

DTS

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL

Nº 32 · **SEGUNDO** CUATRIMESTRE DE 2004

EDITA Y DIRIGE:



Colegio Oficial de Diplomadas
y Diplomados en Trabajo Social y
Asistentes Sociales de Málaga

DOCUMENTOS DE TRABAJO SOCIAL Nº 32

Segundo cuatrimestre de 2004

EDITA Y DIRIGE

Colegio Oficial de Diplomadas y Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Málaga

C/ Muro de Puerta Nueva, 9 - 1º C · 29005 Málaga

Tel. 952 227 160 · Fax 952 227 431

E-mail: colegio.oficial@trabajosocialmalaga.org

VOCALÍA DE PUBLICACIONES Y DOCUMENTACIÓN

DIRECTORA

Mónica Tabares Arrebola

CONSEJO DE REDACCIÓN

Mª Luz Burgos Varo, Francisco Cosano Rivas,
Paloma Mora Rosado, Carmen Díaz Jiménez,
Mª Luisa Taboada González, Mónica Tabares Arrebola,
Rosa Mª Valero Rodríguez, Mª Carmen Pulido García
y Francisco Jesús Bravo Ruano.

El Consejo de Redacción no se identifica necesariamente
con el contenido de los artículos publicados.

SECRETARÍA TÉCNICA

Carmen Navarro Navarro

ASESOR DE PUBLICACIONES

Francisco Guerrero Cuadrado

DISEÑO

Magdalena García y Antonio Pedrajas

IMPRIME: Gráficas Anarol, Pozos Dulces, 32. Málaga

ISSN: 1133-6552

Depósito Legal: MA-1126-1993

Asistencia Sanitaria y Educación para la Salud (A.S.E.S.) 5
GUILLERMO LÓPEZ CALA

1TS X EBAP= Atención Integral de Calidad 51
MARIANO SÁNCHEZ ROBLES

Ciencias de la Salud: Una mirada desde la
Metodología Cualitativa 67
CARMEN VERA ROSALES, LEONOR MARGALEF GARCÍA

Derecho a la ciudadanía: Vivienda y Trabajo 91
EVA Mª DEL PINO VILLARRUBIA

Boletín de Suscripción 119

Índice de números publicados 121

El número 32 se inicia con la descripción de un proyecto de asistencia sanitaria y educación para la salud destinado a mujeres dedicadas a la prostitución o “trabajadoras del sexo”, puesto en marcha y consolidado con gran éxito en un Centro de Salud de la provincia de Jaén. Este interesante proyecto abre una vía de trabajo que puede incidir positivamente en la mejora de la calidad de vida de estas personas, en cuanto a sus aspectos sanitario, social, emocional, etc. El artículo resulta novedoso desde el punto de vista social puesto que en la mayoría de casos estos proyectos se desarrollan a iniciativa del colectivo médico-sanitario y en esta ocasión ha partido del Trabajador Social.

Seguidamente nos acercamos a la realidad que están viviendo las y los compañeros del ámbito de la salud en Andalucía. Se analiza desde este artículo la calidad asistencial del Sistema Público Sanitario Andaluz centrándose en el Plan de Calidad elaborado por esta institución. Pone de manifiesto, invitándonos a la reflexión y a la crítica, la falta de cumplimiento por parte de la administración pública de la normativa actual, la patente permisividad ante la injerencia de otras profesiones en nuestro campo de trabajo -como es el ejemplo de la figura de enfermera de enlace, recientemente creada- y la escasa consideración y valoración de nuestro trabajo.

Desde la Universidad de Méjico nos proponen una mirada a las Ciencias de la Salud desde una metodología cualitativa, con el siguiente artículo. A través de él pretenden sus autoras hacernos llegar una visión de cómo se abordan los problemas de salud y como este abordaje afecta al personal sanitario; en el sentido de que se hace necesario cambiar sus roles habituales para adecuar su actividad profesional a las demandas y necesidades sociales. En definitiva crear nuevas formas de actuar frente a los problemas de salud, más acordes con la realidad social actual.

Cerramos este número hablando sobre el derecho a la ciudadanía de las personas inmigrantes en nuestro país y el largo y difícil camino para llegar hasta ella. Defiende la autora del este artículo la necesidad de una normativa que apoye este derecho y la necesidad de una mayor sensibilización por parte de la sociedad de acogida hacia el mismo. Es responsabilidad de todas y todos el desarrollo normalizado de una sociedad multicultural.

Asistencia Sanitaria y Educación para la Salud (A.S.E.S.)

La idea de realizar este proyecto surge tras la observación ocasional, en mi lugar de trabajo, de la existencia de una serie de necesidades entre el colectivo de mujeres que se dedican a la prostitución. Así que me intereso por el tema y realizo un trabajo de campo por los clubes de alterne y prostitución de la provincia de Jaén, del que extraigo unas conclusiones.

A partir de aquí elaboro un proyecto – piloto al que llamo A.S.E.S. y cuyas iniciales se corresponden con Asistencia Sanitaria y Educación para la Salud.

Posteriormente, presento el citado proyecto a mis compañeros del equipo de salud (E.B.A.P.), y fruto de ello, dos médicos y un enfermero del equipo muestran inicialmente su interés en participar en éste.

Aunque la dirección del centro no me apoya inicialmente de forma activa, sin embargo, no me pone trabas para ponerlo en marcha.

Así pues, elaboro un protocolo de intervención para las mujeres que practican la prostitución que acuden al centro de salud, todo ello, con la autorización de la dirección del Distrito Sanitario Universitario de Jaén.

De forma constante evalúo y modifico este proyecto y sus protocolos, según las necesidades, experiencia y fallos que se detectan.

Aproximadamente a mediados de 2002, el proyecto comienza a crecer, pues la captación de estas mujeres aumenta considerablemente, pues se difunden las experiencias de las usuarias que han pasado por el centro, entre el colectivo.

Este hecho se produce, según las opiniones de ellas mismas, gracias a que se les dispensó un trato correcto, afable y profesional.

De la misma forma, me pongo en contacto con los teléfonos de citas de prostitución en varias publicaciones, sobre todo el Diario Jaén, realizándose igualmente una interesante captación de estas usuarias, que trabajan en pisos o por su propia cuenta.

Posteriormente, la Delegación de Salud de Jaén se interesa por el proyecto-piloto y se crea una comisión para el estudio de la prostitución en Jaén de la que formo parte actualmente, además de otras comisiones.

Los objetivos del proyecto-piloto son:

- 1- Ofertar a este colectivo asistencia sanitaria.
- 2- Detección de situaciones de riesgo social y de salud.
- 3- Disminución del gasto sanitario, derivado de las posibles infecciones que puedan generarse de esta actividad.
- 4- Educación para la salud (E.P.S.).

Gracias a la colaboración de los dueños de algunos locales de prostitución, que me permiten la realización en sus propios salones de los clubes, de charlas ocasionales con las trabajadoras, pudiendo informarlas directamente del proyecto, se va regularizando progresivamente el acceso de estas mujeres al sistema sanitario.

Actualmente, este proyecto sigue en funcionamiento de forma indefinida, dentro de la cartera de servicios en nuestro centro de salud y desde abril del presente año gracias a la Delegación de Salud de Jaén, se puso en funcionamiento en los Centros de Salud de Linares y Andujar.

PALABRAS CLAVE: Prostitución, Asistencia Sanitaria, Educación para la Salud.

Guillermo López Cala

A.- DENOMINACIÓN DEL PROYECTO-PILOTO

El proyecto se denomina A.S.E.S. Estas iniciales corresponden a los términos Asistencia Sanitaria y Educación para la Salud, refiriéndome, en particular, al colectivo de las mujeres que trabajan en la actividad de la prostitución.

B.- FUNDAMENTACIÓN. ARGUMENTACIÓN

Poco tiempo después de incorporarme a la plaza de trabajador social en el Centro de Salud San Felipe, correspondiente a la Zona Básica de Salud Jaén Sur, tras las oposiciones del S.A.S., tuve la ocasión de tener contacto en mi centro de trabajo, con algunas mujeres que se dedicaban a la prostitución, a las que llamaré a partir de ahora "trabajadoras del sexo", pues me parece más agradable.

De manera, que conversando con ellas, acerca de su problemática y de su trabajo, me comentaban que la situación estaba cada día peor, pues no se trataba de algo que la mayoría de ellas hiciesen de manera voluntaria, aunque evidentemente hay para todos los gustos, sino por auténtica necesidad y supervivencia, o para sacar adelante a su familia en la mayoría de los casos en otros países.

Y que entre las situaciones que les suponían un problema, se encontraba el que no tenían una asistencia sanitaria de forma asidua y permanente. Por otra parte, estas mujeres tenían que pagar periódicamente por los análisis sanguíneos que les realizaba una empresa privada, concertada por los clubes de alterne, ya que los dueños de los clubes exigían a estas mujeres, una serie de pruebas analíticas, que por supuesto debían dar resultados negativos para poder seguir trabajando. Esta era la garantía de que no estaban infectadas por el VIH o sífilis o la Hepatitis B, principalmente.

Entre otras observaciones, esos análisis desde mi punto de vista, eran insuficientes. Consulté con compañeros analistas, y con mi propia experiencia y conocimientos, de mi anterior trabajo de Técnico Superior en Análisis Clínicos, decidí realizar un protocolo de pruebas analíticas, más amplio, que incluyera otras pruebas bioquímicas, serología, análisis de orina, citología, radiografías, cultivos, etc. (ver anexo IV).

Además, estas mujeres deberían estar incluidas en los procesos de prevención de cáncer de cerviz dado que realizan actividades sexuales de alto riesgo, por lo que son pruebas fundamentales que necesitan hacerse periódicamente.

Toda esta situación me llamó mucho la atención, y tras comentarlo con algunos compañeros, creí conveniente iniciar algún tipo de estudio y posterior intervención o un proyecto-piloto, presumiblemente, que permitiera a este colectivo tan desdeñado, despreciado y ultrajado, pero tan utilizado, acceder al sistema sanitario público. Pero de la misma forma que lo hacen la inmensa mayoría de las personas, de forma sencilla, normalizada, regularizada, sin tener que recurrir a las urgencias de los hospitales.

Un sistema, al que se supone todos deberíamos tener derecho y sin ningún tipo de discriminación.

Para ello, consulté y me asesoré sobre la legislación vigente (véase bibliografía [1]-[5]), y tras comprobar que disponemos de suficiente base legal para plantear llevar adelante este proyecto-piloto, comencé lo que llamamos en metodología de trabajo social, el **trabajo de campo**.

A pesar de mi escasa experiencia profesional, limitada a la elaboración de dos o tres pequeños trabajos de campo, la ilusión por ayudar a este colectivo era grande. Más aún, al no conocer de otras actuaciones en la dirección del proyecto que yo proponía.

El primer paso fue vivir en primera persona ese mundo. Para ello, investigué sobre los clubes que se encontraban en funcionamiento en la provincia, preguntando a taxistas, transportistas, camioneros, policías, conductores de autobuses. Posteriormente, después de conocer aproximadamente la ubicación de cada uno de ellos, comencé a recorrerlos durante el segundo semestre de 2001. De esa forma observé desde cerca cuál era la situación y la problemática real.

Estos contactos me reportaron experiencia e información suficiente, para intentar acometer un proyecto futuro con una base sólida y lo más seria y científica posible.

El recorrido por los clubes, y locales de alterne, lo realicé con recursos personales, pues no tuve ningún tipo de subvención ni de ayuda o supervisión.

Una vez que llegaba al club que me había planteado de forma organizada con anterioridad (uno o dos por semana aproximadamente) como un cliente más, me pedía una consumición y observaba, aunque bastante asustado al principio, todo lo que allí acaecía.

Podía determinar cuantas chicas eran más o menos, calculaba aproximadamente su edades, su forma de actuar, de vestir, sus expresiones de acercamiento al cliente, si bebían o fumaban en exceso, si tenían heridas o hematomas o se les veía enfermas, incluso si tenían algún tipo de herpes labial (suele ser muy común, debido a su estilo de vida, en el que beben, fuman y toman, en muchos casos, drogas, y esto provoca bajadas de las defensas del organismo y es aprovechado por este virus, entre otros), o mal aspecto u olor físico, y por supuesto, todo el protocolo que ellas realizaban desde que llegaba algún cliente, hasta que se marchaban por algún pasillo o puerta falsa de la sala.

Evidentemente, esta investigación parecería más encaminada a un artículo de prensa o algo parecido y no tanto a realizar un futuro proyecto piloto, donde se ofertaría asistencia sanitaria a mujeres trabajadoras del sexo, como objetivo principal.

Desde mi punto de vista, era muy importante conocer todos los pormenores posibles del desarrollo de esta actividad, pues este conocimiento revertiría a la larga en el propio proyecto.

Tras varias consultas en el centro de salud, llegué a empaliza bastante con estas usuarias, que suelen abrir su corazón y contar muchos "secretos" de su actividad y su estilo de vida.

Retomando mi paseo por los clubes, hay que decir que cuando se me insinuaban como a un cliente más, yo generalmente les respondía que iba de paso o de viaje, y que sólo había parado a tomar una cerveza, mintiendo al decir que no me había dado cuenta al llegar de que se trataba de un club de alterne, y que más tarde, al percatarme de ello, había pensado que no tenía nada de malo relajarme un rato con compañía femenina.

Esto me dio siempre buen resultado, de forma que pocos minutos después me ignoraban y se dedicaban a otros clientes, sin entorpecerme con ello en la fase de *observación del medio o entorno*.

Pero en ese pequeño intervalo de conversación, siempre intentaba sonsacarles alguna información, con mucho cuidado, pues en un par de ocasiones pregunté demasiado y esto me valió para que se extrañaran con tanta pregunta y avisaran a algún "portero" del club que me invitaba a salir con no muy buenos modales.

Esta es una de las muchas anécdotas que me ocurrieron durante el trabajo de campo, y da la casualidad, que actualmente conozco a muchos de ellos, pues, con posterioridad, han acompañado a las chicas hasta mi consulta en el centro de salud.

Con el paso del tiempo, logré reunir una importante información cualitativa y por supuesto cuantitativa, aunque ésta última es siempre muy relativa, dado que hay un gran movimiento e itinerancia de chicas entre los clubes de la misma y diferentes provincias, amén de la presencia de mafias, que controlan todo este submundo, de tal forma que nunca se sabe realmente el número exacto de chicas que trabajan en un club, aunque si una aproximación interesante, pues ellas a veces lo comentan sin querer estando en consulta.

Como ejemplo, en una sala determinada a las afueras de Jaén capital, a la que acudí en un par de ocasiones, dada la cercanía y según comentaban los clientes su calidad como local y estar muy de moda, pues se realizaban actuaciones, sobre todo "stripteases" y espectáculos subidos de sexo en directo.

La primera ocasión que acudí un día entre semana, pude contar unas cuarenta chicas, mientras que un sábado por la noche eran casi un centenar, algo bastante significativo.

Por el simple hecho de ir a los clubes, conocí a algún cliente y charlando con él, me proporcionaron mucha información sobre las típicas preguntas: "¿cuánto cuesta un servicio?, ¿qué es lo que suelen hacer?, ¿cuánto tiempo se puede estar con ellas?, ¿qué es el 'francés', o el 'beso negro', o el 'griego' o la 'lluvia dorada'...?"

En fin, todo este trabajo de campo me reportó una gran cantidad de información, anécdotas y experiencias que después traté de plasmar y de servirme de ella realizando el proyecto-piloto A.S.E.S. (ver anexo I)

C.- ESTUDIO DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La prostitución es una actividad que no está considerada profesión, es por ello que estas personas en la mayoría de los casos no están contratadas y legalmente carecen de cobertura sanitaria.

Una minoría, sí esta contratada como camarera, chica de limpieza o se ha dado de alta como autónoma, o se encuentra en alguna situación parecida.

Esto es a mi parecer, consecuencia de las políticas migratorias, o de llevar mucho tiempo en España y haber conseguido los llamados “papeles de residencia”, o fruto de algún matrimonio de conveniencia, etc.

Ni que decir tiene, que estas mujeres se ponen en manos de médicos, clínicas y analistas o laboratorios privados, para que les realicen una serie de pruebas, periódicamente, que ellas mismas necesitan mostrar a los dueños de los clubes, como ya he comentado, para poder seguir trabajando.

Evidentemente en otros clubes no necesitan de esto, pues es una actividad más mafiosa y marginal y no piden ningún tipo de análisis ni nada parecido.

Evidentemente, los clubes que mejor funcionarían, a mi entender, serían aquellos donde estas mujeres trabajasen un horario presumiblemente aceptable en tiempo y que se sintieran cómodas con su “jefe”, que además les facilitara la posibilidad de realizarse una serie de análisis periódicamente, para gozar de un seguimiento en salud.

Un gran número de clubes paga unos 3000 € de inscripción, para pertenecer a asociaciones como A.N.E.L.A. (Asociación Nacional de empresarios de Locales de alterne), y siguen algo parecido a un “código deontológico”, donde no se admite el maltrato físico y psíquico, no se permiten drogas y no dejan que traba-

jen aquellas chicas que dan positivo en alguna prueba de los análisis, entre otras normas.

Si estos resultados son negativos, entonces estas mujeres pueden ir de un club a otro o permanecer en el que están, con la garantía de poder trabajar. Si no es así, la mujer comienza un auténtico calvario y estigmatización en su trabajo y en su vida.

Por otro lado, la mayoría de estas mujeres es extranjera o están ilegalmente en nuestro país, por diversas circunstancias, bien por que ellas han llegado por sus propios medios, por tram-pas de tipo administrativo.

Pero la más frecuente es que las mafias les ofertan la posibilidad de venir a nuestro país, engañadas en el tipo de empleo, les pagan el viaje, y al llegar a su destino ya han contraído una importante deuda económica (que ellas llaman hipoteca), y que no pueden pagar inicialmente.

Más tarde, las mafias les obligan, con amenazas e incluso pa-lizas, a prostituirse, para poder pagar la deuda. En realidad, este es el comienzo de un largo calvario para la mayoría de estas mujeres, que una vez superada esta primera situación, siguen ejerciendo para enviar dinero a sus familias.

Esto es algo que me llamó muchísimo la atención, pues te das cuenta de lo que el ser humano es capaz de hacer para mante-ner a sus familias.

Sin embargo, también es curioso que algunas de ellas, están de forma voluntaria ejerciendo la prostitución, incluso están ca-sadas y con hijos.

Esto es debido al elevado carácter lucrativo de esta actividad, con importantes ingresos en poco tiempo y libre de impuestos, con una economía sumergida que factura ingentes cantidades de dinero.

Otras mujeres no están sujetas a jefes o mafias, además son españolas o están legalmente en nuestro país y llevan una vida prácticamente normal, o están contratadas como camareras o en algún trabajo parecido, y ocultan su verdadera actividad.

Es como otra filosofía de vida, donde no existe la dignidad, el orgullo o la autoestima. Me parece increíble y a la vez terrible.

Retomando la situación del problema, estas chicas no acuden al sistema sanitario público por carecer de tarjeta sanitaria, por desconocimiento y falta de información sobre los servicios sanitarios.

Puede ser también por vergüenza, baja autoestima o simplemente por miedo a ser controladas por las autoridades y la posibilidad de ser deportadas a su país de origen.

De cualquier forma, un importante número de estas mujeres al no tener cobertura sanitaria, como decía anteriormente, tiene que endeudarse más aún, desplazándose a clínicas o médicos privados en ciudades como Madrid, Valencia y Alicante, entre otras.

Estos análisis, en muchos casos, son insuficientes y muy costosos, dada la complejidad y amplitud de las posibles enfermedades de transmisión sexual.

Lo que suelen hacer los dueños de los clubes, y locales de alterne, es concertar una serie de servicios o número de pruebas analíticas con algún laboratorio privado.

Los dueños de estos laboratorios, en algunos casos, pueden participar económicamente como socios en los propios clubes y desplazan a algún profesional, para realizar la toma de muestras.

Por otro lado, están las madames, que son mujeres encargadas de controlar a las chicas en el club y en la sala y que supues-

tamente se preocupan de ellas, siendo su actitud generalmente parecida a la de una cuidadora principal. Sin embargo, también vigilan los comportamientos de las chicas, sus actitudes.

También suelen hacer de mediadoras entre el dueño del local y ellas, se encarga de avisar o enviar a las chicas a los lugares donde se les realiza la extracción, o prepararlas para la toma de exudados... Comprueban los resultados de los análisis, la alimentación, el orden en las habitaciones, etc.

Pero a la vez, suelen recibir una pequeña bonificación o gratificación por organizar, un poco, las extracciones y el control periódico de los análisis.

De forma que cuando más adelante comenzó a funcionar este proyecto-piloto, vimos como gran inconveniente el hecho de que al acudir estas chicas al centro de salud, y tras llevar a cabo el correspondiente protocolo, y realizarles los análisis, estos laboratorios y otras personas dejaban de recibir ciertas cantidades de dinero (no eran grandes pero si interesantes), por lo que inicialmente el problema chocaba con intereses creados, pudiéndose convertir en una situación complicada e incluso peligrosa a medio plazo.

Como decía, en muchos clubes, las madames reciben por cada chica y análisis unos tres euros, con lo que se convierte en una atractiva suma periódica.

A veces, como me comentaron algunas chicas, se realizaba la toma de muestras de forma poco limpia y poco profesional. Se les hace muy desagradable, se sienten absolutamente humilladas y el trato es indigno.

Por otro lado, en muchas ocasiones necesitan un pediatra para sus hijos, o una consulta de salud mental, o ginecología, medicina interna, oftalmología... También podían tener problemas de malos tratos físicos o psíquicos y necesitan apoyo o una salida.

Pero a veces simplemente necesitan a alguien que sea asertivo y se empatice con ellas y puedan abrirles un poco su corazón, dándoles un apoyo emocional (objetivos específicos).

Como decía, entre los inconvenientes de este proyecto-piloto, está la existencia de mafias que controlan todos los accesos y recursos de estas personas, amén de la desconfianza por parte de estas usuarias de ser detenidas por estar en nuestro país de forma ilegal o bajo condiciones constantes de amenaza u otras razones ya citadas.

Para salvar estos inconvenientes, hay que demostrar una impecable profesionalidad y una oferta sanitaria a gusto de estas usuarias, manteniendo contactos con los dueños de los clubes de alterne y así para evitar futuros problemas.

En estos contactos y entrevistas, les explicaba, con toda tranquilidad, los objetivos del proyecto y las intervenciones a realizar, y el compromiso de una absoluta discreción y secreto profesional.

En muchas ocasiones, estas mujeres han acudido a mi consulta con el novio o algún empleado del club, y realmente me daba miedo al principio, pues aunque no me sentía coaccionado, no sabía si ellos entendían que se trataba de ayudar a estas mujeres, y, aunque siempre he actuado con toda la profesionalidad y prudencia, ese día me esmeraba al máximo, pues los malentendidos están a la orden del día.

Uno de los principales obstáculos era la barrera del idioma, de forma que en muchas ocasiones la comunicación se hacía muy complicada.

Más tarde, cuando ya habían entendido y experimentado de primera mano el protocolo de intervención, y comprendían de forma más clara lo que pretendíamos hacer, entonces se les notaba más tranquilas y confiadas.

Se empezaban a dirigir más a mí e incluso con el Don por delante. Esto hacía que me sintiera muy bien pues notaba respeto y confianza por lo que hacía.

No me gustaba ni mucho menos este trato, pues era suficiente si te hablaban con respeto y normalidad, pero he de reconocer que me tranquilizaba y hacía que se mantuvieran las distancias.

Generalmente, estas mujeres suelen ser muy jóvenes, con escaso nivel educacional y cultural, por lo que desconocen muchos temas referentes a la educación sanitaria, me refiero a temas como los distintos métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH, Hepatitis B, C, Herpes tipo I y II, alcoholismo, tabaquismo y otras sustancias que provocan drogodependencias, hábitos alimenticios y temas de nutrición, higiene corporal, etc.

Vienen de países como Colombia, Liberia, Nigeria, Rumania, Ecuador, Puerto Rico, Santo Domingo...

Aunque actualmente mantengo relación con algunos dueños de estos clubes, en el sentido de que de vez en cuando hablamos por teléfono sobre algún caso o situación, se hace complicado instaurar finalmente el proyecto con total regularidad, pues hay altibajos en los negocios y, por supuesto, redadas policiales, por sorpresa, en las que detienen y deportan a estas mujeres, así que la desconfianza hacia el sistema nunca llega a desaparecer totalmente.

Sin embargo, ellos saben quien soy, no me he escondido desde el principio, aun con riesgo para mi integridad física. Saben donde trabajo y como me llamo, e incluso a veces me permito alguna actitud paternalista con ellos, dándoles algunos consejos para que sus trabajadoras estén en condiciones más dignas.

Aunque en ocasiones los propios dueños de los clubes estaban presentes durante las charlas, otras veces no, y esto era aprovechado por las chicas, que hablaban y preguntaban muchísimo más, interesándose por el tema de forma más amplia.

De la otra forma parecía más un mero trámite o una imposición por parte del dueño del club y esto no les daba confianza.

Incluso los propios empresarios me emplazaban a sus clubes para que hablase con ellas.

La pregunta más habitual que me hacían, aún habiéndolo comentado desde el principio, era "cuánto les iban a costar todos los análisis y el reconocimiento médico".

Y lo curioso es que no acababan de creerse la respuesta, pues yo les contestaba que gracias a una serie de convenios y de políticas sanitarias públicas, ellas podrían disfrutar como usuarias regularizadas, del Sistema Sanitario Público de Andalucía (S.S.P.A.) de forma gratuita.

Cada una tenía su propio número de seguridad social y podían ser atendidas, inicialmente, en nuestra zona básica de salud, pues gozaban de la autorización del Distrito Sanitario Universitario de Jaén y la Delegación Provincial de Salud.

Pero aun así, seguían poniendo cara de extrañeza y desconfianza, o no se lo creían, algo que aún perdura.

Ese era uno de mis grandes retos, poder convencerlas y hacerles comprender que no tenían nada que temer, que sólo trataba de ayudarles e intentar mejorar en lo posible su situación de salud física y psíquica.

No se trataba simplemente del hecho de que acudiesen periódicamente a un centro de salud para realizar unos análisis, sino poder mejorar sus hábitos, conocimientos en anticoncepción y planificación familiar, drogas, alimentación, enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.). Con ello, se pretendía que las usuarias

podiesen tener, al menos, una buena salud y calidad de vida, en definitiva un seguimiento en salud como cualquier ciudadano.

Además, se les informaría sobre otras cuestiones como el empleo, recursos sociales, cursos de formación de cualquier tipo y se realizarían las oportunas derivaciones a otros organismos, instituciones, asociaciones y ONG's.

D.- DIAGNÓSTICO SOCIAL

El diagnóstico social de esta población, además de la falta de información sobre muchos aspectos de salud, y no disponer de asistencia sanitaria, es a mi entender, el de un grave problema de salud pública que nos concierne a todos en general, pues es mínima, inexistente o ineficaz la prevención, conocimiento e información sobre E.T.S. (enfermedades de transmisión sexual) y elevado el riesgo de contagio al resto de la población de otras muchas enfermedades bacterianas, víricas, fúngicas y zoonosis trasmisibles.

De esta forma, tenemos, además, de un grave problema sanitario, no olvidemos, también un importante problema económico, pues los usuarios de estos clubes pueden contagiar a otras personas de su entorno directa o indirectamente, y esto supone, a medio o largo plazo, un elevado gasto sanitario en pruebas y tratamientos.

Otro problema añadido es el social, el de la marginación, la baja autoestima, la baja valoración humana que reciben estas personas, que constantemente están sometidas a vejaciones y malos tratos, como ya he comentado.

Reciben palizas, una mala alimentación, casi todos los días toman preparados alimenticios de baja calidad y comida tipo americana 'fast food', aumentando de peso, y apareciendo a edades relativamente tempranas problemas de colesterol, que

sumados al tabaco y alcohol hacen que se forme una verdadera bomba de relojería, a medio o largo plazo, para todo tipo de problemas cardiovasculares.

Se encuentran en ocasiones hacinadas en dormitorios, en locales con unas condiciones infrahumanas de habitabilidad y salubridad, mal ventilados, humedades, cucarachas, roedores, un constante ambiente compartido de humo con muy escasa calidad del aire, incluso sin cuarto de baño cercano o en condiciones deplorables, zona de duchas muy sucias y con alto peligro de contagio de hongos.

Además de lo mencionado, nos encontramos con la explotación inhumana que sufren estas personas, que pueden trabajar 12-16 horas en estos ambientes, imposibilitándoles a veces, en un círculo vicioso, el poder acudir a un profesional de la medicina, debido a los horarios tan largos e irregulares que tienen que cumplir.

En ocasiones estas mujeres acaban abandonándose a su suerte, y dejan de observar los cuidados mínimos de salud, higiene y alimentación, sufriendo depresiones y, poco a poco, pierden incluso el interés por la vida.

E.-PLANIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DEL PROYECTO-PILOTO

Realización de un proyecto, siendo éste el estudio detallado más concreto que podemos realizar con independencia (VER ANEXO I)

F.-EVALUACIÓN

La evaluación en realidad es continua, siempre se efectúan pequeños cambios en el protocolo de acceso o las intervenciones, consultas, peticiones de análisis, etc. Pero como norma general, organizativa, los últimos viernes de cada mes se lleva a cabo una evaluación más exhaustiva, para ver la marcha del proyecto, mediante reuniones de todos los colaboradores direc-

tos o con responsabilidad en él, con una serie de conclusiones, nuevas orientaciones, sugerencias y críticas. En definitiva, se concretan, modificarán o reorientarán los indicadores del proyecto sobre:

- Necesidades cubiertas del colectivo de riesgo.
- Número de personas atendidas.
- Número de consultas realizadas.
- De esfuerzo de la actividad profesional.
- De gasto de recursos materiales y económicos.
- De resultados: conocimientos, actitudes, productividad calidad de los servicios prestados.

G.-CONCLUSIONES. COMENTARIOS

Las conclusiones y comentarios acerca de este proyecto piloto son muchos, y las anécdotas igualmente, pero a modo de resumen citaré las que creo son más importantes.

- * El acceso de la usuaria al S.S.P.A., y el tratamiento debe ser absolutamente **confidencial y normalizado**, tal como se haría con cualquier otro usuario. Ésta sería la máxima a seguir.
- * La usuaria, que previa captación tenga interés en acudir a un centro público sanitario de nuestra provincia (Consultorio, Centro de Salud...), puede hacerlo en el **horario normal** estipulado de forma general para todos los usuarios.
- * Una vez que la usuaria tiene el número de seguridad social asignado, su médico y, por cupo, su enfermero, después de las citas a consulta programadas que les doy, ya no tienen porqué acudir al Trabajador Social para una nueva consulta (salvo que así lo quiera la propia usuaria), sino que entra en la propia dinámica de un usuario normal que llega en

cualquier momento al centro de salud y desea ver a su médico o enfermero, o necesita una derivación al pediatra para su hijo, sin ningún trámite ni explicación, ni identificación más allá de la que se necesita para cualquier usuario. Es decir, **plena libertad** de acceso al sistema de salud.

- * A partir del contacto con el proyecto-piloto y con los profesionales de salud, se les nota con un mayor grado de autoestima y seguridad.
- * En muchas ocasiones, el primer contacto en mi consulta, hace que las usuarias se tranquilicen y confíen en el sistema. No obstante, a veces acuden chicas con un alto grado de desconfianza y recelo. Hasta que no he hablado varias veces con ellas no se relajan y comienzan a confiar en lo que allí hacemos, por lo que, en mi humilde opinión, el primer contacto con el Trabajador Social, es fundamental para la marcha del proyecto.
- * Todo depende mucho del trato que se le dispense, ya que los comentarios y el "**boca a boca**", entre ellas, es muy importante, y en cualquier momento cualquiera de ellas puede manifestar sus recelos a las demás compañeras de club, con lo que podría peligrar la captación futura.
- * De cualquier forma, cada usuaria es un caso único, y aunque el proceso es el mismo, hay que estar constantemente modelando, rectificando y evaluando la intervención y metodología.
- * Estas chicas se suelen presentar en el centro de salud con la palabra clave **A.S.E.S**, aunque ya no es necesario, pues me van conociendo entre ellas, y saben exactamente donde tienen que ir.
- * Curiosamente, ocurre que muchas extranjeras que practican la prostitución, acuden a través de asociaciones o instituciones (como Cruz Roja, Jaén Acoge...) que tienen firma-

dos convenios de colaboración con la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, y llegan al centro de salud como si se tratara sólo de una inmigrante, de parte de la correspondiente ONG, sin dar ningún tipo de explicación, y poco después descubres casualmente por otras compañeras su verdadera actividad.

Siendo la pena de este pormenor el hecho de que inicialmente no puedo aplicarles el protocolo del proyecto, al no conocer su situación o actividad real.

- * Una de las premisas es atenderlas **lo más rápido posible**, pues ya he comentado lo controladas que están en la mayoría de los casos, y se piensan mucho el hecho de acudir a un centro de salud o consultorio, máxime cuando su horario en esta actividad es muy extenso y son pocas las ocasiones que tienen para disponer de un rato libre.
- * No es fácil llegar a un país y pretender llegar a un centro de salud del extrarradio y ponerte en manos de alguien a quien no conoces.

Cuando ha habido redadas en los clubes, pasa bastante tiempo a veces hasta que se inicia de nuevo la marcha del proyecto. Estos son paros casi lógicos, pues en estas circunstancias el recelo aumenta, significativamente, por parte de los empresarios o dueños de los clubes y de las trabajadoras del sexo.

- * Pero lo mejor es que se inicia sólo de nuevo, como si no hubiese ocurrido nada, y por suerte no me han demostrado ninguna desconfianza personal tras haber ocurrido algo así. A veces yo mismo temía que podían tomarme como confidente, y eso me preocupaba bastante, pero creo que he logrado, poco a poco, que se den cuenta que estamos allí para intentar ayudarlas.

- * El protocolo de acceso y la mayoría del proyecto se ha extrapolado recientemente a los distritos de Andujar y Linares, aunque todavía no podemos aventurar resultados cualitativos ni cuantitativos, pero al menos está en marcha, y esto les facilitará el acceso a un centro de salud más cercano que el que hasta ahora tenían, aunque algunas siguen queriendo venir a este centro, algo que, por otro lado y egoístamente, nos llena de satisfacción.
- * El número de citas a consulta de trabajo social, médica o de enfermería ha aumentado al menos 6-8 veces mínimo, así que ya las voy conociendo más en su forma de actuar y en sus miedos y problemas, creándose un agradable clima a la hora de trabajar con ellas y así puedo saber qué es lo que necesitan verdaderamente.

Suelen ser muy sencillas y claras a la hora de sugerir o solicitar algo en concreto, e incluso se permiten abiertamente solicitar alguna modificación en el protocolo o dar ideas que la verdad me vienen muy bien, pues con las evaluaciones se les puede mejorar la oferta, el acceso y el trato en nuestro sistema sanitario.

- * A todas, como norma, se les da una docena de preservativos antes de marcharse de la consulta de trabajo social, y, por supuesto, aprovecho también para dar algunos consejos y hacer un poco de "Educación para la Salud".
- * Uno de los graves problemas con los que me estoy encontrando, cada vez más, aunque ya lo he comentado, es con el idioma, pues últimamente, un importante porcentaje de "trabajadoras del sexo" son de origen rumano o del resto de Europa del Este, e incluso han llegado africanas, de Liberia y Nigeria, así que es casi imposible entenderse con ellas en muchas ocasiones.

Y aunque disponemos de traductores y protocolos para inglés, francés y árabe fundamentalmente, a veces estos casos son realmente excepcionales y no sé que hacer, salvo que vengan acompañadas de alguien que actúe como traductora.

- * Mis conocimientos de la lengua inglesa y la ayuda de alguna compañera también rumana ,que llevaba más tiempo en España, me han servido mucho para poder comunicarme con ella, de forma que les explicaba el protocolo a seguir en nuestro centro de salud, las pruebas analíticas que pretendíamos realizarles y el resto de intervenciones generales.
- * Como comenté anteriormente, cada usuaria es una intervención única y específica, y a veces sólo acuden curiosamente, para que se les aconseje en prevención de E.T.S. o porque quieren dejar el mundo del sexo.
- * Actualmente, y como consecuencia de este proyecto, tengo el honor de pertenecer a la Comisión Intersectorial Provincial del Convenio en materia de Salud para el colectivo de trabajadoras del sexo y también a la Comisión para el estudio de las E.T.S. del III Plan Andaluz de Salud.

H.- ESTUDIO ESTADÍSTICO

He realizado un breve estudio descriptivo basado en la información recogida en los últimos 6 meses sobre las usuarias atendidas en mi centro de salud en el proyecto-piloto A.S.E.S. y realizado con la ayuda del programa STATGRAPHICS PLUS 5.1. (VER ANEXO V).

BIBLIOGRAFÍA

- 1 APRAM. Carmen Meneses. Perfil de la prostitución callejera. Universidad Pontificia de Comillas, 2003.
- 2 BILBAO BORDE, Belén. "Formación de trabajadoras sexuales como agentes de salud". *VII Congreso Nacional sobre SIDA*.
- 3 "Carta Mundial de los derechos de las prostitutas". Comité Internacional por los derechos de las prostitutas. Amsterdam, febrero de 1985.
- 4 "Causas de la prostitución y estrategias contra el proxenetismo". Reunión internacional de expertos sobre las causas socioculturales de la prostitución. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer. Madrid, 1998.
- 5 Colectivo IOÉ. Mujer, Inmigración y Trabajo. Capítulo X, "Mujeres inmigrantes ocupadas en servicios sexuales". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2001.
- 6 Constitución Española (1978). Capítulo III, artículo 43.
- 7 Convenio Marco entre la Consejería de Salud y la Consejería de Asuntos Sociales para el Desarrollo de Actuaciones Socio-Sanitarias Conjuntas de fecha 18 de Junio de 1997.
- 8 Defensor del pueblo andaluz. "La prostitución: realidad y políticas de intervención pública en Andalucía", 2002.
- 9 Dirección General de la Mujer. Consejería de Trabajo. Comunidad de Madrid. "Una aproximación al perfil del cliente de prostitución femenina en Madrid", 2003.
- 10 Fundación Solidaridad Democrática. "La prostitución de las mujeres". Serie estudios. Ministerio de Cultura. Instituto de la Mujer, 1988.
- 11 GARRIDO GUZMÁN, Luis. La prostitución: estudio jurídico y criminológico. Universidad Complutense de Madrid, 1992. Editorial Edersa.

- 12 HOLGADO FERNÁNDEZ, Isabel. "Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en las calles de Barcelona". Scripta Nova. Universidad de Barcelona, 2001.
- 13 Instituto Vasco de la Mujer. Informe: "La prostitución de las mujeres en la C.A.E.V". Diciembre 2001.
- 14 Ley 2/ 1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. BOJA, número 74, 4 de julio de 1998.
- 15 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE, número 102, 29 de abril de 1986.
- 16 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. BOE, número 307, 23 de diciembre de 2000)
- 17 MARÍA AGUSTÍN, Laura. "La familia española, la industria global del sexo y las migrantes", *II Congreso sobre la Inmigración en España*. Madrid: Instituto de Estudios sobre las Migraciones de la Universidad Pontificia Comillas y el Instituto Universitario Ortega y Gasset, 2000.
- 18 Médicos del Mundo. "VI Informe de exclusión social 2001". Programa de reducción de daños asociados al ejercicio de la prostitución.
- 19 NEGRE I RIGOL, Pere. *La prostitución popular: relatos de vida. Estudio sociológico biográfico*. Barcelona: Fundación La Caixa, 1988.
- 20 OSO CASA, Laura. "Estrategias migratorias de las mujeres ecuatorianas y colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución en Galicia, Madrid y Pamplona". Madrid: Instituto de la Mujer. Estudio incluido como ponencia en el II Congreso sobre la Inmigración en España,. 2000.

ANEXO I

**PROYECTO - PILOTO A.S.E.S.
CENTRO DE SALUD "SAN FELIPE"*****1-INTRODUCCIÓN Y DIAGNÓSTICO SOCIAL***

Una vez realizada la investigación y el trabajo de campo, entre el colectivo de mujeres que se dedican a la actividad de la prostitución, se captan varios problemas de gran importancia: la falta de asistencia sanitaria de este colectivo; la existencia de un importante problema de salud pública que nos concierne a todos, en general, pero de forma muy importante al colectivo de mujeres que se dedican a la prostitución, como es el contagio de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.); debido a lo anteriormente expuesto, se está produciendo un importante problema con el aumento del gasto sanitario público con las costosas pruebas bioquímicas y tratamientos; y por último, otros problemas socio sanitarios, que comento más adelante.

Es evidente que no son del todo eficaces las medidas preventivas que ellas utilizan, para evitar el contagio de las E.T.S., bien por desconocimiento o por falta de información o ambas razones.

Nos encontramos, además con situaciones de marginación, baja autoestima, y la baja valoración humana que reciben estas personas, malos tratos de tipo físico y psíquico, palizas, vejaciones, una mala alimentación, hacinamiento, insalubridad, explotación...

Así pues, para paliar en la medida de lo posible esta situación y las anteriormente expuestas, realizo y pongo en marcha este proyecto- piloto en el Centro de Salud 'San Felipe' de Jaén, capital.

Al remitirnos a nuestra legislación vigente, Constitución Española (1978), Ley 14/1986 de General de Sanidad, Ley 2/1988, de Sanidad de Andalucía, etc., donde se manifiesta claramente que: "toda persona tiene derecho a la atención sanitaria, sin discriminación alguna...". De esta forma, se abre una alternativa para este colectivo tan maltratado.

2- DESCRIPCIÓN DEL SECTOR SOCIAL ATENDIDO. **(ver anexo V)**

Se trata de mujeres de edades comprendidas entre 19 y 39 años, siendo la media de 29 años, que trabajan en clubes y locales de alterne de la provincia de Jaén, ejerciendo la prostitución y procedentes de países como: Brasil, Colombia, Ecuador, Liberia, Nigeria, Portugal, República Dominicana, Rumania, Santo Domingo y, por supuesto, España.

Las mujeres más jóvenes son las que proceden de Europa del Este, en particular de Rumania, y las de mayor edad, las procedentes de Colombia y otros países hispano-americanos.

La mayoría de ellas son fumadoras activas, con un comedido consumo de alcohol.

Un tercio de la población estudiada consume, o ha consumido alguna vez, cocaína.

En cuanto al uso del preservativo, los datos son de un alto porcentaje en su uso, sin embargo sigue habiendo contagio de E.T.S.

Además de la población de mujeres que viven en clubes de alterne del extrarradio de la ciudad, posteriormente, se pretende ampliar este proyecto a aquéllas que realizan su actividad en locales y pisos privados de la ciudad y provincia por cuenta propia.

3.-ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO TEMPORAL PREVISTO

Inicio: Mayo de 2002
 Finalización: Septiembre-Diciembre de 2004
 (dependiendo de evaluación y resultados del programa, indefinido)

4.-ÁMBITO TERRITORIAL PREVISTO

Jaén capital y extrarradio

5.-OBJETIVOS GENERALES

- 1- OFERTA A ESTE COLECTIVO ASISTENCIA SANITARIA.
- 2- DETECCIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO SOCIAL Y DE SALUD.
- 3- DISMINUCIÓN DEL GASTO SANITARIO DERIVADOS DE LAS POSIBLES INFECCIONES QUE PUEDAN GENERARSE EN ESTA ACTIVIDAD.
- 4- EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

6.-POBLACIÓN DESTINATARIA

DESCRIPCIÓN	CUANTIFICACIÓN
Mujeres de cualquier edad, de la ciudad de Jaén y extrarradio que se encuentren desarrollando la actividad de prostitución, y no dispongan de asistencia sanitaria.	Estimación propia a partir de las demandas atendidas y que surjan en el ámbito de aplicación del proyecto.

7.-RESULTADOS PREVISTOS

DESCRIPCIÓN	CUANTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none">- Lograr que estas mujeres tengan atención sanitaria, mediante asignación de un nº de afiliación como beneficiaria del sistema sanitario público andaluz y un médico.- Libertad de acceso al SSPA normalizada.- Educación para la Salud.- Control de ETS.- Alimentación y hábitos saludables.	Estimación propia a partir de las demandas atendidas y que surjan en el ámbito de aplicación del proyecto.

8.-INTERVENCIÓN

DESCRIPCIÓN	CUANTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Captación de las usuarias mediante desplazamientos a los clubes de alterne y contactos con los propietarios de estos y el delegado de la Asociación Nacional de Empresarios de Locales de Alterne (ANELA) en Jaén. - Puesta en marcha de un protocolo de intervención, donde quede suficientemente claro y reflejado, parámetros como teléfono y horario de consulta específico, tanto del trabajador social, como de los médicos y el enfermero que formen parte del equipo de trabajo, dadas las especiales características del horario de trabajo de este colectivo. - Tras la captación, se procederá a una primera entrevista con el trabajador social. - En la consulta se procederá a seguir además, un protocolo de intervención descrito en anexos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Se han mantenido reuniones con el delegado de ANELA, así como visitas a locales de alterne. (Trabajo de campo). - El teléfono sería el de información del Centro de Salud San Felipe, 953 233 000. Y el horario para las entrevistas y consulta con los profesionales sería el propio del centro, aunque abierto a excepciones. - Se le asignará un nº de Seguridad Social para personas sin recursos (60/), y se le proporcionará una tarjeta con sus iniciales o nombre verdadero o ficticio –segœn prefieran-, a continuación se le asignará médico y cita con él, informándoles de aspectos médicos, sociales y recursos de interés, etc. - En la consulta médica, se procederá a la anamnesis, exploración, petición de analíticas, petición y/o toma de muestras de exudados, etc. -Las extracciones y demás pruebas analíticas las realizará el enfermero.

10.- ORGANIZACIÓN INTERNA

Estructura orgánica y funcional; procesos de comunicación; coordinación y decisión interna (reuniones); normalización de procedimientos e instrumentos técnicos (anexos y protocolos); gestión de recursos humanos.

10.1. Estructura

El coordinador del proyecto- piloto es el Trabajador Social del Centro de Salud "San Felipe" D. Guillermo López Cala, Zona Básica de Salud Jaén-Sur, además de la captación y entrevista inicial, y la responsabilidad final del proyecto-piloto.

En el proyecto participaran los doctores y enfermeros que se asignen en su momento durante las reuniones de Equipo Básico de Atención Primaria (E.B.A.P.) y que llevarán a cabo las consultas médicas y de enfermería respectivamente.

Todas las gestiones de tipo administrativo (asignación 60/, médico, elaboración de tarjeta sanitaria, etc.) se pueden llevar a cabo tanto por el trabajador social como por la unidad administrativa del centro.

Inicialmente, la atención a estas usuarias tanto en consulta a demanda como programada se realizarán en el ya citado centro de salud, aunque la idea es ir poniéndolo en marcha en otros centros de salud de Jaén, así como en otros distritos sanitarios de la provincia, de forma progresiva.

10.2. Comunicación

La comunicación con el equipo debe ser fluida, constante y bidireccional, además de los teléfonos y las consultas rápidas, se lleva a cabo al menos, una reunión bimensual con todos los profesionales integrantes del proyecto-piloto y cualesquiera otras personas o compañeros que puedan aportar sus opiniones, estimaciones y sugerencias para la marcha y cumplimiento de los

objetivos del proyecto – piloto, como dirección del centro o distrito, unidad administrativa o de atención al usuario, etc.

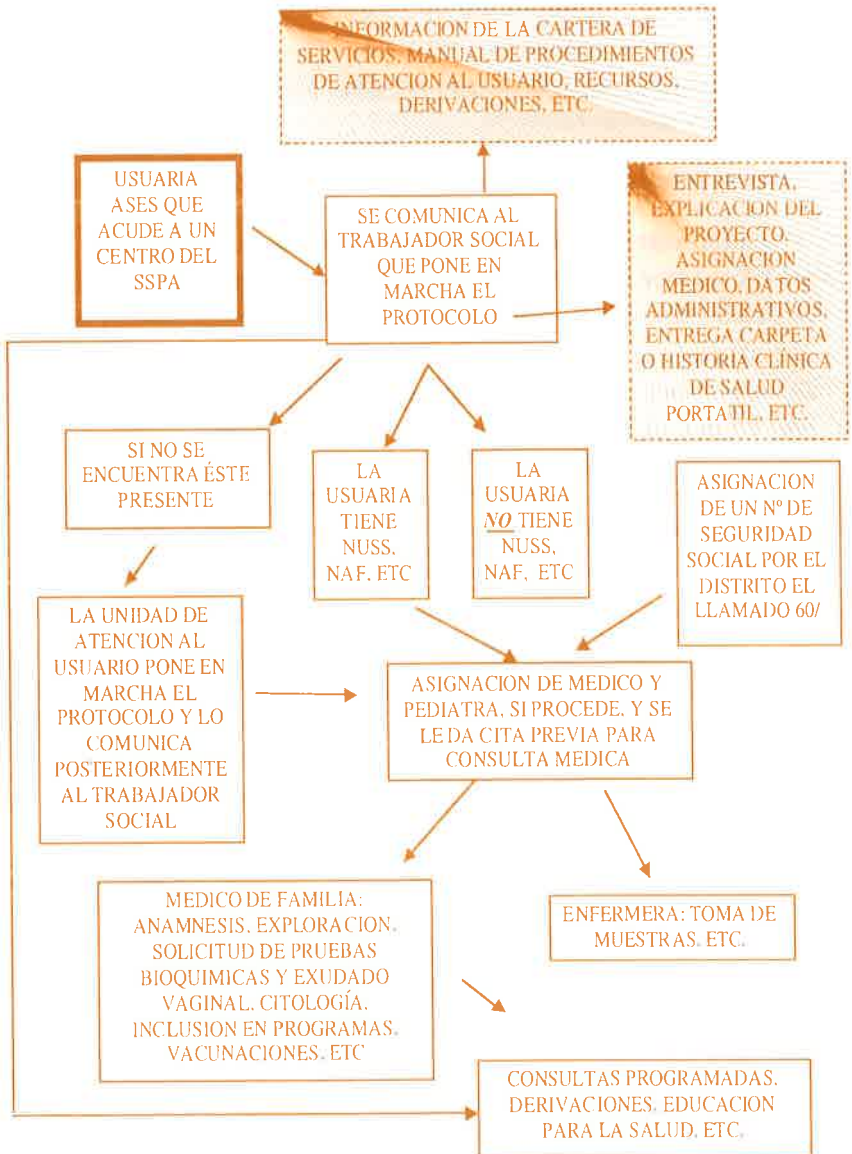
De cualquier forma, existe un contacto permanente entre los componentes del equipo y ante cualquier imprevisto, en el que haya que tomar decisiones con rapidez, podemos comunicarnos personal o telefónicamente.

10.3. Gestión de recursos

Se utilizarán los recursos humanos con los que cuenta el centro de salud y los materiales y económicos propios de la Zona Básica de Salud Jaén-Sur, además de aquellos recursos que puedan aportar las asociaciones de clubes de alterne y cuantos otros se valoren oportunos en su momento y por supuesto las disponibles en el Distrito Sanitario Universitario de Jaén.

El encargado de la gestión de estos recursos es el coordinador del proyecto –piloto con la autorización del Director del Centro de Salud y a la vez del Distrito Sanitario Universitario de Jaén.

ANEXO II



ANEXO III

CITACIÓN ASES (PROTOCOLIZAR)

COMO REGLA GENERAL Y DEBIDO A LA DIFICULTAD EN LA DISPONIBILIDAD DE LOS PROFESIONALES Y PARA EVITAR QUE LAS USUARIAS TENGAN QUE VENIR MÁS DE LO ESTRICTAMENTE NECESARIO, EL PROTOCOLO A SEGUIR SERA EL SIGUIENTE:

CUALQUIER DÍA: UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO/ CEIS/ CELADORES/TRABAJADOR SOCIAL

- * La usuaria realiza llamada telefónica al centro de salud o acude personalmente.
- * Se le cita para *cualquier viernes -salvo en casos urgentes-* a media mañana (12 horas en adelante pues suelen salir de trabajar a las 6-7 horas de la mañana) para consulta y entrevista con Trabajador Social.

DÍA 1.- VIERNES: TRABAJADOR SOCIAL/MÉDICO/PEDIATRA/

- Entrevista y valoración social inicial con el T. Social (situación sanitaria y de seguridad social, laboral, hábitos, adicciones, alimentación, EPS, información de recursos, prestaciones, derivaciones, entrega de la carpeta de salud o historia clínica portátil de inmigrantes del Servicio Andaluz de Salud, etc.)
- Se procede al alta de la usuaria en BDU (si no estuviera), en caso de no tener NUSS, NAF se le asigna un 60/. Se llama al distrito al número 953 006514
- Inclusión en programas en historia de salud, -si procede- (riesgo social, tabaquismo, malos tratos, proceso de prevención del cáncer de cérvix...).

- Asignación de médico y pediatra, si procede.
- Sería muy interesante que se le atendiera esa misma mañana en consulta médica, pues acuden muy esporádicamente, de esa forma se realizaría correctamente el protocolo y no atrasaríamos todo el proceso (anamnesis, exploración...). Se le solicitan los análisis del protocolo el mismo día si es posible. Si no pudiera ser se aplazaría para el lunes siguiente.
- Cita y derivación a enfermería con P-10 para realizar Mantoux, el mismo viernes a ser posible, pues la lectura se realiza a las 72 horas, es decir el lunes siguiente, que se realizaría también la extracción sanguínea (modificable según situaciones).
- La usuaria se dirigirá a información de celadores acompañada por el Trabajador Social, con las solicitudes de los distintos análisis donde le informarán ante cualquier duda y le darán cita para extracción sanguínea y enfermería para el siguiente lunes, aun estando completa la lista de usuarios, por ser muy baja la afluencia de estas usuarias. No olvidar dar el bote de orina, y si es un urocultivo (dos botes, siendo uno de ellos estéril), hay que explicar la forma de obtener correctamente la muestra.
- También se le da cita programada para citología y la toma de exudado vaginal, y así le evitaríamos el tener que venir al centro de salud una vez más, dándoles un ticket de cita para evitar que se olvide la fecha.

DÍA 2.-SIGUIENTE LUNES: ENFERMERÍA

- Extracción de sangre en ayunas (8.30 a 9h) y entrega de muestras (orina, etc.)
- Lectura de Mantoux (a las 72 horas)

DÍA 3.-CUALQUIER DÍA: TRABAJADOR SOCIAL/MÉDICO/ CELADORES

Cuando lleguen los resultados de los análisis (se puede consultar en ordenador, con el Hospital Médico-Quirúrgico, pues tenemos acceso a los resultados vía intranet con el servicio de análisis clínicos), el trabajador social se pondrá en contacto con las usuarias telefónicamente y les citará con su médico a consulta.

Ya una vez en consulta, el facultativo dispondrá o no, la necesidad de tratamiento, vacunaciones, control epidemiológico por alguna enfermedad de declaración obligatoria (E.D.O), como es el caso de la sífilis, y cuanto crea necesario para mejorar la salud física y psíquica de la usuaria y llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos del proyecto.

Posteriormente el facultativo les entregará los resultados de los análisis realizados hasta el momento ya que se los exigen en sus lugares de trabajo a petición de cada encargada de sala.

También ellas mismas pueden llamar por teléfono pasada una semana o diez días, para interesarse por todos estos trámites, pues es muy importante que se responsabilicen de sus temas de salud.

Nota: Debemos acostumbrar a las usuarias a seguir este protocolo (salvo casos urgentes o excepcionales), cada vez que quieran acudir al Centro de Salud "San Felipe", pues así evitaremos errores y problemas organizativos, consiguiendo agilizar más los trámites. De esta forma las usuarias sólo vendrán lo más preciso y no se duplicarán citas ni intervenciones, algo que esta demostrado, actúa negativamente en la captación y la vuelta de estas usuarias al centro.

ANEXO IV**PROTOCOLO ANALÍTICO:**

El facultativo le abre historia clínica pormenorizada a la usuaria con conductas de riesgos y antecedentes de interés, exploración física detallada, petición analítica según protocolo y complementaria si procede.

Se le dará información detallada a la usuaria de conductas de riesgo y actuaciones o medidas preventivas, consejos (E.P.S.).

La petición analítica estará compuesta, en general, de los siguientes parámetros:

Parámetros a solicitar:

BIOQUÍMICA GENERAL:

- Glucosa
- Urea
- Creatinina
- Sodio y potasio
- Colesterol y fracciones (HDL, LDL)
- Triglicéridos
- GGT
- BT
- BD
- GOT
- GPT
- Amilasa
- etc.

HEMOGRAMA COMPLETO (ESTUDIO DE ANEMIA SI PROCEDE)

SISTEMATICO ORINA

UROCULTIVO

BIOQUIMICA ESPECIAL (p.e. Hormonas)

SEROLOGIA:

- LUES (RPR)
- Mantoux
- VIH I y II
- Marcadores Hepatitis A, B, C
- Clamydias
- Etc. (a criterio facultativo)

MICROBIOLOGÍA

- EXUDADO VAGINAL
- OTROS (a criterio facultativo)

Rayos X

- Placa de tórax si procede, antero-posterior y lateral.

CITOLOGIA (PRECEPTIVO SEGÚN PROCESO PREVENCIÏN DE
CANCER DE CERVIZ)

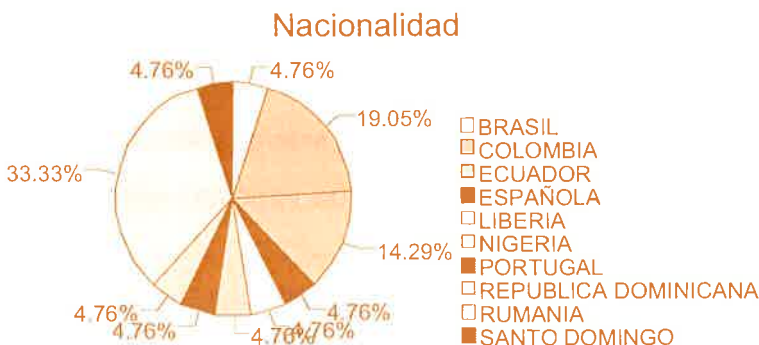
- * Cualquier otra prueba o actuación que el facultativo considere oportuna en la consulta médica.

ANEXO V

ESTUDIO ESTADÍSTICO

A continuación os presento un breve análisis descriptivo de la población de mujeres “trabajadoras del sexo” que han sido usuarias dentro del proyecto –piloto A.S.E.S. en el Centro de Salud “San Felipe” durante los últimos 6 meses (Enero-Junio de 2004).

En un primer bloque se presentan las características sobre nacionalidad y edad de la población considerada. De este modo, el siguiente gráfico presenta los países de origen de cada una de las usuarias junto con los porcentajes correspondientes a la frecuencia de casos de cada uno de ellos. Como dato característico se observa la gran afluencia de mujeres procedentes del Este de Europa, como Rusia y Rumania que suponen la tercera parte de la población de este colectivo.



En cuanto a la edad de las “trabajadoras del sexo” que han formado parte del proyecto piloto A.S.E.S durante los 6 meses del estudio, podemos decir que ésta oscila entre los 19 y los 39 años, tal y como se refleja en la Tabla 1. Descriptivos sobre la edad de las usuarias, siendo la edad media aproximada de las mismas de 29 años.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
EDAD	19	39	29.2381	6.0407

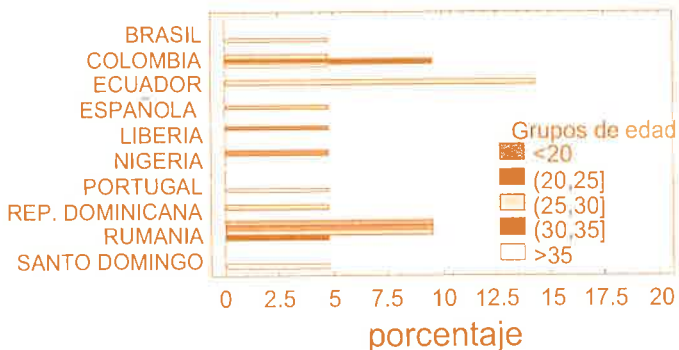
Tabla 1. Descriptivos sobre la edad de las usuarias

Además, en el siguiente gráfico se representa la distribución de las edades de las usuarias en relación con su país de procedencia. En dicho gráfico aparecen los porcentajes de mujeres de cada país que corresponden a cada uno de los grupos de edad considerados.

Se concluye que las mujeres más jóvenes son las procedentes de Rumania, ya que se observa que de este país provienen el 10 por ciento existente de mujeres menores de 20 años, asimismo del 20 por ciento de usuarias con edades comprendidas entre 20 y 25 años, la mitad también provienen de este mismo país.

Por otro lado, es también destacable que la mayoría de las “trabajadoras del sexo” que proceden de Colombia tienen una edad superior a 30 años.

Grupos de edad por nacionalidad

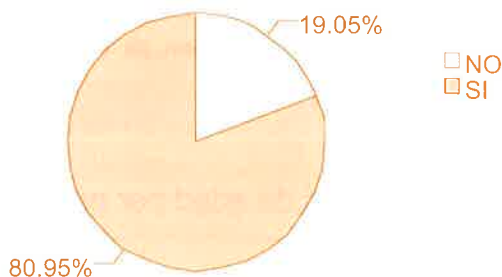


En un segundo bloque, incluyo un análisis sobre hábitos no saludables más frecuentes, que he observado en estas usuarias, razonables, hasta cierto punto, debido a la actividad que desempeñan, pues por ejemplo, ellas utilizan mucho el tabaco como excusa o acercamiento al cliente.

Entre estos hábitos destacamos, como decía, tabaco, alcohol y otras drogas como la cocaína, por otro lado están el uso de preservativos como medio anticonceptivo generalmente y el elevado sedentarismo de las usuarias, sin tener en cuenta la propia actividad física que desempeñan con su trabajo.

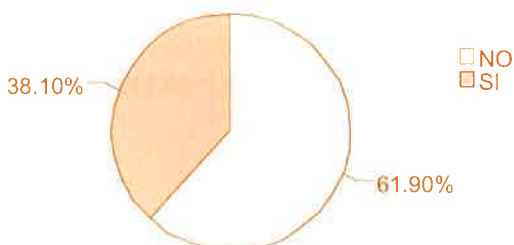
Con respecto al consumo de tabaco, se puede considerar que el 80.95 por ciento de la población considerada, son fumadoras, tal y como se muestra en el siguiente diagrama.

Consumo de Tabaco



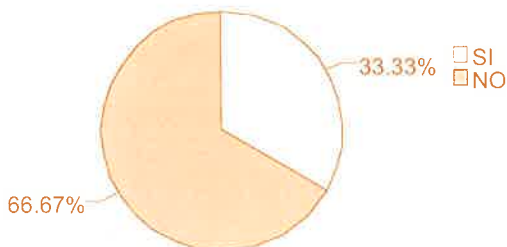
Por otro lado, el consumo de alcohol no es tan habitual entre ellas, no obstante creo que sí se da en un porcentaje lo suficientemente alto como para tenerlo en cuenta en nuestras actuaciones, ya que representa el 38.10 por ciento de la población, tal y como se muestra en el siguiente gráfico.

Consumo de Alcohol



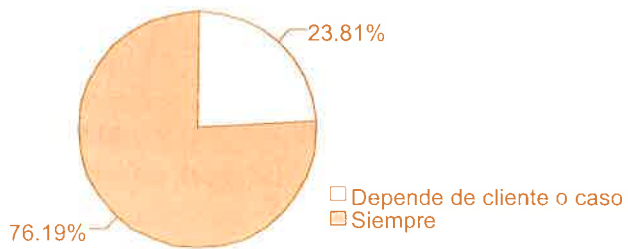
En lo referente al consumo de otras drogas (distintas al alcohol y tabaco) cabe destacar que la sustancia que predomina es la cocaína. De este modo, he considerado oportuno reflejar únicamente este consumo en un gráfico que aparece seguidamente y en el que se observa que dicha sustancia se consume de manera habitual en la tercera parte de esta población.

Consumo de Cocaína



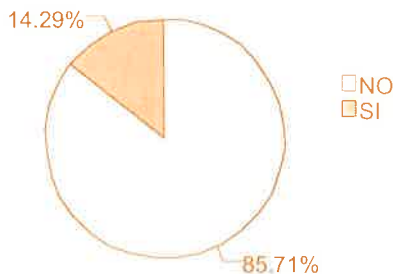
En cuanto al uso de medios anticonceptivos, el más utilizado es el preservativo tal y como se podía esperar; no obstante, no todas lo utilizan de manera habitual. En el siguiente gráfico se observa que existe un 23.81 por ciento de ellas, que confiesan que sólo lo utilizan en algunas ocasiones dependiendo del cliente o la situación.

Uso del preservativo



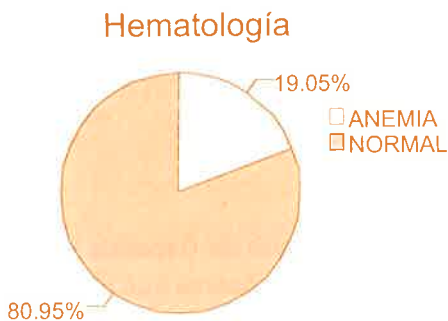
Finalmente, con el fin de detectar si existe sedentarismo, he realizado un estudio sobre el desarrollo de distintas actividades físicas. Como dato significativo se obtiene que el 85.71 por ciento de la población considerada no realiza ningún tipo de actividad física, al margen de la propia actividad que desempeñan, tal y como se muestra en el siguiente diagrama.

Desarrollo de alguna actividad física

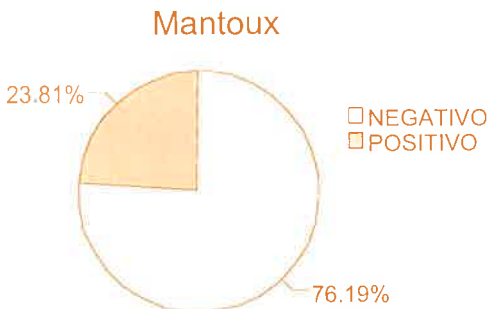


Finalmente, en un tercer bloque, incluyo algunos parámetros derivados de análisis de sangre realizados a las “trabajadoras del sexo” que han acudido a consulta dentro del proyecto-piloto A.S.E.S.

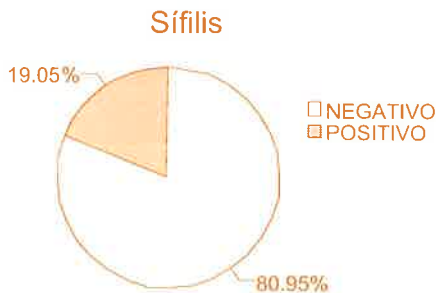
Por un lado, dentro del estudio hematológico cabe destacar la detección de anemia en el 19.05 por ciento de los casos, tal y como se muestra en el siguiente gráfico.



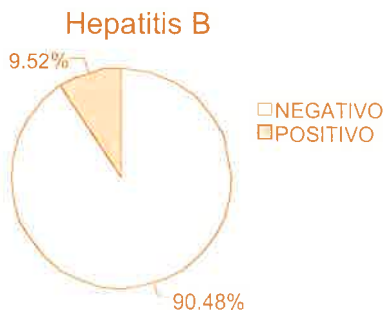
Por otra parte, el siguiente diagrama refleja que el 23.81 por ciento de la población ha presentado un resultado positivo en la prueba de Mantoux.



Asimismo, tal y como se refleja en el siguiente gráfico, el 19.05 por ciento de las "trabajadoras del sexo" han dado resultados positivos en el test de Sífilis.



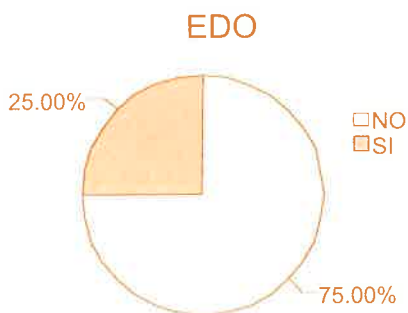
Los resultados de las pruebas de Hepatitis B se presentan en el siguiente gráfico, donde se observa que el 9.52 por ciento de la población considerada da positivo en la serología de la hepatitis B, no presentando, sin embargo, por ahora, ningún síntoma de la enfermedad.



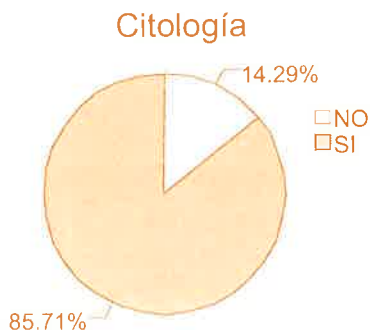
Igualmente se les ha realizado las serologías de VIH 1 y 2, y es de destacar que el 100 por ciento de la población considerada en el estudio ha presentado resultados negativos ante dichos

análisis, no detectándose ninguna mujer que padezca esta enfermedad.

En cuanto a las enfermedades de declaración obligatoria (EDO), se refleja en el siguiente gráfico la declaración de dichas enfermedades en la cuarta parte de la población considerada en el estudio.



Finalmente, el último gráfico que se presenta en este estudio refleja que en este periodo de seis meses, se han realizado citologías dentro del proyecto-piloto A.S.E.S. al 85.71 por ciento de las "trabajadoras del sexo" que han acudido a la consulta. No obstante, este número es potencialmente mayor, si tenemos en cuenta las usuarias que están pendientes de poder realizarse esta prueba.



1TS X EBAP=
Atención Integral
de Calidad

La correcta y adecuada atención de estos factores psico-sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, implican un valor añadido a la asistencia prestada en cada Centro Sanitario, lo que supone ofertar y proporcionar una atención de calidad, al abordarse cada situación de una forma integral e integrada.

Cuando en un Centro de Salud que no cuenta con la figura del Trabajador Social, se pone en marcha un Proceso Asistencial en cuya dinámica funcional figura este profesional, este proceso nunca será ni adecuado, ni integral ni por supuesto de calidad.

Esta situación entra en absoluta contradicción con esa “filosofía de la calidad” de la que tanta teoría podemos leer a diario y también con los propios derechos reconocidos de los usuarios a recibir y disponer, en sus propios Centros, de los recursos, medios y profesionales para poder recibir una atención adecuada.

En resumen, la NO PRESENCIA de un Trabajador Social en cada EBAP de cada Centro de Salud, implica la imposibilidad de ofrecer a los ciudadanos la atención sanitaria integral y de CALIDAD a la que tienen reconocido derecho.

Palabra Clave: Trabajo Social Sanitario, Derecho de la Usuaría, Atención Integral, Calidad Asistencial.

INTRODUCCIÓN

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (S.S.P.A.), al plantear sus nuevas estrategias para la sanidad andaluza, su proyecto de cambio, ha realizado una formidable apuesta, al menos en teoría, sobre la calidad asistencial. Para ello ha elaborado su Plan de Calidad y ha impregnado de la “cultura de la calidad” toda su gestión en dicho ámbito. Esta filosofía de la calidad supone la puesta en práctica de un conjunto de actividades que permitan que todos los profesionales implicados en el proceso asistencial participen en el logro de la mayor calidad de la misma.

El binomio necesidad – recurso, la adecuación de la oferta a la demanda, es uno de los principales retos a los que se enfrenta hoy día cualquier organización sanitaria, si pretende ofrecer servicios de calidad, y hoy día, las necesidades de los usuarios de nuestros servicios sanitarios son muy diferentes y mucho más complejas que las de hace no tantos años.

Nuestros usuarios tienen hoy mucha más información sanitaria, más conocimiento de recursos y prestaciones y son más conscientes y exigentes, sobre sus derechos como usuarios. Cuando éstos acuden a un centro sanitario, esperan una perfecta atención basada en los conocimientos profesionales del personal que les atienden, un trato cordial y adecuado, y la puesta a su disposición de TODOS, absolutamente, todos los recursos existentes en ese centro sanitario.

En estas líneas se pretende argumentar la falta de calidad de una atención sanitaria en la que el cliente, el usuario, no tiene acceso, por inexistente o por inaccesible, a una de las figuras profesionales que completan su atención sanitaria integral, el Trabajador Social, ya que pese a que el concepto de salud incluya los aspectos sociales y la normativa vigente contemple la presencia de un Trabajador Social en cada Equipo Básico de Aten-

ción Primaria (E.B.A.P.), en no pocas ocasiones esta situación no reproduce.

Por todo ello, al usuario se le niega el acceso a un recurso sanitario, su atención de salud se limita a los aspectos biológicos, y la normativa vigente no se cumple. Bajo estos parámetros, hablar de calidad asistencial es una utopía.

LA ASISTENCIA SANITARIA

Para intentar hacer una valoración correcta y, mínimamente argumentada, de estas hipótesis vamos, en primer lugar, a intentar dejar perfectamente explicados los principales conceptos utilizados.

La asistencia sanitaria es un derecho fundamental que viene recogido en la Constitución Española (Art.43), que se hace operativo mediante la Ley General de Sanidad y la Ley de Salud de Andalucía y efectivo gracias a los Decretos, Órdenes y Circulares al respecto. Por último, la **Ley de Cohesión y calidad** del Sistema Nacional de Salud, sirve de guía para saber qué contenido ha de llevar aparejada dicha atención sanitaria. No es necesario abundar más en este aspecto.

Además, la asistencia sanitaria viene unida de forma indisoluble a su cualidad de INTEGRAL, es decir, que aborde de forma conjunta los tres aspectos que definen el concepto de salud aceptado por la Organización Mundial de la Salud: biológico, psicológico y SOCIAL, dado que en todos los problemas de salud se pueden apreciar combinaciones de los tres aspectos y que en cualquier intervención, alguno de los tres influye en los otros dos. *“Así, aunque el síntoma se centre en lo orgánico, es necesario tomar en cuenta lo social”.*

Dejando pues sentada la base de que la atención sanitaria debe ser integral, pasemos ya al análisis del segundo concepto: Calidad.

LA CALIDAD ASISTENCIAL

Si en el siglo pasado el concepto básico de gestión fue la productividad. La globalización y las nuevas formas de gestionar indican claramente que este siglo XXI será el de la CALIDAD.

Pero no sólo ha cambiado la línea de gestión. Las demandas de los usuarios también han variado de forma evidente, con mayores niveles de exigencia, de individualización, de humanización y de respuesta global a sus necesidades, pasando a ser su "*grado de satisfacción*" un componente fundamental del nivel de calidad obtenido.

Definir calidad no es sencillo, ya que cualquier definición implica limitar, conceptuar y, en este caso, resulta bastante difícil al no existir un único criterio del conjunto para precisarla.

En el ámbito sanitario se ha optado por definir la calidad de forma multidimensional, lo que supone implícitas diferentes dimensiones del conjunto de la atención sanitaria. No obstante hay términos que aparecen ligados a este concepto como son: prevención, participación de los usuarios, satisfacción del cliente y costes.

Vamos a quedarnos por ello con una definición clara y sencilla, expuesta por Donabedian, que define la calidad de la asistencia sanitaria como: "el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en salud". Esta definición está relacionada con los objetivos de la asistencia sanitaria, y en ella están implícitos dos nuevos conceptos incluidos, igualmente, en el Plan de Calidad del S.S.P.A.: eficacia, eficiencia, equidad y efectividad.

Eficacia: implica "hacer las cosas"; relaciona la capacidad de una medida sanitaria con la consecución de un determinado efecto. También es considerada como la relación entre los objetivos previstos y los alcanzados.

Eficiencia: significa la mejora de la salud esperada a partir de la asistencia prestada, con relación a los costes de dicha actuación. Mide el rendimiento de los recursos y debe cumplir dos requisitos:

1. Que la atención y los servicios se presten al menor coste.
2. Que la asistencia se valore mejor por la sociedad.

Por su parte la *Equidad* consiste en la igualdad del reparto de los recursos y de las posibilidades de acceso a los mismos por parte de los usuarios.

Podemos finalizar diciendo que, en la asistencia sanitaria, *la Efectividad* es el incremento de salud producido por los cuidados prestados con relación al máximo incremento alcanzable con los mejores cuidados posibles.

En definitiva, la nueva gestión sanitaria supone una clara apuesta por la calidad de la atención, entendiendo ésta como un concepto integral donde intervienen múltiples dimensiones y en el que la satisfacción de los usuarios se presenta como un elemento irrenunciable, teniendo muy en cuenta que en el orden de prioridad de los usuarios, en relación a su enfermedad, tras los aspectos científicos y terapéuticos, destacan los asistenciales y los SOCIALES.

Es por ello que la satisfacción de sus necesidades demandadas y expectativas se convierte, en teoría, en objetivo fundamental de toda la política sanitaria andaluza.

LOS FACTORES SOCIALES

Retomando la última argumentación, es necesario indicar que en el informe publicado recientemente por “Farmaindustria” “El paciente es España”, se constata que la gestión de los aspectos SOCIALES y la reivindicación de derechos son dos de las demandas reflejadas en las conclusiones del mismo como más valoradas por los ciudadanos.

En este nuevo enfoque de la atención sanitaria hemos pasado de la intervención por programas a la gestión por procesos, abandonando el modelo tradicional de organización departamental, evitando los “reinos de taifas” que supone la parcelación de la atención.

Ello va a suponer generar flujos de trabajo eficientes y funcionales, encaminados a satisfacer al ciudadano, lo que implica la reorientación de la organización sanitaria así como el establecimiento y la definición de las normas básicas y los estándares de calidad, que incluyan una perspectiva humanística del concepto asistencial, integral, y que ubique los recursos dónde más se necesiten.

Lo que se ha demostrado como evidente, aunque haya quien se resista a asumirlo, es que la calidad de la asistencia sanitaria, en su sentido más amplio, no está vinculada únicamente al personal sanitario: la falta de relación con los servicios de apoyo, Trabajo Social, por ejemplo, puede conducir a una evidente disminución de la calidad.

La ambigüedad de funciones, debida a la falta de apoyo institucional, es el origen de esta situación y uno de los errores de la gestión de los servicios sanitarios, según se recoge en el propio Plan de Calidad del S.A.S., es “no abordar con profundidad la problemática con los profesionales por evitar conflictividad”, lo cual es una actitud de equivocada prudencia que genera lenti-

tud, inflexibilidad y cierta incapacidad de adaptación a los cambios necesarios.

Este mismo Plan de Calidad indica que *"cualquier desequilibrio de las relaciones entre gestores y profesionales tiene tal impacto político desde el punto de vista de la imagen que, frecuentemente, induce a dicho error"*.

LOS PROFESIONALES

Habiendo fijado como objetivo la calidad del servicio al ciudadano, los gestores sanitarios defienden la idea de que los profesionales somos una pieza clave en la consecución de la misma y, en base a esta idea, dicen ofrecernos un ambiente de trabajo óptimo, interesante y motivador.

Para ello se fijó el número y tipo de profesionales de cada proceso asistencial, para que nos integrásemos, en los mismos, con una actitud positiva de participación, no sólo de trabajo, sino de ideas, pensamientos e interés en el éxito común. Lo que suele denominarse como: "filosofía o cultura de pertenencia a la empresa". Hagamos un poco de historia.

En 1990 el Ministerio de Sanidad publica el documento *"Organización del Equipo de Atención Primaria"* en el que bajo el epígrafe "plantillas" hace referencia al Trabajador Social.

En dicho documento se indica que en la primera aproximación a la dotación de los Centros de Salud, se estimó necesario que toda Zona Básica dispusiera de su propio Trabajador Social pero, a la vista del desarrollo posterior de los Servicios Sociales Comunitarios (SS.SS.CC.), que incluyen dichos profesionales en sus plantillas. Este planteamiento inicial debía ser modificado, abogando por una colaboración real, estrecha y un trabajo en equipo mediante programas conjuntos, reuniones periódicas de trabajo, protocolos e intercambio de información y apoyos constantes.

Por otra parte, ya en el año 1995, el Real Decreto 63/95, sobre ordenación de prestaciones sanitarias, indica la necesaria coordinación entre las Administraciones Sanitaria y Social, para abordar los problemas sociales no sanitarios que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de salud. Para hacerse una idea del inexistente avance en este sentido es necesario recordar, a título de ejemplo, que las Jornadas Anuales de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada, en 1999, se celebraron bajo el siguiente título, de evidente actualidad:

"La atención socio-sanitaria: un problema sin resolver".

Siguiendo las magníficas argumentaciones de nuestras compañeras de Asturias en su libro "Trabajo Social en el sistema Sanitario" (Ed. KRK), absolutamente extrapolables a la realidad del Trabajo Social Sanitario en Andalucía, es preciso hacer constar, en estas líneas, que da la impresión de que al consolidarse la red de Servicios Sociales, los gestores sanitarios pensaron que ésta iba a hacerse cargo de los problemas sociales derivados del proceso salud-enfermedad, sin tener en cuenta que los Servicios Sociales se desarrollaron para cubrir unas necesidades muy concretas y delimitadas, y no para cubrir las necesidades del Servicio de Salud.

Por otra parte, los Trabajadores Sociales sanitarios, NO SOMOS los Servicios Sociales del Centro de Salud, ya que atendemos necesidades distintas, tenemos funciones y competencias distintas, normativas reguladoras distintas, orígenes distintos y recursos distintos, aunque compartamos espacios profesionales muy relacionados y, en ocasiones, complementarios, pero nunca excluyentes.

Es evidente que pretender, desde nuestro ámbito sanitario, salvar la conexión entre Salud y Servicios Sociales mediante el trabajo en equipo es una auténtica falacia cuando, precisamente nosotros, los sanitarios, tenemos como asignaturas pendientes

el trabajo en equipo y la coordinación entre nuestros distintos niveles asistenciales. Como reflejan las compañeras de Asturias

"A todas luces es evidente que aún queda mucho que mejorar dentro de nuestro propio sistema sanitario para pedirle a otro sistema que lo haga con más rigor que en el propio".

El problema fundamental de estas propuestas teóricas, jamás llevadas a la práctica, es que cuando se habla de coordinación nunca se especifica ni dónde ni como ni con qué profesionales y, además, que lo que realmente parece que quieren decir no es coordinación, sino sustitución, es decir, sustituir unos profesionales por otros, haciendo recaer en los Servicios Sociales la atención de los aspectos sociales del proceso salud-enfermedad, es decir, delegando esta función en el otro sistema.

Pero hoy día esta estrategia presenta una variante aún más peligrosa, que consistiría en sustituir, dentro del propio Sistema de Salud, a unos profesionales por otros, más manejables, más polivalentes, mucho más costosos, y sin la cualificación profesional y la formación adecuada para realizar esta labor: las Enfermeras de Enlace.

En definitiva, y partiendo de la definición de Salud que hace la O.M.S., conocidos sus determinantes y reconociendo como un derecho fundamental de los ciudadanos la asistencia sanitaria integral de calidad, se hace evidente que es exigible al sistema sanitario la atención de la misma desde un abordaje interdisciplinar propio, ya que la cobertura de las necesidades exige una respuesta coordinada de los sistemas de protección social que son complementarios pero, como ya dijimos antes, en ningún momento excluyentes.

LA REALIDAD ANDALUZA

Una vez descritos los principales conceptos y argumentos de las nuevas líneas de gestión sanitaria de Andalucía, hay que relacionarlas con la realidad de los Centros Sanitarios y la verdadera atención que, en ellos y de ellos, reciben los usuarios lo que, curiosamente, en no pocas ocasiones, hace evidente aquello de que *"cualquier parecido con la realidad es pura coincidencia"*.

La plantilla de Trabajadores Sociales en Atención Primaria del S.A.S., según datos de enero de 2002, era de 306 profesionales para unos 410 Centros de Salud, lo que implicaría que más de un centenar de Equipos Básicos de Atención Primaria (E.B.A.P.) del S.A.S. no cuentan, hoy día, con dicha figura profesional. Esta situación se mantiene, por ejemplo, en 14 Centros de Salud de la provincia de Granada.

Esta falta de Trabajadores Sociales en más de 100 E.B.A.P. de toda Andalucía se "intenta" paliar de formas muy distintas, teniendo cada Distrito Sanitario sus propias características:

- **Cobertura parcial:** un mismo Trabajador Social para varios E.B.A.P., con reparto idéntico de tiempo. Acude el mismo número de días a todos ellos. Hay casos de Trabajadores Sociales que han de atender 5 E.B.A.P.
- **Cobertura mixta:** presencia física predominante en un Centro y desplazamientos puntuales, fijos o no, a otro u otros Centros.
- **Cobertura a demanda:** presencia física en un solo Centro. Los usuarios de los otros Centros se desplazan a éste para ser atendidos.
- **Cobertura compartida:** un mismo Centro es atendido por varios profesionales que, a su vez, tienen asignado uno o varios Centros más.
- **Sin cobertura:** no hay Trabajador Social asignado a ese E.B.A.P.

No dispongo, de momento, de datos concretos sobre la situación de cada provincia andaluza, pero a la vista de los que se vienen recibiendo en la recién implantada Red de Trabajadores Sociales Sanitarios (R.E.T.O.SS.) de Andalucía, éstos sólo hacen que confirmar los datos generales obtenidos en el año 2002 y las distintas formas de “cobertura” de los puestos de Trabajador Social expuestas en el párrafo anterior.

Existen Zonas Básicas de Salud con más de 30 Centros de Salud, cubiertos por tan sólo 13 Trabajadores Sociales, o una población con 8 Centros, cubiertos por 2 profesionales, por indicar los casos más extremos.

A esta situación se ha sumado la reciente incorporación de la figura de la Enfermera de Enlace, una nueva figura profesional que el S.A.S. ha puesto en marcha como respuesta al Decreto de Apoyo a la Familia, en relación con la atención domiciliar de enfermos inmovilizados, lo que ha supuesto la incorporación de casi 300 profesionales ubicadas, muchas de ellas, en los E.B.A.P., en los que no existe la figura del Trabajador Social. Con las últimas y muy recientes nuevas incorporaciones, existen ya Distritos Sanitarios que cuentan con más profesionales de Enfermería de Enlace que de Trabajo Social y gran número de Centros de Salud que, sin contar con Trabajador Social, si disponen ya de su Enfermera de Enlace...

Las atribuciones asignadas, inicialmente por el S.A.S., a estas profesionales invadían las funciones y competencias establecidas legalmente para los Trabajadores Sociales, con lo que el conflicto no tardó en hacerse evidente.

Por todo ello, hay que reseñar que, en el ámbito concreto de esta valoración, la de la aportación del Trabajo Social, de los Trabajadores Sociales, a la atención sanitaria integral y de CALIDAD de los ciudadanos en Atención Primaria, la situación real en Andalucía es la siguiente:

1. Pese a la exigencia legal del Decreto 195/85, hoy día, más de un centenar de Centros de Salud no cuenta en su Equipo Básico con la figura del Trabajador Social.
2. La Ley 16/2003 de **Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, en su artículo 12.1 indica que la atención primaria comprenderá, entre otras actividades, el Trabajo Social.
3. El incumplimiento de ambas normativa impide la aplicación de la Ley de Salud de Andalucía y la Ley General de Sanidad, que reconocen el derecho a una atención sanitaria integral.
4. La no atención integral de la salud de los ciudadanos deja sin efecto su derecho fundamental a una correcta atención sanitaria, reconocido en la Constitución Española.
5. La gestión por procesos asistenciales, pese a que en su dinámica funcional incluye, en muchos de ellos, la aportación profesional del Trabajador Social, están siendo "implantados" sin la presencia de este profesional en estos Centros.
6. Los factores sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, o bien no están siendo valorados por profesional alguno, o pretenden que sean valorados por profesionales de enfermería, en un claro ejemplo de intrusismo profesional.

VALORACIÓN FINAL

A la vista de la situación descrita, que es la que realmente podemos encontrar en muchos de los Centros de Salud andaluces en los que se ha amortizado, suprimido, no autorizado o no dotado la plaza de Trabajador Social, es más que evidente que la atención sanitaria prestada en los mismos no es ni integral ni de calidad y, por ello, ni tan siquiera ajustada a la normativa vigente.

Cuando los factores sociales no están siendo objeto de intervención por los profesionales adecuados (Trabajador Social), en tiempo y forma adecuados (uno por E.B.A.P.) y en el lugar adecuado (Centro de Salud), la asistencia sanitaria no puede considerarse adecuada.

La correcta y adecuada atención de estos factores psico-sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad, implican un valor añadido a la asistencia prestada en cada Centro Sanitario, lo que supone ofertar y proporcionar una atención de calidad, al abordarse cada situación de una forma integral e integrada.

Cuando en un Centro de Salud que no cuenta con la figura del Trabajador Social, se pone en marcha un Proceso Asistencial en cuya dinámica funcional figura este profesional, este proceso nunca será ni adecuado, ni integral ni por supuesto de calidad.

En resumen, la NO PRESENCIA de un Trabajador Social en cada E.B.A.P., de cada Centro de Salud, implica la imposibilidad de ofrecer a los ciudadanos la atención sanitaria integral y de CALIDAD a la que tienen reconocido derecho.

Esta situación entra en absoluta contradicción con esa "filosofía de la calidad" de la que tanta teoría podemos leer a diario y también con los propios derechos reconocidos de los usuarios a recibir y disponer, en sus propios Centros, de los recursos, medios y profesionales para poder recibir una atención adecuada.

Desde el colectivo de Trabajadores Sociales de la Salud, va siendo hora de exigir a la Administración el estricto cumplimiento de la normativa vigente, que no es otra que la de incluir un Trabajador Social en cada Equipo Básico de Atención Primaria (E.B.A.P.), y controlar el cumplimiento y desarrollo de todas y cada una de las funciones que legalmente tenemos asignadas, sin ingerencias, solapamientos ni intromisiones de ningún otro colectivo profesional.

Pero esta tarea no es sólo de los profesionales. La Administración Sanitaria Andaluza tiene mucho que hacer y decir en este terreno. Los responsables de los Centros de Salud no sólo lo son ante la Administración que les paga y les indica criterios a seguir.

Lo son, de igual forma, ante los usuarios de los Centros Sanitarios que cuya gestión y funcionamiento tienen encomendados. Negarles a los usuarios una prestación, un servicio, un recurso asistencial como el del Trabajador Social, es una irresponsabilidad propia, en el momento en que consienten la no cobertura de dicha plaza y la inexistencia de ese profesional en el Equipo de su Centro, como recurso incuestionable e imprescindible.


Hablar de calidad en los términos que la Administración Sanitaria Andaluza viene haciendo en estos dos últimos años, y comprobar más tarde la realidad práctica de lo que dicha terminología supone en los Centros Sanitarios, al menos en lo que a Trabajo Social se refiere es, ciertamente, un ejercicio de imaginación exhaustivo, triste y decepcionante.

La fórmula matemática para lograr, de verdad, de lo que tanto presumen, es bien sencilla:

1TS x EBAP = Atención Integral de Calidad

BIBLIOGRAFÍA

- BARRANCO, C. GARCÍA JD. y MORA, I. *La calidad: herramienta para la salud de los clientes en la acción social*. Revista Trabajo Social y Salud. Nº 47. Marzo 04. Editan: Consejería de Salud y Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- CASERO, M. DÍAZ, E y SUÁREZ, D. *Aportación del Trabajo Social en Salud a la calidad del producto sanitario*. Revista Trabajo Social y Salud. Nº 47. Marzo 04. Editan: Consejería de Salud y Asociación Española de Trabajo Social y Salud.
- Circular 1/87 de la Consejería de Salud de 9 de Enero de 1987. Organización y funcionamiento de los Trabajadores Sociales en los Centros de Atención Primaria.
- Decreto 195/1985 de 28 de Agosto, sobre ordenación de los Servicios de Atención Primaria de Salud en Andalucía. Boja 89. 14/09/1985. **Composición de los Equipos Básicos de Atención Primaria.**
- Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. SAS.
- Manual de procedimiento para **Enfermeras de Enlace**. Servicio Andaluz de Salud. Versiones 0, 1,2 y 3.
- Orden 2/9/85 por la que se aprueba el Reglamento General de Organización y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Andalucía. Boja 90. 19/09/1985. **Funciones de los Trabajadores Sociales.**
- **“Trabajo Social en el Sistema Sanitario. Balance, análisis y perspectivas”**. K.R.K. Ediciones. Oviedo 2002.
- VARO, Jaime. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios* Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1994.



Ciencias de la Salud:
Una mirada desde la
Metodología Cualitativa

En el presente artículo planteamos un análisis, que sin ser exhaustivo, pretende recoger algunos factores que caracterizan el modo de abordar los distintos problemas de la salud con grandes repercusiones en el contexto sanitario. Repercusiones, que sin duda, alcanzan al personal sanitario que necesita transformar los roles habituales que ha ido desempeñando para adecuar su tarea profesional a las demandas y necesidades sociales. Se necesitan, también, nuevas formas de abordar el problema de la salud acordes a la realidad actual, que como bien sabemos, es cada vez más compleja e incierta.

También señalamos algunos problemas y limitaciones sobre la forma tradicional de asumirlos; especialmente cuando se restringe al uso de metodologías de investigación cuantitativas. Por ello, en la segunda parte del artículo buscamos indagar en modos alternativos de asumir los problemas de salud y nutrición considerando los aportes de metodologías cualitativas como una forma de obtener logros importantes que beneficien a la salud pœblica. Finalmente, nos centraremos en el análisis de la metodología de los sitios centinela.

PALABRAS CLAVE: Ciencias de la salud; Metodología Cualitativa; Metodología Centinela.

Carmen Vera Rosales
Leonor Margalef García

CIENCIAS DE LA SALUD: UNA MIRADA DESDE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA

"...cada saber se alimenta en el intercambio con las y los demás. Y con lo otro. Que es también nuestro ser cuerpo: ser a la vez cercano y lejano, silencioso y locuaz y depositario de secretos primordiales"

Luisa Muraro, (2002:12)

1. INTRODUCCIÓN

El contexto mundial actual nos revela diversas problemáticas humanas respecto a la salud; los profundos y alarmantes cambios en el perfil epidemiológico de las enfermedades son realmente preocupantes.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), en su Informe sobre la salud en el mundo (2002), destaca que las principales enfermedades no transmisibles representan casi el 60 por ciento de todas las defunciones y el 47 por ciento de la carga de morbilidad mundial; el 79 por ciento de esas defunciones ocurrieron en los países en vías de desarrollo. Se prevé que para 2020 estas cifras aumenten al 73 y al 60 por ciento, respectivamente.

La creciente carga de enfermedades crónicas es uno de los principales problemas de nuestro tiempo que repercutirá de forma importante en la salud y la prosperidad de millones de personas en el mundo en desarrollo. Dichas transformaciones se producen coincidiendo con aspectos de industrialización, urbanización, desarrollo económico y globalización, que bajo la modalidad del eminente proyecto neoliberal, ha ido orientando cambios profundos en las políticas sanitarias.

Ante este panorama, instituciones internacionales y nacionales han hecho propuestas de intervención en la población, para contribuir a la solución de diversos problemas de salud, enfocando primordialmente su atención al cuidado primario de la salud. Para ello, se han realizado propuestas de intervención centradas en la educación de los problemas de salud más apremiantes, en la oferta alimentaria y nutricional, en el suministro de agua potable y saneamiento, en la salud materno infantil, en la planificación familiar, en la inmunización contra infecciones, en la prevención de enfermedades locales y en el suministro de medicamentos esenciales. Estas acciones, dirigidas a la prevención y a la vigilancia de la salud, se han convertido en estrategias mundiales que pretenden participar activamente en la disminución de diferentes problemas de salud.

En el presente escrito, se plantea un análisis, que sin ser exhaustivo, pretende recoger algunos factores que caracterizan el modo de abordar los distintos problemas de salud con grandes repercusiones en el contexto sanitario. Se señalan algunos problemas y limitaciones sobre la forma tradicional de asumirlos y se plantea una estrategia alternativa desde la metodología de los sitios centinela, que implica un encuentro cualitativo con la problemática y que busca también la mayor posibilidad de éxito de las estrategias de salud.

Como señalan Miller y Crabtree (2000) los investigadores médicos han tenido al menos seis estilos de investigación disponibles: experimental, medición, histórico documental, trabajo de campo cualitativo, filosófico y de investigación acción. El espacio de la investigación médica necesita abrirse a todas esas fuentes y tipos posibles de conocimiento.

Esto, sin duda, tiene repercusiones para el personal sanitario que necesita transformar los roles habituales que ha ido desempeñando para adecuar su tarea profesional a las demandas y necesidades sociales. Se necesitan también nuevas formas de

abordar el problema de la salud acordes a la realidad actual, que como bien sabemos, es cada vez más compleja e incierta.

2. REVISANDO LA PERSPECTIVA DOMINANTE

La investigación cualitativa en salud está adquiriendo un creciente interés, debido a la actual complejidad de los fenómenos de salud y enfermedad y a la dificultad de medir de forma exclusivamente cuantitativa, la multitud de variables sociales, culturales, psicológicas, económicas y fisiológicas que intervienen en los procesos de salud-enfermedad.

Por otro lado, la anquilosada estructura utilizada por instituciones sanitarias, para encarar este tipo de problemas de salud, está orientada hacia las metodologías cuantitativas y continúan en un debate sobre la superioridad de los métodos cuantitativos frente a los cualitativos.

El paradigma dominante en las ciencias de la salud tiene sus raíces en la perspectiva positivista en la que el control y la búsqueda de principios universales, la racionalidad técnica, basada en la separación de variables, son los principios fundamentales que guían la indagación. Diversos autores (Davis-Floyd and St John, 1998; Miller and Crabtree, 2000) han señalado las siguientes premisas básicas del positivismo aplicadas a la medicina:

- Racionalidad científica
- Énfasis en la autonomía individual
- El cuerpo como una máquina, centrado en los datos y la objetividad
- Separación mente/cuerpo
- El paciente como objeto
- Diagnóstico y tratamiento desde lo externo
- Búsqueda de universales y reduccionismo

Pero quizás, a los efectos de este artículo, lo más interesante sea analizar las consecuencias de asumir estas premisas en la intervención sanitaria. En este sentido, los autores antes mencionados, nos hacen reflexionar sobre algunas características. Por ejemplo, el ser intolerantes hacia otras modalidades y perspectivas centradas más en las personas en su globalidad. En la excesiva especialización y la supervaloración de la "ciencia y la tecnología", el gran énfasis en los resultados a corto plazo y el activismo terapéutico.

Sin embargo, debemos considerar que la investigación cuantitativa en salud ha sido y sigue siendo de gran utilidad para el avance de la medicina como disciplina científica, especialmente, cuando los estudios han estado dirigidos a solucionar problemas susceptibles a la medición, pero no debemos dejar de reconocer sus limitaciones cuando se investigan fenómenos que no son fácilmente medibles y cuantificables, como son los que se centran en las implicaciones sociales de salud. Por ejemplo, examinar las creencias y actitudes que favorecen o dificultan el seguimiento de las indicaciones de salud de un paciente diabético. O cuando necesitamos examinar lo que significa vivir con una determinada enfermedad, o el significado subjetivo que le otorgan las personas que están relacionadas directamente, o cuando es importante captar la diversidad de perspectivas de una enfermedad determinada en el contexto de las personas. O podemos ir más allá, intentando indagar ¿qué ideas, qué principios, qué rutinas guían el tratamiento o la terapia para una enfermedad en concreto y en un caso determinado?

Cabrero y Richard (2000) argumentan que existe un elevado consenso en que el foco de la enfermería como disciplina y como práctica es el cuidado holista de los seres humanos, entonces debe haber un espacio para las técnicas de investigación cualitativas.

Lo anterior se cita, porque aún tratándose de la enfermería como disciplina, sabemos que está inmersa en el proceso de salud-enfermedad. Conviene entonces que los profesionales de la salud orientados hacia la investigación, miren hacia la adecuación de metodologías, que traigan consigo alternativas eficaces para la resolución de problemas de salud.

Este trabajo busca indagar modos alternativos de asumir los problemas de salud y nutrición considerando los aportes de metodologías cualitativas como una forma más de obtener logros importantes que beneficien a la salud pública. En ese sentido, nos centraremos en el análisis de la metodología de los sitios centinela.

3. IMPORTANCIA DEL ENFOQUE CUALITATIVO EN EL ÁREA DE LA SALUD

Si partimos diciendo que para alcanzar el conocimiento, producto de la investigación, nos valemos de mecanismos que median nuestro contacto con la realidad (Vygostki (1979, 40-56), entonces podemos decir que los recursos instrumentales, a través de métodos y técnicas de investigación, nos permiten la posibilidad de construcción de la realidad, que podría llevarnos al ejercicio no sólo de una vigilancia epidemiológica necesaria, sino también al gran complemento de ésta: una vigilancia epistemológica.

Gastón Bachelard (1997), reforzando la importancia del sujeto generador del conocimiento, nos dice que sin la intención de conocer, y más aún, si no se tiene la capacidad de interpretar la realidad dentro de alguna base teórica, resulta imposible entrar al campo del entendimiento, así sea transitorio de los fenómenos. Ejemplificando este proceso podemos decir que comprender el contexto social en que se desenvuelven los seres huma-

nos, quiere decir, comprender el modo en que los hombres definen su situación de cara a la realidad circundante. ¿Quién podría negar que el hacinamiento, no interviene en la salud de los individuos? Lo anterior cobra sentido cuando nos apoyamos en datos analíticos que más tarde, nos llevan a la interpretación.

La estructura del mundo social es significativa no sólo para quienes actúan en él, sino también para sus intérpretes científicos, por ello la necesidad de acogerse a la metodología cualitativa. La misma ha dado muestras de dar respuestas satisfactorias, para abordar la realidad social en distintas circunstancias permitiendo reflejar lo que la gente dice, cree, siente y hace. "Compartiendo los mundos de nuestros sujetos, nosotros vamos a conformar la imagen de sus construcciones y de las nuestras" (Charmaz,2000:528).

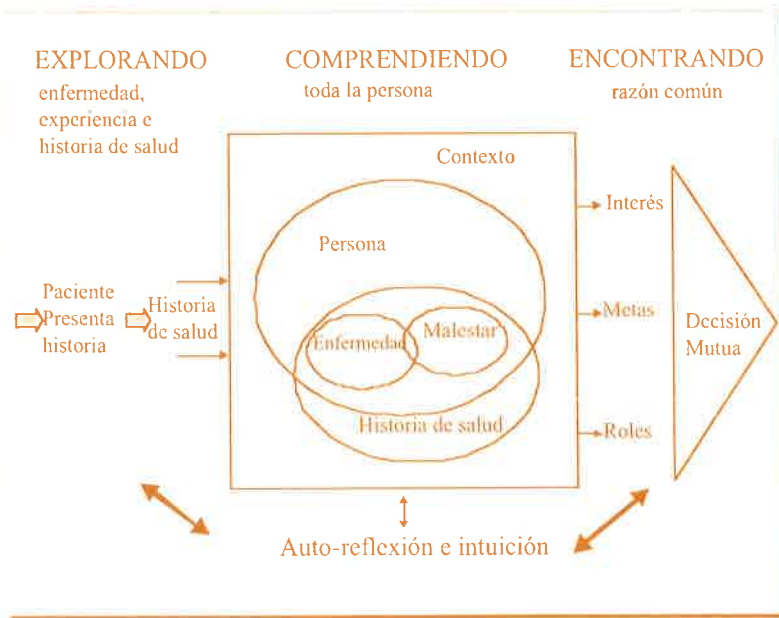
De este modo, como indica Flick (2004:45), los puntos de partida para la investigación cualitativa son las ideas de los acontecimientos sociales, de las cosas o los hechos que encontramos en un campo social en estudio, y "la manera en que estas ideas se comunican unas a otras: es decir, compiten, entran en conflicto, triunfan, son compartidas y tomadas por reales".

En este caso, si hablamos de salud nos permite además adentrarnos al modo en que un individuo interpreta su mundo en términos de salud y quizá nos acerque más a su realidad, para más tarde actuar con mayor eficacia, en la intervención de las posibles soluciones a las problemáticas de salud. De este modo, la investigación en salud debe intentar reunir aspectos tanto cualitativos como cuantitativos, sin desatender aspectos comunes en las necesidades y los cuidados respectivos.

Las técnicas cualitativas pueden ofrecer panoramas complementarios donde se descubran cómo los pacientes construyen sus experiencias con sus encuentros con los servicios de salud, por ejemplo. La relación con el cuidado de los pacientes de-

muestra la particularidad de la praxis médica y la necesidad de apelar a las relaciones, las historias de vida y la interpretación. Esto supone un cambio en la conducta dominante y en la realidad del poder y la hegemonía (Miller y Crabtree, 2000: 618).

Siguiendo a estos autores podemos apelar a la figura 1 que sintetiza el método médico centrado en la relación:



Este método está centrado en los primeros encuentros del cuidado médico y consiste básicamente en cuatro procesos: la exploración, la comprensión, el encuentro de un campo de actuación común y la autorreflexión. Son procesos que interactúan entre sí en cada uno de los encuentros con los pacientes.

Por lo tanto, la intervención de la metodología cualitativa puede dar como resultado un proceso de construcción, de una forma de representación de la realidad, que partiendo de una cons-

trucción simbólica, puede exponernos con más claridad los factores que inciden en la salud de forma importante. Además, ubicándonos ya específicamente en el campo de la educación para la salud, quizá hasta podría orientarnos hacia donde dirigir un posible cambio de hábitos que beneficie al individuo y más tarde dentro de las estrategias preventivas aumentar la eficacia de los programas de salud.

No es posible dejar de lado la capacidad del investigador de interpretación y entendimiento de la realidad de los sujetos que se estudian, cuando se buscan alternativas de solución a distintos problemas de salud y más aún si nos apoyamos en la línea preventiva. El entendimiento de un problema de salud nos lleva mas tarde, a desplazarnos del ámbito y límites establecidos, sobre el mismo fenómeno de conocimiento, para poder recién comprenderlo en su complejidad; porque cabría preguntarse entonces, ¿Cómo intentar dar solución a problemas de salud, si no se conoce en profundidad *los nexos* del problema (su contexto)?. Una respuesta a este interrogante es el método que presentamos en párrafos anteriores.

Una vez que nos hemos aproximado a comprender el sentido del hecho de investigar desde una perspectiva cualitativa en salud, sería importante reconocer que el conocimiento es una forma de relación que se establece con la realidad. El fin es entender y comprender la realidad, y de acuerdo al enfoque cualitativo que asumamos, llegar a intervenir en ella y transformarla. Lo cierto es que necesitamos maneras de pensar y modos de abordar la realidad que sean cada vez más sensibles a las particularidades, las rarezas, los contrastes, las singularidades, la diversidad y pluralidad. Y como indica Geertz (2002), para ello no hay nada mejor que trabajar con casos, sea cual sea el coste para la generalidad o la certeza.

Desde una órbita funcional, podríamos entonces aventurarnos a decir *transitoriamente* que: investigar sobre problemas de sa-

lud desde una perspectiva interpretativa de entender todo el contexto que rodea al individuo y que tiene lugar en la sociedad, nos daría poder para explicarlo y quizá para controlarlo. Pero pongamos de inmediato este planteamiento bajo observación, considerando la contraposición de perspectivas científicas que sostienen la vigencia de paradigmas de la complejidad frente a los de una intencionada simplificación.

Morin (2000) observa que la ciencia clásica, tradicionalmente, se basa en la idea de que la complejidad del mundo de los fenómenos puede y debe resolverse a partir de principios simples y leyes generales. Este modo de acercarse a la complejidad bajo un enfoque clásico, no es más que una apariencia de lo real. La intención de este tipo de paradigma, señala Morin (2000), se caracteriza por el ejercicio de principios como el de generalización, el de la reducción y el de la disociación. Sobre el mismo tema, Pascal sostuvo: *Juzgo imposible conocer las partes sin conocer el todo, cómo conocer el todo sin conocer particularmente las partes*. Resumiendo, podríamos pensar que indagar empíricamente la realidad en salud supone aproximarnos a entender las múltiples relaciones que se dan en el espacio social, esencialmente simbólico, y para hacerlo, es decir comprender el complejo proceso de salud-enfermedad, se requiere ampliar el ámbito clásico de la metodología cuantitativa.

Para ello, es importante entrar en el debate sobre la complementariedad de la metodología cuantitativa y cualitativa, ya que éste se plantea en diferentes términos y es interesante analizar las posiciones desde la que se establece este tipo de relación. En este sentido, Flick (2004) menciona relaciones en que el predominio de lo cuantitativo es superior a lo cualitativo, en este caso argumentos como los de la representatividad de la muestra se utilizan a menudo para justificar la afirmación de que sólo los datos cuantitativos llevan a resultados en el sentido real de la palabra. En otros casos se puede hablar de integración

de investigación cualitativa y cuantitativa, de secuenciación o de triangulación. Lo cierto es que no hay que dejar de lado el debate epistemológico por más que se observa un movimiento hacia cuestiones más relacionadas con la práctica de la investigación y las técnicas de recogida de datos.

Esto es muy importante en el ámbito de las ciencias de la salud en el que no es muy común las relaciones entre ambas metodologías, dado que la perspectiva interpretativa ha sido más bien considerada como un método subordinado al paradigma positivista. En este caso, no se otorga igual reconocimiento a ambos enfoques. Es necesario trabajar desde el espacio de la investigación médica, para que los métodos cualitativos sean cada vez más poderosos y se incluyan paradigmas críticos, constructivistas y participativos.

4. LA METODOLOGÍA CENTINELA

4.1. Surgimiento y rumbo de la metodología centinela

La metodología centinela se origina en 1982, en el contexto de asesorías realizadas por organizaciones internacionales (Steven t., Thacker m., Stephen B.,1995). Su desarrollo en diversos países ha permitido acumular conceptos y técnicas, para lograr que los procesos de medición provoquen mejoras en el método.

Un antecedente importante que marcó, por decirlo así, el desarrollo de esta metodología fue un ejercicio de medición que orientó su ampliación. Nos referimos a una serie de técnicas, para medir el impacto de una inundación sobre la disponibilidad de alimentos, su efecto sobre la xeroftalmia y la mortalidad infantil realizado por UNICEF en 1989.

En la década de los noventa se ha producido, desde el punto de vista de la O.M.S., un impulso inesperado hacia metodologías como la metodología centinela y a través de ellas se han logrado cambios importantes a favor de la salud. Gran cantidad de personas trabajan y perfeccionan esta metodología.

Dado los planteamientos expuestos, para poder ir mas allá de los logros ya obtenidos a través del método cuantitativo, donde predominan las correlaciones, que sin negar su utilidad, tienen una gran limitación cuando se pretende penetrar mas allá de los números, sobre todo en temas de condiciones de vida y salud, es preciso perfeccionar o superar los instrumentos de descripción usados hasta el momento.

En este escrito se insiste en la importancia de abordar los problemas en salud, especialmente en el área preventiva, desde la morfología de las poblaciones integradas por "unidades espacio poblacionales". Las mismas construyen de manera más legítima los componentes de una formación social compleja (sitios centinela).

Una de las mayores fortalezas de la metodología de sitios centinela es la capacidad de vincular los datos cualitativos con apreciaciones cuantitativas en el análisis. Ello trae consigo diferentes niveles de interpretación de la realidad y, por lo tanto, amplía el campo de acción. Dicha metodología ofrece herramientas para vincular datos en la problemática del desarrollo de las personas, las familias, las comunidades y las sociedades.

La mencionada metodología no es que sea algo totalmente nuevo en contenido y detalles, pues se trata de técnicas probadas y establecidas en las ciencias sociales. Quizá lo nuevo aquí, sea su identificación como metodología que se puede trabajar formalmente en las ciencias de la salud. Es un intento más de considerar la posibilidad de compartir los datos cuantitativos y cualitativos.

4.2. Características de la metodología centinela

Los sitios centinela son también conocidos, como ya se mencionó, con el nombre de “unidades espacio poblacionales”. Ello presupone una teoría social que pone especial énfasis en la problemática del desarrollo de las personas, las familias; así como las comunidades y las sociedades analizando, entre otras cosas, cuáles son los problemas que obstaculizan su dinámica reproductiva, los entornos favorables para el desarrollo y cómo se expresan en eventos observables que orienten las tareas de monitoreo.

Por otro lado, quizá este tipo de planteamientos de los problemas de salud, en un momento determinado nos resulte excesivamente teórico, para las urgencias prácticas que plantea la protección de la salud en las actuales circunstancias, pero que sin embargo, es necesario enfrentar y resolver si se quiere disponer de un conocimiento válido, para aspirar al máximo de racionalidad en la acción efectiva.

El término centinela se emplea con diversas acepciones y es aplicado a sustantivos, tales como, sitios centinela, eventos centinela, poblaciones centinela, etc. El denominador común a todos ellos es la alusión implícita a un micro campo de información de sensibilidad suficiente para monitorear un cierto universo de fenómenos.

La técnica mencionada puede desarrollarse hasta llegar a ser un complemento substancial del monitoreo de condiciones de vida. Un estudioso de la salud pública, Samaja (1996), la define como una unidad poblacional mínima construida mediante la agregación de seguimientos poblacionales que comparten:

- a) Identidad tipológica (en cuanto a variables estructurales).
- b) Comunidad de territorios, o que están en territorios diferentes, pero unidos por su dinámica local.

- c) Que presentan una dinámica comunicacional (cultural) significativa.
- d) Finalmente, que interactúan en procesos decisorios.

Dichas poblaciones pueden ser estudiadas mediante conjuntos de variables relevantes, para el seguimiento de sus procesos reproductivos, como biológicos, económicos, y ecológicos, que emplean modelos o monitoreos que intentan un seguimiento de los efectos de acciones que se realicen en todas las unidades de análisis del mismo tipo.

Una consideración importante es que el universo de análisis no tiene que estar establecido desde el comienzo, es decir, está concebida como una tarea que se desarrolla en el tiempo y que va logrando su contenido y forma mediante aproximaciones sucesivas, en las cuales, las primeras experiencias pueden ser decisivas en el avance de los objetivos planteados.

Retomando el concepto de vigilancia epidemiológica, que resulta de todo lo anterior, es inseparable de las acciones, para promover el desarrollo de la "conciencia sanitaria" y de la protección del medio ambiente y desarrollo social en la misma población. La vigilancia epidemiológica puede disponer con esta contextualización de un instrumento técnico muy prometedor como son los sitios centinela.

4.3 Importancia de los sitios centinela en salud

La actual situación sanitaria mundial plantea cuestiones apremiantes en relación con la igualdad de oportunidades. En algunas partes del mundo existe la expectativa permanente de disfrutar de una vida más larga y agradable, mientras que en muchas otras se asiste con desesperanza al fracaso de la lucha contra las enfermedades, aún cuando existen los medios necesarios para combatirlos (OMS WORLD HEALTH REPORT, 2003). Como ejemplo tenemos la declaración de la O.M.S., de "emer-

gencia sanitaria mundial” ante el problema del VIH/SIDA y la alta mortalidad en la niñez: la casi totalidad de los más de 10 millones de menores de cinco años que mueren cada año y que viven en países en desarrollo.

Un mundo marcado por tales desigualdades abocado a problemas serios nos hace pensar en la urgente necesidad de implementar fórmulas para poner en común puntos fuertes a nivel mundial y quizá inducir a un futuro más sano. Es así como surgen estrategias de implementación de acciones dirigidas a mejorar la salud de las poblaciones más desfavorecidas. La misma O.M.S. pone énfasis dentro del citado informe de salud mundial, que los progresos sanitarios, incluida la expansión rápida y sostenible de los tratamientos de emergencia requieren de sistemas de salud nacionales y locales que sean viables, insistiendo también en la importancia de la atención primaria, en donde se aprovechen los conocimientos y los recursos locales. Lección aprendida por los sistemas de vigilancia de la salud o centinela como una línea firme de trabajo.

El uso de sitios centinela tiene como plataforma central la planificación de acciones de salud que coincide y forma parte de la sistematización de nuevas experiencias sobre vigilancia epidemiológica realizadas, sobre todo en diversos países de América central. Esta metodología permite efectuar la medición de los problemas de salud más frecuentes y, al mismo tiempo, fortalecer el proceso de descentralización de planificación (Anderson, N y Martínez A, 1989).

El término sitios centinela ha sido adoptado de diversas maneras para referirse a procedimientos utilizados en la evaluación de programas de desarrollo. El término se ha usado para referirse al conjunto de técnicas, métodos y conceptos que lo conforman. Se habla de un estilo de análisis enfocado hacia la medición y comunicación de impacto, la cobertura y el costo. Destaca el aprovechamiento del conocimiento de la gente y se complementa con datos concretos “duros” y actualizados que se bus-

can directamente en los hogares. Su enfoque principal es el desarrollo de capacidades descentralizadas, que dejen además de la evaluación de impacto, la capacidad de utilizar los datos disponibles y la confianza, para incorporar la opinión comunitaria en la planificación (Ledogar R, 1988).

4.4 *¿Por qué sitios centinela?*

La existencia de los sitios centinela tiene varios aspectos positivos en el proceso de salud-enfermedad en las comunidades, que van desde el mejoramiento en cuanto a los subregistros de datos de mortalidad y morbilidad y el retraso en su presentación hasta intentar acercarse a la forma de concebir la salud por parte de la misma colectividad de individuos. En este caso, a través de un sistema sencillo y ágil que recoge todo lo que el personal de salud pueda analizar y utilizar, al recoger la información mediante ciclos breves de recolección sobre algunos problemas prioritarios de salud. Ello permite un mayor dinamismo en los distintos niveles desde el constituido por los planificadores hasta las propias comunidades.

Es de esperar que, el hecho de estudiar uno o dos problemas cuando en realidad existen tantos, surjan interrogantes con respecto al uso de la metodología.

La recolección sistemática en forma de fases de recolección explica la esencia, ya que no se subestima el valor de enfocar un único problema, sino que hay que manejarlo bien y pasar a otro posteriormente. Esto es fundamental si se tiene un marco de medición que permita la vinculación entre varios condicionantes y efectos de diferentes ciclos. En esta metodología, no es necesario recogerlo todo de una sola vez, existiendo la posibilidad de entender y actuar durante largos periodos de tiempo.

4.5 Vínculo entre lo cualitativo y lo cuantitativo

Una de las mayores fortalezas de la metodología de sitios centinela es la capacidad de vincular los datos cuantitativos con apreciaciones cualitativas en el análisis, lo que trae consigo diferentes niveles de interpretación de la realidad y amplía el campo de acción. A la vez que permite superar la dicotomía solamente datos cualitativos o sólo cuantitativos, lo cual permite usar dos niveles de experiencia, cada uno en su espacio y con un enfoque de complementariedad que enriquece la valoración de la realidad en la que se desenvuelven los sujetos

4.6 Movilización social y los sitios centinela

La vigilancia epidemiológica, mediante sitios centinela, fue originalmente concebida como un instrumento para desarrollar o mejorar hábitos de análisis de la información existente, para obtener y orientar los datos esenciales en la toma de decisión. Inicialmente, la toma de decisiones, después de abordar alguna problemática en salud, a través de la metodología mencionada, era regional pero actualmente instituciones como la O.M.S. y la O.P.S. han llevado a cabo experiencias a nivel de distritos y áreas a fin de obtener datos y tomar decisiones para acciones locales. Todo ello ha abierto el camino hacia un dinamismo más completo destacando una intervención muy interesante, como es, la movilización social basada en medidas de impacto.

A pesar de sus avanzadas técnicas de comunicación, la movilización social, basada en la educación para la salud, ha sido muchas veces reducida a la repetición de mensajes que pueden rápidamente perder resonancia bajo condiciones locales. Sin embargo, si el mismo mensaje es respaldado por datos locales puede tomar un dinamismo completamente diferente. La experiencia nos dice que la clave de la movilización social es que la gente perciba el mensaje importante para su propia vida.

Experiencias específicas, como las citadas en el V Coloquio Internacional sobre sitios centinela del Centro de investigaciones de enfermedades tropicales (Acapulco, 1996) nos han llevado a considerar que la movilización social implica el diálogo en tres niveles: político, con la comunicación de detalles de la situación local; operacional del personal de salud y sectores relacionados y el nivel comunitario.

4.7 Problemas actuales

El uso de la metodología centinela ha traído consigo también problemas básicos, los cuales hay que considerar para enfrentar los desafíos actuales.

El primero, se refiere a la idea de que se requiere mucha capacidad para el inicio y actualización, con el objetivo de mantener el proceso, renovación y “reciclaje” regular del personal que tiene que ir compartiendo los éxitos y evitar que se repitan errores.

Por otro lado, como el proceso produce muchos datos de manera ágil y rápida, en gran cantidad de países se han observado incompatibilidades con algunos gobiernos o gerentes de sistemas, que guardan relación política con cifras que subestiman y sobreestiman ciertas realidades.

Actualmente, en la implementación del proceso en algunos países se ha notado que algunas personas, por ser gerentes de un sistema ágil que genera mucha información, han decidido “descentralizar” y han tomado el proceso como propiedad personal y base de su poder. Por último, es preocupante que en algunos países en que se ha desarrollado el método existen deficiencias en el regreso de datos a las comunidades, para dialogarlos y triangularlos con la gente, lo que representa un “subaprovechamiento” de éste (Chambers R. 1990:14-16).

Es importante destacar que la metodología descrita, surge como una forma de vigilancia epidemiológica y como un proceso que da respuestas parciales a algunos problemas de la misma. Con su uso, se pretende dentro del enfoque epidemiológico y conjuntamente con otras técnicas de investigación, establecer diagnósticos que recojan las particularidades de diversos grupos poblacionales en relación con el medio que les rodea y el perfil de salud existente. La participación comunitaria es factible y se reconoce en todas las etapas de la medición, es así como se logra el análisis e interpretación de los datos a nivel local donde es más concreto el conocimiento de las necesidades y de las posibilidades de contribuir a su solución.

5. COMENTARIOS FINALES

Parece evidente que cada vez es más imperiosa la necesidad de ampliar nuestra visión en la introducción de metodologías que miren hacia el gran volumen de realidades que hoy constituyen nuestro mundo. El desplazamiento hacia metodologías cualitativas en la investigación en salud es un buen giro pero quizá un giro hacia ideas paradigmáticas sea aún mejor.

Abordar los problemas de salud a través de metodologías cualitativas o constructivistas nos proporcionan una teoría fundamentada o contextualizada y un análisis de políticas y estudios evaluativos basados en las partes interesadas. Existen evidencias, que se citan a lo largo de este escrito, que nos demuestran que la investigación cualitativa no es una investigación de segunda clase, es, en realidad, un modelo para la investigación en salud, aunque aún no esté muy generalizado.

Dadas las comprensiones actuales sobre la salud, bienestar, estilo personal de vida y las relaciones salud-enfermedad la investigación cualitativa representa un tipo de indagación con sentido sinérgico y complementario a metodologías tradicionales.

Por lo tanto, para aproximarnos a entender qué es la investigación en salud desde el punto de vista constructivista. Para ello, quizá debamos volver al sentido primigenio del proceso de relación básico entre los seres humanos, dirigido a la identificación de una matriz sociocultural de la salud y la enfermedad. La misma nos permitirá comprender la atención sanitaria occidental como una alternativa no exclusiva ni excluyente, sino como una respuesta legitimada culturalmente.

Tomando las palabras de Virchow, eminente sanitarista ruso (citado por Del Cerro E., Bello, J y Martín de Lellis, 2001) *La medicina es una ciencia social y la política no es mas que medicina a gran escala*. El rescate de la visión multidimensional de los problemas de salud es urgente como recurso para una práctica de investigación. Es a partir de las revoluciones moleculares en las que nos comprometamos, y donde la partícula central sea el ser humano donde quizá nuestros estudios y compromisos sociales y políticos cubrirán la frescura de aquellos conceptos que, para algunos podrán parecer anacrónicos, y, sin embargo, nos invitan a ver el proceso de salud-enfermedad con las entrañables características de igualdad y equidad.

Finalmente, es imprescindible considerar que necesitamos una *transformación* dentro de los profesionales de la salud para que nuestros pensamientos se reflejen en nuestros actos y para que nuestros sueños nunca se separen de la creencia de que la salud es el espacio de construcción conjunta más sensible. La investigación cualitativa puede aportar mucho hacia un renovado compromiso transformador de la realidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSON N, MARTÍNEZ A, CERRATO F, MORALES E, LEDOGAR R. *The use of community-based data in health planning in México and Central América*. Health Policy Plan. 1989.
- BACHELARD, G. *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México: Siglo XXI, 1997
- CABRERO J., RICHART M. "El debate, investigación cualitativa frente a la investigación cuantitativa." *Enfermería clínica*, V 6, Nº 5, 2000.
- COHRAN-SMITH, M., LYTLE. *Dentro /Fuera Enseñantes que investigan*. Madrid: AKAL, 2002.
- CHARMAZ, K. *Objectivist and Constructivist Methods*. DENZIN, N. and LINCOLN, Y. (Ed). (2000). *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage Publications, 2000. Inc. 509-535.
- DAVIS-FLOYD, R., AND ST. JOHN, C. *From doctor to healer: The transformative journey*. New Jersey: Rutgers University Press, 1998.
- DEL CERRO E., BELLO J., MARTÍN DE LELLIS. La comunidad como recurso humano y el rol del hospital público", *Boletín científico*, asociación de médicos municipales de la CBA, Año 6 no. 24 abril, 2001.
- FLICK, U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata, 2004.
- GEERTZ, C. *Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos*. Barcelona: Paidós, 2002.

- LEDOGAR R, ANDERSSON N, MORELLI R. Informe del Taller Subregional de Monitoreo y Evaluación de la Supervivencia Infantil. Octubre 1987. UNICEF. Guatemala, 1998.
- MILLER, W. and CRABTREE, B. *Clinical Research*. En DENZIN, N. and LINCOLN, Y. (Ed). (2000). *Handbook of Qualitative Research*. California: Sage Publications, 2000. Inc. 607-631.
- MURARO, L. Prefacio de El perfume de la maestra. Diotima (2002). Barcelona: Icaria, 2002.
- MORÍN, E. *La mente bien ordenada*. Barcelona: Seix Barral S.A., 2000.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo: reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, 2002.
- PARK, P. Qué es la investigación-acción participativa. Perspectivas teóricas y metodológicas en SALAZAR, M .C., La Investigación- Acción Participativa. Inicios y desarrollos. Madrid: Editorial Popular, 1992.
- POPPER, K). *Realismo y el objetivo de la ciencia*. Madrid: Tecnos, 1985.
- SAMAJA J. *Muestras representatividad en vigilancia epidemiológica mediante sitios centinela*, Rev. Saude Pública, Vol. 12 n. 3, Julio/Sep. Río de Janeiro, 1996.
- STEVEN T., THACKER M., STEPHEN B. Panificación de un sistema de vigilancia de la salud pública. *Boletín epidemiológico de la OPS*, marzo, 1995.
- VYGOSTKI, L.S. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Grijalbo, 1979.

Derecho a la ciudadanía: Vivienda y Trabajo

En sociedades donde el Estado de Bienestar está presente, no podemos excluir a aquellos colectivos que conviven y aportan en los distintos niveles de crecimiento del país.

La importancia que ocupa en nuestro país el fenómeno migratorio es relevante, tanto en cuanto afecta en la convivencia de los ciudadanos y el desarrollo del país, donde incurre una legislación, una política social concreta y una gestión efectiva de la práctica diaria. Al igual que no queremos obviar el marco económico y la influencia de la inmigración en nuestro estado, es la experiencia de sociedades receptoras de inmigración donde el colectivo inmigrante reside trabajando, consumiendo y ahorrando, en las ocupaciones más diversas (o no), pero en las que su contribución es evidente, porque suelen hacerlo ocupando o creando puestos de trabajo, para los que hay demanda a cambio de una remuneración que les permite vivir y, en muchas ocasiones, ahorrar y transferir fondos a sus familias de origen. Todo trabajo es positivo para un país receptor, todo el que llega y trabaja (con documentación o sin ella) por un salario contribuye al crecimiento económico.

El derecho a la ciudadanía de los inmigrantes debe ser reconocido por la sociedad de acogida y apoyado por una normativa legal, que hoy por hoy la declaramos inconstitucional muchos de nosotros. Las campañas de sensibilización y los distintos programas que se llevan a cabo son un medio para conseguir llegar a situar al colectivo inmigrante en ciudadanos de derecho.

Palabras Clave: Inmigración en Andalucía, Permiso de Residencia, Proyecto Migratorio, Duelo Migratorio, Convivencia Multicultural, Mediación Intercultural

DERECHO A LA CIUDADANÍA: VIVIENDA Y TRABAJO

Los aspectos que convergen en la convivencia multicultural en Andalucía se ven reflejados cada vez más en nuestra tierra. Aspectos positivos en su mayoría, pero no reconocidos por la administración y la población en general. El reconocimiento a esta diversidad es la puerta de entrada al enriquecimiento y a una real convivencia intercultural. En sociedades donde el Estado de Bienestar está presente, no podemos excluir a aquellos colectivos que conviven y aportan en los distintos niveles del crecimiento del país.

Desde un marco sociopolítico, el país experimenta cambios que, en parte, la población extranjera es protagonista, si bien es cierto que en la complejidad de un estado es una parte menos significativa que otros aspectos, como las influencias políticas internacionales en los últimos años, el desequilibrio ecológico mundial y nacional, la cultura de violencia que impera en distintos ámbitos (educación, violencia de género...). Desde el marco económico, la intervención de variables como el desempleo, la vivienda, la precariedad laboral, el desconcierto futuro de las pensiones, etc., son cuestiones que hacen sombra a la influencia de la inmigración en nuestro país.

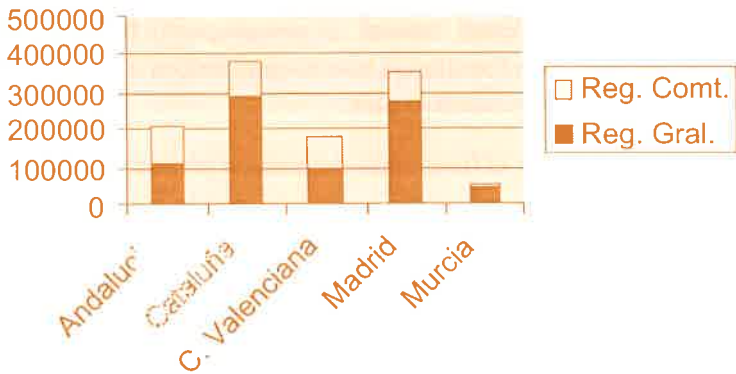
Aunque tratamos el fenómeno migratorio en este artículo, no obstante, queremos empezar a situarlo donde precisa. Según datos estadísticos del INE, del año 2002 el 6.26 por ciento de la población en España es extranjera y en Andalucía el 3'75 por ciento, llegando a ocupar el cuarto lugar referente a población extranjera. A diferencia de otras comunidades, registra una cantidad considerable de ciudadanos comunitarios (1.4%)

Total extranjeros en 2002



- Madrid
- ▨ Cataluña
- C. Valenciana
- ▩ Andalucía
- ▧ Canarias
- ▦ Baleares

	2001	2002	2003
Pobl. Total	41116842	41837894	42717064
Extranjeros	1370657	1977945	2672596
%	3,33%	4,72%	6,26%



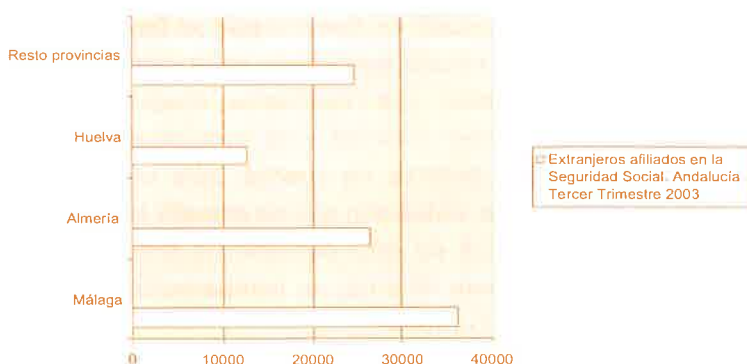
Fuente: INE

Extranjeros en España en Régimen comunitario y régimen general.

Balance 2003. Ministerio del Interior

La importancia que ocupa en nuestro país el fenómeno migratorio es relevante, puesto que afecta en la convivencia de los ciudadanos. Los datos, que reseñamos, muestran el número de extranjeros (comunitarios y no comunitarios). Estos son datos que deben tenerse en cuenta, sólo en cuanto al análisis específico de la población que se estudie a otros efectos, ya que la influencia de esta población a todo el Estado español aún sigue siendo mínima, en comparación con datos de países de la Unión Europea.

En esta convivencia multicultural, enmarcándola en el nivel sociopolítico, incurre una legislación, una política social concreta y una gestión efectiva de la práctica diaria. Al igual que en el marco económico, la influencia de la inmigración en nuestro estado es la experiencia de las sociedades receptoras de inmigración donde el colectivo inmigrante reside trabajando, consumiendo y ahorrando, en las ocupaciones más diversas (o no), pero en las que su contribución es evidente, porque suelen hacerlo ocupando o creando puestos de trabajo, para los que hay demanda a cambio de una remuneración que les permite vivir, ahorrar y transferir fondos a sus familias de origen. Todo trabajo es positivo para un país receptor, todo el que llega y trabaja (con documentación o sin ella) por un salario contribuye al crecimiento económico.¹ Eurostat en su informe sobre inmigración en Europa destaca en España que el 25 por ciento de los inmigrantes que llegan a España se queda a trabajar y un ejemplo lo tenemos en Andalucía que supera los 100.000 trabajadores en el tercer trimestre del 2003, siendo Málaga la provincia andaluza con mayor inmigrantes afiliados a la Seguridad Social en el año 2003, con el crecimiento de un 20.48 por ciento.²



La vinculación de los dos marcos es evidente, ya que existe una interrelación, que debe tenerse en cuenta para la alimentación mutua y gestión paralela. No podemos introducir la variable inmigración en el marco económico, si no existe un apoyo y gestión en el marco sociopolítico y a la inversa, es decir, del beneficio del trabajo del colectivo inmigrante el país receptor debe invertir en bienes de equipo e infraestructuras que permitan hacer productivo el trabajo de todo el que lo quiera desempeñar, sea inmigrante o no. Si queremos recoger toda nuestra producción agrícola, debemos garantizar unos servicios mínimos al trabajador (vivienda, sanidad...).

Analizando el colectivo extranjero en nuestro país, debemos tener en cuenta que la utilización de la palabra inmigración y extranjeros se usa arbitrariamente sobre todo en los medios de comunicación. Si diferenciamos extranjeros (comunitarios y no comunitarios) la causa principal es la normativa legal que legisla a cada ciudadano. Mientras que los cambios por una Europa Común nos acerca a los ciudadanos de la U.E. (R.D. 178/2003), la nueva reforma de ley L.O. 14/2003 nos distancia de los ciudadanos extracomunitarios. Los obstáculos de una ley (declarada por ONG 's como inconstitucional) no permiten la convivencia ni el desarrollo de estos ciudadanos en nuestro país. Uno de los artículos más debatidos de esta ley ha sido la disposición adicio-

nal quinta: *Acceso a la información y colaboración entre Administraciones Públicas*, donde en su epígrafe dice:

- “1. En el cumplimiento de los fines que tienen encomendadas, y con pleno respeto a la legalidad vigente, las Administraciones públicas, dentro de su ámbito competencial, colaborarán en la cesión de datos relativos a las personas que sean considerada interesados en los procedimientos regulados en esta ley orgánica y sus normas de desarrollo.
2. Para la exclusiva finalidad de cumplimentar la actuaciones que los órganos de la Administración General del Estado competentes en los procedimientos regulados en esta ley orgánica y sus normas de desarrollo tiene encomendadas, la Agencia Estatal de Administración Tributaria, la Tesorería General de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de Estadística, este último en lo relativo al Padrón Municipal de Habitantes, facilitarán a aquellos el acceso directo a los ficheros en los que obren datos que hayan de constar en dichos expedientes, y sin que sea preciso el consentimiento de los interesados, de acuerdo con la legislación sobre protección de datos.”

La contrariedad en este artículo surge al tener acceso a los padrones municipales las administraciones públicas; pueden acceder a los datos personales de los inmigrantes e incluso pueden emprender las medidas para su expulsión del país si se trata de personas indocumentadas.

Desde un primer intento de consenso y desde que se formulara la segunda ley de extranjería en nuestro país hasta hoy, hemos tenido cuatro leyes distintas (LO 4/2000, LO 8/200, LO 11/2002, y LO 14/2003), las cuales han supuesto más el desconcierto general, la falta de información de la ley y de la inexistencia de los respectivos reglamentos; que la regulación orde-

nada de los flujos migratorios y la correcta gestión de una normativa adecuada a la necesidad de nuestro país.

La causa principal de la llegada de los inmigrantes es la necesidad económica en el país de origen, y la perspectiva de mejorar el nivel de vida en España. La necesidad principal es la económica, pero en cuanto la relación con la población se produce, debemos hablar desde los dos marcos expuestos (político social y económico), para que la integración sea plena. La demanda más acuciante del colectivo inmigrante es la regularización de su residencia en España, la cual es la causa principal de exclusión social, y en gran medida responsable de acuciar otras dificultades generalizadas a toda la población en general.

Actualmente, al igual que la mayoría de los ciudadanos, para el colectivo inmigrante una de las dificultades en su proceso de normalización social es el acceso a una vivienda y al mercado laboral. La práctica diaria de nuestra organización nos informa de que más del 70 por ciento de las demandas de este colectivo, giran en torno a la búsqueda de una vivienda en alquiler y la búsqueda de un puesto de trabajo³. Esta demanda es la más reiterada por la falta de solución. Otras como la información general y la asesoría jurídica son servicios que normalmente no precisan de un seguimiento, servicios que se ofrecen y el usuario continúa el trámite; pero la búsqueda de una vivienda en alquiler y la inserción laboral se encuentra con la dificultades añadidas adscritas al colectivo (idioma, la desconfianza y prejuicios del propietario/empresario, la falta de apoyo de redes del inmigrante...). Todo esto deja en una situación de desprotección y riesgo social al colectivo, donde los expertos observan que los problemas laborales y de vivienda causan enfermedades al inmigrante. Sufren un mayor número de patologías en los países de acogida a causa de las malas condiciones sociolaborales. Destacan la importancia de la adquisición de derechos civiles, políticos y sociales para mejorar su estado de salud.⁴

DERECHO A UNA VIVIENDA DIGNA

Hay que tener en cuenta que la posesión o no de una vivienda facilita la aparición de otras dificultades. En las provincias en las que el mercado laboral no es estacionario, los inmigrantes acceden a viviendas en alquiler, en su mayoría, situadas en el casco antiguo de las ciudades. En este caso, se trata de inmuebles en mal estado, con un alto grado de deterioro, dándose chabolismo vertical y hacinamiento. Por estos inmuebles se pagan precios excesivos. Es una práctica habitual que el cobro se le exija a cada una de las personas que habita en la vivienda. Los barrios periféricos son el lugar de asentamiento de inmigrantes no comunitarios. Vemos que en nuestra comunidad autónoma son diferentes las situaciones en el acceso a la vivienda, según se trate de inmigrantes con o sin trabajo, en situación irregular o regularizados, que habiten en infra viviendas (mal dotadas en cuanto a equipamiento higiénico, aseo, cocina, agua corriente...) o vivan en la calle; que tengan a su familia reagrupada o no y exista o no, núcleo familiar; y por último, los prejuicios y estereotipos que la sociedad receptora y arrendatarios tengan de los inmigrantes y sus culturas.

La situación actual en la que nos encontramos, la configuración al acceso a una vivienda, para el colectivo inmigrante, es producto más bien de los valores de la sociedad actual y de la aplicación de una política social segmentada, donde se acentúa la segmentación de grupos sociales y segrega cultural y espacialmente a las minorías. Por tanto, estamos hablando de un modelo de crecimiento segregador y discriminante.⁵ Ante las perspectivas reales de asentamiento de los inmigrantes, es necesario políticas que faciliten el acceso a viviendas dignas y a su dispersión entre la población autóctona evitando así la formación de guetos.

Si bien es cierto que soluciones a la vivienda deben ser globales, tanto para la población autóctona como para inmigrantes con

iguales recursos económicos, no podemos olvidar que en estos últimos las dificultades aumentan por la irregularidad administrativa (documentación), discriminación racial, la inestabilidad laboral, el desconocimiento del idioma, la vorágine administrativa y su lento proceso, la falta de redes sociales y naturales...

La vivienda debe dejar de ser un factor de segregación social y convertirse en el eje central del proceso de integración y de cohesión social. Para corregir estas deficiencias es necesaria una política común por parte de todos los agentes socioeconómicos, políticos y la sociedad en general. La puesta en marcha de una política en materia de vivienda que mantenga principios integradores y de igualdad, es una asignatura pendiente.

Desde el programa que se ejecuta en nuestra Federación "Andalucía Acoge" analizamos que las actuaciones más demandadas y las que, a fin de cuentas, facilitan el objetivo del programa son las que pone en contacto al inmigrante con alojamientos alternativos (alojamientos temporales, plazas concertadas, y búsqueda de otras viviendas) con un porcentaje de actuación del 70 por ciento. Y en un porcentaje menor la mediación con el propietario (15 %). Estos datos nos revelan que una de las dificultades es el primer contacto con la sociedad de acogida para acceder a alquileres de vivienda o alojamientos alternativos; en cambio en el desarrollo diario no es relevante de actuaciones de mediación y conflicto.

Desde los agentes socioeconómicos como la población en general, es necesario participar en campañas que desarrollen y motiven el acercamiento, el conocimiento mutuo y la información de este colectivo para promover acciones integradoras en el acceso a la vivienda.⁶

Consideramos la vivienda como un mediador social que, a partir de una intervención determinada, coloca al inmigrante en una

situación óptima para lograr una mejor integración.⁷ También debemos valorar que en los municipios desde el marco económico se valora ya al colectivo inmigrante, donde tiene un peso en el mercado, demanda viviendas e inyectan liquidez al mercado, según fuentes del Servicio de Estudios del BBVA.

La importancia en este ámbito no se refleja en el Programa Global de Inmigración: GRECO del Ministerio del Interior; donde en su epígrafe 2.4. Acogida y atención de extranjeros que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, con las siguientes medidas: *Construcción de Centros de estancia temporal para Inmigrantes, Creación de plazas de acogida, Programas específicos para jóvenes extranjeros, etc.*

Las primeras medidas de actuación en el 1º Plan Integral para la Inmigración en Andalucía centran sus esfuerzos en facilitar la compra de la vivienda (objetivo 5.1), en apoyar los alojamientos temporales y de temporeros agrícolas (objetivo 5.2). En la actualidad la vivienda en alquiler es uno de los regímenes más comunes y en el acceso a ésta debe facilitarse medidas de apoyo al colectivo inmigrante y medidas que facilite el alquiler a los arrendatarios. Podemos ver ejemplos de actuaciones concretas de otros países que promueven y facilita el alquiler de pisos vacíos de la ciudad.⁸

Debemos plantearnos qué modelos de ciudades queremos para el futuro y cómo inciden en la configuración de las ciudades la existencia de recursos humanos que atesoran valores culturales diferentes. Si pensamos en ciudades que hagan posible el mestizaje, debemos plantearnos que la definición de los planes de ordenación urbana y las políticas sociales no pueden ni deben seguir caminos paralelos. No podemos seguir diseñando ciudades que generen desequilibrios y barrios excluidos “como espacios propiciadores del trabajo social, de un trabajo social de urgencia” Estamos obligados a caminar hacia modelos urbanísticos que favorezcan la integración intercultural, los espacios de

encuentro y de comunicación que eviten las concentraciones de grupos étnicos en determinadas zonas. En definitiva, con la presencia de inmigrantes en nuestros territorios se nos abre una posibilidad para el encuentro, el mestizaje y el enriquecimiento mutuo o por el contrario para el conflicto. Nosotros tenemos la elección.⁹

DERECHO A UN TRABAJO DIGNO

El interés principal del colectivo a la llegada a nuestro país es la incorporación al mercado laboral. Es vital para acceder o mantener una situación administrativa regularizada y para facilitar los procesos de integración social. Siguiendo las directrices de la normativa legislativa en materia de extranjería a la obtención de un permiso de trabajo le debe preceder una oferta de trabajo, por lo que a la obtención de una documentación el inmigrante debe sumergirse en el mundo de la búsqueda de trabajo. Existe un desconocimiento generalizado de las herramientas básicas de búsqueda de empleo, de los recursos comunitarios, de las condiciones de vida laborales dignas y, en suma, de aquellos aspectos que permiten afrontar con unas mínimas garantías de éxito el proceso de encontrar un puesto de trabajo.

Desde "Andalucía Acoge" en el año 2002, las actuaciones ,en el programa sociolaboral, más demandadas son la orientación e inserción laboral (32%), junto con las preformaciones (22%) y la mediación (23%). Estos datos nos ayudan a dibujar un mapa general de orientación laboral del inmigrante. Su principal necesidad es el contacto con la población de trabajo e información sobre los distintos sistemas en los que está inmerso. La necesidad de adaptarse a la oferta de trabajo le obliga a formarse en el idioma español y en el conocimiento del medio y la cultura del país de acogida, siendo las preformaciones con mayor demanda (73%). La mediación en el programa sociolaboral se entiende

como la necesidad de aclarar los acuerdos entre empresario y trabajador.

Las medidas de actuación del GRECO en su epígrafe 2.3. "Incorporación de los inmigrantes al mercado de trabajo, en igualdad de condiciones que los españoles, y los diez objetivos marcados en el 1º Plan Integral para la Inmigración en Andalucía, si bien necesita de una ampliación e inversión, podemos valorar-la positivamente a la necesidad real de la población en esta campo, pero la dificultad principal que nos encontramos en la inserción laboral es la regularización y las medidas asociadas a la incorporación al trabajo (vivienda, necesidades socioeconómicas, mediación, etc), que no se reflejan en las normativas señaladas. En la complejidad del mundo del mercado laboral para el colectivo inmigrante debemos tener en cuenta diversos aspectos¹⁰.

- El complicado y lento proceso administrativo para poder documentarse en nuestro país, demora la inserción al mercado laboral de una forma digna y repercute en las perspectivas de volver al país de origen o a la integración plena en nuestro país. Al igual que la legislación actual no promueve las contrataciones, ya que no se cubren las ofertas de empleo por el sistema actual de gestión que " estrangula la inmigración regular y potencia la inmigración irregular".¹¹
- En el ámbito económico, las expectativas creadas en su proyecto migratorio disminuyen a la hora de enfrentarse a los gastos que conlleva residir en España (altos precios de una vivienda, consumo diario, tramitación de documentos, etc). Los ingresos del trabajo adquirido generalmente son inferiores a los gastos, por lo que las expectativas de volver al país, que la mayoría tienen en su proyecto inicial, se alarga en el tiempo por la falta de ahorro.
- En el ámbito social, las relaciones interpersonales se pueden ver dificultadas por la posición de minoría que tiene este colectivo en nuestro país, por el segregación a una

clase social de segunda y por los prejuicios preestablecidos a nacionalidades concretas. La situación de la vivienda anteriormente expuesta produce circunstancias no deseables que también puede favorecer conflictos y dificultades para la integración y el acceso al mercado laboral (hacinamiento y el alto coste en el alquiler). La falta de redes naturales y de contactos dificulta el acceso al mercado, ya que este colectivo (no en todas las ocasiones) se encuentra disperso/desorientado en el mapa de orientación personal que le permita desenvolverse, este mapa, por ejemplo facilita que la persona identifique el funcionamiento de los distintos sistemas de nuestro país. El llamado "duelo migratorio" dificulta la inserción plena del colectivo, complicando las relaciones personales, la estabilidad emocional, etc.

Desde al ámbito educativo existen importantes diferencias de cualificación, según los países de procedencia, y aquellos ciudadanos que tienen una titulación universitaria le es muy difícil la homologación, dependiendo de los convenios y similitudes de los sistemas educativos de los dos países, otros obstáculos es el coste económico de este proceso y el lento proceso de resolución. La integración laboral es difícil sin un conocimiento de la lengua. La necesidad económica promueve y provoca la inserción en el trabajo del inmigrante sin un dominio del idioma y sin tiempo para aprenderlo, que dificultará en suma desenvolverse en otros aspectos (transporte, administrativosÉ).

El sentido de la ley de Say: *la oferta crea la demanda*, cambia nuestra concepción del mercado laboral y su concepto económico y social, ya que el trabajo existe siempre y cuando se creen puestos de trabajo, exista capital suficiente y que las leyes no restrinjan en que se puede trabajar. Hoy en día el planteamiento actual es diferente y la culpabilidad se dirige a los trabajadores potenciales (inmigrantes o no), en vez de al planteamiento político de limitación en nuevos puestos de trabajos, bienes inter-

medios, equipos e infraestructuras, es decir a la inversión del país.

Entendemos que la inserción laboral de los inmigrantes es un reto que necesita de la confluencia de esfuerzos desde varias direcciones y diversos ámbitos. Para lograrlo es imprescindible la alianza de diversos sectores sociales y diferentes medios.

EL DERECHO A LA CIUDADANÍA

El derecho a la ciudadanía de los inmigrantes debe ser reconocido por la sociedad de acogida y apoyado por una normativa legal, que, hoy por hoy, la declaramos inconstitucional muchos de nosotros.

Debemos ser conscientes de la responsabilidad de todos a la hora de contribuir al desarrollo normalizado de una sociedad multicultural. Desde actitudes personales de todos los ciudadanos en el desarrollo cotidiano de la ciudad, pasando por el trabajo de los profesionales y la administración local (servicios de primera instancia para el colectivo inmigrante), hasta la gestión política y el desarrollo de una legislación que promueve la integración. Hoy, son muchas las limitaciones legales y la gestión política de dirigentes políticos que la relación cotidiana y humana de la sociedad de acogida.

Las campañas de sensibilización y los distintos programas, que se llevan a cabo, son medios para conseguir llegar a situar al colectivo inmigrante en ciudadanos de derecho. La campaña que presenta "Andalucía Acoge" pretende dar a conocer a la población general el derecho, al igual que todo ciudadano, de el acceso a una vivienda digna y a un puesto de trabajo del colectivo inmigrante, para poder normalizar su situación en nuestro país y facilitar la convivencia en nuestra ciudad. Para ello, acercamos nuestros servicios a los ciudadanos para que puedan ofre-

cer su segunda vivienda en alquiler y puedan contratar trabajadores para su empresa.

Esta campaña acompaña un número de teléfono 902 364 880, el cual facilita a todas aquellas personas que quieran ofrecer una vivienda en alquiler o bien contratar a un inmigrante.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Andalucía Acoge. Memoria de actividades del programa Inserción y promoción sociolaboral de inmigrantes en Andalucía. Año 2003
- 2.- Balance 2003. Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración. Ministerio del Interior. Año 2003
- 3.- Censo población INE. Año 2003
- 4.- CHAIB, Mohammed. "Vivienda e integración social de los inmigrantes en Cataluña. IBN Batuta
- 5.- FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ, Fernando; Checa Olmos, J.C. "Vivienda y Segregación de los Inmigrantes en Andalucía". Scripta Nova. Vol VII nº 146.
- 6.- Fundación Metis. "Empleo e inmigración". www.fundacionmetis.org
- 7.- Málaga Acoge. Memoria de actividades del programa de acceso a la vivienda. Año 2003
- 8.- Primer Plan Integral para Inmigrantes en Andalucía 2001-2004. Junta de Andalucía
- 9.- Programa GRECO. Ministerio Interior.
- 10.- RECARTE, Alberto. "La aportación de los inmigrantes" La Ilustración Liberal nº 13-14
- 11.- SEGURA LUCAS, J. A. "El trabajo de los inmigrantes en España. Repercusiones socioeconómicas para el Estado Español". CEPAIM
- 12.- VÁZQUEZ AGUADO, Octavio. "El acceso a la vivienda de los inmigrantes". DTS nº 2.

PRENSA

- 1.- "Facua y Andalucía Acoge fomentan la protección de los inmigrantes como consumidores". Facuainforma.18/1/2001
- 2.- "España recibe 700.000 inmigrantes en un año". El País. 29/1/2003
- 3.- "Las ofertas de puestos de trabajo para inmigrantes apenas cubren el 8 por ciento del cupo". Libertad Digital.23/5/2003
- 4.- "Los problemas laborales y de vivienda causan enfermedades al inmigrante, según la U.A. ". Mini Diario. Universidad de Alicante.30/5/2003
- 5.- "Un estudio evidencia que los inmigrantes tardan hasta siete años en optar a la compra de una vivienda en España". Web. Consumer.es 30/11/2003
- 6.- Su vivienda "Casas para inmigrantes: de la infamia al negocio". Suplemento de El Mundo.12/12/2003
- 7.- "Los empresarios creen que la Ley de Extranjería inhibirá la contratación".Diario La Opinión de Málaga.8/1/2004
- 8.- "Los inmigrantes demandarán 225.000 pisos hasta el 2008". La Vanguardia.es.13/2/2004
- 9.- "El Foro Andaluz cree que hay que evitar prejuicios para paliar el problema del alquiler de viviendas a inmigrantes". Canal Sur Web.15/1/2004
- 10.- "Francia arremete contra los pisos vacíos". Revista ETI. 16/2/2004
- 11.- "Más de 30.000 "ilegales" están empadronados en la provincia". La Opinión de Málaga. 18/2/2004

NOTAS

- 1 RECARTE, Alberto "La aportación de los inmigrantes". La Ilustración Liberal nº13-14
- 2 Diario Qué Pasa 1/3/04. Pag. 2.
- 3 Informe final año 2003. Programa sociolaboral y de acceso a la vivienda. Andalucía Acoge.
- 4 LA PARRA, Daniel. Universidad de Alicante. Dossier de prensa 30/5/03.
- 5 CHECA , J.C. FERNÁNDEZ, F.. Revista Scrita Nova Vol. VII nº 146 (061) 1/8/03. Universidad de Barcelona.
- 6 Canal Sur Web. 13/2/04 "El Foro Andaluz de la Inmigración ha hecho hoy un llamamiento a la sociedad en general para que evite prejuicios a la hora de alquilar viviendas a los trabajadores extranjeros".
- 7 VÁZQUEZ AGUADO, Octavio. DTS nº 2 "El acceso a la vivienda de los inmigrantes".
- 8 ETI. 16/2/04 "Francia arremete contra los pisos vacíos".
- 9 SEGURA LUCA, J.A. CEPAIM. "El Trabajo de los Inmigrantes en España. Repercusiones socioeconómicas para el Estado español".
- 10 Fundación Metis. Web
- 11 Consuelo Rumí, Secretaria de Políticas Sociales y Migratorias del PSOE. Libertad Digital 23/5/2003.

