



## **PROGRAMA DE ATENCION SOCIO SANITARIA A CONSUMIDORES DE DROGA POR VIA PARENTERAL Y A PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCION**

**Medicos del Mundo. Sevilla**

### **1. ¿QUE ES MEDICOS DEL MUNDO?**

Médicos del Mundo es una Organización No gubernamental de acción humanitaria, regida por la ley de Asociaciones, que tiene como objeto intervenir donde la guerra, la enfermedad, el hambre y la miseria constituyen un peligro para la vida humana.

Es una asociación carente de toda filiación política o confesión religiosa, en la que todos los pueblos con sus étnias, creencias y costumbres constituyen el objetivo de su acción.

Existen cinco líneas básicas de actuación:

**1.1. Emergencias:** Consiste en prestar ayuda de carácter urgente en regiones afectadas de forma transitoria y repentina.

**1.2. Proyectos de ayuda humanitaria:** Se pretende hacer frente a las necesidades apremiantes de las poblaciones en peligro de subsistencia. Por ejemplo: la atención a los refugiados y víctimas de la guerra.

**1.3. Proyectos de desarrollo:** Se realiza una integración en la estructura sanitaria de la región a largo plazo.

**1.4. Cuarto Mundo:** Intenta acortar la distancia existente en una sociedad de bienestar. Se trabaja en programas específicos; el colectivo de drogodependientes y prostitución, y el de inmigrantes.

**1.5. Sensibilización de la opinión pública y educación para el desarrollo.**

### **2. MEDICOS DEL MUNDO EN ANDALUCIA**

En 1980 Bernard Kourchner funda Medecins Du Monde (MDM) y ocho años después aparece una delegación en España, con entidad jurídica propia y autonomía.

En Sevilla se inauguró la sede en 1993, como una iniciativa de un grupo de personas voluntarias, cuya colaboración ha hecho posible estructurar los programas que se llevan a cabo y los que se están planificando. Hasta la fecha se ha puesto en marcha los siguientes proyectos:

#### **2.1. Proyectos en el Tercer Mundo**

- Sahara: Se ha suministrado alimentos infantiles y vehículos de transporte y se ha potenciado la Escuela de Enfermería existente en los campamentos.

- Albania: Se ha puesto en funcionamiento un programa de formación y se está proyectando un análisis epidemiológico del cólera. Además existe un hermanamiento con el entre un Hospital de este país y otro de Andalucía.

- Cuba: Se ha solicitado financiación para atender a la población infantil, suministrando alimentos y material sanitario.

- Annobon: Está en estudio una propuesta para la mejora de higiene y salud pública.

## **2.2. Proyectos en el Cuarto Mundo:**

- Atención Maternoinfantil a población Marginada e Inmigrante.
- Atención Sociosanitaria a población Drogodependiente y Prostitución

## **3. FUNDAMENTACIÓN**

La pandemia de VIH/SIDA ha sido declarada como urgencia mundial por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.). Al finalizar el año 1994, la OMS estimaba que se encontraban más de 18 millones de personas infectadas por VIH. Se ha demostrado sus serias repercusiones a nivel sanitario, económico, social y político.

A partir de los casos declarados, hasta mediados de 1994, España se sitúa como el segundo país de Europa Occidental con más casos de SIDA. Se distribuye concentrándose en las regiones más desarrolladas, sobre todo, en las ciudades. Y dentro de éstas en las zonas menos desarrolladas, suburbios y barrios periféricos más deprimidos, lo que MDM ha denominado, El Cuarto Mundo. Andalucía es la tercera comunidad autónoma con más casos declarados de SIDA, hasta Junio del 94.

En la distribución de los casos por grupos de riesgo, existe un predominio de la proporción de casos asociados al consumo de drogas por vía parenteral (CDVP). La proporción en España de CDVP entre los casos de SIDA es del 63.4%. Esta proporción en Andalucía, en la misma fecha, es del 71%. Aproximadamente sólo una quinta parte de CDVP son mujeres.

Dentro de las mujeres que ejercen la prostitución, un amplio grupo de ellas son drogodependientes, como forma de financiar su hábito de consumo de drogas. Es un colectivo de alta tasa de cambio de pareja sexual, y además encontramos una alta prevalencia de factores de riesgo asociados a la infección de VIH; drogadicción, conductas de riesgo (no uso o uso incorrecto del preservativo), alta prevalencia de E.T.S., bajo nivel de información sobre aspectos de salud...

Al analizar esta situación Médicos del Mundo pone en funcionamiento un Programa de Prevención y Control de SIDA, realizando intercambio de jeringuillas y oferta de preservativos, y desarrollando un proyecto de Educación para la Salud, en 1992 en Madrid y a finales de 1993 en Sevilla y en Valencia.

## **4. CONSIDERACIONES PREVIAS.**

El Programa de Prevención y Control de SIDA, y otras Enfermedades Infectocontagiosas va dirigido a consumidores de droga por vía parenteral (CDVP) y personas que ejercen la prostitución.

Después de un acercamiento a la realidad se consideran unas características generales de estos colectivos; vivir o trabajar en zonas periféricas, encontrarse fuera de la red sanitaria (no contactan con los centros de tratamiento), estar vinculados a aspectos sociales que inciden directa o indirectamente en problemas sanitarios, elevada frecuencia de emisión de conductas de riesgo en el contagio y la transmisión de VIH y otras enfermedades.

Se plantea este programa dentro de los denominados de reducción de daño, se intenta una disminución de los comportamientos de riesgo, aparece como una alternativa a la problemática de la toxicomanía. En este mismo marco están los programas de mantenimiento con metadona o fármacos sustitutivos para los que no quieren o no puedan abandonar la droga.

Otra característica del programa es que presenta un servicio móvil o no estable. Una autocaravana de Médicos del Mundo recorre semanalmente los puntos de venta y consumo de drogas y zonas de prostitución de la ciudad de Sevilla y algunos pueblos cercanos. Actualmente están fijados 15 puntos dentro de la ciudad y en 3 pueblos.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general**

- Aumentar el nivel de salud de los/as destinatarios/as

### **5.2. Objetivo intermedio**

- Disminuir la prevalencia de la pandemia del Sida y otras enfermedades infectocontagiosas en el consumidor/a de droga por vía parenteral (CDVP) y en las personas que ejercen la prostitución, sus parejas e hijos.

### **5.3. Objetivos específicos**

- Identificar problemas de salud asociados a CDVP y prostitución.
- Reducir las condiciones de riesgo de esta población
- Aumentar la adquisición de hábitos de vida salubable.
- Mantener un sistema epidemiológico para conocer los posibles hábitos de riesgo
- Aumentar el acceso de esta población a los recursos sociosanitarios.
- Informar y formar a la población general sobre la problemática sociosanitaria de estos colectivos.

## **6. METODOLOGIA**

Antes de iniciar el programa se determinaron los puntos que se consideraron más necesitados de nuestra intervención, teniendo en cuenta tres variables fundamentales:

Características de la zona: venta de droga, presencia policial, problemas con la comunidad, difícil accesibilidad a materiales higiénicos (tanto material de inyección o preservativos como agua potable)

Accesibilidad a recursos: cercanía del centro urbano, diferencias de horarios entre usuarios/as y recursos,... tenemos en cuenta la oportunidad real de los dispositivos (listas de espera, atención a personas indocumentadas,...)

Problemática de los/as usuarios/as: problemas graves de salud, nivel educativo muy bajo, aislamiento social alto, sin domicilio, sin documentación (cobertura sanitaria)...

Tras la experiencia adquirida, vemos la necesidad de cambiar los puntos de encuentro o los horarios de atención en función de las necesidades de la población y para conseguir una mayor eficacia del servicio.

### **6.1. Metodología**

Se realiza una combinación de actividades de información y educación con el objetivo de aumentar el nivel de salud.

Incluimos la realización de entrevistas, técnicas de información y comunicación persuasiva. Además de técnicas de grupo, asesoramiento y técnicas de aprendizaje.

### **6.2. Coordinación**

Las reuniones con grupos y asociaciones de barrio, de vecinos, de ayuda al drogodependiente, con otras organizaciones no gubernamentales... que trabajan directa o indirectamente con este colectivo, se ha realizado con el fin de informar en algunos casos, de formar, o de planificar en otros.

### **6.3. Recursos**

- Recursos Humanos
- Equipo contratado: Un trabajador Social
- Dos educadores de calle.

El perfil de los trabajadores se centra en su formación y experiencia en programas abiertos de deshabituación del consumo de drogas y en trabajos con grupos marginales. Además de poseer un compromiso personal con aspectos sociales en otros movimientos organizados.

Existe una formación continuada de los componentes mediante cursos de "Técnicas de educación para la salud", "Técnicas de Counseling", además de una información específica actualizada sobre las investigaciones sobre SIDA, enfermedades asociadas a CDVP y PT (prostitución).

### **6.4. Equipo voluntario**

Formado por profesionales relacionados con temas de salud y drogodependencias. Su selección depende del conocimiento de la realidad social y su grado de motivación. Se efectúan cursos de formación sobre los aspectos más importantes para poder conocer e intervenir en el programa, también se pone al día toda la información y formación que le llega al equipo contratado.

Acuden a diferentes puntos realizando una intervención supervisada. Además aportan sus conocimientos sobre distintas áreas intentando mejorar las actividades del programa.

Se mantienen reuniones semanales con todos/as las/os voluntarios/as, la responsable del programa y el equipo.

### **6.5. Actividades**

- Búsqueda de información de las enfermedades asociadas a CDVP Y PT .
- Reuniones informativas y/o planificación y/o coordinación con recursos sociosanitarios y asociaciones.
- Identificación de problemas de salud de los colectivos a los que se atiende.
- Acceder a la población relacionada con CDVP Y PT (clientes, proxenetes, parejas...)
- Derivaciones y/o acompañamiento a recursos sociosanitarios.
- Realización de entrevistas, de cuestionarios y fichas de seguimiento sobre conductas de riesgo.
- Análisis y valoración de los documentos de recogida de información, nos servirá para realizar el estudio epidemiológico.
- Intercambio de jeringuillas.
- Distribución de preservativos.
- Información y utilización de técnicas para la educación para la salud hacia la población diana, que ayuden a promover cambios de hábitos hacia un aumento del nivel de su salud.
- Talleres de entrenamiento sobre campos específicos (Uso correcto del condón, inyección segura, rellenar documentos...)
- Elaboración y distribución de carteles y folletos informativos.
- Denuncia social sobre los derechos fundamentales de este colectivo.
- Charlas, talleres, coloquios,... para informar y formar a la población general, y en especial a los profesionales que están en contacto con ellos, sobre mecanismos de transmisión y características sociosanitarias de los mismos.

## **7. EVALUACION**

Los resultados cuantitativos del primer año de funcionamiento son:

- 1.296 número de personas atendidas.

- 8.227 visitas atendidas
- 63 es la media de visita por persona
- 43.089 equipos de inyección entregados.
- 81% la relación de inyección de equipos de entregada/recogida. (Los expertos han fijado en un 60% el nivel de devolución para establecer el éxito de un programa, Royo et al, 1994)
- 89.110 preservativos entregados.
- 130 derivaciones a recursos sociosanitarios.

Las derivaciones a dispositivos estables corresponden en su mayoría a demandas sobre programas de desintoxicación, pruebas sobre anticuerpos de VIH y hepatitis y revisiones ginecológicas. Bastantes usuarios/as demandan información sobre prestaciones sociales, sobre el funcionamiento de programas subvencionados para desintoxicación, sobre problemas de salud o/y tratamientos de enfermedades asociadas.

La acogida por parte de los/as usuarios/as han reflejado un alto grado de satisfacción y agradecimiento hacia la labor que realiza el equipo de la U.Móvil. No ha existido ningún incidente, nos han facilitado propuestas para mejorar el programa, siendo una demanda mayoritaria la de facilitar información sobre enfermedades y recursos a los que pueden acceder. El anonimato en las actividades en que participan los/as usuarios/as aumentan el grado de confianza y comunicación.

La coordinación con los recursos ha sido difícil de poner en marcha por el alejamiento que existe entre esta población y el sistema sociosanitario. Un ejemplo es:

Coordinación entre un Centro de Salud-Médicos del Mundo:

Se intento un programa de vacunación de hepatitis, la respuesta tras un sondeo a la población reflejaba una aceptación general y un interés en vacunarse. Cuando se informó que tenían que ir al centro de salud los resultados fueron muy pocos.

Se ha realizado un estudio a partir de la información sociodemográfica recogida durante los últimos cuatro meses del año 1994. Esta información se recogía en un cuestionario que se realizaba a los/as usuarios/as de la U. Móvil en el momento que acudían a la misma.

En este cuestionario quedan recogidos datos personales, socioeconómicos y los relacionados con la infección de VIH (siempre dentro del anonimato). A partir de la información sólo podemos saber si en el momento presente dicho individuo mantiene o no conductas de riesgo, para evaluar la medida en que las diferentes variables sufren modificaciones a largo plazo se pasará una medida post.

## **8. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIDA**

Durante los últimos cuatro meses de 1994, han sido encuestadas 477 personas:

El 61% corresponde a CDVP y

El 39% restante son personas que ejercen la prostitución.

Entre PT (prostitución):

El 6.5% son CDVP

El 69.4% consumen drogas por vías no parenterales, y

El 24.2% no son drogodependientes.

La distribución del total de encuestados/as en relación a sexo es la siguiente:

El 67.3% son varones, con un índice de consumo intravenoso de drogas del 88.5%

El 32.7% son mujeres, de las cuales el 95.5% se prostituyen.

El total de hombres, el 9.7% son travestis que en su inmensa mayoría (93.5%) ejercen la prostitución.

La media de edad de los encuestados/as es de 29 años, con una desviación estándar de 6.39.

En cuanto al lugar de origen, el 82.6% son nacidos/as en Sevilla, en 13.0% en otras provincias españolas, y tan sólo el 4.4% son de origen extranjero.

Respecto al estado civil de los mismos:

El 58.1% corresponde a los/as solteros/as.

El 22.4% convive con pareja estable.

El 19.5% están separados/as, divorciados/as o viudos/as.

Cuando se analiza el nivel de estudios que tiene esta población se demuestra que:

El 58,9% es el índice de analfabetismo funcional.

El 16.1% tienen un nivel de estudios medios o superiores.

En relación a la situación laboral, el 96.2% de los/as encuestados/as dicen estar en situación de desempleo.

En cuanto a la cobertura sanitaria de estas personas, el 83.2% dice sí tenerla, el 15.9% no.

Pasaremos a analizar las variables en relación con el VIH/SIDA:

De las personas que se han hecho la prueba de anticuerpos de VIH, corresponde a un total del 83.2% del total de encuestados/as:

El 32.5% son VIH+, seropositivos incluyendo enfermos/as de SIDA

El 65% son VIH-

El 2.5% desconoce los resultados.

Referente a la vía de transmisión:

El 68.2% creen haberla contraído al compartir jeringuillas.

El 15.5% cree haberla contraído por vía sexual.

El 7% dan como posibles las dos vías anteriores.

Al preguntar por comportamientos de riesgo a CDVP y PT:

El 78.2% afirman no compartir jeringas. El período que se considera son los último 30 días. (No se especificó el resto del equipo de inyección).

El 21.8% reconoce compartir habitualmente. La mayoría de éstos un 68.2% comparte con más de una persona.

El 74.8% del total de personas que se prostituyen admiten usar el preservativo con los clientes. (Se excluye el uso en el sexo oral)

El 32.9% no usan el preservativo con su pareja sexual.

El resto de variables estidiadas en relación a CDVP y PT no serán comentadas por no ofrecer una relación estadística significativa.

Dada la naturaleza de los objetivos de este programa, con dificultades para su medición y mucho menos, a corto plazo, y al hasta ahora insuficiente apoyo informativo disponible se nos hace imposible presentar más datos cuantitativos.