvil de Médicos del Mundo.

Por otro lado, es relevante la existencia todavía de mujeres españolas y portuguesas de avanzada edad o usuarias de drogas en los *barrios rojos* de Vigo (Herrería) y Coruña (Orzán) que están siendo reemplazadas rápidamente por mujeres del este y subsaharianas, aunque en los últimos años estos espacios, que se ubican en el centro de la ciudad, se están sometiendo a una presión policial y urbanística constante.

Illes Balears

Varios estudios³⁶ estiman en 2.500 el número mínimo de personas que permanentemente se dedican a la prostitución en el archipiélago balear, con una rotación mensual de entre 70.000 y 105.000 clientes. En referencia a los países de origen se observa una presencia especialmente relevante de personas originarias de tres países americanos, Colombia, Venezuela y Brasil, y un aumento de las mujeres de África (sobre todo subsaharianas) y de Europa del Este.

Médicos del Mundo Illes Balears ha encontrado ejerciendo en la calle a mujeres subsaharianas y (en menor número) españolas y usuarias de drogas inyectables. Las mujeres de Europa del Este, de Latinoamérica y del África Subsahariana (éstas en menor medida) suelen ejercer en clubes y otros espacios cerrados. Las personas transexuales se encuentran tanto en la calle como en clubes.

Islas Canarias

De acuerdo a datos recogidos por Médicos del

Mundo entre finales del año 2002 y principios del 2003, el 90% de las mujeres que son prostitutas en la calle en Canarias son migrantes, y la mayoría se encuentra en una situación administrativa irregular. El origen más común de estas personas es América Latina, seguida del África Subsahariana y Europa del Este. Menos numerosas son las nacionales de España y países del Magreb. Antes de 2002, las atenciones a mujeres prostitutas extranjeras no suponían más del 7% del total. Para la mayoría de las mujeres españolas prostitutas atendidas por Médicos del Mundo Canarias, el ejercicio de la prostitución estaba asociado al consumo de drogas, propio o de sus parejas.

A partir del año 2000 comenzó a incrementarse el número de inmigrantes prostitutas en la calle. Ya en los comienzos de 2001, las atenciones a extranjeras se acercaban al 50% del total. El número de mujeres españolas prostitutas fue disminuyendo a lo largo de los años, (debido fundamentalmente al éxito de los programas de mantenimiento con metadona de bajo umbral, al mayor acceso de estas mujeres a ayudas económicas y de reinserción laboral desde los ayuntamientos de las islas, y el descenso del consumo de heroína.

Médicos del Mundo está siendo testigo de la presencia, cada vez mayor, de la prostitución de menores marroquíes en una zona concreta de Las Palmas de Gran Canaria. Esta situación ya se ha puesto en conocimiento de los centros de menores donde se alojan y de la Policía (que ya estaba informada de la situación y había realizado algunas detenciones de personas sospechosas de proxenetismo). Según la información de los centros de acogida de menores, los chicos, de edades comprendidas entre los 16 y 17 años, aprovechan las salidas del centro o se escapan para conseguir medios económicos a través de la prostitución o del tráfico de drogas.

Madrid

Después de las mujeres subsaharianas, las procedentes de América Latina son las más numerosas en Madrid. Presentan características distintas a las de las demás, dado que suelen poseer pasaporte en regla y, gracias al reciente proceso de regularización de extranjeros, han conseguido normalizar su situación administrativa. Cotizan a la seguridad social, por tanto están empadronadas y tienen tarjeta sanitaria, ya que compaginan el ejercicio de la prostitución con trabajos de servicio doméstico o en el área de atención domiciliaria a personas mayores.

³⁶ BALLESTER, LI.; et al. *Estudi sobre la prostitució femenina a Mallorca: La prostitució femenina a Balears. Aproximació sociològica, enfocaments i perspectives.* Lleonard Muntaner, editor, 2003.

Las procedentes de África del Norte se diferencian del resto por ser de edad más elevada, generalmente superan los 40 años. Tienen cargas familiares tanto en España como en sus países de origen. Ejercen en su mayoría en la zona centro de Madrid. Tienen grandes dificultades para acceder al sistema público de salud.

Médicos del Mundo Madrid ha encontrado especiales dificultades en el acercamiento a mujeres procedentes de Europa del Este: por un lado, permanecen poco tiempo ejerciendo en un mismo lugar; por otro, están controladas muy de cerca por las mafias, que les impiden acceder a la Unidad Móvil. Su nivel educativo es de primaria y secundaria. Al llegar a España el manejo del castellano suele ser muy elemental o inexistente aunque se produce un rápido aprendizaje del idioma. Relatan tener que pagar una elevada "deuda" en cuotas fijas semanales. El verdadero acercamiento a los recursos de Médicos del Mundo se produce cuando estas personas recuperan su libertad, cuando se enfrentan a la red o cuando se da una situación de emergencia. Aunque es un grupo de mujeres que dispone de pasaporte, son muy pocas las que han tramitado la obtención de la tarjeta sanitaria.

Las mujeres transexuales latinoamericanas presentan un nivel de educación más elevado que el resto del colectivo. También poseen pasaporte y han regularizado su situación administrativa gracias al reciente proceso de normalización. Muchas de ellas ya ejercían la prostitución en sus países de origen. Uno de los motivos para emigrar era buscar un lugar con menos prejuicios hacia su condición de transexualidad, que, sin embargo, sigue siendo en España una de las grandes dificultades para su inserción laboral y social.

El acceso a la salud de las personas prostituidas

En España el acceso a la salud y al sistema público sanitario está garantizado a través de la obtención de la tarjeta sanitaria; para obtener ésta, a su vez, es necesario cumplir con el requisito del empadronamiento. Las personas prostituidas, y más si son extranjeras en situación administrativa irregular, encuentran muchas dificultades para empadronarse y por tanto para obtener la tarjeta sanitaria, es decir, para proteger su salud. Al carecer de papeles, tampoco gozan de libertad de movimiento para acudir a los centros, informarse o ser atendidas.

Un ejemplo claro es el de las mujeres del África Subsahariana que ejercen la prostitución en Madrid, que no consiguen empadronarse al no tener un documento que acredite su identidad. Bajo presión, son conducidas por las redes que las trajeron a España a abogados privados, que solicitan para ellas el asilo y, una vez denegado,

solicitan la cédula de inscripción, trámite que en muy pocas ocasiones se consigue. La mayoría de las personas quedan indocumentadas y sin posibilidades de acceder a ningún recurso.

La deuda adquirida con las redes es muy elevada, tardan unos tres años en pagarla. Su único objetivo durante este tiempo es conseguir la mayor cantidad de dinero posible. Para ello ejercen todos los días de la semana una media de 12 horas diarias. Las expectativas de futuro no son acordes con la realidad, creen que una vez pagada la deuda todos sus problemas se van a solucionar. Al no conocer el idioma, no tener formación y carecer de relaciones fuera del ejercicio de la prostitución, su inserción laboral y social es muy difícil.

Algunas mujeres sí han conseguido regularizar su situación en nuestro país en el último proceso de normalización, pero esto no significa que hayan escapado del control de las mafias y proxenetas (las más invisibilizadas debido al control de las redes son las europeas del Este). Tampoco garantiza su acceso a los recursos normalizados, por varias razones: la diferencia de idioma, el desconocimiento del funcionamiento de los recursos e instituciones y de las normativas o los distintos conceptos culturales de salud y enfermedad entre los profesionales de la salud y las afectadas. El vivir en clubes alejados de núcleos urbanos no ayuda a las mujeres prostituidas, dado que acentúa su aislamiento: no suelen conocer a nadie salvo al personal del club y a los clientes, no suelen salir o lo hacen poco y el horario de ejercicio de la prostitución dificulta su relación con el exterior. Por tanto, no conocen los recursos que están a su disposición, ni sus derechos.

Algunos de los denominados clubes de alterne llegan a acuerdos con servicios médicos privados (Médicos del Mundo ha comprobado casos en Sevilla, por ejemplo), para realizar analíticas de forma obligatoria a las mujeres, con una frecuencia entre mensual y trimestral y por las que suelen pagar entre 60 y 90 euros.

Las mujeres transexuales latinoamericanas que ejercen en Madrid representan un caso especial, dado que, aunque posean tarjeta sanitaria, acceden al sistema en menor medida que las mujeres latinas, debido a su transexualidad y a la falta de cobertura del sistema. A esto hay que añadir, la discriminación que sufren por parte del personal administrativo y sanitario.

Una excepción son las mujeres prostituidas de la Unión Europea, que, al ser ciudadanas comunitarias, tienen más facilidades para acceder a los servicios sanitarios.

Principales problemas sanitarios

Los principales problemas sanitarios que sufren las mujeres prostituidas están directamente relacionados con el estigma que conlleva la actividad que ejercen. La sociedad tiende a responsabilizar a las personas prostituidas de todos los problemas relacionados con esta actividad, y en general de los de la sociedad, quedando los clientes impunes. Esta estigmatización discrimina y excluye del entorno social a la persona prostituida, abocándola a mayores riesgos para su salud mental y física y dificultando su integración y el acceso a los servicios sanitarios públicos.

Salud sexual y reproductiva

Uno de los principales problemas para la salud es el alto riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual por el escaso uso de anticonceptivos de barrera, principalmente por dos motivos: la presión del cliente y el desconocimiento. Un ejemplo del primer caso lo constituyen las mujeres prostituidas atendidas en Sevilla, especialmente las que sufren necesidades económicas importantes, que acceden a las presiones del cliente que está dispuesto a pagar más por no usar preservativo.

Dentro del segundo caso se encuentran las mujeres procedentes del Magreb que ejercen en Canarias, quienes iniciaron el ejercicio de la prostitución en su país de origen, donde el uso del preservativo es prácticamente nulo, y las nigerianas de Sevilla y Canarias, mujeres de escasa formación acerca de la sexualidad que desconocen el uso de los métodos anticonceptivos de barrera o los utilizan erróneamente: basan su concepto de salud-enfermedad en mitos y se automedican para afrontar cualquier tipo de dolencia. A ello hay que añadir que han sido víctimas de mutilación genital (ablación del clítoris) en sus países de origen.

En Madrid, las mujeres de África subsahariana tienen escasos conocimientos acerca de las ITS como de métodos anticonceptivos. Sí observamos la automedicación con antibióticos y abortivos. La mayoría no ha acudido a revisión ginecológica ni se ha realizado pruebas de detección de VIH. Y en Catalunya, el 80% de las mujeres prostituidas toma indiscriminadamente y sin control tratamientos postcoitales y post-exposición, provocando un considerable desorden sanitario y psicológico.

Por el contrario, las mujeres latinoamericanas tienen un nivel de información y concienciación sanitarias medio-alto y son por lo tanto una población, en general, sana, según reportan las sedes de Médicos del Mundo en Canarias y Madrid. Utilizan métodos anticonceptivos y se han realizado revisiones ginecológicas en sus países de origen. Sin embargo, no hay un conocimiento adecuado de las vías de transmisión de

ITS y VIH ni se han realizado la prueba para la detección del VIH.

Se dispone de poca información acerca de los aspectos sanitarios de las mujeres de Europa del Este en Madrid. Aunque se ha constatado que se da el uso de preservativo, existen sospechas por parte del equipo técnico de que estas mujeres se encuentran con serias dificultades a la hora de usar medidas preventivas por el control al que les somete las redes de explotación de sexual.

Los métodos anticonceptivos tampoco están presentes en las relaciones que mantienen con sus parejas sentimentales. Así lo declara la mayoría de las mujeres entrevistadas en Málaga que comentan tener pareja estable. Éste se ha convertido en un grave problema, ya que en muchas ocasiones son las parejas los vehículos transmisores de enfermedades venéreas y se reinfectan una y otra vez a pesar de los tratamientos.

Un caso especial es el detectado por el Centro de Atención Sociosanitaria a Personas Prostituidas de Médicos del Mundo Canarias: cada vez con mayor frecuencia se establecen relaciones sentimentales entre las mujeres nigerianas y sus prostituidores, hecho que está colocando a ambos en un grave riesgo para la salud, y a la mujer en una situación vulnerable de abusos, explotación económica y malos tratos.

Como consecuencia de lo descrito, se ha detectado un número creciente de solicitudes de interrupciones voluntarias de embarazos, especialmente en los grupos de rumanas y nigerianas de Sevilla. En Catalunya, el 40% de las mujeres atendidas ha practicado o practica la interrupción del embarazo dos o tres veces al año.

Las mujeres que acuden por primera vez al servicio de serología (VIH) manifiestan temor y angustia, tanto a la hora de la extracción de muestras como a la de recoger los resultados, según ha detectado Médicos del Mundo Catalunya. Este hecho puede estar directamente relacionado con el rechazo y la estigmatización sociales que supone la infección por VIH, tanto en el país de origen como en España.

Alcohol y otras drogas

Médicos del Mundo también ha encontrado consumos problemáticos de drogas entre las mujeres prostituidas que ha atendido en 2005. La droga más consumida suele ser el alcohol, sobre todo por el ejercicio de la actividad de alterne, ya que es parte de la relación que se establece con los clientes prostituidores. En ocasiones consumen voluntariamente, al reportar beneficios económicos tanto para ellas como para los dueños de los clubes, y otras veces lo

GRÁFICO 16
Tipo de atención a personas prostituidas
Fuente: Médicos del Mundo.

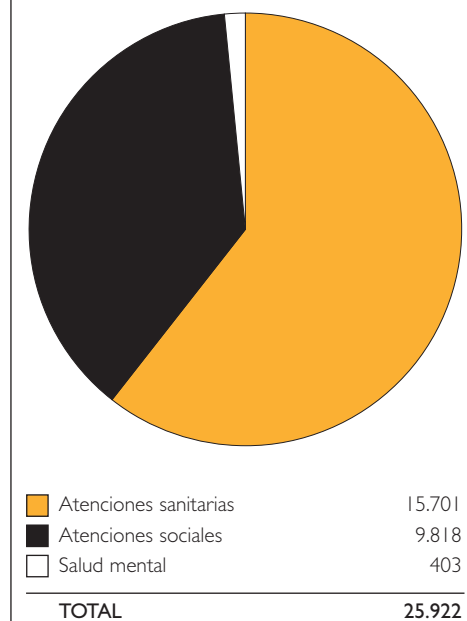
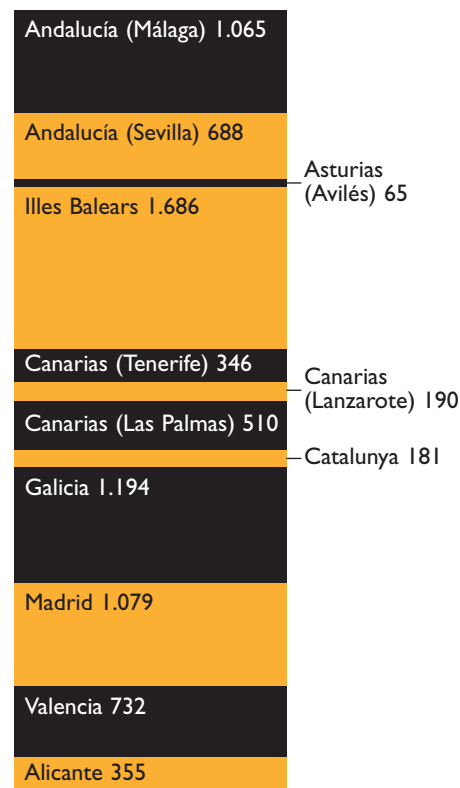


GRÁFICO 17

Atención a personas prostituidas, por sede

Fuente: Médicos del Mundo.



TOTAL 7.836

hacen bajo presión. El alcohol se ha convertido en un grave problema de salud, ya que su consumo suele ser diario y en grandes cantidades.

También es habitual encontrar en los clubes de Sevilla, Málaga o Madrid, mujeres que consumen cocaína inducidas o coaccionadas por los clientes. Este tipo de droga es consumida usualmente en el sitio dónde se ejerce la prostitución y con los clientes, en ocasiones forma parte del pago, un tipo de consumo que puede reducir la percepción del riesgo. En Sevilla se da en aproximadamente el 25% de las mujeres, aunque no son las consumidoras las que lo declaran, sino sus compañeras.

Otro tipo de drogas, como el hachís o la base de cocaína más heroína, el llamado "revuelto", se encuentran con más frecuencia en zonas de calle de Málaga, donde su consumo suele ser habitual tanto entre hombres como mujeres y transexuales o travestis. Muchas de las mujeres que ejercen en calle, sobre todo las de nacionalidad española, son consumidoras habituales de "revuelto" y presentan un estado de salud bastante deteriorado. Con respecto al colectivo de hombres, el consumo más frecuente es el de hachís y drogas de diseño, que usan no sólo como reclamo con los clientes, sino también en su vida cotidiana.

Violencia doméstica

A través de la distribución de un cuestionario piloto, para el comienzo de un estudio que tendrá lugar en Sevilla durante 2006, se han detectado problemas de violencia doméstica en algunas mujeres prostituidas, tanto españolas como inmigrantes.

También se han registrado problemas de ansiedad y tristeza persistentes, vinculadas a la inmigración y al papel de las mujeres como cuidadoras. Así, manifiestan sentimientos de culpa y tristeza por tener lejos a sus hijos y familia y no poder cuidar de ellos. El hecho de enviar dinero a sus parientes no sirve de consuelo.

INTERVENCIÓN DESDE MÉDICOS DEL MUNDO

La atención a personas que ejercen la prostitución tiene como objetivo general evitar un incremento en la incidencia de infección por el VIH y otras ITS. Médicos del Mundo trabaja con las personas prostituidas en calle y clubes desde 1993.

Durante el año 2005, Médicos del Mundo ha realizado 27.687 atenciones a 7.836 personas que ejercen la prostitución, de las que el 88,48% son mujeres, el 7,05% transexuales y el 4,47% hombres, entre las que ha distribuido 1.092.863 preservativos. Se mantiene, con respecto a años anteriores, el predominio de mujeres y el

porcentaje de transexuales. El de hombres crece ligeramente con respecto a 2004, en contra de la tendencia descendente registrada desde 1999. La inmensa mayoría, el 84,5%, son extranjeras.

La mayoría de las atenciones brindadas son de reducción del daño asociado a la prostitución de carácter sanitario, debido a la marginalización de este colectivo que dificulta y en muchos casos impide el acceso a los servicios de salud. Las atenciones sociales consisten en proporcionar la información y el apoyo necesario para normalizar su situación administrativa, en el caso de personas migrantes.

La intervención de Médicos del Mundo se realiza a través de dos dispositivos:

Las **unidades móviles**, o de acercamiento, de Vigo, La Coruña, Valencia, Alicante, Palma de Mallorca, Madrid, Tenerife, Lanzarote, Gran Canaria, Málaga y Sevilla. En estos dispositivos se realizan actividades de educación para la salud, consejo sobre VIH, información sobre recursos sanitarios disponibles y distribución de preservativos. Se utiliza la estrategia de educación de pares para poder abordar a este colectivo.

Los **Centros de Atención Sociosanitaria a Personas Prostituidas** (CASSPEP), ubicados en Avilés, Valencia, Palma de Mallorca, Madrid y Gran Canaria, que complementan a las unidades móviles con actividades de promoción y protección de la salud.

Durante el año 2005 Médicos del Mundo ha efectuado un total de 2.428 derivaciones al sistema público socio sanitario y otras organizaciones con capacidad para atender y dar respuesta a demandas específicas de este colectivo, principalmente de atención clínica, siempre y cuando haya sido posible. Por otro lado ha recibido a 908 personas que ejercen la prostitución derivadas de otras organizaciones que no cuentan con la capacidad para atender sus demandas. Básicamente solicitaban información sobre los recursos disponibles en la red sanitaria. Aquellas personas derivadas a nuestros recursos, se localizan en Comunidades Autónomas en las que encuentran dificultad para acceder al sistema público socio sanitario.

Mujeres que ejercen la prostitución

Del total de mujeres atendidas por Médicos del Mundo durante el año 2005 en calle y clubes, el 15,42% es de nacionalidad española y el 84,5% procede del extranjero (38,64% de Latinoamérica, 23,2% del África Subsahariana, 12,24% de Europa del Este, 2,98% del Magreb y un 1,90% de la Unión Europea), datos que en general guardan similitud con los obtenidos el año 2004, aunque en ese año el mayor porcentaje corres-

pondió a mujeres del África Subsahariana (35%). El 24,55%, de las mujeres atendidas tiene entre 18 y 24 años de edad; el 42,06%, entre 25 y 34; y el 18,43% entre 35 y 44 años.

Mujeres transexuales que ejercen la prostitución

Se trata de un grupo cuya edad es ligeramente superior que la de las mujeres que ejercen la prostitución: el 76,79% de las mujeres transexuales tienen una edad comprendida entre los 25 y 44 años. El 64,51% de ellas procede de países latinoamericanos.

Hombres que ejercen la prostitución en calle

El grupo de hombres que ejercen la prostitución en calle sigue siendo comparativamente minoritario y menos visible. En su mayoría es de origen extranjero (72,16%) y tiene entre 25 y 44 años (64,06%). Suele ser habitual que este colectivo compagine el ejercicio de la prostitución con una actividad laboral.

5. PERSONAS USUARIAS DE DROGAS 2005

AUMENTA EL CONSUMO ENTRE LA JUVENTUD

España se sitúa a la cabeza del planeta en el consumo de cocaína. Así lo establecen diversos informes publicados a lo largo de 2005. La Memoria de la Fiscalía Contra la Droga, por ejemplo, revela, citando datos de Naciones Unidas³⁷, que el porcentaje de la población española que consume cocaína se eleva hasta el 2,6%, una décima porcentual más que Estados Unidos.

España también es uno de los países de la Unión Europea donde el consumo y el tráfico de drogas ilegales han experimentado un mayor incremento en los últimos años. Aunque las cifras del último informe europeo sobre el tema³⁸ parecen indicar una estabilización de esta tendencia, España permanece a la cabeza de los países de su entorno.

Más del 4% de los españoles entre 15 y 34 años consumió cocaína en los doce meses previos a la elaboración del informe (sólo por detrás del Reino Unido y más del doble de la media europea) y el 26% de la población de ese rango de edad (el porcentaje más alto de toda Europa) declaran haberla consumido alguna vez en su vida. "La cocaína se está convirtiendo en la droga estimulante preferida" de los jóvenes españoles y europeos, reza el informe.

Los índices de consumo de otras sustancias también experimentan un incremento, de modo que nuestro país se encuentra entre los cinco primeros de la UE en el consumo de éxtasis, anfetaminas y cannabis, la droga más consumida con diferencia. Sin embargo, "el consumo de heroína inyectada en relativamente bajo" en España, se lee en el informe (es el país, junto con Italia, cuya juventud reporta menor consumo de esta sustancia).

Los datos son más preocupantes cuando se analizan los índices de consumo entre la juventud. La Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias³⁹, publicada en 2005 por el Plan Nacional sobre Drogas, revela que el 42,7% de los escolares de entre 14 y 18 años de edad ha consumido cannabis alguna vez en su vida (el 36,6 % lo ha hecho en los 12 meses previos al estudio) y el 9% ha probado la cocaína (el 7,2%, en el último año).

Si bien el informe ha detectado un ligero descenso en el consumo de éxtasis y anfetaminas respecto del año anterior, se da un aumento en

todas las demás drogas, tanto las legales (tabaco y alcohol) como las ilegales: cannabis, cocaína, hipnosedantes sin receta, alucinógenos, inhalables volátiles e incluso heroína.

La encuesta asegura que entre "los consumidores de una droga en un período dado (últimos 12 meses, últimos 30 días) es bastante frecuente que hayan consumido otras durante el mismo período, fenómeno que se suele denominar policonsumo".

Durante 2005 se ha afianzado la presencia de drogas de síntesis cuyo consumo anteriormente era casi anecdótico (por ejemplo, anestésicos como el ácido gamma-hidroxi-butilato, GHB o "éxtasis líquido", y la ketamina), según apunta la incautación de cantidades cada vez mayores de estas sustancias.

Si se analiza la evolución de la edad media de inicio en el consumo de los estudiantes se puede apreciar que entre 2002 y 2004 (la Encuesta se elabora cada dos años), la edad de inicio en el consumo de hipnosedantes e inhalables volátiles ha aumentado; la del alcohol, cocaína y alucinógenos se ha estabilizado; y la del tabaco, cannabis, éxtasis y heroína ha disminuido. El inicio en el consumo de las drogas legales se produce antes de los 14 años; el de hipnosedantes, cannabis, heroína y sustancias volátiles, antes de los 15; y la edad media de inicio de consumo de cocaína, anfetaminas, alucinógenos y éxtasis es inferior a los 16 años. Por sexos, el consumo de tabaco e hipnosedantes está más extendido entre las chicas. El resto de sustancias (salvo el alcohol, consumido por igual por ambos sexos) son preferidas por los chicos.

³⁷ Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. *Informe Mundial sobre las Drogas* [En línea]: Volumen II, *Estadísticas*. Organización de Naciones Unidas. [Consulta 22 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.unodc.org/pdf/research/wdr_volume2_s.p.pdf>.

³⁸ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Estado del problema de las drogas en Europa 2005* [En línea]. [Consulta 22 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://annualreport.emcdda.eu.int/es/home-es.html>>.

³⁹ Disponible en <<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/escolar2004.pdf>>.

Los diversos estudios ligan el alto consumo de drogas y la corta edad de inicio con la gran disponibilidad de la droga, por un lado, y la poca percepción del riesgo de los jóvenes. En 2005, las fuerzas de seguridad del Estado confiscaron la mayor cantidad de cocaína jamás incautada en el país⁴⁰. Por otro lado, los diversos estudios sobre la materia demuestran que son más las personas jóvenes que consideran más peligroso consumir bebidas alcohólicas que derivados del cannabis. En la misma dirección apunta el último estudio sociológico elaborado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción⁴¹, que concluye que el 20% de españoles de entre 15 y 65 años considera positivo probar las drogas alguna vez. Para el 36% de la población española de 15 a 65 años es "muy importante" que se legalice el hachís; el 21% defiende que se despenalice el consumo en general.

MORTALIDAD

Un estudio⁴² que ha estimado por primera vez la mortalidad relacionada con el consumo de drogas ilegales y su impacto en la mortalidad general de la población, establece que al menos el 8% de los jóvenes que fallecen en España lo hace por consumir sustancias estupefacientes. Es un porcentaje inferior al de otros años, posiblemente por la mortalidad indirecta producida por el sida en fechas anteriores, pero sigue siendo una importante causa de mortalidad. Si bien el 28% de las personas con problemas de adicción tratadas en los servicios de salud es portador del VIH, los tratamientos antirretrovirales y los programas de metadona, que han logrado reducir el consumo vía parenteral, han contribuido a reducir la mortalidad por esta causa.

Se está produciendo un cambio en el perfil de la persona que solicita ingresar en un programa de desintoxicación, según reflejan los datos de la Unión de Asociaciones de Atención al Drogodependiente⁴³. Si bien se registra un lento pero progresivo envejecimiento de la población atendida por esta entidad, un reciente informe califica de preocupante el hecho de que en una década se ha duplicado el número de menores de 16 años.

Una de cada cuatro personas que solicitan ayuda para dejar su adicción es consumidora de heroína; una de cada cinco, mezcla la heroína y la cocaína y el 13% sólo consume esta última. Pero la cocaína ha comenzado a desbancar a la heroína en los servicios de urgencia. Las consultas relacionadas con el consumo de esta sustancia representaron el 75% de las urgencias generadas por el abuso de drogas ilegales en 2004. Es una de las conclusiones de la I Jornada de Actualización en Toxicología, celebrada el pasado año.

RESPUESTA DE LA ADMINISTRACIÓN

Los altos índices de consumo de drogas entre las personas jóvenes han motivado una doble respuesta por parte del Estado. Una, de carácter policial, impulsada por el Ministerio del Interior; otra, consistente en la aprobación por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo del Plan Nacional contra las Drogas (PND) para el periodo 2005-2008.

A principios de año, más de 3.100 agentes de la Policía y de la Guardia Civil se desplegaron en las inmediaciones de centros escolares para combatir la venta de drogas a pequeña escala. El plan, que durará dos años, se completó después con acciones similares en las zonas de ocio.

EL PND, por su parte, hace hincapié en la prevención dirigida a los colectivos de menor edad, además de contemplar acciones de diagnóstico y tratamiento precoz, de reducción de daños en personas drogodependientes y en la integración social y laboral de los antiguos consumidores a través de 230 programas. Su presupuesto supera los 22 millones de euros, la mayoría de los cuales se ha distribuido entre las Comunidades Autónomas.

En el ámbito autonómico y local destacan las iniciativas del Gobierno Vasco y el Consistorio barcelonés de crear espacios para el consumo seguro de drogas, las llamadas narcosalas. Así lo prevé, para todo aquel municipio que lo solicite, el quinto Plan de Drogodependencias 2004-2008, aprobado por el Parlamento vasco. En Euskadi funciona desde hace dos años la Sala de Consumo Supervisado de Médicos del Mundo, pionera en España. El plan, además, contempla la creación de una red de centros que garanticen las necesidades básicas de alojamiento, calor, alimentación e higiene de este colectivo y la posibilidad de dispensar heroína con fines terapéuticos a las personas con problemas de adicción

⁴⁰ J.R.A. *España es el primer país en incautaciones de hachís, y el tercero en cocaína*. El País, 30 de enero de 2006.

⁴¹ Fundación Ayuda Contra la Drogadicción. *La Percepción Social de los Problemas de Drogas en España*. Madrid: Fundación Ayuda Contra la Drogadicción y Obra Social de Caja Madrid, 2005.

⁴² BRUGAL, M.; BARRIO, G. et al. *Estimación de la mortalidad atribuible al consumo de drogas ilegales en España*. Revista Medicina Clínica 2004.

⁴³ Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. *El perfil del drogodependiente en España es: varón, entre 32 y 36 años, enfermo, con estudios primarios y en paro* [En línea]. [Consulta 22 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://www.unad.org/documentos/Perfil020205.pdf>>.

que no hayan tenido éxito con otros tipos de programas, una medida similar a la propuesta por la Generalitat de Catalunya. Esta última iniciativa está pendiente de la autorización del gobierno central.

En Barcelona, la oposición ciudadana en contra de la narcosala de Vall d'Hebron ha provocado la rectificación del Ayuntamiento, que pretendía en un inicio abrir un centro de asistencia socio-sanitaria para personas usuarias de drogas en cada distrito de la ciudad. El nuevo plan de drogodependencias combina instalaciones fijas con unidades móviles en determinados puntos de la ciudad y el traslado de la sala de Vall d'Hebron al interior de las dependencias hospitalarias de la zona.

La Generalitat de Catalunya también presentó su propuesta de dispensar en 60 farmacias cápsulas de marihuana para 1.500 personas con cáncer, dolores nerviosos, esclerosis múltiple y sida. Esta iniciativa fue recortada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, que limitó la entrega de cannabis con fines terapéuticos a únicamente cuatro hospitales.

PERFIL DE LA PERSONA USUARIA DE DROGAS ATENDIDAS POR MÉDICOS DEL MUNDO

Con algunas características específicas en cuanto al tipo de sustancia y la vía de consumo y según la comunidad autónoma, Médicos del Mundo ha constatado que continúan las tendencias de años anteriores: la mayoría de las personas atendidas son hombres de entre 25 y 44 años que consumen más de una sustancia, con un índice de cronicidad muy alto.

El 83% de las personas que acudieron a Médicos del Mundo en 2005 eran hombres, el 16,3% fueron mujeres y el 0,08% transexuales. La distribución de personas atendidas según franjas de edad no difiere del año 2004: la mayoría son adultos, tienen edades comprendidas entre los 25 y 34 años (el 33,17%) y los 35 y 44 años (31,76%). El 5,19% tiene entre 18 y 24 años, el 5,54% es mayor de 45 años y un 0,09%, es decir, tres usuarios, tienen menos de 18 años.

El porcentaje de españoles registrados atendidos ha bajado del 75,15% en 2004 al 67,86% en 2005. El segundo grupo mayoritario es el europeo, que se ha incrementado ligeramente respecto del año 2004: las personas procedentes de la Europa comunitaria y la Europa del Este suponen el 1,20% y el 3,37%, respectivamente. Los porcentajes del resto de grupos son muy bajos: África subsahariana, Magreb, Latinoamérica y Asia representan, en conjunto, sólo un 1,55% de la población atendida. Es alto el número de personas de las que es difícil obtener información personal: se desconoce la

procedencia del 25,97% de las personas usuarias de drogas que acudieron a Médicos del Mundo en 2005.

Tipo de sustancias y vía de administración

Ya hace unos 15 años se empezó a percibir algunas señales de cambio en los patrones de consumo de drogas ilegales y en el tipo de sustancias consumidas, tendencias que se han ido consolidando en años posteriores. Del patrón de heroína y consumo marginal, viviendo en la calle, se ha pasado al patrón de drogas de diversión (alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis y otras drogas de diseño), de consumo lúdico de fin de semana o periodos vacacionales.

Respecto a los usuarios de drogas que acuden a Médicos del Mundo, el tipo de sustancia y vía coincide en algunos casos con las tendencias generales, pero difiere en otros casos:

Euskadi

Del total de consumos realizados en la Sala de Consumo Supervisado de Bilbao en 2005, el 79,1% fueron por vía inyectada; un 19,41% por vía inhalada y un 1,3% por vía esnifada. Las sustancias consumidas fueron cocaína en un 43% de los casos; heroína en un 32% y mezcla en un 25%. La mayoría de las personas atendidas tiene una historia de más de 15 años de consumo.

Galicia

Según un estudio realizado a 59 personas usuarias de drogas de Peñamoa-A Coruña en el 2005, el 42,3% consume heroína, el 30,5% cocaína y el 27,11% consume mezcla. La mayoría lleva más de 10 años de consumo.

Illes Balears

Según el Estudio de Consumos en Personas Usuarias de Drogas Ilegales (2005), para el que se tomó como muestra a 46 personas atendidas a través de Unidad Móvil (33 hombres y 13 mujeres), la vía más utilizada es la endovenosa, con porcentajes diferentes a los del año pasado, más altos de heroína endovenosa que de cocaína. Hay que destacar que el programa de reducción de daños de Médicos del Mundo está fundamentalmente dirigido a personas usuarias de drogas endovenosas, por lo tanto es lógico que la mayor parte de los encuestados hagan uso de esta forma de administración. La persistencia de la utilización de la vía intravenosa se debe que a la isla mayoritariamente llega heroína blanca y es casi imposible encontrar la heroína marrón, apta para el consumo vía fumada. Existe también un número de consumidores de heroína superior al de cocaína. A través del mismo estudio se ha detectado un alto porcentaje de policonsumidores de drogas ilegales.

Un 47,2% y un 50% de las personas encuestadas consumen heroína y cocaína, respectivamente, desde hace más de 8 años.

Islas Canarias

Desde el año 2001 Médicos del Mundo comenzó a apreciar una disminución paulatina en algunas áreas geográficas, sobre todo en Tenerife y Gran Canaria, del número de usuarios de drogas por vía parenteral, notándose al mismo tiempo un aumento del consumo a través de la vía fumada. En cambio, en la isla de Lanzarote, aunque también ha disminuido el número de usuarios de drogas por vía parenteral, se mantiene más estable y se atiende alrededor de 220 personas inyectoras que acuden a la unidad móvil.

La vía de consumo habitual de la heroína es la inyectada. Tan solo siete personas manifestaron ser únicamente consumidores por vía fumada. Los consumidores de cocaína atendidos o bien fuman crack o bien se inyectan clorhidrato de cocaína (mucho menos frecuente que la anterior). Suelen consumir cocaína como droga secundaria, siendo la primaria la heroína. Tienen más de cinco años de consumo.

Madrid

Muchos de las personas consumidoras siguen programas de mantenimiento de baja exigencia con metadona, generalmente a través de dispositivos móviles. La droga principal de consumo es la cocaína o mezcla y la vía, la fumada e inhalada con fases de consumo intravenoso provocadas por la calidad de la droga, dificultades económicas, etc. También se caracterizan por largas historias de consumo y grandes fluctuaciones de épocas de recaída y épocas de control.

Principales problemas sociosanitarios

Médicos del Mundo centra su trabajo en las personas usuarias de drogas que además sufren una situación de exclusión social, entendiéndola como el resultado extremo de una sucesión de situaciones específicas de no satisfacción de necesidades básicas y derechos fundamentales: educación, trabajo, vivienda digna, acceso a la protección social y a la asistencia sanitaria. Las personas usuarias que acuden a los programas de drogas de Médicos del Mundo presentan en alguna medida las siguientes características: falta de recursos económicos propios; desestructuración familiar; fuerte deterioro físico y de salud; inseguridad e inestabilidad personal y baja autoestima; problemas psíquicos con alteraciones de conducta; desarraigo social; falta de hábito laboral; ausencia de oportunidades suficientes; y dependencia institucional.

La escasez de medios económicos viene dada por el desempleo y porque los pocos ingresos obtenidos por diversos medios (mendicidad,

hurtos...) se invierten en la compra de droga. La gran mayoría de las personas consumidoras carece de un empleo estable y legal que permita afrontar los problemas descritos. La dependencia de la droga lleva a una situación desfavorable para buscar y obtener un empleo. Otras dificultades con las que se encuentran son un alto grado de estigmatización y el desconocimiento y falta de información de los tratamientos con sustitutivos.

La población que vive en el poblado mallorquín de Son Banya (ya sea temporalmente o permanentemente) está sometida a las redes de tráfico de drogas. A cambio de algunas dosis, un sitio para dormir (un garaje o un coche) y algo de comida las personas drogodependientes desarrollan labores de vigilancia o menudeo para las mafias. Acceden a estos trabajos ya que es la única manera que tienen de poder costearse su adicción. Están sometidos a una situación de verdadera esclavitud, hasta el punto de no poder moverse de su puesto de trabajo ni siquiera para acudir al médico en caso de necesidad. En Las Barranquillas de Madrid se ha observado una situación similar. Hace años que se puso en marcha un plan municipal de desalojos y realojos de los habitantes de Son Banya. Sin embargo, está resultando mucho más complicado y lento de lo previsto.

En Canarias, las personas usuarias generalmente viven en casas o locales que han ocupado sin las condiciones de habitabilidad necesarias. Por norma general, carecen de apoyo familiar o son ellas mismas quienes quieren evitar el contacto en su situación actual. Si tienen hijos, normalmente están a cargo de las madres o en tutela familiar o institucional.

En Madrid, como dato representativo del estancamiento vital que suponen los trastornos adictivos y del freno que suponen a los procesos de emancipación personal, destacan el elevado número de personas consumidoras que siguen viviendo con la familia de origen o han pasado ya a situación de calle; y el desempleo, tanto en hombres como mujeres, existiendo diferencia de género en relación a la gestión de subsidios, siendo las mujeres las que los conocen y solicitan más.

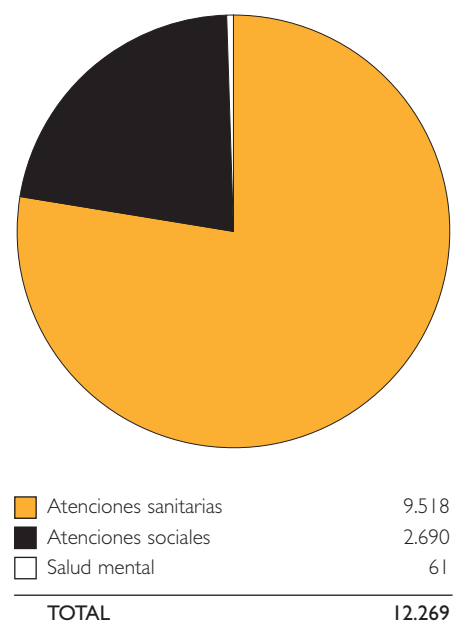
Sin embargo, el estudio elaborado durante 2005 en Peñamoa-A Coruña, arroja datos diferentes: los usuarios encuestados, todos varones, se encuentran en una situación no muy deteriorada, mantienen contacto con la familia, algunos poseen trabajo, viven con la familia, etc.

Presión policial

Un año más, la presión policial ha supuesto un obstáculo a los programas de reducción de daños. Encontramos un ejemplo en lo ocurrido

GRÁFICO 18
Tipo de atención a personas usuarias de drogas

Fuente: Médicos del Mundo.



en la Puerta San Antonio, uno de los puntos de venta de drogas ilegales de Illes Balears. Este barrio está situado en una zona que ha sido sometida a lo largo de los últimos años a una importante remodelación con consecuencias no sólo urbanísticas y arquitectónicas, sino también socioeconómicas. El inicio del cambio coincide con una creciente presión policial hacia el colectivo de personas drogodependientes y prostitutas, que parece tener como fin desplazarlas hacia otros barrios de la ciudad para intentar "disipar el problema".

En Madrid el traslado de los lugares de venta repercute directamente en la facilidad de acceso a la droga. Los desmantelamientos progresivos de los poblados marginales está originando un progresivo cambio en los escenarios, con la aparición de núcleos de venta mucho más inaccesibles (Valdemingómez, por ejemplo), donde se distribuye en mayores cantidades a pequeños camellos de barrio. La Policía mantiene una posición tolerante en relación al tráfico de drogas en núcleos marginales, las medidas de presión se centralizan mayormente en los consumidores (solicitud de documentación, cacheos, buscas y capturas...). La presión vecinal se da, no sólo frente al tráfico, sino también ante la posibilidad de normalizar recursos para las personas consumidoras.

En el caso de Alicante el desmantelamiento de Parque Ansaldo ha afectado gravemente a las posibilidades de continuar localizando a la población diana con normalidad. Durante prácticamente todo el año, especialmente durante los últimos meses de 2005, se ha intensificado la realización de prospecciones tratando de buscar puntos estables de intervención.

La presión policial y el desmantelamiento de zonas abiertas de consumo tienen consecuencias negativas en la atención a las personas usuarias de drogas. El contacto con la población diana se produce de un modo crispado, se sienten presionados y vigilados, el tiempo de atención personal se reduce y a menudo se condiciona por el estado de abstinencia. Este tipo de acciones, llevadas a cabo por las administraciones, planificadas sin contar con otros agentes sociales y servicios sociosanitarios públicos y privados, perjudica la atención que se proporciona a este colectivo desde organizaciones como Médicos del Mundo.

Consecuencias para la salud

En España, sin contar con los efectos del tabaquismo, más de un millón de personas sufren problemas importantes de salud, y otros problemas familiares, laborales y sociales, relacionados con el consumo de drogas.

En el contexto general, la evolución de los con-

sumos en los últimos años, y los efectos sobre la salud de las personas son especialmente preocupantes⁴⁴. A este respecto, cabe destacar:

- Un aumento de los consumos de drogas (consumo excesivo de alcohol, consumo inadecuado de medicamentos psicotrópicos, aumento del consumo de cannabis y de cocaína, etc.).
- Una disminución de la percepción de riesgo en relación con el consumo de drogas.
- Un incremento de la percepción de la accesibilidad a las drogas.
- Una disminución o estabilización de la edad de inicio de los consumos.
- Un aumento de los daños sobre la salud producidos por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos, o consumo excesivo de alcohol.

Una característica común a las personas usuarias de drogas es que se encuentran en un deficiente estado de salud, entendida ésta de forma integral, integrando las vertientes biológica, psicológica y social de la persona. Podemos resaltar los problemas asociados a prácticas de riesgo utilizadas en el consumo de drogas inyectables y en los comportamientos sexuales. La principal categoría de transmisión entre los casos de sida en España, sigue siendo la vía parenteral: 48,3% en hombres y el 39,4% en mujeres.

Otro riesgo asociado al consumo de drogas inyectables afecta a la salud mental, desencadenado sobretudo por el consumo de cocaína inyectada. En España un millón de familias sufren de cerca las consecuencias de las drogas. Cada año ingresan en los hospitales españoles más de 4.000 personas por psicosis producidas por alcohol y otras drogas. Aunque el número de personas ingresadas por psicosis es importante, lo más preocupante es la tendencia: en los últimos 10 años el aumento del número de ingresos por psicosis producidos por drogas es del 103%⁴⁵.

Recientes estudios⁴⁶ advierten de las consecuencias para la salud mental del consumo de cannabis y las drogas de síntesis. "El inicio del

⁴⁴ Plan Nacional Sobre Drogas. *Memoria 2003* [En línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004. [Consulta 22 de mayo 2006]. Disponible en: <<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/mo2003.pdf>>.

⁴⁵ Centro Nacional de Epidemiología. *Encuesta Morbilidad Hospitalaria (1993-2002). Plan de Acción Sobre Drogas 2005-2008*.

⁴⁶ Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas. *Informe sobre los efectos clínicos y toxicológicos del Cannabis en la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

consumo en edades tempranas aumenta las posibilidades de padecer trastornos neurológicos importantes, y entre un 7 y un 10% de los escolares que prueban esta droga tiene riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia"⁴⁷.

También son importantes los problemas de salud bucodental, que inciden en los procesos de inserción social y laboral: la falta de hábitos preventivos de higiene y la deficiente cobertura de servicios de salud bucodental afectan especialmente su salud y a su imagen externa.

El consumo de drogas vía parenteral tiene consecuencias más graves para la salud que la utilización de otras vías, como la fumada o la esnifada. Para que una inyección de drogas no ocasiona graves problemas sanitarios debe procederse con mucha cautela y precisión. A pesar de ello, todas las precauciones son pocas, pues el inyectarse una sustancia siempre tiene sus riesgos si se produce fuera del marco sanitario y más aún cuando se trata de sustancias ilegales y no controladas. La inyección de una sustancia ilegal nunca puede producirse en condiciones de plena seguridad pues dada la no esterilidad de las drogas que se venden en la calle (heroína, cocaína) las condiciones de plena asepsia no son posibles.

En A Coruña, solo un 35,59% de las personas usuarias utiliza siempre el preservativo en sus relaciones sexuales. Lo utilizan a veces el 32,20% y nunca, el 8,47%. Ha sorprendido positivamente que el 96,6%, se ha realizado la prueba de VIH/sida, pero sigue siendo preocupante ese 1,6% que no se ha hecho la prueba. El resultado del test ha sido positivo en un 11,8% y negativo en un 72,8%. El resto está pendiente de los resultados o no ha contestado a la encuesta. Según el mismo estudio, se hicieron pruebas de hepatitis el 10,16%, de los que el 69,49% obtuvo un resultado positivo (34,58%, hepatitis C; 4,5% hepatitis B; el resto lo desconoce). Se ha vacunado de hepatitis B el 32,20%. Respecto a los datos de tuberculosis, se han hecho la prueba el 89,8% de las personas encuestadas, con un 25,42 de resultados positivos. De estos últimos, casi el 70% no siguieron ningún tipo de tratamiento, frente al 21% que sí.

En Canarias, entre los usuarios de drogas existe un alto desconocimiento sobre su estado serológico al VIH. Un alto porcentaje de usuarios de heroína inyectada presenta marcadores de hepatitis víricas (de cualquier tipología) sin embargo, la mayoría desconoce cual de ellas sufre. En su gran mayoría, han pasado repetidas veces por diferentes recursos (Centros de Atención a Drogodependientes, centros evangélicos y privados) y tratamientos para dejar el consumo sin éxito.

En Illes Balears las personas usuarias de drogas comparten sobretudo el recipiente donde se mezcla la droga y el filtro y, en menor medida, las jeringuillas y agujas. Aunque el riesgo para la salud de compartir la jeringa es mayor, compartir cualquiera de los materiales utilizados para la inyección supone igualmente un riesgo. Persisten por tanto entre los usuarios conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas inyectables y a los comportamientos sexuales. Algunos usuarios de drogas creen que el reutilizar una o más veces el material de inyección no supone ningún daño.

En Madrid, una gran mayoría de usuarios presentan serologías compatibles con tener, haber tenido o estar vacunados de hepatitis B o tener hepatitis C. En relación a las personas seropositivas, los consumidores que están en programas de mantenimiento de metadona tienen una adherencia superior a los tratamientos antiretrovirales que aquellos que no siguen los programas. Por último, cabe destacar la gran necesidad sentida por este colectivo en relación a su deterioro bucodental.

Consecuencias sociosanitarias para la mujer

Las mujeres usuarias de drogas se enfrentan, además de lo ya expuesto, a otros riesgos:

- Se ha detectado mayor violencia física y psicológica hacia las mujeres.
- Existen riesgos ocupacionales y riesgos resultantes de actividades consideradas femeninas, como el ejercicio de prostitución como *pago en especie*. Así, se encuentran con dos situaciones de riesgo. Teniendo en cuenta que existe una insuficiencia de recursos específicos tanto para toxicómanos como para mujeres prostitutas, la situación se agrava doblemente para estas mujeres. Médicos del Mundo no tiene constancia de que existan hombres usuarios de drogas que ejerzan la prostitución para costearse el consumo, aunque cabe suponer que, de existir, su número sería insignificante en relación a la proporción de mujeres usuarias de drogas que sí la ejercen.
- En la conducta sexual y reproductiva hay más riesgo para la mujer: la posibilidad de contagiarse por VIH en una única relación con una pareja infectada es el doble para una mujer que para un hombre. La situación de drogodependencia refuerza la diferente situación de poder en la conducta sexual y en la negociación de la utilización de algún método de protección. El consumo de drogas disminuye la

⁴⁷ Redacción. *Los adolescentes no ven riesgo en el consumo de cannabis* [En línea]. El País, 9 de marzo de 2006. [Consulta 22 de mayo 2006]. Disponible en: <http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20060308salwdsan_1&type=Tes&anchor=wsdsannac>.

percepción de riesgo y hace que muchas veces se baje la guardia o no pueda negociar el uso del preservativo con el cliente.

Del análisis de género realizado en la sede autonómica de Médicos del Mundo Comunidad de Madrid, se desprende como otro aspecto interesante el escaso número de demandas de interrupciones voluntarias de embarazo de mujeres usuarias. La maternidad se vive como un refuerzo a la desintoxicación y persisten factores y valores culturales que refuerzan el rol de la mujer como "madre", sentimiento de culpabilidad, etc.

Acceso a la salud de las personas usuarias de drogas

Según la evaluación del Plan Nacional contra las Drogas 2003, se han cumplido los objetivos referidos a la puesta en marcha y el acceso de la población drogodependiente a programas de reducción de daños (intercambio de jeringuillas, sexo más seguro, kits antisida, etc.); la vacunación de población drogodependiente de tétanos, hepatitis B, tuberculosis y su extensión a familias y personas allegadas; la mejora de la calidad de los programas con agonistas en las redes asistenciales del Sistema Nacional de Salud y la diversificación de la oferta de los programas de reducción de daños en centros penitenciarios.

Sin embargo, las organizaciones que trabajan con usuarios de drogas consideran insuficientes los objetivos establecidos en los Planes Autonómicos sobre Drogas y Sida y los Colegios Oficiales de farmacéuticos. Los programas de educación sanitaria tendentes a la reducción del daño por consumo entre la población general, especialmente, la referida al consumo de alcohol en relación con accidentes de tráfico y violencia, tienen un grado de cumplimiento considerado deficiente. Deberían ser más ambiciosos.

Un alto porcentaje de las personas usuarias de drogas que acuden a los dispositivos de Médicos del Mundo no acude a los recursos sociosanitarios ofertados o lo hace de forma esporádica. Se mantienen las razones de la falta de acceso detectadas en años anteriores:

- Relacionadas con el funcionamiento de los recursos existentes: horarios de apertura, distancia entre los centros, niveles de exigencia, saturación y listas de espera, escasez de recursos especializados o falta de adherencia a programas de mantenimiento con metadona.
- Relacionadas con las propias características de los usuarios: desinformación sobre el funcionamiento de los recursos públicos, baja percepción del riesgo a su salud, el carecer de

domicilio, que implica carecer de médico y de servicios de salud públicos, o sensación de rechazo por parte de los profesionales sanitarios. Los prejuicios y falta de credibilidad de los profesionales hacia esta población ralentizan aun más el trabajo. Las labores de mediación son muchas veces las que facilitan que la perspectiva del personal sanitario y social se modifiquen, y hay que resaltar la importancia del esfuerzo por ambas partes: el usuario y el propio profesional.

Sin embargo, la expansión en los últimos años en España de los Programas de Mantenimiento con Metadona ha posibilitado un mayor acercamiento a los servicios públicos de atención por parte de esta población.

Las Unidades de Conductas Adictivas (UCA) son en la Comunidad Valenciana la puerta de acceso para la mayor parte de programas terapéuticos, pues gestionan el acceso a programas de mantenimiento de opiáceos, centros de día, desintoxicaciones hospitalarias, unidades de deshabitación residencial, etc. Aunque existe interrelación entre los programas de reducción de daños y las UCA, el contacto con otros dispositivos es muy minoritario.

Uno de los obstáculos identificados para el acceso a las UCA es el periodo entre el momento en que se concierta la fecha de la primera visita hasta que efectivamente se accede al recurso, que puede superar el mes. Dentro ya del sistema de atención, dificultades añadidas presentan el policonsumo y la escasez de alternativas terapéuticas para el abordaje de los trastornos derivados del consumo de cocaína, que con frecuencia es la sustancia principal de consumo.

En Galicia, sólo el 5,5 % de los centros de servicios sociales y de entidades prestadoras de servicios sociales de la Xunta trabajan con drogodependencias y exalcoholismo y un 11,4 % trabajan otras problemáticas de marginación social que también lleva a cabo Médicos del Mundo en Vigo. En esta ciudad no existe ningún albergue municipal y uno de los dos privados que existen cierra durante las temporadas de vacaciones escolares (Navidad, Semana Santa, Carnavales y veranos) y sólo permite que hombres y mujeres duerman dos días consecutivos, entre lunes y viernes. El segundo albergue, que sí abre durante todo el año, permite pernoctar a hombres durante 5 días al mes. La falta de un lugar donde poder empadronarse o donde poder recibir la correspondencia dificulta en gran medida que las gestiones de ayudas económicas lleguen a su fin, es decir: sin una dirección administrativa donde una persona pueda empadronarse es difícil, por no decir imposible, que se pueda renovar o tramitar el DNI, una renta de

integración social de Galicia o una pensión no contributiva, por ejemplo.

Los datos recogidos en el Estudio de Consumo de Personas Usuarias de Drogas Ilegales 2005 en Illes Balears muestran también un cambio positivo en el acceso que los usuarios de drogas tienen a los recursos sanitarios. De los encuestados, el 82,5% contestó que sí había acudido a algún servicio médico en los últimos tres meses, considerando servicio médico a cualquier tipo de atención médica realizada desde centros de salud, Centros de Atención a Drogodependientes, hospitales, servicios de urgencia ambulatorios o en prisión. Hay que destacar que el archipiélago balear sólo dispone de una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria con dos plazas, que no cubre todas las demandas existentes.

En la isla de Lanzarote, la principal dificultad que enfrentan las personas drogodependientes en situación de exclusión es la falta de una vivienda, la gran mayoría vive en la calle. A diferencia de Tenerife y Gran Canaria, sólo existe un Centro de Atención a Drogodependientes en la isla, en el municipio de Arrecife, que sólo ofrece una intervención de alto umbral, es decir, que incluye normas que no todos los usuarios pueden cumplir. Junto a Médicos del Mundo Canarias, cuyo Centro de Calor y Café (que ofrece servicios de comedor, ropero, duchas) es el único servicio de la isla que ofrece intercambio de jeringuillas y programa de Reducción de Daños.

LA INTERVENCIÓN DE MÉDICOS DEL MUNDO

Durante 2005 Médicos del Mundo ha atendido a 4.697 personas usuarias de drogas, 327 más que en el 2004. Los programas se han desarrollado en Andalucía, Illes Balears, Islas Canarias, Galicia, Comunidad de Madrid, Euskadi y Comunidad Valenciana a través de varios dispositivos:

- Unidades Móviles, que desarrollan Programas de Reducción de Daños (intercambio de jeringuillas) en Andalucía (Sevilla y Málaga), Illes Balears (Palma de Mallorca), Islas Canarias (Gran Canaria, Tenerife y Lanzarote), Galicia, Madrid y Comunidad Valenciana (Valencia y Alicante).
- Centros de Reducción de Daños (CEREDA), que ofrecen una atención más integral y multidisciplinar destinada a disminuir la marginalidad en Madrid, Valencia y Vigo. Los CEREDA son estructuras fijas que pretenden ser puntos de encuentro para los drogodependientes, donde se brinda un espacio de educación y promoción para la salud a las personas usuarias de drogas que conduzca a su empoderamiento y reducción de su estigma. Los CEREDA incluyen un espacio de interven-

ción grupal denominado sala de Calor y Café.

Las Comunidades Autónomas donde la atención a personas usuarias de drogas es mayor son, un año más, Illes Balears (1.349 usuarios) y Galicia (1.243 usuarios), seguidas de la Comunidad Valenciana (575), Canarias (266) y Andalucía (124). La Sala de Consumo Supervisado de Bilbao ha registrado un total de 1.140 historias, 506 nuevas y 532 ya atendidas en 2004.

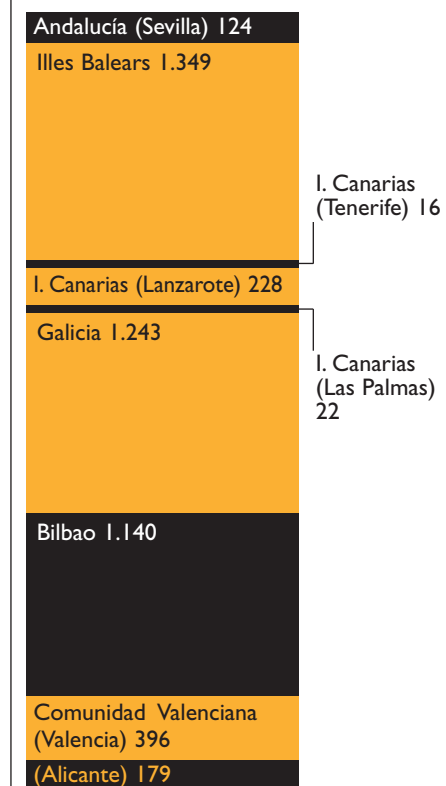
Cuando se hace necesario las personas atendidas son derivadas a servicios sociosanitarios normalizados -públicos u otras ONG-, estableciendo los contactos previos con los responsables de los dispositivos con la finalidad de facilitar el acceso de las personas derivadas y desarrollar un seguimiento posterior. Si no es posible la derivación, Médicos del Mundo aborda algunas de las problemáticas de las personas afectadas en sus centros de reducción de daños, capaces de integrar las acciones necesarias en un ambiente más relajado, multidisciplinar y alejado de la presión que ejerce la calle, abordando más aspectos psicosociales de los usuarios de drogas y ofreciendo unos cuidados básicos de salud, de higiene y alimentación. También se producen derivaciones internas, por ejemplo, desde la unidad móvil al CEREDA o al CASSIM o desde la consulta de trabajo social (del CEREDA) a la consulta de salud primaria (en el mismo centro).

La mayor parte de la atención brindada por Médicos del Mundo es sanitaria: se han contabilizado 9.518 atenciones sanitarias y 2.690 atenciones sociales en Sevilla, Galicia, Madrid, Valencia y Alicante durante 2005. Por comunidades autónomas, el mayor volumen de atenciones se registra en la Comunidad Valenciana (5.738) y Galicia (5.155), seguidas de Sevilla (735), Madrid (527) y Canarias (114).

Las atenciones sanitarias comprenden tanto consultas y asistencia sanitaria directa como actividades de promoción de la salud (talleres sobre inyección segura y de sexo seguro). Desde las unidades móviles y los CEREDA, Médicos del Mundo suministra material de consumo higiénico, incluyendo jeringuillas, preservativos, agua destilada, papel de aluminio, toallitas desinfectantes, cazuelitas, compresores, etc. Durante 2005, se han distribuido 298.408 jeringuillas nuevas y ha recogido 247.042 jeringuillas usadas. La tasa de intercambio ha sido del 76,45%. Se han distribuido 25.400 preservativos. La dispensación de materiales ejecutada por las unidades móviles se acompaña de mensajes sobre la forma de utilizar el material de consumo. En Canarias por ejemplo, se utilizan paneles en los que las personas usuarias pueden plantear las cuestiones de salud que les preocupen y que servirán para elaborar la temática de los talleres.

GRÁFICO 19
Atención a personas usuarias de drogas, por sede

Fuente: Médicos del Mundo.



TOTAL 4.697

Las atenciones sociales se refieren a consultas de trabajo social, apertura de historias sociales, valoración y diagnóstico social de las personas atendidas, apoyo en la tramitación o renovación de la tarjeta de asistencia sanitaria, pensión no contributiva, DNI, etc. y la recepción y custodia de correspondencia personal y oficial, incluyendo notificaciones para procesos judiciales.

Además de estos dispositivos móviles y fijos, Médicos del Mundo desarrolla otras intervenciones relacionadas con el consumo de drogas.

Sala de Consumo Supervisado

El objetivo principal de la Sala de Consumo Supervisado (SCS) de Bilbao, que ha cumplido dos años de funcionamiento, es la disminución de riesgos, tanto para las personas usuarias como para la comunidad, asociados al consumo de drogas por vía intravenosa.

Durante estos dos años han hecho uso de la SCS 1.140 personas, quienes valoran muy positivamente el servicio. Esta cifra es dos veces mayor que la cantidad de personas en situación de consumo problemático de sustancias en Bizkaia reportada por Imanol Zubero⁴⁸. Desde su inauguración se han producido 38.208 visitas a la SCS: 90,14% de ellas a la sala de inyección; 8,68% a la sala de inhalado; y 1,18% a la sala de esnifado. La cocaína es la sustancia que se consume mayoritariamente (44,99%), seguida de la heroína (30,35%) y de la mezcla de ambas sustancias (24,66%). En función de la vía utilizada, la más consumida por vía intravenosa es la cocaína, seguida de la heroína y de la mezcla; vía inhalada, la heroína se coloca por encima de la cocaína y de la mezcla.

En la SCS se desarrolla un Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) con el objetivo principal de facilitar el acceso a material de inyección estéril y reducir la presencia de jeringuillas usadas en la comunidad. Desde su apertura, la SCS ha recogido 30.269 jeringuillas y ha entregado 39.994 kits de inyección (junto a cada jeringuilla se entrega un vial de 5 mililitros de agua estéril, un cacito de aluminio, tiras de alcohol y filtros). Además se ofertan otros materiales, como preservativos, lubricantes, tubos porta-jeringuillas, compresores de vena, ácido cítrico y papel de aluminio, que se entregan a demanda de la persona usuaria.

El porcentaje de intercambio de jeringuillas es del 75,68% en el PIJ Cerrado (dirigido durante los días laborables única y exclusivamente a las personas que se acercan a hacer uso de la SCS). El porcentaje de recuperación nunca podrá ser el 100% dado que las jeringuillas usadas que se traen son intercambiadas por el mismo número de unidades más una y, además, a la persona usuaria siempre se le ofrece un kit aunque no traiga ninguna jeringuilla.

Durante los meses de funcionamiento del PIJ abierto (en fines de semana y festivos, accesible a toda persona que se acerque a solicitarlo, esté o no dada de alta en el servicio) se han recogido 26.265 jeringuillas y se han entregado 29.117 kits de inyección, lo que representa un porcentaje de intercambio del 90,21 %.

Por tanto, desde la apertura de la SCS hasta la fecha de hoy se han dispensado más de 116.000 jeringuillas/kits. En este total se incluye además el material repartido a través del Trabajo de Calle y las jeringuillas consumidas en la Sala de Inyección.

En la actividad cotidiana de la SCS se han realizado los siguientes tipos de intervenciones: enfermería (3.398), educativas (6.282), escucha activa (2.859), derivaciones (108), información sobre recursos (208) y otro tipo de intervenciones (498).

Las intervenciones de enfermería tienen como eje central la educación para la salud, entendiendo por salud el bienestar biopsicosocial de la persona. Además se ofrecen indicaciones sobre técnicas de inyección lo que favorece la disminución de daños asociados en la pre-punción, punción y post-punción. En la sala de inyección se han observado las técnicas de inyección de más de 900 personas. Son constantes y frecuentes las lesiones venosas (flebitis, fibrosis venosa) y en tejidos blandos (abscesos, celulitis). En la sala de inyección se trabaja a dos niveles: uno preventivo y otro de detección-derivación de lesiones relacionadas con la mala técnica de inyección en repetidas oportunidades. El trabajo preventivo se articula en dos fases, una de pre-punción en donde se aconseja y asesora sobre los pasos para una correcta localización e inyección. En la post-punción se potencia los autocuidados mediante la aplicación de fármacos de uso tópico para la prevención de abscesos y rotura de venas, ante los primeros signos. En el momento de la post-punción, se trabaja en la detección de otras lesiones previas o de mayor

⁴⁸ Imanol Zubero (2002) *Problemática y necesidades del colectivo de drogodependientes en situación de exclusión social en Bizkaia*. El Informe Zubero afirma que el número de personas drogodependientes en situación de exclusión social en Bizkaia ronda las 700 personas. A día 7 de mayo de 2006, el número de historias abiertas en la SCS asciende a 1308. Las personas usuarias de la SCS son, además de la población estudiada por Zubero, personas que aun consumiendo sustancias ilegales no están en situación de exclusión social, así como personas venidas de otros puntos de la Comunidad Autónoma y del Estado. Del mismo modo debemos destacar que nuestros usuarios constituyen una población con gran movilidad, con entradas y salidas a centros penitenciarios, comienzo y abandono de tratamientos, razón por la cual su número oscila constantemente.

envergadura. En este caso se valoran y se derivan a su centro de referencia en la red pública.

Sala de Inhalado

Desde su apertura el 13 de junio de 2005, la Sala de Inhalado ha registrado 4.859 usos, el 78,2% de hombres (3.801) y el 21,8% de mujeres (1.058). El promedio de usos diarios ha aumentado mes tras mes, pasando de 16,6 consumos diarios en el mes de julio a 37,8 en diciembre. El número de mujeres que acuden a la Sala de Inhalado es sensiblemente superior al que acude a la Sala de inyección. La sustancia más consumida es la heroína (67%) seguida de la cocaína (25%) y en último lugar la mezcla de ambas sustancias (8%).

Además se han realizado 113 intervenciones educativas, 30 escuchas activas, 23 sanciones, 10 atenciones de enfermería, 2 derivaciones y 3 informaciones sobre recursos.

Centro de Atención Sociosanitaria de Illes Balears

Existen dos puntos clave en la actuación de Metges del Mon Illes Balears con el colectivo de personas usuarias de drogas: el poblado Son Banya, ubicado a las afueras de Palma, y el centro histórico de la ciudad, el barrio Puerta San Antonio.

Las personas usuarias de drogas que viven en Son Banya sufren un alto grado de exclusión y tiene una baja percepción de riesgo respecto a su salud con el consecuente escaso acceso a los recursos sociosanitarios, constituyendo una población de alto riesgo. La Unidad Móvil de Médicos del Mundo es el único recurso que se desplaza a este punto para poner en funcionamiento tareas de acercamiento y programas de reducción de daños con esta población. El programa de reducción de daños que se lleva a cabo desde la Unidad Móvil (intercambio de jeringuillas, distribución de preservativos, educación para la salud, información y derivaciones a otros recursos sociosanitarios) no era considerado suficiente para proporcionar una atención integral a esta población, por lo que el pasado mes de mayo se iniciaron las atenciones a personas usuarias de drogas en activo en Son Banya en una de las aulas del antiguo colegio del poblado cedido por el Ayuntamiento.

Los objetivos de este nuevo centro de atención son proporcionar atención sanitaria básica y *counselling*; realizar las oportunas derivaciones al centro de salud del Coll'd, en Rabassa, actuando de puente entre esta población y los recursos sanitarios; y por otro ofrecer un espacio de encuentro donde plantear dudas o problemas y recibir talleres de educación para la salud, información y asesoramiento de recursos, etc. La

valoración de esta nueva actividad por parte del Ayuntamiento y de Médicos del Mundo es positiva, por lo que está previsto dotarlo de mejoras y nuevos servicios en los próximos meses (duchas, servicio ropero, etc.).

El pasado mes de noviembre se llegó a un acuerdo de colaboración con el personal médico del CAD4 para llevar a cabo una serie de charlas informativas con las personas usuarias atendidas en el Centro de Son Banya, sobre qué son y qué pueden ofrecer los CAD (*Centre d'Atenció a les Drogodependències*), aclarar dudas y falsos mitos, y realizar la primera entrevista a aquellas personas interesadas en acogerse a estos programas.

Trabajo de Calle

A través del Trabajo de Calle se contacta con personas que nunca han visitado un centro de Médicos del Mundo y se les informa de su existencia. Además, se intenta hacer seguimiento a aquellas personas que por cualquier razón (han dejado de consumir, han comenzado a inyectarse en puntos no permitidos en la SCS, están sancionados, etc.) han dejado de acudir a la SCS. Con estas personas se trata de trabajar en la adquisición de hábitos de consumo de menor riesgo.

También se han realizado rondas alrededor de la SCS para comprobar si existen útiles de inyección abandonados, o por si se diera alguna circunstancia relacionada con los consumos de drogas que pudiera alterar la normalidad de la comunidad. Se ha hecho un total de 121 salidas, contactando con 601 personas (450 hombres y 151 mujeres) y se han repartido los siguientes materiales: jeringuillas (365); portajeringuillas (186); papel aluminio (163); ácido cítrico (65); tortor (82); y preservativos (162).

A diferencia de otros programas de intercambio de jeringuillas que se desempeñan con el apoyo de un vehículo o desde un centro fijo, el programa de la ciudad de Valencia tiene como peculiaridad la de desarrollarse completamente a pie. Este formato de trabajo, propuesto por la propia *Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana*, se debe a las propias características del lugar en el que se realiza el acercamiento: la densa trama urbana de los barrios de Cabanyal y Malvarrosa. Las 25 horas semanales de intervención se ejecutan con el apoyo de dos carritos de mercado, uno destinado a transportar los contenedores para recoger las jeringuillas usadas, y otro para trasladar los materiales estériles a dispensar. De este modo, se reduce la visibilidad del dispositivo y se facilita el recorrido por el circuito de parques y solares donde se localiza la población diana. El operativo se compone de una educadora y una persona voluntaria.

Médicos do Mundo Galicia desarrolla trabajo de calle en Vigo, en las inmediaciones de la Unidad Asistencial de Drogas Municipal "Cedro", donde existía un alto grado de conflictividad y un elevado número de pequeñas ventas de droga en la calle y una media de 80 personas con uso problemático de drogas. El trabajo de calle se realizaba de forma continua con un horario ininterrumpido y con un alto índice de acompañamientos a los centros hospitalarios de Urgencias.

Actualmente, la presencia de la organización en la calle ha disminuido considerablemente llegando a establecerse solo dos días de atención en calle pero con una presencia continua a través de las diferentes intervenciones en la zona. La relación con los vecinos y las reuniones con fuerzas de seguridad, servicios sociales, sanitarios, etc., junto con la presencia continua y el trabajo social y sanitario realizado con las personas usuarias favorece que haya disminuido considerablemente el problema. El total de intervenciones realizadas en calle en la ciudad de Vigo ha sido de 653 (286 área social y 367 área de salud).

6. CONCLUSIONES

COLECTIVO DE PERSONAS MIGRANTES

- En los últimos 10 años se ha producido un aumento importantísimo del número de inmigrantes en España, que se ha convertido en un país de destino y no de tránsito.
- La política europea de inmigración se ha endurecido, especialmente a partir de 1999, así como los sistemas de vigilancia y control de fronteras, que dificultan el tránsito y acceso y favorecen la aparición de mafias de trata y tráfico de personas.
- El acceso real al sistema de salud de los migrantes en situación irregular depende de las posibilidades de empadronamiento, las cuales vienen marcadas por las políticas municipales al respecto.
- Lo largo de estos años, los programas de Médicos del Mundo han pasado de estar basados en la asistencia sanitaria directa, a ser recursos de orientación y derivación, aunque se sigue ofreciendo asistencia sanitaria a grupos de inmigrantes para los que el acceso al sistema público de salud todavía es complicado.
- A lo largo del 2005 se ha producido el más importante proceso de regularización en España. No obstante, el endurecimiento de las medidas en las fronteras ha provocado episodios como la crisis de las vallas en Ceuta y Melilla.

RECOMENDACIONES

- Médicos del Mundo recomienda la inclusión en el Sistema de Salud Público de todas las personas que se encuentren en territorio español, al considerar la salud como un bien global cuya falta afecta, no sólo a los derechos fundamentales de la persona, también a la seguridad de la comunidad en la que vive.
- Médicos del Mundo apuesta por la inversión en los países de origen como una herramienta para el cambio y para evitar en la medida de lo posible el viaje migratorio.

COLECTIVO DE PERSONAS PROSTITUIDAS

- Se ha producido un cambio en España en estos diez años, habiendo pasado de una prostitución ejercida por mujeres autóctonas, muchas de ellas usuarias de drogas, a la ejercida por mujeres inmigrantes, en su mayoría en situación administrativa irregular, que suponen el 90% de las personas prostituidas.
- De igual manera, en estos últimos años se ha producido un incremento de la presencia de las redes de trata y tráfico de mujeres con fines de explotación sexual.
- La prostitución unida a la inmigración, así como la transexualidad, provoca situaciones de exclusión social muy agudas.
- Existe un alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual asociado al desconocimiento, la falta de uso o la mala utilización del preservativo, ya sea por presión de los clientes, ya sea por factores educativos y culturales.

RECOMENDACIONES

- Médicos del Mundo recomienda la lucha activa contra las redes de tráfico y trata de personas y recuerda que el objetivo de muchas de estas redes es la prostitución de las víctimas.
- Aunque se están produciendo procesos de regularización de la prostitución en el territorio español, Médicos del Mundo desaconseja estos procesos, por que, aunque faciliten inicialmente una accesibilidad mayor a los recursos, institucionaliza una clara vulneración de los derechos humanos de las personas.

COLECTIVO DE PERSONAS USUARIAS DE DROGAS

- En los últimos diez años se ha producido un cambio en los patrones de consumo de drogas en España, pasando de un consumo principal de heroína inyectada que ha provocado situaciones de exclusión social muy graves, a consumos más extendidos de otras drogas, con utilización de otras vías. Actualmente vivimos momentos preocupantes en relación al importante aumento del uso de cocaína y a una clara disminución general en la percepción de riesgo por consumo de drogas.
- Aunque la disminución del uso de la vía inyectada ha llevado a una falsa creencia de su desaparición y a una despreocupación por la misma, aún persiste un volumen importante de personas que utilizan esta vía de forma principal o, más frecuentemente, de forma esporádica. Cabe destacar las 1140 historias abiertas en los 20 meses de funcionamiento de la sala de consumo supervisado de Médicos del Mundo en Bilbao, con un total de 38.000 visitas.
- Se está visibilizando un aumento en el consumo de drogas realizado por mujeres, incluidos los consumos más problemáticos, dándose en ellas unas características específicas que hacen más complejo el proceso de tratamiento y recuperación. Situaciones parecidas se producen en el consumo realizado por los menores.
- Médicos del mundo ha ido adaptando su forma de trabajo para adaptarse a las distintas realidades existentes, llevándose a cabo no sólo programas de intercambio de jeringuillas, sino también otros como la sala de consumo supervisado y programas de salud bucodental.

RECOMENDACIONES

- A pesar de los cambios habidos en las formas de consumo, sigue siendo imprescindible el mantenimiento de los proyectos de reducción del daño, ya que el uso inyectado de drogas no ha desaparecido y continúa produciendo graves situaciones de exclusión social.
- Médicos del Mundo sigue apostando por la existencia de recursos flexibles y sensibles, que sepan adaptarse a los diferentes cambios en las formas de consumo e impidan o reduzcan las situaciones de marginalidad y las dificultades de acceso a la red normalizada de atención primaria.

