

Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución¹

Migration, Gender and Health. Social Inequalities in Health and its Effects on the Bio-Psycho-Social Health of Women in the Context of Prostitution.

Alexandra María Ríos Marín²

Recibido: 24-Marzo-2014 • Revisado: 02-Junio-2014 • Aprobado: 15-Junio-2014

Resumen

En Almería, España, el trabajo sexual es realizado principalmente por mujeres migrantes extranjeras, en diferentes contextos y escenarios de prostitución, donde transcurren sus vidas, bajo deficientes condiciones habitacionales y con dificultad de acceso a servicios de salud y sociales dentro la provincia. Además de enfrentarse a una actividad altamente estigmatizada por la sociedad. Este artículo es el resultado de una investigación etnográfica en la cual, el objetivo central ha sido conocer y realizar un análisis, de cómo se articulan los sistemas de género y los modelos de salud, a través del proceso de salud y enfermedad dentro del ejercicio de la prostitución y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres migrantes extranjeras e integración social.

Palabras clave: Desigualdades Sociales, Género, Inmigración, Prostitución, Salud.

Palabras clave descriptores: Desigualdades en la Salud, Inequidad Social, Género y Salud, Migración Internacional, Prostitución.

Abstract

In Almeria, Spain, sex work is performed mainly by foreign migrant women, in different contexts and scenarios of prostitution, which spend their lives under poor housing conditions and poor access to health and social services in the province. In addition to facing an activity highly stigmatized by society. This article is the result of an ethnographic study in which the main objective was to determine and carry out an analysis of how gender systems and health models are articulated through the process of health and disease in the exercise of prostitution and its effects on the bio-psycho-social health of foreign migrant women and social integration.

Key words: Social inequalities, Gender, Immigration, Prostitution, Health.

Key words plus: Health Inequalities, Social Inequity, Gender and Health, Emigration and Immigration, Prostitution.

Para citar este artículo:
Ríos, A. (2014). Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 9-24

6 (1), 9-24



1. Este artículo hace parte de la tesis doctoral *Migraciones, Género y Salud: un estudio antropológico de los procesos de salud e integración de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería*, dirigida por María García Cano-Torrico, doctora en Antropología Social de la Universidad de Granada y la Doctora Juncal Plazaola Castaño, actualmente integrante del Fondo de Población de Naciones Unidas en su sede en Nueva York, en el Área de Salud Sexual y Reproductiva.
2. Psicóloga – Gabinete privado. Doctora en Globalización Multiculturalismo y Exclusión Social. Universidad de Granada.



Introducción

La “feminización de la pobreza” es uno de los efectos de la globalización económica, que genera consecuencias negativas en el ámbito de la salud, la formación y la autonomía personal de las mujeres, que ha impulsado el desplazamiento de personas al extranjero, buscando mejorar la calidad de vida de sí mismas y de sus familias (Oso, 2005). De ello se desprende que muchas mujeres “*jefas o cabeza de familia*” encuentren en la migración una salida a la situación precaria de la unidad familiar de la que son responsables, buscando una oportunidad que las ayude a entrar al mercado laboral transnacional (Sassen, 2003).

La demanda de mano de obra en trabajos considerados “femeninos”, constituye el reclamo constante que vinculan diferentes redes migratorias domésticas, institucionales o ilegales, como pueden ser las redes de trata de personas con fines de explotación sexual. En el caso de la industria del sexo existe una demanda de mujeres “exóticas” por parte de los países occidentales, haciendo que este sector se configure como una forma de ganar dinero para muchas mujeres inmigrantes (Ordoñez, 2006). Según datos de Naciones Unidas, las dos terceras partes de las víctimas de trata detectadas en el mundo son mujeres. El 79% de las personas víctimas de trata lo son con fines de explotación sexual. De hecho, las violaciones de derechos humanos por razón de género son una de las causas fundamentales de la existencia de la trata de personas. Esta tendencia también se aprecia en Europa, el Parlamento Europeo (2013) destaca:

Hay diversos vínculos entre prostitución y tráfico de personas, y reconoce que la prostitución -a nivel y en toda Europa- alimenta el tráfico de mu-



eres y mujeres menores de edad vulnerables, un alto porcentaje de las cuales tiene entre 13 y 25 años; destaca que, como muestran los datos de la Comisión, la mayoría de las víctimas (62%) son objeto de trata con fines de explotación sexual, constituyendo las mujeres y las mujeres menores de edad el 96% de las víctimas, identificadas o supuestas, y que el porcentaje de víctimas de países no pertenecientes a la UE ha aumentado en los últimos años (p. 9).

Aunque también existen redes de explotación sexual masculina, la figura del hombre dentro de la prostitución ha estado representada de la siguiente manera: el hombre que consume prostitución, el hombre que explota a las prostitutas, y menos visible, el hombre que se prostituye o es víctima de trata y explotación sexual (Vargas y Lozano, 2012).

Existen colectivos, como el de personas en prostitución, que requieren una valoración más global de su situación de salud en contextos de inmigración. Más aun cuando son las mujeres migrantes extranjeras quienes en la actualidad dinamizan la industria del sexo en España³, y por su condición de Mujer, Migrante y Prostituta, es discriminada y excluida de los servicios sociales y de salud.

El hecho de que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria en el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, o que sus síntomas sean confundidos, minimizados o no bien diagnosticados y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicosomática, hace replantear las bases en que se ha apoyado la ciencia para reconocer los problemas de salud de hombres y de mujeres (Valls, 2011, p. 22).

Esta investigación, a través de la metodología etnográfica, ha permitido conocer y profundizar la realidad de estas personas por medio de las experiencias de vida cotidiana y especificidad del ejercicio de la prostitución. Presento los resultados de cuatro años de trabajo y estudio con las mujeres que dinamizan el mercado del sexo en la provincia de Almería, España, describiendo las desigualdades sociales que enfrentan y sus efectos en su salud e integración social, que impiden procesos migratorios satisfactorios; todo esto ilustrado con los discursos de las mujeres participantes en esta investigación, y el de los profesionales que trabajan en este ámbito.

La investigación cualitativa abre un espacio en el análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural, adoptando para ello diversos procedimientos, como el análisis de contenido o el análisis del discurso, que permiten un acercamiento a las formas de comunicación y escudriña en la ideología que se oculta tras el lenguaje (Amezcuca y Gálvez, 2002).

Dentro del paradigma biomédico los principales factores que causan una enfermedad son orgánicos, el peso de la genética y de la constitución del individuo son factores fundamentales para este paradigma. La enfermedad se presenta como una experiencia clínica definida por el médico, el significado que tenga para el sujeto su malestar, así como el contexto socio-cultural no se valora como un elemento importante para aclarar la causalidad de las enfermedades. Como una alternativa al enfoque biomédico, emerge el modelo bio-psico-social, planteado por George Engel en 1977. Este modelo surgió

3. Denomino a las participantes de esta investigación como: "Mujeres migrantes extranjeras", para diferenciar que no todas las mujeres que ejercen la prostitución en Europa son extranjeras, ya que encontramos muchas mujeres de diferentes países comunitarios como rumanas y búlgaras, que son migrantes en cuanto se desplazan libremente por las fronteras buscando mejorar las condiciones de vida de sí mismas y de sus familias. Mientras que las mujeres de terceros países que ejercen la prostitución, como por ejemplo colombianas y africanas, sufren una doble discriminación por su condición jurídica de migrantes y extranjeras: están limitadas para circular libremente por el espacio europeo.

“... son las mujeres migrantes extranjeras quienes en la actualidad dinamizan la industria del sexo en España, y por su condición de Mujer, Migrante y Prostituta, es discriminada y excluida de los servicios sociales y de salud”

como una crítica a la deshumanización de la medicina que aborda al paciente como un objeto, sin tener en cuenta su palabra, o su experiencia; sin observar lo que sucede con el cuerpo de la persona y su salud. El modelo bio-psico-social, se define no solo por los trastornos, sino también por las molestias o problemas percibidos por los pacientes, hay un entendimiento de que la causa de la enfermedad es una combinación de varios factores contextuales. En relación con la población participante en esta investigación, es importante tener en cuenta los siguientes contextos: *un escenario multicultural*, determinado por valores, creencias y conceptualización de los procesos de salud-enfermedad, que difieren de los de sus culturas de origen. *El contexto socio-económico y político*, marcado por la crisis económica de España, en el cual las personas migrantes extranjeras indocumentadas, se encuentran en situación de precariedad y en riesgo de exclusión social. Su calidad de vida y salud, se ve afectada por las desigualdades sociales que enfrentan.

El concepto estático y reduccionista de la salud que limita la visión de la enfermedad a una causa biológica, ha evolucionado históricamente

hacia un concepto más amplio, en el que es posible pensar en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que afectan no solo la salud de un individuo sino la del colectivo.

La teoría de las desigualdades sociales en la salud y el modelo bio-psico-social, han sido el marco teórico de esta investigación. Su articulación, además de ser un intento de integrar ambas perspectivas, ha posibilitado el análisis, debido a que incluyen diferentes aspectos de los estilos de vida, las circunstancias sociales, económicas y globales de las sociedades, y su influencia en la salud de los individuos y sus comunidades. A los determinantes estructurales -la raza, la etnia, la educación, la edad, el género, y el territorio-, se anudan los determinantes sociales secundarios, que generan desigualdades en salud: estilos de vida, el estrés, el trabajo, el desempleo, el apoyo social, la nutrición, la adicción, el transporte, y la exclusión social (Wilkinson y Michell, 2003).

1. Metodología

En esta investigación etnográfica se utilizó para la obtención de la información, técnicas cualitativas como han sido: la observación participante y la entrevista -en profundidad, semi-estructurada e informal- a informantes claves.

La técnica de observación participante se realizó en dos ámbitos: los escenarios de prostitución -pisos, calles, asentamientos de inmigrantes y clubes de carretera-, y las diferentes instituciones públicas y privadas, que prestan servicios sociales y de salud, cada vez que acompañaba a las mujeres, dada mi labor profesional de mediadora sanitaria dentro de la organización Médicos del Mundo. Toda la información obtenida se encuentra registrada en el diario de campo.

Las entrevistas semi-estructuradas, realizadas en su totalidad a las mujeres del programa de Médicos del Mundo, arrojaban información socio-demográfica, y recogía las demandas de salud por parte de las mujeres participantes. Las entrevistas en profundidad y otras informales, realizadas a mujeres de diversos orígenes, así como las entrevistas semi-estructuradas a agentes sociales que trabajan con este colectivo, me han permitido conocer y profundizar en las desigualdades sociales que soporta realizar una actividad económica tan estigmatizada como la prostitución. Las mujeres que trabajan en los diferentes escenarios me brindaron su confianza y me permitieron el diálogo, de modo que nuestras conversaciones se hacían extensas y abarcaban diferentes ámbitos de sus vidas, tales como: el proceso migratorio, el ejercicio de la prostitución, sus estados de ánimo, las condiciones del ejercicio y las dificultades para hacer una “vida diurna normal”, su situación de salud y las dificultades de acceso al centro de salud, sus relaciones de pareja, la relación con los clientes, sus redes familiares y de amistad, sus sufrimientos psicológicos, sus angustias, sus soledades, etc.

Las grabaciones de todas las entrevistas realizadas a las mujeres y a los agentes sociales han sido transcritas y categorizadas, en un proceso realizado a través de un procedimiento de codificación y categorización manual, que ha permitido la interpretación y comprensión del material producido en el campo. El análisis cualitativo ha sido permanente desde el inicio de la investigación, en un proceso constante de ida y vuelta entre el campo y la teoría, propio de la etnografía (Vallés 2009).

La mayor dificultad para llegar a este colectivo es la alta movilidad geográfica de las mujeres,

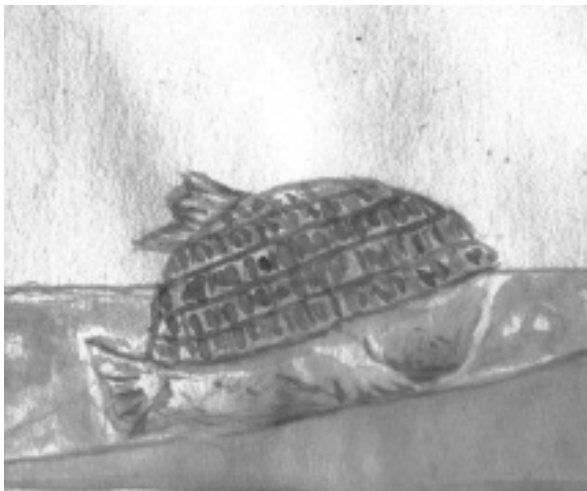
“... nuestras conversaciones abarcaban diferentes ámbitos de sus vidas, tales como: el proceso migratorio, el ejercicio de la prostitución, sus estados de ánimo, las condiciones del ejercicio y su situación de salud y las dificultades de acceso al centro de salud...”

tanto movilidad nacional como transnacional, que limita el seguimiento de los casos; sin embargo este dato es significativo, en cuanto nos indica la inestabilidad en los escenarios de prostitución, la dificultad de las personas para adquirir y mantener hábitos de vida saludables y el estrés que genera estar en constante movilidad geográfica. Llegar al colectivo fue posible gracias a la ong internacional Médicos del Mundo, que me brindó la posibilidad de entrar en el programa de reducción de daños y promoción de la salud de personas en prostitución, durante los años 2008 a 2012, tiempo dedicado a la realización del trabajo de campo.

1.1. Población participante de la investigación

Las mujeres migrantes extranjeras sujetos del estudio conforman un grupo muy heterogéneo, por razón de edad, estado civil, región y país de procedencia, clase social, sistema de creencias religiosas, nivel de estudios, tiempo de permanencia en España y estado de salud.

Los criterios de selección para la realización de las entrevistas en profundidad han sido: 1)



Región y país de procedencia, en función de los colectivos más representativos en la provincia; 2) Competencia idiomática y; 3) Permanencia de un año, en la provincia. Debido a la alta movilidad geográfica que tienen dentro y fuera de España, son “eternas migrantes”, lo que dificultaba el seguimiento de algunos casos importantes para el estudio.

Anualmente Médicos del Mundo Almería, atiende a un total de 700 personas en prostitución, de las cuales el 80% son mujeres migrantes extranjeras. Las entrevistas en profundidad fueron realizadas a 7 mujeres de los siguientes países: Brasil, Colombia, España, Guinea Ecuatorial, Marruecos, Nigeria y Rumanía.

2. Resultados

2.1. La población femenina en escenarios de prostitución

El trabajo de campo realizado en los diferentes escenarios de prostitución, permitió realizar una descripción de los colectivos con mayor presencia en la provincia, posibilitando conocer las

desigualdades sociales en salud que enfrentan, y cómo esto repercute en su salud bio-psico-social e inclusión social. Dentro del programa de Médicos del Mundo, destaca la presencia de mujeres en prostitución de origen rumano, seguido del colectivo de mujeres subsaharianas donde se destaca la presencia de mujeres nigerianas y guineanas. El tercer colectivo con mayor presencia es el de mujeres brasileñas y colombianas. Las mujeres marroquíes son el cuarto colectivo con mayor presencia en prostitución dentro de Almería. El colectivo minoritario dentro de los escenarios de prostitución en la provincia, lo constituyen las personas migrantes transexuales, y hombres que tienen sexo con hombres; que en relación a la salud y el acceso a los servicios sociales, enfrentan diversas problemáticas, que ameritarían una investigación diferente. La presencia de mujeres españolas en prostitución es poco representativa (Instituto Andaluz de la Mujer, 2011).

Algunos datos socio-demográficos importantes se presentan a continuación:

- *Estado civil:* la mayoría de las mujeres migrantes extranjeras se encuentran solas en la provincia de Almería. Las mujeres subsaharianas son el colectivo con mayor presencia de solteras, a excepción de mujeres rumanas, colombianas, y magrebíes, cuyo estado civil predominante es: casadas y divorciadas. Todas las nacionalidades tienen cargas familiares en sus países de origen.
- *Nivel educativo:* el nivel de escolarización es alto entre las rumanas y latinas (estudios secundarios, técnicos y profesionales). Las subsaharianas tienen un nivel alto de alfabetización, a excepción de las mujeres magrebíes que están en su mayoría sin al-

fabetizar, procedentes principalmente de zonas rurales de Marruecos. Así lo relata Roxana: “En mi pueblo, en Rumanía, las mujeres se la pasan en la casa al cuidado de niños, las que pueden ir a trabajar van y trabajan, las que no, con las amigas, yo quería seguir estudiando porque terminé mi bachillerato pero no había dinero para la universidad” (Roxana, rumana, 29 años).

- *Edad:* las mujeres más jóvenes, entre 20 a 30 años de edad, son rumanas y subsaharianas; las mujeres latinas están en una media de 25 a 40 años de edad, al igual que las mujeres marroquíes.

En relación a su situación administrativa, a excepción de las rumanas, que son comunitarias, el resto del colectivo -subsaharianas y marroquíes-, está en situación irregular (sin permiso de residencia ni de trabajo). Encontramos en estos escenarios mujeres latinas con permiso de trabajo, pero debido a la crisis económica, no encuentran trabajo que les permita sostener un alta en la Seguridad Social.

- *Vivienda:* en relación a su situación residencial, las mujeres africanas -subsaharianas y marroquíes- residen en zonas de cortijadas y asentamientos de inmigrantes, algunas de ellas en barrios deprimidos, constituyendo guetos habitacionales (Checa 2007). Las mujeres rumanas y latinoamericanas, residen principalmente en los clubes y pisos donde ejercen la prostitución, característica también que comparten con las demás mujeres. Generalmente estos escenarios de prostitución se encuentran alejados de los centros de salud y servicios sociales, con importantes dificultades de acceso a los centros urbanos.

2.2. La salud bio-psico-social de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución

2.2.1. En relación con la salud sexual y reproductiva se resaltan los siguientes resultados:

- La entrega gratuita de material preventivo es un factor de protección importante para las personas en prostitución y la excusa perfecta para establecer un vínculo de comunicación con este colectivo. El uso adecuado del material preventivo ha sido una tarea constante de las asociaciones que trabajan con personas en prostitución, los programas de reducción del daño tienen efectos positivos en el control de las infecciones de transmisión sexual. Esta expansión se debe a una política sanitaria que tiende, cada vez más, a delegar en las entidades sin fines de lucro dichas funciones (Belda et al. 2003). Sin embargo, el método para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS/VIH), no puede reducirse a la entrega gratuita de material preventivo, sino que es necesaria la constante formación en relación a la salud sexual desde una perspectiva de género, teniendo en cuenta la heterogeneidad de las mujeres que ejercen la prostitución.
- Las mujeres migrantes extranjeras centran el cuidado de su cuerpo en la salud sexual y reproductiva. Generalmente tienen escrupuloso cuidado con su cuerpo y el del cliente. En ocasiones, bajan la guardia con sus parejas afectivas, por lo que con frecuencia los contagios provienen más de relaciones con parejas estables que del ejercicio de la prostitución. Chinchá nos relata: “En

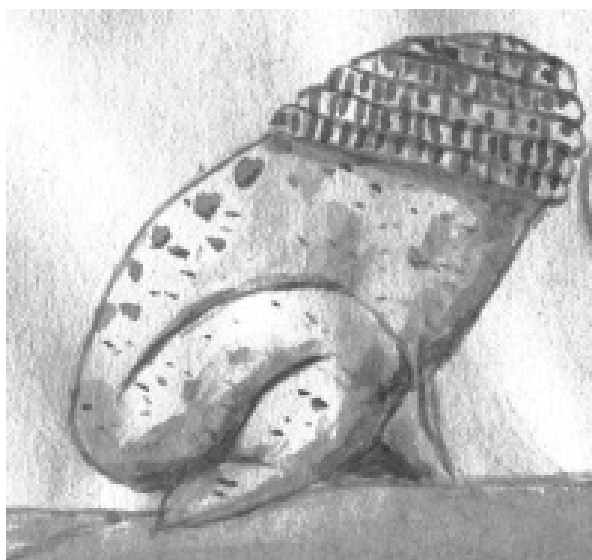
“La mayoría de las mujeres migrantes se encuentran solas en la provincia de Almería. Las mujeres subsaharianas son el colectivo con mayor presencia de solteras, a excepción de mujeres rumanas, colombianas, y magrebíes, cuyo estado civil predominante es: casadas y divorciadas”

tantos años trabajando en esto, y nunca ningún cliente me ha pegado nada porque yo siempre trabajo con condón, y es tu novio, tu marido, ese con el que vives, es él que te pega las enfermedades... ¡Ah!, porque yo en casa, antes de trabajar en esto, he perdido un niño que al parirlo nació muerto y comido de la sífilis allá en Rumanía, ¡por culpa de mi marido que tenía la sífilis, mi niña recibió toda la enfermedad y nació hasta deforme!” (Chincha, rumana, 30 años).

- Las mujeres que tienen experiencia de varios años en prostitución son claramente conscientes de los efectos en su cuerpo y mente; sus conductas de autocuidado son constantes y periódicas, al punto de exagerar algunas conductas de higiene íntima; ante ellas, la tarea de los agentes de salud es desmontar los rituales excesivos de limpieza, que acaban con la flora vaginal y aumentan la resequedad.
- La salud de estas mujeres no se escapa de la comercialización de la industria del sexo, en cuanto es un elemento de control por parte

de los empresarios, que utilizan la salud de las mujeres como elemento discriminatorio y de selección de personal. Alina nos comenta el abuso de poder y control por parte de profesionales de salud, carentes de ética y de escrúpulos, en un club de Sevilla. “Yo creo que estoy bien, hace un mes vine de Sevilla, y allí cada mes nos hacían analítica y una citología, dentro del mismo club, a mí me parece excesivo porque con vosotras es cada seis meses ¿no?, además 40 euros cada mes, ya me iba a arruinar y como está la cosa sin clientes, el encargado nos pide mensualmente los análisis” (Alina, rumana, 29 años). Las mujeres son conocedoras de todo esto, pero el temor a perder su lugar de trabajo, les obliga a someterse a dichas imposiciones. El trabajo de empoderamiento de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución, empieza por informar clara y objetivamente sobre los riesgos en su salud integral, lo que da la posibilidad de que las mujeres tengan la capacidad de decisión para enfrentar las situaciones de control sanitario y social, que otros ejercen sobre las condiciones de su trabajo en prostitución.

- Las condiciones de desigualdad social y las dificultades que comporta la condición de ser inmigrante, influyen directamente en el autocuidado y disponibilidad de métodos anticonceptivos, que previenen un embarazo no deseado (Barroso, Lucena y Parrón, 2005). El método más popular, más utilizado por las trabajadoras sexuales es el preservativo masculino. En su relación cuerpo-anticoncepción, influye en gran medida el sistema de valores religiosos de la mujer, su concepción de la maternidad, su conciencia de autocuidado de posibles infecciones y embarazos no deseados.



- La herencia cultural y creencias en salud son diferentes en cada grupo étnico y en cada miembro que lo forma (Rodríguez y Martínez, 2011), cada grupo de mujeres que ha participado en esta investigación tiene creencias y actitudes diferentes hacia la enfermedad y la salud. Dentro del colectivo de las mujeres latinoamericanas, el proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tiene mayores efectos, ya que el idioma posibilita una mejor comunicación con los profesionales sanitarios. Apoyadas en la cultura preventiva desarrollada en algunos países de Latinoamérica, conocen los métodos de anticoncepción, tienen capacidad de agencia en relación al uso de los mismos y el cuidado de su cuerpo. Las mujeres de origen subsahariano y magrebíes, utilizan en gran medida el preservativo masculino. Aunque son conocedoras de los métodos de anticoncepción, no poseen recursos económicos para pagar mensualmente un método diferente.

El trabajo realizado con este colectivo se centra en que conozcan los recursos existentes para

tener acceso a la salud sexual y reproductiva, y a otros programas de salud destinados a las mujeres. Igualmente se realizó un trabajo individual y colectivo de educación sexual, a través de la implementación de un sistema de acompañamiento a la consulta ginecológica, que ha sido fundamental para facilitar la relación de confianza y comunicación de la vivencia de la sexualidad relacionada con su cultura y religión musulmana.

Las mujeres de origen rumano en prostitución son el colectivo con más altas tasas de abortos realizados dentro del programa de Médicos del Mundo. Durante esta investigación contacté con mujeres rumanas de 28 años de edad, que ya tienen en su historia personal 10 o más abortos realizados. Este hecho dificulta la promoción de su salud sexual y reproductiva, porque entienden que no es necesario un método anticonceptivo diferente, si pueden abortar. “Mira es mi cuarto aborto, yo sé que acá me lo hacen gratis, pero yo me siento más segura en mi país, aunque me cueste ¿sabes?” (Ivana, rumana, 35 años).

El control de la salud pública de este colectivo debe modificar el enfoque biomédico centrado únicamente en la prevención exclusiva de infecciones de transmisión sexual, y tener en cuenta las desigualdades sociales que enfrentan estas mujeres, en función de su clase social, relaciones de género y los demás determinantes que deterioran su salud integral. Las mujeres migrantes extranjeras dentro de la industria del sexo, no solo son “cuerpos transmisibles de enfermedades”, son personas que sufren por las condiciones desiguales en las cuales se desarrolla sus procesos migratorios.

El trabajo sexual de las mujeres migrantes extranjeras, no constituye solo una estrategia económica, sino también un intento de vincu-

“El trabajo sexual de las mujeres migrantes extranjeras, no constituye solo una estrategia económica, sino también un intento de vincularse a un tejido social que no las desea y las invisibiliza”

larse a un tejido social que no las desea y las invisibiliza. Para estas mujeres subsaharianas, marroquíes, latinas y rumanas, la prostitución es, en muchas ocasiones, la única puerta que se abre cuando las necesidades de supervivencia aprietan. Algunas mujeres que son víctimas del delito de la trata de personas con fines de explotación sexual, no son escuchadas, ni identificadas adecuadamente, ya que no existen dispositivos de atención especial, tanto a nivel social como sanitario.

2.2.2. Salud mental en prostitución

Las condiciones económicas, sociales, laborales en las que trascurren sus vidas, generan estresores que van minando lentamente su estabilidad emocional (Villaroya, 2007). Las mujeres migrantes extranjeras, deben enfrentar con entereza las situaciones de vulneración de sus derechos y las desigualdades sociales que dificultan la realización de sus proyectos migratorios, agudizando el duelo migratorio (Sayed-Ahmad, 2008). Dentro de este colectivo de mujeres existen una inmensa heterogeneidad, una gran riqueza cultural, lingüística y de experiencias vitales; pero el ejercicio de la prostitución las homogeniza, pues no hay

estilos de vida, ni condiciones de vida propicias para la salud y el bienestar. Se enfrentan a situaciones de vidas estresantes y frustrantes, a situaciones de violencia, a cadenas constantes de explotación laboral, económica, afectiva, etc. (Fernández, 2011).

- Las organizaciones no gubernamentales (ONGS) destacan principalmente el sufrimiento psicológico que vivencian por su condición de mujeres migrantes extranjeras: “Las situaciones que les genera más estrés psicológico a las mujeres inmigrantes son la irregularidad de su situación y el largo proceso para adquirir residencia y trabajo. El estigma y la exclusión social del que son objeto y la soledad y el encontrarse lejos de la familia. Esta situación no se daría si se les reconocieran los derechos de trabajadora autónoma” (Agente social, Asociación Pro Derechos Humanos).
- *Los trastornos del estado de ánimo -ansiedad y depresión-, ligados al consumo de sustancias psicoactivas, son los que más frecuentemente aparecen en este colectivo. Como nos relata Irina: “Una vez aquí en Almería, me pasé con las drogas, y me pusieron suero, además me pusieron ansiolíticos. Cuando te estás metiendo la droga, te sientes tan supremamente mal, ¡y una mierda! Que lo que tenía yo era una crisis de ansiedad fuerte, pero claro, con el agravante de que yo estaba drogada. Entonces fue peor” (Irina, rumana, 29 años). A excepción de las mujeres magrebíes en zona de asentamientos, el consumo de sustancias legales e ilegales es frecuente en los escenarios de prostitución; la mayoría de las mujeres consumen alcohol, debido a las características y condiciones en que*

se ejerce la prostitución. El consumo de alcohol se extiende cada vez más entre las mujeres subsaharianas, principalmente entre las nigerianas y guineanas, pero no es frecuente el consumo de otras sustancias como el tabaco u otras sustancias ilegales. Las mujeres de origen rumano y latinoamericano consumen más frecuentemente tabaco, marihuana y cocaína, etc.

Me tomo cervezas, a veces whisky, sé que estoy bebiendo mucho, pero ¿qué hago?, mi madre murió hace dos semanas de cáncer y yo acá sin poder ir a enterrarla, sin haber estado con ella, bebo para poder llorar, porque no puedo hablar con nadie acá, no puedo llorar (Confort, nigeriana, 24 años).

- *Relaciones de dependencia emocional que mantienen con sus parejas afectivas.* Muchas serían las historias que ejemplifican estas situaciones, en las cuales la soledad de las mujeres migrantes extranjeras, su vulnerabilidad social, la falta de redes sociales, son el abono para caer en relaciones afectivas de dependencia, cuya puerta de entrada es el supuesto amor romántico y cuya puerta de salida, en ocasiones, es la violencia de género. En repetidos casos, en un acto de agresión y violencia contra ellas por parte de su cliente, no se considera como violencia de género, porque el agresor no es “pareja afectiva”, se quedan al margen de cualquier ayuda económica e incluso social, a pesar de que en España la Ley de Violencia de Género define esta violencia como violencia ejercida por la pareja.
- *El aislamiento, la soledad y la falta de apoyo social,* es uno de los principales factores psicosociales que repercuten tanto en la salud mental como física de las mujeres migrantes extranjeras. Los agentes sociales que trabajan con este colectivo en la iden-

tificación de víctimas de trata y explotación sexual, les resulta importante conocer cómo gestiona la persona su tiempo libre, su vinculación a redes sociales diferentes a las de su escenario de prostitución, ya que a mayor aislamiento mayores posibilidades de ser víctima de explotación sexual y laboral. Por múltiples razones, las mujeres migrantes que ejercen la prostitución, constituyen un grupo vulnerable en nuevos entornos, lo cual incluye falta de familiaridad y de contacto con los sistemas jurídicos, las regulaciones de salud y las leyes de inmigración (Duckett, 2000) y la exclusión de programas de prevención y atención médica. Otros estudios han sugerido que los riesgos más altos podrían estar asociados con factores propios de la migración, como la movilidad, la exclusión social, la violación de los derechos humanos y civiles, la baja capacidad de agencia, la falta de recursos, la barrera del idioma del país receptor, las actitudes de los proveedores de servicios, el temor a la violación de la privacidad, y los actos sexuales involuntarios (Ghimireet al, 2011). El ejercicio de la prostitución bajo condiciones de presión aumenta los riesgos de enfermedades mentales y físicas a las mujeres, principalmente a las personas que están en redes de trata y explotación sexual, niñas y jóvenes sin ninguna o poca experiencia sexual.

Algunos discursos hegemónicos desde las ciencias biomédicas, han abordado la salud mental de las personas que ejercen la prostitución, desde una perspectiva psicopatológica, concibiendo la prostitución como un comportamiento desviado, con consecuencias negativas en la persona que la ejerce (Farley, 2004).

Por desgracia, durante años, tener o no una buena salud mental se ha asociado con la aceptación

“...las mujeres migrantes que ejercen la prostitución, constituyen un grupo vulnerable en nuevos entornos, lo cual incluye falta de familiaridad y de contacto con los sistemas jurídicos, las regulaciones de salud y las leyes de inmigración”

de las normas sociales y de convivencia (...) ya es difícil que los síntomas y las enfermedades de las mujeres sean visibles, en el terreno de la salud mental, donde las relaciones de poder y las normas de la sociedad regidas por un mandato masculino son mucho más distorsionadas, la invisibilidad de las mujeres en este campo de la medicina y de sus factores de riesgo se ha convertido en algo habitual (Valls, 2011, p. 28).

La salud de los hombres está también de alguna manera naturalizada e invisibilizada, ya que sus especificidades no están suficientemente estudiadas ni explicadas y se toman como naturales e inevitables (Courtenay, 2000). En el estudio de la salud, es necesario “un enfoque feminista, interdisciplinar, desnaturalizador, no dualista y crítico con los esquemas científicos occidentales; donde el gran potencial del concepto de género, entendido como un ‘principio de organización social’” (Maquieira, 2005), nos posibilite dimensiones de análisis muy diferentes, teniendo en cuenta los contextos políticos, sociales, económicos y culturales que generan las desigualdades en la salud de hombres y mujeres.

Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución y han participado en esta inves-

tigación, constituyen un colectivo de *mujeres resilientes*.

La resiliencia es aquella cualidad que permite a algunos individuos salir fortalecidos tras la adversidad y lograr un desarrollo positivo como actores sociales. La resiliencia tiene dos elementos. Uno es la resistencia frente a la destrucción, la capacidad de proteger la propia integridad a pesar de la crisis. El otro elemento es la capacidad de reconstruir la propia vida tras la adversidad (Gentil, 2009, p. 233).

Las mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución, tienen que hacer frente a proyectos migratorios en condiciones de vulnerabilidad social; sorprende el equilibrio emocional que conservan a pesar de las duras condiciones de vida y las estrategias que construyen para lograr los objetivos propuestos y proteger su identidad y salud integral.

2.3.3. *Salud social*

El principal resultado de esta investigación en relación con la salud social es la visibilización de la vulneración de los derechos humanos de este colectivo. Las personas que ejercen la prostitución, no son sujetos de derecho, como se evidencia en las desigualdades sociales que enfrentan, y que se convierten en barreras para acceder a la salud y a la integración social.

- *Dificultades para obtener un permiso de residencia y trabajo en España*, que les permita acceder a otras fuentes laborales y buscar estrategias de integración social que no sean marginales, como lo es el ejercicio de la prostitución.
- *Desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud español*. La reforma en

salud en España en el año 2012, -aprobada por el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril-, ha supuesto un cambio fundamental en la protección de la salud de las personas extranjeras no comunitarias, dificultando el acceso a los servicios de salud a quienes no tengan permiso de residencia legal en este país. Dentro de este grupo encontramos las protagonistas de esta investigación, que en su gran mayoría, se encuentran en situación de irregularidad -sin permiso de residencia y trabajo- excluidas así de los recursos de salud públicos.

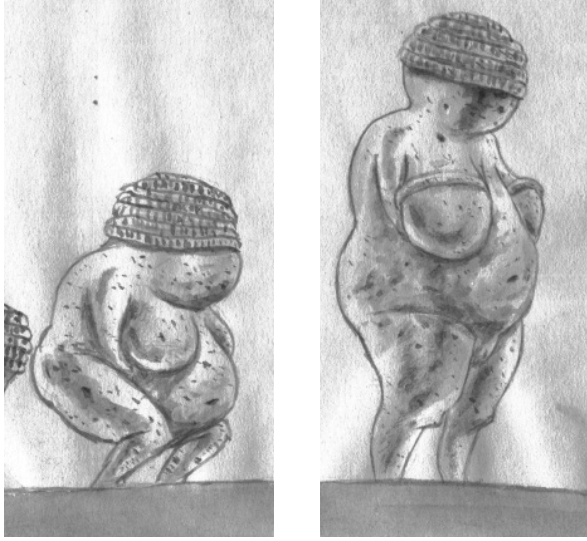
- *Dificultades de acceso a una vivienda digna:* las condiciones habitacionales y de salubridad donde residen y ejercen la prostitución, son un factor de riesgo para la salud de estas personas. Además residen alejadas de las zonas urbanas donde se encuentran los centros de salud y los servicios sociales, por lo cual afrontan dificultades de transporte para acudir y dar continuidad a tratamientos de salud.
- *Barrera idiomática* que dificulta el acceso a servicios de salud y sociales: excepción hecha de las mujeres de origen latinoamericano, es necesaria la implementación de mediadores socio-sanitarios, que posibiliten la relación y el apoyo social a las mujeres de origen africano y rumanas, mientras aprenden el idioma castellano, que les dé independencia y posibilite su adecuado proceso de integración social.
- *Temor a las denuncias y a la deportación:* aspecto que dificulta la búsqueda de apoyo social y el acercamiento a los centros de salud, porque las mujeres sienten temor de ser detenidas por la policía y deportadas a sus países de origen.

“El temor a ser expulsadas dificulta la búsqueda de apoyo social y el acercamiento a los centros de salud, porque las mujeres sienten temor de ser detenidas por la policía y deportadas a sus países de origen”

- *Discriminación en la atención por parte de profesionales de la salud y agentes de servicios sociales* al conocer el ejercicio de la prostitución de las mujeres que acuden a los servicios públicos, denegando en ocasiones la atención a programas de salud y ayudas sociales que pueden paliar la situación de vulnerabilidad de estas personas.

Ellas son cada vez más conscientes de los riesgos del trabajo dentro de la industria del sexo, pero esto no es suficiente para combatir las desigualdades sociales que amenazan su bienestar. “Todos los días he gritado al gobierno; como el miércoles pasado tuve juicio aquí, por malos tratos, yo dije al juez: ¿por qué no me escucháis un poco?, ¿por qué me olvidas?, vivo aquí desde 1999 tengo 3 hijos aquí, estoy aquí enferma, no puedo ir a mi país, necesito papeles, necesito que me ayuden por trabajo” (Angue, guineana, 32 años).

Los diferentes discursos victimizadores relativos a la prostitución homogenizan a las mujeres migrantes extranjeras, limitando sus posibilidades en términos de derechos civiles y sociales. Estos discursos disfrazan la injusticia de déficit de derechos, la pasividad ante la explotación y la



violencia institucional, especialmente dirigida contra las mujeres migrantes (Holgado 2008).

El reconocimiento de las mujeres que ejercen prostitución como titulares de derechos, permitirá su acceso y normalización a los diferentes recursos sociales, sanitarios, laborales y jurídicos existentes, posibilitando que estas personas puedan encontrar otras salidas a la encrucijada de sus trayectorias migratorias en contextos de prostitución, tan estigmatizadas, inclusive dentro del mismo Sistema de Salud español.

3. Conclusiones

Esta investigación describe los diversos problemas de salud del colectivo de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución. Los resultados no son generalizables, pero han permitido ilustrar el impacto en la salud de las personas que viven en condiciones de desigualdad social, en concordancia con otros estudios realizados (Fernández, 2011; Brabante y Raynault, 2012). Este estudio puede orientar futuras líneas de investigación en salud, con otros colectivos en riesgo de exclusión social, que no tienen acceso en igualdad de condiciones a los servicios de salud y servicios sociales en diferentes países. Además pone de manifiesto las desigualdades en la salud de un colectivo

estigmatizado por su triple condición: “mujeres, migrantes, y prostitutas”.

Este colectivo recibe atención médica desde un enfoque biomédico, centrado en el control de las infecciones de transmisión sexual, sin tener en cuenta otros elementos importantes de la salud de las personas en contextos migratorios, como las destacadas en este artículo.

Esta investigación no solo ha profundizado en la desigualdades sociales en salud y su impacto en el bienestar bio-psico-social de este colectivo, sino que también resalta la necesidad de nuevas investigaciones empíricas que generen literatura científica en este campo; aportando a los profesionales que trabajan en los servicios psicosociales y de salud, información valiosa acerca de los obstáculos o ventajas, que enfrenta este colectivo y otros colectivos vulnerables socialmente. El conocimiento del contexto social, económico y legal, es una información de vital importancia, cuando se trabaja con colectivos en riesgo de exclusión social, por lo que orienta al profesional en la evaluación, diagnóstico y tratamiento, haciendo partícipe al paciente en su proceso de recuperación a través de una adecuada adherencia al tratamiento.

El desafío para las ciencias de la salud y sociales, es la creación de un nuevo paradigma en la salud con un enfoque integrador, que amplíe la mirada reduccionista del modelo biomédico, en relación con el proceso de la enfermedad / salud / cuidado. Esta investigación aporta una visión integradora de las desigualdades sociales en salud con perspectiva de género, que afectan a la salud bio-psico-social de estas personas, analizando los determinantes sociales, que deben ser tomados en cuenta para el diseño de futuras políticas públicas de salud, nuevas propuestas de investigación y mejores programas de educación para la salud.

Referencias

- Amezcuca, M. & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Especialista en Salud Pública*, 76(5), 423-436.
- Barroso, P., Lucena, MA. & Parrón, T. (2005). Interrupción voluntaria del embarazo en mujeres de un distrito sanitario de Almería durante el periodo 1998-2002. *Revista Española de Salud Pública*, 79(4), 493-501.
- Belda, J., Belza, MJ., Estébez, A., Fernández, C., Fernández, MA., González, et al. (2003). *Prevención del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en personas que ejercen la prostitución. Elementos clave para el desarrollo de programas*. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Gobierno de España.
- Checa, J. (2007). *Viviendo juntos-aparte: la segregación especial de los africanos en Almería*. Barcelona: Icaria.
- Courtenay, WH. (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.
- Duckett, M. (2000). Migrants and hiv/aids. *Dev Bull*, 52,18-20.
- Farley, M. (2004). Bad for the Body, Bad for the Heart: Prostitution Harms Women Even if Legalized or Decriminalized. *Violence against women* 10(10), 1087-1125.
- Fernández, M. (2011). *Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo. España.
- Gentil, I. (2009). Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas. Autoestima y resiliencia. *Index Enferm*, 18(4), 229-233.
- Ghimire, L., Smith, W. V., & Luitel, N. (2011). Reasons for non-use of condoms and self- efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal. *BMC Womens Health*, 26, 11-42.
- Holgado, I. (2008). Trabajos y estrategias económicas de las mujeres migrantes. (pp. 87-111). En: Martínez, P. (Ed) *Mujeres trabajos y empleos. En tiempos de globalización*. Barcelona, Icaria.
- Instituto Andaluz de la Mujer (2011). *Estudios sobre las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual en Andalucía*. Consejería para la igualdad y bienestar social. España.
- Lozano, I. & Vargas, M. (2012). *El involucramiento de los hombres en la trata de personas con fines de explotación sexual: un estado de la cuestión*. México: GENDES, ac.
- Maqueda, L. (2009). *Prostitución, feminismos y derecho penal*. Granada: Editorial Comares. Naciones Unidas (2012). *La trata de personas hacia Europa con fines de explotación sexual*. Viena: Naciones Unidas.
- Oso, L. (2005). Las jefas del hogar en un contexto migratorio: Modelos y rupturas. En: Checa F, (Eds), *Mujeres en el camino, el fenómeno de la migración femenina en España* (p. 85). Barcelona: Icaria.
- Ordoñez, A. (2006). *Feminismo y Prostitución. Fundamentos del debate actual en España* (p. 38). Barcelona: Colección Gaudies.
- Parlamento Europeo (2014). *Informe sobre explotación sexual y prostitución y su impacto en la igualdad de género*. Bruselas: Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género.
- Rodríguez, N.E. & Martínez, C. (2011). Enfermería y Perspectiva de Género. Salud sexual y reproductiva, anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo en las mujeres inmigrantes latinoamericanas. *Enfermería Global*, 10(23), 359-371.
- Sassen, S. (2003). *Los espectros de la globalización*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Sayed-Ahmad, N. (2008). *Salud Mental en la Inmigración*. Monografía I. Junta de Andalucía: Colección Inmigración y Salud.
- Valls-Llobet, C. (2011). *Mujeres Salud y Poder. Feminismos*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Vallés, M. (2009). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.
- Villarroya, E. (2007). *Aspectos psicosociales y salud mental en la prostitución femenina. Emigración y prostitución*. Valencia: Universidad de Valencia Ministerio de Igualdad.
- Wilkinson, R. & Michell, M. (2003). *Los hechos probados. Determinantes sociales en Salud*. Madrid: Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo Español.