

Universidad de Granada

Facultad de Filosofía y Letras

Departamento de Antropología Social



TESIS DOCTORAL

**Migraciones, Género y Salud:**

**Estudio antropológico de los procesos de salud e integración social.**

*Mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería.*

AUTORA:

**Alexandra María Ríos Marín**

Directoras:

Dra. María García Cano-Torrigo

Dra. Juncal Plazaola Castaño

Granada, 2015

Editor: Universidad de Granada.Tesis Doctorales  
Autora: Alexandra María Ríos Marín  
ISBN: 978-81-9125-137-8  
URI: <http://hdl.handle.net/10481/40274>

La doctoranda ALEXANDRA RÍOS MARÍN y las directoras de la tesis MARÍA GARCÍA-CANO TORRICO y JUNCAL PLAZAOLA CASTAÑO Garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada 20 de Marzo 2015

Directoras de la Tesis



Fdo. María García-Cano  
Torrico



Fdo. Juncal Plazaola Castaño

Doctoranda



Fdo. Alexandra Ríos  
Marín



FRANCISCO JAVIER RABÉ GARCÍA, con N.I.F. , en calidad de COORDINADOR de la Organización No Gubernamental MÉDICOS DEL MUNDO de la Comunidad Autónoma de Andalucía, con C.I.F. G- y con domicilio social en Sevilla, Bajos del Puente Cristo de la Expiración, s/nº según consta en Poder Notarial nº de su protocolo 489 de Ilustre Notario de Madrid D. Ángel Sanz Iglesias

### CERTIFICA

Que DOÑA ALEXANDRA MARÍA RÍOS MARÍN, con DNI está autorizada a utilizar los datos de Médicos del Mundo, con la finalidad de la realización de su tesis doctoral "MIGRACIONES, GÉNERO Y SALUD: UN ESTUDIO ANTROPOLOGICO DE LOS PROCESOS DE SALUD E INTEGRACIÓN DE MUJERES MIGRANTES EXTRANJERAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN LA PROVINCIA DE ALMERIA".

Al finalizar la investigación, Alexandra María Ríos Marín se compromete a dejar una copia de su trabajo investigativo a la organización Médicos del Mundo

Para que así conste, a los efectos oportunos, se expide el presente certificado, en Sevilla, a 10 de julio de 2012.



Fdo.: Francisco Javier Rabé García  
Coordinador de Médicos del Mundo en Andalucía

***Dedicado a todas las personas migrantes extranjeras, en especial a las mujeres que han permitido y enriquecido esta investigación con sus historias de lucha, amor y entrega.***

*Las mujeres poseen el poder del subalterno, del dominado.  
Desde la especialización en un pequeño ámbito de la vida y del mundo,  
descubren y despliegan su fuerza.  
Las mujeres consagradas poseen el poder positivo emanado del espíritu,  
y las madresposas desarrollan el poder derivado de la maternidad,  
las prostitutas tienen el poder negativo que emana de su cuerpo erótico y del mal,  
y las locas desde el delirio y la sinrazón  
enfrentan con su poder desestructurante, al poder de la norma.*

**Marcela Lagarde (1990)**

## Agradecimientos

---

Mi agradecimiento a las directoras de tesis, Dra. María García Cano-Torrice, por su incondicional acompañamiento en estos años de búsqueda y de preguntas. A la Dra. Juncal Plazaola Castaño, por su apoyo a mi trabajo como investigadora a pesar de las distancias y los lugares del mundo donde se encontrara. A mi mentor, el maestro Alberto Restrepo González, del cual he aprendido la base de toda psicología, la escucha al ser humano y la lectura de sus circunstancias. A Isabel Holgado Fernández, por su optimismo frente a la construcción de conocimiento.

Gracias a las personas que he conocido en Médicos del Mundo, principalmente a las mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución, porque me han llevado de sus manos por un mundo que empezó siendo hostil y oscuro para mí, y terminó siendo un universo de posibilidades, reivindicaciones y significados para la vida.

Gracias a mi familia, que ha sabido comprender mi ausencia y recorrido por el mundo, acompañando mi deseo por saber.

Esta aventura al conocimiento no hubiese sido posible sin la escucha y el apoyo de mis amigas y amigos, en Colombia y en España, durante estos años de trabajo, a pesar de las dificultades, encuentros y desencuentros. Sin el amor de mi compañero Pedro, a quien agradezco su paciencia y constante motivación para finalizar un ciclo.

Gracias a mi hija Luna, por ser el sentido de mi vida y acompañarme desde su niñez y alegría en la escritura de esta tesis doctoral.

## ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| Introducción.....  | 18        |
| Presentación de la Tesis .....   | 23        |
| <b>PARTE I. EL MARCO TEÓRICO .....</b>   | <b>25</b> |
| Capítulo 1. COORDENADAS TEÓRICAS .....   | 26        |
| 1.1. La economía global y “la narrativa de la exclusión” .....                 | 27        |
| 1.2. Las políticas migratorias.....  | 31        |
| 1.3. Discursos y representaciones sociales sobre la prostitución .....         | 34        |
| 1.3.1. Entre la victimización y la agencia de las mujeres.....                 | 36        |
| 1.3.2. Representaciones mediáticas y sociales de la prostitución. ....         | 38        |
| 1.3.3. Numerosas como víctimas, escasas como sujetos de derecho. ....          | 40        |
| 1.4. El estigma, la primera violencia contra las mujeres en prostitución ..... | 42        |
| Capítulo 2. COORDENADAS CONTEXTUALES .....                                     | 46        |
| 2.1. Aproximación al abordaje de la prostitución en Europa .....               | 46        |
| 2.1.1. Sistemas jurídicos en relación a la prostitución. ....                  | 47        |
| 2.2. La prostitución en España .....   | 53        |
| 2.2.1. Políticas de lucha contra la trata.....                                 | 54        |
| 2.2.2. Las ordenanzas municipales y la prostitución.....                       | 55        |
| 2.3. El estudio de la migración y la prostitución.....                         | 57        |

|   |     |
|---|-----|
| 2.3.1. Las migraciones femeninas. ....  | 57  |
| 2.3.2. Redes sociales: elementos clave en las estrategias migratorias de las mujeres..... | 62  |
| 2.3.3. Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en España. ....      | 66  |
| 2.3.4. Escenarios de prostitución en España. ....   | 70  |
| 2.3.5. “Viviendo entre fronteras”: la movilidad constante de las mujeres.....             | 74  |
| Capítulo 3. COORDENADAS ANALÍTICAS .....  | 80  |
| 3.1. La construcción del concepto salud en la ciencia biomédica .....                     | 80  |
| 3.2. Aportes de la antropología feminista al modelo biomédico .....                       | 83  |
| 3.3. El sesgo de género y la desigualdad en salud .....                                   | 86  |
| 3.4. Premisas pasadas y presentes en la salud y las migraciones .....                     | 90  |
| 3.4.1. Premisas Higienistas. ....   | 91  |
| 3.4.2. Premisas Patológicas.....  | 95  |
| 3.4.3. Premisas Feministas.....   | 97  |
| 3.4.4. Premisas actuales .....  | 99  |
| Capítulo 4. PROPUESTA DE ESTUDIO.....   | 101 |
| DESIGUALDADES EN SALUD EN LOS ESCENARIOS DE PROSTITUCIÓN.....                             | 101 |
| 4.1. Antecedentes y marco de acción del enfoque determinantes sociales en salud .....     | 101 |
| 4.1.1. Los determinantes estructurales de la desigualdad en salud.....                    | 103 |
| 4.1.2. Los determinantes intermedios de la desigualdad en salud.....                      | 106 |
| 4. 2. La perspectiva de género en el análisis de las desigualdades en salud .....         | 109 |
| 4.2.1. Los modelos de estudio de desigualdades de género en salud.....                    | 112 |



|  |            |
|--|------------|
| 4.3. Objetivos de la Propuesta de Estudio.....   | 115        |
| 4.3.1. Objetivo General.....   | 115        |
| 4.3.2. Objetivos Específicos. ....   | 115        |
| 4.4. Propuesta Analítica .....   | 116        |
| 4.4.1. Categorías de Análisis. ....  | 119        |
| <b>PARTE II. LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA .....</b>   | <b>121</b> |
| Capítulo 5. ....   | 122        |
| <b>UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO EN ESCENARIOS DE PROSTITUCIÓN .....</b>  | <b>122</b> |
| 5.1. El lugar como investigadora .....   | 122        |
| 5.2. Contexto geográfico del estudio .....   | 123        |
| 5.2.1. Los servicios de la industria del sexo y sus participantes.....   | 126        |
| 5.2.2. La industria del sexo en Almería.....   | 136        |
| 5.3. Escenarios de la prostitución y estilos de vida .....   | 138        |
| 5.3.1. Los clubes. ....  | 138        |
| 5.3.2. Pisos privados. ....  | 141        |
| 5.3.3. Ejercicio en el espacio público. ....   | 144        |
| 5.3.4. Los bares-cortijos.....   | 144        |
| 5.3.5. Los asentamientos de inmigrantes. ....  | 146        |
| 5.3.6. Otros espacios de prostitución en Almería .....   | 150        |
| 5.4. Población sujeto de la investigación: colectivos y perfiles de las mujeres participantes en el programa de MDM (2009-2012) en la provincia de Almería. .... | 152        |

|  |     |
|--|-----|
| 5.4.1. Las mujeres y sus regiones de procedencia.....  | 153 |
| 5.4.2. La edad de las mujeres participantes de la investigación.....                                     | 156 |
| 5.4.3. El estado civil.....  | 160 |
| 5.4.4. El nivel Educativo.....   | 162 |
| 5.4.5. El grado de conocimiento del idioma español.....  | 163 |
| 5.4.6 La situación administrativa.....   | 164 |
| 5.4.7. Barreras de acceso a los servicios de salud y sociales.....                                       | 166 |
| 5.5. Técnicas de producción de información.....  | 169 |
| 5.5.1. La observación participante.....  | 169 |
| 5.5.2. El diario de campo.....   | 173 |
| 5.5.3. Las entrevistas.....  | 173 |
| 5.6. Criterios de selección para las entrevistas a las mujeres.....                                      | 177 |
| 5.7. Análisis de la Información.....   | 179 |
| 5.8. Dificultades encontradas durante la investigación.....  | 182 |
| Capítulo 6. HABLAN LAS PROTAGONISTAS. RESULTADOS Y ANÁLISIS I: Contextos migratorios y prostitución..... | 185 |
| 6.1. En relación a los procesos migratorios y a la prostitución.....                                     | 186 |
| 6.1.1. Las mujeres y el acceso a la educación y al trabajo en el país de origen.....                     | 188 |
| 6.1.2. Identidad de género y prostitución.....   | 192 |
| 6.1.3. Perfiles de mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución.....                      | 194 |
| 6.2. Trayectorias y redes migratorias.....   | 200 |
| 6.2.1. Redes de tipo comercial o redes de tráfico de inmigrantes.....                                    | 201 |

|   |     |
|---|-----|
| 6.2.2. Redes de tipo familiar, redes de vecindad .....  | 203 |
| 6.2.3. Redes migratorias coercitivas de tipo familiar.....  | 205 |
| 6.2.4. Redes coercitivas de trata y explotación sexual.....   | 212 |
| 6.2.5. Redes de trata y explotación doméstico-sexual.....   | 215 |
| 6.3. Los cuerpos de la prostitución .....   | 220 |
| 6.3.1. ¿Virgen o puta?.....   | 221 |
| 6.4. Situación administrativa, vulnerabilidad y prostitución .....  | 226 |
| 6.5. El significado de la prostitución para las mujeres .....   | 230 |
| 6.6. El anonimato de la actividad .....   | 234 |
| 6.7. De la iniciación en la prostitución a empresarias de la Industria del sexo.....  | 236 |
| 6.8. El territorio: Escenarios de la prostitución y efectos para la salud.....  | 239 |
| 6.9. El dinero de la prostitución .....   | 250 |
| Capítulo 7. HABLAN LAS PROTAGONISTAS. RESULTADOS Y ANÁLISIS II: La salud biológica,<br>psicológica y social en el ejercicio de la prostitución..... | 255 |
| 7.1. Los riesgos para la salud biológica .....  | 256 |
| 7.1.1. Salud sexual y reproductiva.....   | 256 |
| 7.1.2. Factores de riesgo que pueden generar enfermedades profesionales por el ejercicio de la prostitución.<br>.....                               | 278 |
| 7.2. La salud psicológica de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución. ....  | 282 |
| 7.2.1. En relación a los estilos de vida de las mujeres y sus condiciones vitales.....  | 283 |
| 7.2.2. En relación al estrés dentro del proceso migratorio. ....  | 287 |
| 7.2.3. En relación a su empleo y condiciones de trabajo. ....   | 289 |

|  |     |
|--|-----|
| 7.2.4. En relación al apoyo social. ....   | 292 |
| 7.2.5. En relación a las adicciones.....   | 294 |
| 7.3. La salud social.....  | 300 |
| 7.3.1. El acceso a los recursos sanitarios en la provincia de Almería.....         | 300 |
| 7.3.2. Modelo de salud en país de origen. ....                                     | 302 |
| 7.3.3. Conocimiento y percepción de acceso al modelo de salud español.....         | 305 |
| 7.3.4. Actores que dificultan y facilitan el acceso a la salud.....                | 307 |
| 7.4. Viviendo entre violencias.....  | 313 |
| 7.4.1. Relaciones de pareja y violencia de género. ....                            | 313 |
| 7.4.2. La violencia dentro del club no es violencia de género.....                 | 319 |
| 7.5. Conocimiento y percepción de acceso a servicios sociales en la provincia..... | 323 |
| 7.5.1 Actores que dificultan y facilitan el acceso a los servicios sociales.....   | 327 |
| 7.6. Acerca de su participación e integración social.....                          | 335 |
| 7.6.1. Prostitución, estigma y discriminación.....                                 | 339 |
| Capítulo 8. CONCLUSIONES.....  | 345 |
| BIBLIOGRAFÍA.....  | 369 |
| Anexo 1. Entrevista cerrada de Médicos del Mundo.....                              | 399 |
| Anexo 2. Guion entrevista en profundidad.....                                      | 400 |
| Anexo 3. Guion de entrevista para agentes sociales.....                            | 402 |

## **Abreviaturas y Acrónimos**

Asociación para la Atención Integral de Mujeres en Riesgo social **(AIMUR)**

Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía **(APDHA)**

Asociación para la Integración, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida **(APRAMP)**

Consejo Superior de Investigaciones Científicas **(CSIC)**

Comité de apoyo a las trabajadoras del sexo **(CATS)**

Dispositivo Intra Uterino **(DIU)**

Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales **(DSM)**

Enfermedades de Transmisión Sexual **(ETS)**

Índices Bibliográficos Españoles en Ciencias de la Salud **(IBECS)**

Infecciones de Transmisión Sexual **(ITS)**

Instituto Andaluz de la Mujer **(IAM)**

Interrupción Voluntaria del Embarazo **(IVE)**

Médicos Del Mundo **(MDM)**

Net Work of Sex Work Project **(NSWP)**

Organización Internacional de las Migraciones **(OIM)**

Organización Internacional del Trabajo **(OIT)**

Red Europea de Proyectos de Intervención para la Prevención del SIDA entre personas en prostitución **(EUROPAP)**

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida **(SIDA)**

Red Europea para la Prevención de VIH/ITS y la Promoción de la Salud entre las Personas Migrantes Trabajadoras del sexo **(TAMPEP)**

Tuberculosis **(TB)**

Trastorno de Estrés Post-Traumático **(TEPT)**

Unidad Central de Redes de Inmigración Ilegal y Falsedades documentales **(UCRIF)**

Virus de Inmunodeficiencia Humana **(VIH)**

Virus del Papiloma Humano **(VPH)**

## Listado de Gráficos

---

|  |            |
|--|------------|
| <i>Gráficos 1. Origen de las diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención.....</i>   | <i>113</i> |
| <i>Gráficos 2. Modelo Conceptual sobre el papel del género como determinante social en salud. ....</i>   | <i>114</i> |
| <i>Gráficos 3. Propuesta Analítica.....</i>  | <i>118</i> |
| <i>Gráficos 4. Distribución por género de las personas atendidas en el programa Reducción de Daños y Promoción de la salud de MDM. 2009-2012.....</i>                        | <i>152</i> |
| <i>Gráficos 5. Regiones de origen de las mujeres en el programa Reducción de Daños y Promoción de la salud de MDM (2009-2012).....</i>                                       | <i>155</i> |
| <i>Gráficos 6. Distribución por nacionalidad y edad de las mujeres procedentes de África subsahariana. Programa MDM (2009-2012).....</i>                                     | <i>157</i> |
| <i>Gráficos 7. Distribución por edad de las mujeres procedentes de Marruecos. ....</i>   | <i>158</i> |
| <i>Gráficos 8. Distribución por Nacionalidad y edad de las mujeres procedentes de Latinoamérica. ....</i>  | <i>159</i> |
| <i>Gráficos 9. Distribución de las mujeres procedentes de Europa del Este por nacionalidad y edad. Programa MDM (2009-2012).....</i>   | <i>160</i> |
| <i>Gráficos 10. Estado civil de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución. ....</i>  | <i>161</i> |
| <i>Gráficos 11. Nivel educativo de las mujeres atendidas en el programa de MDM (2009-2012). ....</i>   | <i>163</i> |
| <i>Gráficos 12. Nivel de conocimiento del español entre las mujeres migrantes extranjeras participantes del programa de MDM (2009-2012). ....</i>                            | <i>164</i> |
| <i>Gráficos 13. Situación Administrativa de las mujeres migrantes extranjeras del programa de MDM (2009-2012).....</i>   | <i>165</i> |
| <i>Gráficos 14. Barreras de acceso a los servicios de salud y sociales descritas por las mujeres migrantes extranjeras en el programa de MDM (2009-2012). Parte I. ....</i>  | <i>167</i> |
| <i>Gráficos 15. Barreras de acceso a los servicios de salud y sociales, descritas por las mujeres migrantes extranjeras en el programa de MDM (2009-2012) Parte II. ....</i> | <i>168</i> |

## Listado de Ilustraciones

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>Ilustración 1. Clasificados de La Voz de Almería. 17 de noviembre de 2014.</i>   | 127 |
| <i>Ilustración 2. Venta de servicios sexuales en clubes y bares de copas.</i>   | 128 |
| <i>Ilustración 3. Portal de AlmeriaX.com. 11 de junio de 2014.</i>  | 129 |
| <i>Ilustración 4. Imagen extraída del portal del Festival Erótico. Barcelona. 2013.</i>   | 129 |
| <i>Ilustración 5. Captura portal AlmeriaX.com. 29 de febrero de 2012.</i>   | 130 |
| <i>Ilustración 6. Publicidad portal de internet AlmeríaX.com. 29 de febrero de 2012.</i>  | 131 |
| <i>Ilustración 7. Servicios profesionales dentro la industria del sexo. Portal de internet AlmeríaX.com.</i>                              | 132 |
| <i>Ilustración 8. Anuncios de intercambio de sexo. Anuncios extraídos del portal de internet www.almeríaX.com. 29 de febrero de 2012.</i> | 133 |
| <i>Ilustración 9. Ubicación geográfica de los escenarios de prostitución en la provincia de Almería.</i>                                  | 137 |

## Listado de Imágenes

---

|   |     |
|---|-----|
| <i>Imagen 1. Entrevista en piso privado en Huércal Overa. 2011.</i>   | 143 |
| <i>Imagen 2. Asentamiento Tierras de Almería. El Ejido. Poniente almeriense. 2011.</i>                                      | 147 |
| <i>Imagen 3. Asentamiento de inmigrantes en Cuevas del Almanzora. Almería. 2009.</i>  | 148 |
| <i>Imagen 4. Atención del equipo MDM a mujeres subsaharianas que ejercen la prostitución en Cuevas del Almanzora. 2009.</i> | 150 |
| <i>Imagen 5. Poniente almeriense. Invernaderos vecinos a escenarios de prostitución. 2012.</i>                              | 240 |
| <i>Imagen 6. Chabolas entre invernaderos, residencia de mujeres y varones magrebíes. Poniente almeriense. 2011.</i>         | 243 |
| <i>Imagen 7. Varones subsaharianos residentes en el asentamiento de cuevas del Almanzora. 2012.</i>                         | 245 |
| <i>Imagen 8. Vacunación de una mujer subsahariana por personal sanitario de MDM. 2012.</i>                                  | 259 |
| <i>Imagen 9. Entrega de material preventivo en unidad móvil de MDM. 2012.</i>   | 261 |
| <i>Imagen 10. Participantes al curso “Agentes de Salud en Escenarios de Prostitución”. MDM Almería. 2011.</i>               | 330 |

## Listado de Tablas

---

|   |     |
|---|-----|
| <b>Tabla 1. Regiones y países de procedencia de las personas atendidas en el programa de prostitución de MDM (2009-2012).</b> ..... | 156 |
| <b>Tabla 2. Número de agentes sociales participantes en las entrevistas semi-estructuradas.</b>                                     | 176 |
| <b>Tabla 3. Regiones de procedencia de las mujeres participantes en la entrevista en profundidad.</b> .....                         | 178 |
| <b>Tabla 4. Objetivos y Categorías de análisis.</b> .....   | 180 |
| <b>Tabla 5. Ficha resumen: Metodología de la Investigación.</b> .....   | 181 |
| <b>Tabla 6. Posibles factores de riesgo laboral para las personas que trabajan en prostitución.</b><br>.....                        | 281 |



## Introducción

---

La pregunta por la situación de las mujeres migrantes extranjeras no es nueva para mí: como investigadora, se remonta al año 2002 cuando llegué a España como mujer migrante extranjera, con un proyecto migratorio motivado por mis deseos de avanzar académica y profesionalmente. Los primeros años de doctorado, en movimiento constante entre el ámbito académico y el ámbito laboral, me llevaron a ir conociendo la situación y el trato que recibimos las mujeres migrantes extranjeras dentro del territorio español.

La posibilidad de profundizar en la antropología feminista como perspectiva teórica y como movimiento político me permitió comprender cómo se actualizaba en la comunidad femenina, de la cual yo era partícipe, el eslogan feminista de Kate Millet (2010), de los años sesenta y setenta “lo personal es político”. Desde mi propia experiencia, como mujer colombiana y estudiante extranjera en la Universidad de Granada, sentí profundamente cómo recibía un trato diferente dentro de la universidad y fuera de ésta, en la comunidad universitaria, era una estudiante extranjera más, mientras que fuera de sus aulas, la comunidad en general me interpelaba desde su mirada prejuiciosa, incluyendo comentarios abiertamente racistas y sexistas. “¿Viniste a prostituirte?” Me daba cuenta de que ya era una más de las mujeres migrantes extranjeras “sospechosas”, que circulaban en la ciudad. De esta situación y de la “sensación de ser diferente”, de ser “la otra”, surgió, en el año 2004, el primer estudio, para optar al Diploma de Estudios Avanzados (D.E.A)<sup>1</sup>, el cual versó sobre la trayectoria migratoria de 20 mujeres de origen latinoamericano. A través del análisis de estas trayectorias pude comprender algunos significados de ser mujer latinoamericana en Europa.

Sin embargo, los discursos de las mujeres migrantes extranjeras evidenciaban su inconformidad en relación a los prejuicios de la comunidad de acogida, no reconociéndose en ellos, mientras desplegaban diferentes estrategias para hacer frente a sus trayectorias migratorias. Tales prejuicios generalmente estaban ligados a comentarios que negaban la capacidad de agencia dentro de sus trayectorias migratorias (Pérez, 2003; Juliano, 2004), realizadas en el ámbito laboral y productivo, denominado por algunas autoras como “cadenas de cuidado transnacionales” (Hochschild, 2000), que hacen referencia al cuidado de personas, el servicio doméstico, el servicio en la hostelería y el trabajo sexual.

---

<sup>1</sup> Ríos, Alexandra (2004). *Dinámica personal y social de las mujeres latinoamericanas residentes en la ciudad de Granada*, España. Universidad de Granada (inédita).

La capacidad de agencia de todos los seres humanos es uno de los elementos cruciales en los debates y discursos en torno a la cooperación internacional de género y, en este caso, a la posición de las mujeres en los diferentes contextos de prostitución. Sen (2000) le otorga el sentido siguiente: “la persona que actúa y provoca cambios y cuyas y cuyos logros pueden juzgarse en función de sus propios valores y objetivos, independientemente de que los evaluemos o no también en función de algunos criterios externos” (Sen, 2000: 35).

Parecía inconcebible que las mujeres estuvieran solas en un país diferente al suyo, tratando de llevar a cabo su proyecto migratorio y alcanzar sus objetivos; era impensable una “mujer sola”, lejos del control familiar, sin un varón que le proporcionara bienestar a todos los niveles. No se permite a las mujeres cuestionar el orden establecido (Pheterson, 1989; Juliano, 2002; Osborne, 2004; Fonseca y Quintero, 2006); tampoco que tal cuestionamiento se realice desde el lugar de la persona subordinada (Lagarde, 1990; Juliano, 2004).

El no reconocimiento de las trayectorias migratorias femeninas ha sido, hasta tiempos recientes, un denominador común (Oso, 1998; Sassen, 2003; Gregorio, 1998; Juliano, 2004; Piscitelli, 2009; López Riopedre, 2010; Oso y Parella, 2012); también común era la invisibilidad de las diferentes problemáticas que, como colectivo, enfrentaban las personas migrantes que se empleaban en la industria del sexo (Agustín 2004; Juliano, 2004; Agustín, 2004; Holgado, 2008, 2013; Mansson y Hawkes, 2012; Abel, 2013; Begum, Hocking, Groves, Fairley y Keogh, 2013). La política migratoria solo había reconocido al inmigrante varón (Juliano, 2004), debido a que la dominación patriarcal siempre tiende a desplazar e invisibilizar la problemática femenina. Las autoras coinciden al señalar que los problemas que afectan a los varones son definidos como problemas sociales, en tanto que los problemas de las mujeres son exactamente eso, problemas de mujeres (Escario, Alberdi y López Acoto, 1997; Oso, 1998).

Después del año 2006, estuve trabajando como técnica de inserción socio laboral en dos ONG de la provincia de Almería que trabajan con población migrante: Almería Acoge y el Consorcio de Entidades para la Acción Integral con Migrantes (CEPAIM). Durante esos dos años me acerqué a la realidad laboral de la provincia, a los diferentes sectores económicos para la inserción laboral de las personas migrantes, a las dificultades macroestructurales que se ponen en juego y dificultan el proceso de adaptación de las personas migrantes, a los procesos de discriminación de los diferentes puestos de trabajo en función de la clase social, el país de procedencia, la etnia y el género; todo ello directamente relacionado con diversos colectivos de migrantes procedentes de África, Europa del Este y América latina fundamentalmente, destinatarios del programa de inserción laboral en el que estaba trabajando. Y, aunque no estuve en contacto directo con la industria sexual ni con personas que ejercían la prostitución

(estos programas de inserción laboral no estaban destinados a este colectivo), el estigma y los prejuicios continuaban latentes hacia la comunidad migrante femenina.

A mediados del año 2008 me presenté a una entrevista de trabajo en la organización Médicos del Mundo (en adelante, MDM) de Almería, logrando el puesto de mediadora socio-sanitaria para el programa *Reducción de daños y promoción de la salud de las personas en situación de prostitución*<sup>2</sup>. Esta fue la oportunidad para conocer de primera mano a mujeres migrantes extranjeras que ejercían la prostitución. Desde ese momento tuve claro que la posibilidad de trabajar en el programa de MDM me permitiría acercarme a la realidad de las protagonistas de esta actividad económica que genera tanto dinero como controversia y prejuicios. Al principio no fue fácil; me enfrentaba a mis propios prejuicios sobre el amplio, complejo y clandestino mundo de la prostitución. La multiplicidad de rótulos negativos no me permitía ver el lado más humano. Solo el contacto directo y sostenido con las diferentes mujeres migrantes extranjeras, sus historias migratorias, sus proyectos truncados, sus valores, el “ser mujeres” tan semejantes a mí, me llevaron a ubicarme en una posición más cercana a esta realidad.

Además, ¿cómo desaprovechar la oportunidad de aprender de la mano de las protagonistas? ¿Cómo no entrar en un contexto casi exclusivo de los varones y poder conocer la realidad de las mujeres que lo dinamizan? ¿Cómo perder la posibilidad que me otorgaba la antropología feminista para profundizar y ampliar la mirada sobre la situación de un colectivo de personas tan estigmatizado, dando a conocer, a través de esta investigación, sus estrategias para alcanzar los objetivos migratorios propuestos, en todos los escenarios posibles? Podría así contribuir a visibilizar la situación real del colectivo de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución como un hecho social (Marín, 2001), como una ocupación más (Vanwesenbeeck 2001; Ross, Crisp, Mansson y Hawkes, 2012) que requiere ser comprendida desde una perspectiva más objetiva, menos moralizante, que promueva el respeto a sus derechos humanos, menoscabados sistemáticamente en el caso de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución (Solana, 2003; Juliano, 2004; Mestre, 2005; Arella et al., 2007; Holgado, 2008).

---

<sup>2</sup> El programa *Reducción de daños y promoción de la salud para personas en situación de prostitución* lo está desarrollando Médicos del Mundo España desde el año 1993. En Andalucía el programa se lleva a cabo en las provincias de Almería, Málaga y Sevilla. La financiación del programa procede de fondos propios de MDM y un porcentaje que asigna anualmente la Consejería de Salud de Andalucía, a través de cada delegación de salud provincial. El programa en Almería se inició en julio de 2008. El número de personas en situación de prostitución atendidas por Médicos del Mundo España durante el año 2013 fue de 12.809, pertenecientes a 79 nacionalidades distintas: 11.649 mujeres (90,94%), 677 transexuales (5,28%) y 483 hombres (3,77%). El 12,91% de las personas usuarias eran españolas, mientras que el 87,08% eran extranjeras. Memoria anual 2013. Médicos del Mundo. Disponible en [http://www.medicosdelmundo.es/memorias/2013/ol.php?id\\_pag=13](http://www.medicosdelmundo.es/memorias/2013/ol.php?id_pag=13) Accedido el 12/12/2012.

El contexto económico-político que ha acompañado durante estos años (2009-2012) el desarrollo de esta tesis doctoral parte de un marco global en el que las políticas migratorias estaban vinculadas al discurso de los derechos humanos de las personas migrantes extranjeras, procurando el cumplimiento del derecho a la salud de cualquier persona migrante durante su movilidad nacional y transnacional. Este discurso choca y se vincula con un contexto local caracterizado por un escenario de grave crisis económica y empobrecimiento generalizado, que afecta tanto a la población nacional como a la población migrante. Un informe de Cruz Roja en 2009 apuntaba un incremento del 50% de personas demandantes de ayuda. Los grupos más vulnerables identificados fueron las familias migradas, las mujeres jefas de hogares monoparentales (migrantes y autóctonas) y las personas sin la documentación administrativa en regla.

Paralelamente, el Real Decreto-Ley 16/2012, que aprobaba un drástico recorte en materia social, principalmente, en el ámbito sanitario, significó un importante retroceso en materia de derechos. Limita el derecho fundamental de todo ser humano a la salud. Este cambio fundamental en la normativa sanitaria ha supuesto un revés tanto para la población en general pero, particularmente, para las personas migrantes extranjeras que no tengan su situación administrativa en regla, ya que no pueden acceder al sistema sanitario español, quedando excluidos de los servicios de salud (a excepción del servicio de emergencia, las personas menores de edad y las mujeres embarazadas).

Por su parte, en Andalucía se mantiene la tarjeta provisional de reconocimiento temporal para las personas inmigrantes residentes en situación irregular, que les permite ser atendidas por el sistema público de salud. Dicha tarjeta sólo es válida en las provincias andaluzas, por lo que, cuando la persona inmigrante se desplaza a otras provincias españolas -hecho frecuente entre las mujeres migrantes en prostitución- deben hacer frente a las condiciones impuestas por el Real Decreto-Ley 16/2012. Una de las ventajas con las que cuenta este colectivo en Andalucía es el *Programa de Atención en Salud a Personas en Prostitución*<sup>3</sup>, liderado por la Delegación de Salud de la provincia y dinamizado por las diferentes organizaciones no gubernamentales que han participado en esta investigación y que prestan y facilitan el acceso a los servicios sanitarios. Aun así, estas personas que ejercen la prostitución requieren una valoración más integral de su situación de salud. De interés para este trabajo son las mujeres que se encuentran en procesos de migración.

---

<sup>3</sup> Liderado por la Delegación de Salud provincial de Almería, a través de "la Orden de 16 de mayo de 2008, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio de colaboración entre la Consejería y Asociaciones que trabajan para el colectivo de personas que ejercen la prostitución", en materia de Salud Pública. BOJA nº 119.

Esta investigación abarca tres grandes ámbitos de estudio: la migración, el género y la salud. El objetivo de esta tesis es *conocer y realizar un análisis sobre la articulación de los sistemas de género y el proceso de salud y enfermedad dentro del ejercicio de la prostitución de las mujeres migrantes extranjeras y sus efectos en la salud e integración social*. El territorio y el momento histórico del estudio se sitúan en la provincia de Almería, entre los años 2009 a 2012, donde confluyen mujeres y varones migrantes extranjeros procedentes de diferentes latitudes del mundo, pertenecientes a un centenar de nacionalidades.

## Presentación de la Tesis

---

A continuación, presento el trabajo a partir de la articulación de las dos partes temáticas que lo conforman:

La primera parte constituye el *marco teórico*, que se estructura en cuatro capítulos. En el Capítulo 1 he descrito las *coordenadas teóricas* que guían los diferentes espacios por los cuales discurren las trayectorias migratorias de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución. Dichas trayectorias han sido enfocadas desde la Sociología de la globalización, cuyos conceptos de *clases globales* nos permiten entender los nuevos grupos sociales reconocibles, sus características y su vinculación con determinadas instituciones (estatales, económicas, sociales), además de su relación ambivalente entre lo nacional y lo global (Sassen, 2007).

En el Capítulo 2 he presentado las *coordenadas contextuales*, en las que se expone una panorámica europea y española de la prostitución y se realiza un análisis nacional sobre migración y prostitución, desde las lecturas feministas de un mismo hecho social, traducido en diferentes posturas ideológicas que conforman el debate público, político y académico.

En el Capítulo 3 he presentado las *coordenadas analíticas*, que me han permitido el ejercicio teórico-empírico, a través de la construcción del concepto de salud desde el enfoque biológico, psicológico y social, además de describir los aportes de la teoría feminista a la biomedicina, cuyo concepto de salud ha sido sometido a una crítica de deconstrucción por su anclaje androcentrista. Además, se ha realizado un análisis de la producción científica sobre migración, prostitución y salud, destacando las principales premisas desde las cuales la literatura científica aborda la problemática de salud e inmigración, a nivel nacional e internacional.

En el Capítulo 4 para desarrollar los objetivos propuestos en esta tesis doctoral, he presentado *la propuesta de estudio desigualdades en salud en escenarios de prostitución* que articula los determinantes sociales que generan desigualdades en salud y la perspectiva de género. Dentro de esta propuesta, el proceso de salud-enfermedad se ha sido integrando no sólo a las dimensiones bio-psico-sociales de la persona, sino también al enfoque de los determinantes sociales que generan desigualdades en salud en las personas migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, desde el modelo aportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Women and Gender Equity Knowledge* (2007), que he adaptado a los objetivos propuestos en la investigación, destacando las siguientes categorías de análisis: el

contexto migratorio, el contexto de la industria del sexo y el tejido social dentro de la provincia de Almería.

La segunda parte de la tesis la he dedicado a la investigación empírica. En la presentación de esta tesis doctoral he partido desde mi posicionamiento como mujer migrante extranjera que ha decidido generar conocimiento de una realidad social cargada de múltiples significados. El conocimiento está mediado por los sujetos que lo producen, por lo tanto, no hay neutralidad ni en la forma de conocer ni en el conocimiento que se produce (Haraway, 1988; Montenegro y Pujol, 2003), razón por la que esta investigación se ha planteado desde una *metodología cualitativa*, descrita en el Capítulo 5: *Un estudio etnográfico en escenarios de prostitución*, cuya área específica de aplicación es el estudio de los discursos (Alonso, 1998). Más aún, cuando el interés fundamental es escuchar a las personas migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, conocer sus discursos, las implicaciones de estos en relación a la actividad que realizan en contextos migratorios y sus efectos en la salud y la integración social. Para obtener la información, en esta investigación etnográfica he aplicado técnicas cualitativas tales como la observación participante y las entrevistas en profundidad, semi-estructuradas e informales.

En los Capítulos 6 y 7, *Hablan las protagonistas*, se han presentado los resultados y el análisis de los datos obtenidos, a través de todo el trabajo de campo realizado, en el cual se han expuesto y analizado las condiciones en las cuales se desarrollan las trayectorias migratorias de las protagonistas de este estudio (Capítulo 6) y las consecuencias para la salud bio-psico-social de las mujeres migrantes extranjeras con relación a las categorías de análisis propuestas. También se han presentado los resultados acerca de la participación e integración social del colectivo dentro del tejido social de la provincia de Almería, haciendo especial énfasis en los servicios de salud y en los servicios sociales (Capítulo 7).

Por último, en el Capítulo 8 se presentan las *Conclusiones* con relación a cada uno de los objetivos específicos planteados para esta investigación. Los datos generados en la presente investigación pretenden aportar mayor comprensión de la situación en la cual se desarrollan las trayectorias migratorias de estas personas y contribuir al conocimiento sobre el estado de la cuestión de la salud de las personas migrantes en escenarios de prostitución cuyas dolencias no son sólo físicas, sino también psicológicas y sociales.

## **PARTE I. EL MARCO TEÓRICO**



## Capítulo 1. COORDENADAS TEÓRICAS

---

Hasta hace pocos años, y en coherencia con los patrones discriminatorios de género, las diferentes teorías de los movimientos migratorios enfocaban sus estudios desde una perspectiva androcéntrica en la que los procesos migratorios de las mujeres no eran tenidos en cuenta, pese a que la participación femenina en los flujos migratorios a lo largo de la Historia ha sido una constante. Arango (1985) señala cómo Ernst G. Ravenstein, geógrafo del siglo XIX, identificó, para finales del siglo, la presencia femenina en los flujos migratorios internacionales, constatando que las mujeres no solo eran dependientes del varón sino que tenían proyectos migratorios autónomos. Laura Oso, por su parte, abunda en la idea de la invisibilización de las mujeres en las dinámicas migratorias: “La literatura sobre movimientos poblacionales subestimó tradicionalmente a la mujer inmigrante: invisibilidad estadística, invisibilidad como sujeto político; como actor social y económico; invisibilidad como objeto de estudio” (Oso, 1998:22). En la actualidad, las mujeres son protagonistas silenciosas de las migraciones contemporáneas, tal y como lo recogen, año tras año, los informes de la Organización Mundial de Migraciones. En el año 2006, la población migrante en el mundo alcanzó los 200 millones de personas, siendo las mujeres casi la mitad del total, 99 millones (UNFPA, 2006).<sup>4</sup>

La migración de las mujeres pone en movimiento las columnas del templo. Si las que habían estado designadas para permanecer y esperar se transforman en las que se van y son esperadas, ¿qué garantía hay de que los restantes elementos que constituyen la base de la estabilidad de nuestros sistemas conceptuales permanezcan estables? ¿Cómo podrá mantenerse en pie la estructura en que vivimos? Es porque confronta nuestro sentido común, es decir, nuestros prejuicios más arraigados, por lo que la migración femenina encuentra obstáculos no sólo para ser estudiada, sino incluso para ser percibida, y esto es tanto en la sociedad de partida, como en la sociedad de llegada. Esta percepción de la movilidad femenina como peligrosa o incorrecta se ha materializado a lo largo del tiempo en disposiciones legales tendentes a limitarla (Juliano, 2004: 174).

La teoría feminista ha puesto al descubierto todas aquellas estructuras y paradigmas que discriminan y excluyen a las mujeres como colectivo, en los diferentes ámbitos de la sociedad y del mundo. Una de las herramientas teóricas que sirvieron para ello fue el concepto de género:

---

<sup>4</sup> Informe de 2006 del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Disponible en <http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/poblacion-y-desarrollo/personas-migrantes/65-estado-de-la-poblacion-mundial-2006-hacia-la-esperanza-las-mujeres-y-la-migracion-internacional-1/file> Accedido el 21/02/2012.

En primer lugar el concepto de género se refiere a la existencia de una normativa femenina edificada sobre el sexo como hecho anatómico. En segundo lugar, esta normatividad femenina reposa sobre un sistema social en el que el género es un principio de jerarquización que asigna espacios y distribuye recursos a varones y mujeres. Este sistema social será designado por la teoría feminista con el término patriarcado. En tercer lugar, el género se ha convertido en un parámetro científico irrefutable en las ciencias sociales (Cobo, 2008:49).

Esta categoría ha permitido la deconstrucción de diferentes paradigmas androcentristas que explicaban las experiencias de las mujeres desde el discurso de los varones, por lo que ha tenido una enorme repercusión en las ciencias sociales. A mediados de los setenta la teoría feminista en el campo de las migraciones permitió visibilizar a las mujeres como protagonistas de sus procesos y trayectorias migratorias, rompiendo así con la representación de acompañante pasiva del varón en dicho fenómeno. Las investigadoras feministas posibilitaron cambiar la imagen uniforme de la mujer esposa, madre, hija, al descubrir las diversas experiencias migratorias de las mujeres invisibilizadas y dar cuenta de los procesos autónomos y económicos (Morokvasic, 1984; Buijs, 1993; Oso 1998; Juliano, 2004). El enfoque que facilitó visibilizar a las mujeres migrantes como agentes económicas se tradujo en una atención especial al rol de las mujeres en dos ámbitos específicos: el servicio doméstico y el trabajo sexual.

Al respecto, encontramos cómo algunos autores han centrado sus estudios en los aspectos macro-estructurales que pretenden dar cuenta de la configuración y las relaciones económicas y políticas entre estados, y otros en los aspectos micro-sociales, tales como el hogar, la familia, las redes sociales e instituciones migratorias que influyen en la decisión y trayectorias migratorias de las personas migrantes. Cabe señalar a autores como Gregorio, 1998; Oso 1998; Bonelli y Ulloa, 2001; Solana, 2003; Ribas, 2005; López Riopedre, 2010; Piscitelli, 2009, 2013.

### 1.1 La economía global y “la narrativa de la exclusión”

El proceso de globalización económica neoliberal que ha tenido lugar a finales del siglo XX en el mundo ha dejado su huella en los movimientos migratorios de la gente de los países del sur hacia los países del norte durante las tres últimas décadas. Después de la revolución industrial, la globalización económica se considera uno de los mayores cambios históricos ocurridos en los últimos tiempos. El discurso de la economía global enfatiza únicamente las dinámicas económicas, técnicas y abstractas y procede como si estas dinámicas fueran inevitablemente neutrales en cuanto al género (Sassen, 2003: 112). La lógica del discurso

económico global, según plantea Sassen, opera como una “narrativa de la exclusión”, a través de procesos de valorización y desvalorización del trabajo, asumiendo formas distintas en:

1) La organización espacial de la economía urbana;

2) las estructuras para las reproducciones sociales y 3) la organización de los procesos de trabajo. En estas tendencias hacia múltiples formas de polarización yacen las condiciones para la creación de la pobreza y la marginalidad urbanas centradas en el trabajo (Sassen, 2003: 120).

Al igual que Sassen, otros autores, como Ordóñez (2006), desde la teoría feminista, apuntan la existencia de tres elementos fundamentales que caracterizan y describen “la narrativa de la exclusión” del modelo económico global actual:

1. La desigualdad, la competencia y el derecho a la propiedad son asumidos como valores principales, considerados imprescindibles para el crecimiento económico, la libertad y la prosperidad de todas las personas.
2. Ese crecimiento económico se ve como meta deseable para medir el desarrollo de una sociedad, aun a costa del empobrecimiento de las vidas de quienes pertenecen a los sectores sociales más desfavorecidos.
3. La democracia se juzga como algo secundario e incluso como un posible enemigo de la libertad del capital privado. Es el mercado y el orden espontáneo que éste va adquiriendo, no la intervención del Estado, quien debe distribuir los recursos y dirigir la política y la sociedad (Ordóñez, 2006: 29).

Estas ideas neoliberales se han ido implantando en todo el mundo debido al aprovechamiento de la caída del modelo europeo de posguerra y de la crisis económica de 1973. Gradualmente, fueron extendiéndose a los diferentes continentes y países durante los ochenta, llegando a América Latina, África, Europa del Este, Asia y Oceanía. Las medidas económicas implantadas afectaron a la soberanía de las economías nacionales y agudizaron las desigualdades entre países y regiones. Para grandes segmentos de población, estas medidas han significado la precarización de la vida, al producirse drásticos recortes en las políticas sociales, fundamentalmente en educación, salud y servicios sociales. La implementación de este nuevo modelo económico ha aumentado las desigualdades económicas y sociales, al empobrecer y reducir la calidad de vida de amplios sectores de la población, ya que los pobres se han hecho más pobres, los ricos más ricos y la clase media lucha por sostenerse, pese a la precariedad laboral y la desigual distribución de las rentas.

¿Cómo afecta esta situación a la población femenina de los países más pobres? En la mayoría de estos países, cuando descienden los ingresos familiares y sube el costo de vida, son las mujeres “cabeza de familia” quienes tienen que crear estrategias de “rebusque”<sup>5</sup> económico para apoyar los gastos o sostener a las familias. Frente a la privación de recursos básicos para la supervivencia del grupo familiar, el acceso a la vivienda, a los servicios de agua y luz, educación y salud, etc... se hace más difícil, por lo que las mujeres que no pertenecen a las minorías ricas están viéndose obligadas a incorporarse al mercado laboral remunerado, en condiciones de precariedad: empleo temporal, sueldos bajos, horarios extenuantes, cuidado y educación de sus criaturas a cargo de terceras personas.

Esta situación determina que las mujeres que sobrellevan una sobrecarga de actividades, realizando doble trabajo, dentro y fuera de casa, vean limitado el disfrute del tiempo libre, tengan que renunciar a la posibilidad de acceso a actividades formativas, reduzcan las horas de sueño y descanso, se alimenten inadecuadamente. Todos estos factores repercuten negativamente en la salud física y mental, en la calidad de vida, en la relación psico-afectiva con sus hijos e hijas y otras relaciones fuera del ámbito laboral, así como en las posibilidades de desarrollo de sus potencialidades humanas. Como apunta Nussbaum (2002):

No hay país alguno que trate a su población femenina igual de bien que a la masculina [...] la desigualdad de sexos está en fuerte correlación con la pobreza. Cuando la pobreza se combina con la desigualdad de los sexos, el resultado es una aguda carencia de capacidades humanas centrales [...]. Las mujeres carecen de un apoyo esencial para llevar una vida plenamente humana. Esta falta de apoyo se debe a menudo al solo hecho de ser mujeres (Nussbaum, 2002: 31).

El pensamiento feminista considera que uno de los efectos de la globalización económica ha sido la denominada “*feminización de la pobreza*”. Dicho proceso genera consecuencias negativas en el ámbito de la salud, la formación y la autonomía personal de las mujeres. Además, ha impulsado el desplazamiento de millones de personas al extranjero, buscando mejorar la calidad de vida para ellas y sus familias. De ello se desprende que muchas mujeres “*jefas o cabeza de familia*” inician la migración para insertarse en un mercado laboral (Gregorio, 1998; Sassen, 2003; Oso y Parella, 2012) que ofrece oportunidades de inserción fundamentalmente en el trabajo de cuidados.

---

<sup>5</sup> El término coloquial “rebusque” es utilizado en Colombia para describir que una persona está intentando solventar su economía con cualquier actividad informal que se lo permita.

Por otro lado, en los países de recepción, la incorporación de la mujer al mercado laboral no ha provocado una reorganización de la estructura laboral ni un reparto igualitario del trabajo doméstico y de cuidado con el varón, ni una regulación de los horarios para la conciliación de la vida familiar, sino que se ha recurrido a mujeres migrantes extranjeras configurándose de este modo las llamadas “cadenas de cuidado transnacionales” (Hochschild, 2000). Estos condicionantes macro-estructurales, marcados por un paradigma económico globalizado y desigual, han constituido el terreno en el que emergen muchos de los procesos migratorios de mujeres y hombres. “La mayor parte de los autores que han estudiado los movimientos migratorios laborales en España, están de acuerdo en contextualizarlos en el marco de los cambios económicos y políticos acontecidos a nivel mundial, tendentes a la internalización cada vez mayor de la economía” (Gregorio, 1998: 17).

Desde esta perspectiva de economía global, algunas autoras como Sassen (2003) resaltan la vinculación existente entre las migraciones y la industria del sexo: “La industria del sexo se configura como un circuito transfronterizo alternativo donde las mujeres encuentran un modo de supervivencia para ellas y su unidad familiar transnacional. Estos circuitos pueden ser ilegales como el tráfico para la industria del sexo o legales como las remesas, pero son componentes de la economía globalizada” (Sassen, 2003:44). La demanda de mano de obra en trabajos considerados “femeninos” constituye el reclamo constante que vincula 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, que hace que este sector se configure como una forma de ganar dinero para muchas mujeres inmigrantes” (Ordoñez, 2006: 38). La prostitución y la migración derivada de la búsqueda de empleo están creciendo en importancia como modos de ganarse la vida. Las mujeres son, indiscutiblemente, el grupo de mayor importancia en los sectores de la prostitución y de la industria del sexo y se están convirtiendo en un grupo mayoritario en la migración (Sassen, 2003: 44).

Podemos convenir que este grupo de mujeres migrantes forma parte de la nueva clase global denominada por Sassen *trabajadores desfavorecidos*, cuya lógica es la de las luchas y los conflictos locales. Surgen de la combinación de grupos de trabajadores precarizados, activistas con escasos recursos, ciertos sectores claves de la sociedad civil, las redes de las diásporas, hogares y comunidades transnacionales de inmigrantes. Una de las características de esta nueva clase global es su escasa movilidad social y la ausencia de eficaces mecanismos de participación social. Tal y como apunta Sassen: “con frecuencia estos sectores son invisibles para los grupos políticos y para la sociedad civil nacional, no se los reconoce como actores políticos y sociales y no se los autoriza a actuar en el sistema político formal” (Sassen, 2007: 229).

## 1.2. Las políticas migratorias

Las políticas migratorias de los estados han sido transformadas también por el crecimiento de la economía global y otros procesos transnacionales (Sassen, 2003). Como ejemplifica García (1999): “Las migraciones del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX eran casi siempre definitivas y desconectaban a las personas que se iban de quienes se quedaban, en tantos los desplazamientos actuales combinan traslados definitivos, temporales, de turismo y viajes breves de trabajo” (p. 78). Los cambios introducidos por las nuevas tecnologías de la comunicación, tanto para la movilidad del capital como de las personas, son un factor crucial para entender este fenómeno.

En la actualidad, el ingreso a sus países es regulado por la soberanía de cada estado a través de leyes constitucionales y disposiciones jurídicas específicas. Como refiere García (1999): “es más sencillo hacer inversiones en un país extraño que volverse ciudadano. La globalización es imaginada con más facilidad para los mercados que para los seres humanos” (p. 81). De hecho, y como recoge Sassen (2003), es paradójico que las migraciones transfronterizas actuales, generadas por los gobiernos ricos y los mercados económicos, se han convertido en importantes fuente de divisas para los países emisores. Numerosos países y algunas regiones del mundo son cada vez más dependientes de las remesas enviadas por la población migrante, incluidas las personas que migran y se insertan en los circuitos transfronterizos de la industria del sexo.<sup>6</sup>

Estas políticas migratorias son diseñadas por la clase global definida por Sassen como *los funcionarios públicos transnacionales*, que representan a sus respectivos ministerios y gobiernos. Esta clase global opera, según la socióloga, por la lógica de la regulación y de la gobernabilidad dentro de su dominio particular. A esta clase global le debemos los acuerdos internacionales de libre comercio, el control de las fronteras, la defensa de los derechos humanos y, como no podría ser de otra manera, las políticas migratorias que rigen los diferentes estados. Políticas migratorias androcéntricas, que, según Juliano, se realizan “sobre el modelo de hombre inmigrante, y no tiene en cuenta las especificaciones laborales y vitales de las mujeres” (Juliano, 2004: 189). Un androcentrismo que posibilita la selección y la discriminación de las personas inmigrantes en función de las necesidades económicas del país receptor pero que olvida la

---

<sup>6</sup> El informe de la OIM (2012) sobre el panorama migratorio de América del Sur señala que “en el conjunto de América del Sur, las remesas alcanzaron en 2010 un monto de 17.260 millones, lo que supone aproximadamente un 0,5% del PIB de la región. Los principales lugares donde se originan estos flujos monetarios son Estados Unidos y España, los que juntos suman una cantidad superior a diez mil millones de dólares y más del 66% del monto total de remesas percibidas por América del Sur. En Europa, el principal emisor de remesas a América Latina es España (24,6%), seguido de Italia (4%), Reino Unido (1,7%) y Alemania (1,6%). En Asia, Japón es, con el 8,6%, el único gran emisor (op. cit. en 61).

responsabilidad de la inclusión e integración social de las personas migrantes. Como señala García:

A diferencia de las migraciones definitivas ligadas a las políticas de poblamiento, como ocurrió en el pasado, entre otros países, en Argentina, Australia, Canadá y Estados Unidos, en los últimos años, y aun en esas naciones, los permisos de residencia son periódicos, discriminan según la nacionalidad y las necesidades económicas del país receptor. La autorización para permanecer puede renovarse, pero los países más atractivos y con mayor afluencia de migrantes conceden la nacionalidad solo a una pequeña minoría y limitan los derechos, la estabilidad y la integración de los extranjeros en el país. Si bien los migrantes son aceptados porque sus intereses laborales convergen con las necesidades de la economía que los adopta, en el contexto sociocultural se producen cortocircuitos que conducen a la segregación en barrios, escuelas, servicios de salud, así como en la valoración de creencias y costumbres, y pueden llegar a la agresión y a la expulsión (García, 1999: 39).

Son dos las principales vertientes de toda política migratoria: una política de control y una política de integración, y ambas están estrechamente relacionadas por sus constantes interacciones (Hammar, 1985). Estas dos vertientes coinciden con el enfoque de Sassen (2003) cuando refiere: “Dos rasgos fundamentales de la política inmigratoria son entonces, los que definen la frontera y al individuo como sitios de observancia regulatoria” (p. 39).

A través del análisis que realiza Garcialoro (2008) de los ejes de la política migratoria en la Unión Europea dentro del Tratado de Ámsterdam<sup>7</sup>, se puede entender la relación de esas dos variables -la frontera y el individuo- cuando afirma:

Ante el establecimiento de un espacio sin fronteras interiores, en el que la libre circulación de personas iba a quedar plenamente garantizada, los Estados miembros se plantearon que este “espacio de libertad” requería la adopción de instrumentos que reforzasen las fronteras exteriores comunitarias teniendo en cuenta la magnitud del fenómeno migratorio. Los dos principales ejes son las políticas de control y de integración” (Garcialoro, 2008: 38).

---

<sup>7</sup> El Tratado de Ámsterdam se firmó entre los países miembros de la Unión Europea el 2 de octubre de 1997 y entró en vigor el 1 de mayo de 1999. Su finalidad es reformar las instituciones de la Unión Europea para preparar la llegada de futuros países miembros. Disponible en [http://europa.eu/about-eu/basic-information/decision-making/treaties/index\\_es.htm](http://europa.eu/about-eu/basic-information/decision-making/treaties/index_es.htm). Accedido el 11/03/2011.

Es evidente que, en los últimos años, desde los gobiernos se dedican más recursos económicos a la función del control de fronteras mediante medidas restrictivas (principalmente para personas migrantes no comunitarias), mientras que la política de integración no solo adolece de recursos, sino que se requiere “una mayor armonización legislativa a nivel comunitario. En este sentido cabe mencionar tres aspectos que son fundamentales a la hora de abordar la integración de los inmigrantes en los Estados miembros: la reagrupación familiar, los nacionales de terceros países residentes de larga duración y la incorporación en el mercado laboral de la mano de obra extranjera” (Garcialoro, 2008: 28).

Siguiendo a Garcialoro (2008), existe un numeroso grupo de personas de terceros países, residentes de larga duración, que no logran encontrar las vías para regularizar su situación administrativa, quedándose así al margen de las políticas de integración social. En el caso del trabajo sexual y, como bien señala López Riopedre (2010), a pesar de que la legislación en materia de extranjería omite cualquier referencia al trabajo sexual (Ley Orgánica 4/2000) “existe una realidad social contrastada en cuanto al hecho de que la mayoría de trabajadoras sexuales en activo en nuestro país son extranjeras, al igual que sucede en otros ámbitos laborales de baja cualificación (empleadas domésticas, cuidadoras de niños y ancianos, etc.)” (López Riopedre, 2010: 374).

Dentro de estas clases globales ya hemos presentado dos componentes importantes: *la clase de trabajadores desfavorecidos*, en la que incluimos a las mujeres migrantes extranjeras que ejercen prostitución; *la clase de los funcionarios transnacionales*, quienes diseñan las políticas de migración; y, por último, cabe añadir la clase global de *los ejecutivos y profesionales transnacionales*, “conformada por profesionales cualificados cuya lógica es la obtención de ganancias, este grupo se encuentra en una posición intermedia entre lo global y lo nacional” (Sassen, 2007: 218). Situaré en esta clase a las personas empresarias de la industria del sexo quienes, a través de múltiples formas de comercialización, mueven los hilos de esta gran industria a escala mundial, donde se incluye “el tráfico ilegal de personas destinadas a la industria del sexo y a varios tipos de trabajo en el mercado formal e informal” (Sassen, 2003: 41). Por su parte, Laura Agustín (2004) describe de manera clara la interrelación entre estas tres clases globales, dentro de la industria del sexo:

La industria del sexo implica la presencia de Estados que legitiman al sector, tanto en los países de origen de los emigrantes (fomentando el desarrollo del turismo mientras la infraestructura social se descuida) como en los de llegada, que se constituyen en los de demanda activa de tales servicios. Lo mismo que los estados de origen de los emigrantes esperan recibir las remesas de estos desde el extranjero, también calculan los ingresos que les produce el turismo en los propios países. Por su parte el incremento de la



demanda de inmigrantes para trabajar en los servicios (domésticos y atención a las personas) en los países desarrollados se establece también en el área de la economía gris (entre los sectores formal e informal), lo mismo que ocurre con parte de los trabajadores inmigrantes que se ocupan en la agricultura, la construcción o los servicios, beneficiando particularmente a determinados sectores de la población autóctona que los demandan, y en general, a los Estados que no adquieren compromisos ante los derechos que debían adquirir tales trabajadores (Agustín, 2004: 113).

### 1.3. Discursos y representaciones sociales sobre la prostitución

En los últimos años, hemos pasado del no reconocimiento de las mujeres como protagonistas en los procesos migratorios a visibilizar la feminización de las migraciones, pero vinculando a las mujeres que migran con discursos de distinta índole que convergen en mostrar una supuesta homogeneidad entre ellas en los diferentes países receptores. Estos discursos públicos, políticos y mediáticos animan los debates sobre migración y prostitución, alimentan el imaginario colectivo sobre el mercado del sexo y a su vez facilitan o limitan las políticas que regulan la inclusión e integración social de las personas que ejercen la prostitución.

Dos son los discursos paradigmáticos que con más fuerza aparecen en el panorama internacional y nacional y fundamentan las diferentes legislaciones y políticas públicas en relación a la prostitución. El primero, abanderado por las feministas abolicionistas y heredero del feminismo de raigambre burguesa (Juliano, 2004; Ordóñez, 2006), se centra en el “paradigma de la opresión” (Weitzer, 2010), al concebir la actividad de la prostitución como una forma de violencia y dominación masculina sin matices, y la equipara, en todos los casos, con la trata y el tráfico de personas con fines de explotación sexual, ubicando a todas las personas que ejercen la prostitución en la categoría de víctimas de la violencia de género. (Carracedo, 2003). El discurso abolicionista no reconoce la agencia de las mujeres en el ámbito de la prostitución por lo que las denomina “mujeres prostituidas” (Carracedo, 2003; Barahona y García, 2006; Díez, 2012). El posicionamiento abolicionista aspira a erradicar la prostitución, al considerarla “un grave atentado contra los derechos humanos, una clara manifestación de la violencia contra las mujeres y un signo inequívoco de explotación sexual” (Rubio, A., 2008: 76).

El segundo discurso, desde un feminismo teórico y activista con un enfoque basado en los derechos en el trabajo sexual (Petherson 2000; Osborne, 2003; Agustín, 2004, Juliano, 2004; Holgado, 2008; Maqueda, 2009), tiene su principal impulso en las luchas políticas que las propias mujeres prostitutas protagonizaron en Europa en los setenta, alzándose y encerrándose en las iglesias, junto a otras mujeres feministas aliadas, para denunciar la violencia institucional

y la impunidad policial (Pheterson, 2000; Osborne, 2004; Holgado, 2013). En palabras de Holgado:

El sustrato político-feminista que aglutina a este movimiento a escala transnacional tiene que ver con la ética democrática de los derechos y la salvaguarda de la libertad sexual, así como con el rechazo a la victimización por ser esta una estrategia de comunicación. A su vez, la vindicación de ser reconocidas por otras mujeres en pie de igualdad; no en términos de asistencialismo sino de sororidad y reconocimiento mutuo. Parte de la concepción de las mujeres como sujetos actuantes, situadas de manera diferente pero capaces de negociar y transformar reflexivamente sus condiciones de vida, también en contexto de prostitución (Holgado, 2013: 232).

Así, la posición del “feminismo de la lógica de los derechos” “defiende que la visualización de la prostitución es la mejor manera de luchar contra la violencia, la marginalidad y la falta de protección de los derechos humanos” (Rubio, M., 2008: 255), así como la importancia de garantizar que todas las personas que trabajen en la prostitución o en la industria del sexo gocen de sus derechos humanos. Un sector de esta corriente reclama derechos laborales para las mujeres, varones y transgéneros insertadas en la potentísima y lucrativa industria del sexo a escala global. Para esto último, las feministas defensoras de dicha posición consideran necesario “desvincular, tanto en el abordaje intelectual, político y jurídico, como del imaginario social, la prostitución de aspectos delictivos o penales como el proxenetismo o tráfico de personas” (Asociación Pro-derechos humanos de Andalucía 2008: 23). Desde esta perspectiva se reconoce a las personas en prostitución con capacidad de agencia, sustituyendo en ocasiones el concepto de prostitución por los conceptos de sexo de pago (Holgado, 2008); sexo-servidoras (Hill, 2004) y trabajadoras del sexo (Petherson, 2000; Osborne, 2003; Agustín, 2004, Juliano, 2004; Holgado, 2008, 2013).

La escucha y la toma de la palabra por parte de las personas insertadas en la prostitución es uno de los pilares del movimiento político basado en la lógica de los derechos en el trabajo sexual. A partir del trabajo conjunto entre mujeres “de las dos orillas”, ha sido posible compilar evidencias que rompen multitud de prejuicios respecto a la prostitución, permite mostrar la inabarcable heterogeneidad de subjetividades y motivaciones presentes en la industria del sexo (contra la uniformización del sujeto “mujer”) y, principalmente, comprender las diferentes opresiones que configuran la vida de las mujeres y determinan sus estrategias de vida.

Como evidencian múltiples autoras ante la uniformización del sujeto “mujer” (Juliano, 2002; Butler, 2003; Holgado, 2008), la opresión de género es universal, pero no la única ni necesariamente la principal para todas las mujeres: otras relaciones de desigualdad, como el racismo, el colonialismo, el sexismo, la pobreza y la clase, la discriminación por

edad, la opción sexual, la etnia, etc., también configuran la vida de las mujeres y significa una gran heterogeneidad de intereses y posiciones de poder diferentes. En este sentido, la venta de servicios sexuales se convierte, muchas veces, en una opción deliberada de resistencia y emancipación frente a discriminaciones y otras exclusiones previas (Holgado, 2013: 232).

Respecto al abuso, la explotación y la violencia en contexto de migración y prostitución, el tráfico criminal y la trata de mujeres, o la violencia infantil en la industria del sexo global, el discurso a favor de los derechos en el trabajo sexual plantea la trascendencia de reconocer la diversidad de situaciones para poder dar respuestas públicas más eficaces:

Uno de los aspectos centrales de las demandas del movimiento pro-derechos es la urgente necesidad de considerar la enorme diversidad de situaciones que se dan en el ámbito de la prostitución a escala global; para empezar, distinguir entre las personas que optan, consciente y deliberadamente, por el trabajo sexual, de aquellas que sufren violencia y coacción en contexto de prostitución y tráfico. Como apunté en otro texto (Holgado, 2008), el derecho a estar (voluntariedad y usufructo de la libertad sexual) y el derecho a no estar (protección frente a la violencia y explotación sexual), dado que significan realidades radicalmente distintas que requieren de intervenciones igualmente diferentes, al tratarse de “derechos a tutelar” bien distintos, como señalan atinadamente algunos profesionales del Derecho” (Holgado, 2013: 232).

### 1.3.1. Entre la victimización y la agencia de las mujeres.

Las nociones de ausencia de voluntad e incapacidad de elección en el ejercicio de la prostitución por parte de las mujeres se aglutinan en el “paradigma de la opresión”, que pone el acento en las mujeres como seres vulnerables al engaño y la coacción, carentes de capacidad de agencia frente a sus trayectorias migratorias. Por lo cual, “en el imaginario social las inmigrantes solas, sin protección masculina, serían víctimas fáciles de traficantes y mafias de trata. Al no reconocerles proyectos autónomos, no se piensa que se le castiga con la expulsión, sino que se les “salva” de sus explotadores” (Juliano, 2004:192).

El sociólogo Ronald Weitzer (2010) argumenta que el discurso del “paradigma de la opresión” presenta toda clase de comercio sexual como una institucionalizada subordinación de las mujeres a los varones, independientemente de las condiciones en que se produce el comercio sexual, y sostiene que es un paradigma monolítico que cumple una doble función, en primer lugar: “el resurgimiento de una nueva mitología de la prostitución. En segundo lugar,

esta mitología tiene importantes consecuencias en el mundo real: las políticas públicas cada vez se basan en las contiendas de activistas y académicos prohibicionistas” (p. 1337). El autor sostiene también que los nuevos paradigmas del trabajo sexual están construyéndose sobre conceptos polimorfos, basados en investigaciones que permiten la posibilidad de escuchar los diferentes significados que tiene el comercio sexual para las personas incluidas dentro de la industria sexual.

Este paradigma polimorfo sostiene que existe una amplia constelación de acuerdos de trabajo, relaciones de poder, y experiencias personales entre los participantes en el comercio sexual. El polimorfismo es sensible a la complejidad y a las condiciones estructurales que determinan la distribución desigual de la agencia y la subordinación de los trabajadores. La victimización, la explotación, la elección, la satisfacción laboral, la autoestima y otros factores difieren entre los tipos de trabajo sexual, las localizaciones geográficas, y otras condiciones estructurales. El intercambio sexual comercial y de entretenimiento erótico no son fenómenos homogéneos (Weitzer, 2010: 1338).

Raquel Osborne (2003) conceptualiza claramente el término trabajadora sexual:

Desde los recientes discursos de las prostitutas y sus aliados/as se intenta redefinir su situación y sus vindicaciones, tratando de adoptar términos que se ajusten a las nuevas definiciones relativas a la prostitución. Si prostituta es el término “técnico”, que coloquialmente recibe toda su carga negativa al convertirse en “puta”, “trabajadora del sexo” -sex worker- ha ido extendiéndose como el término alternativo favorito. Permite dejar claro que se refiere a una actividad, el trabajo sexual (sex work), pero se desmarca de otras consideraciones, como viciosa/victima, al relacionar dicha actividad sexual con la principal manera de inserción de las personas en las sociedades de mercado: el trabajo. Si se realiza un trabajo, la trabajadora del sexo no puede ser vista (intrínsecamente) como una esclava sexual, definida por su sujeción y deshumanización, sino por efectuar una venta de servicios sexuales a cambio de una remuneración u otro tipo de beneficios. Por eso se prefiere hablar también de intercambio económico-sexual, pues se reconoce que al menos dos son las partes implicadas en la transacción económica (Osborne, 2003: 240).

El imaginario colectivo que comparte el discurso del “paradigma de la opresión” hace especial énfasis en la victimización de las mujeres, sin tener en cuenta que también existen varones y transexuales víctimas de diversas formas de violencia y explotación. El estigma (con la victimización como su complemento) también tiene sesgo de género. Agustín (2004) hace referencia a ello cuando constata en sus estudios cómo las mujeres migrantes “aprenden” que son víctimas al llegar a la sociedad española. La confusión reiterada de realidades opuestas en

el contexto de prostitución es una de las principales denuncias del feminismo a favor de los derechos en el trabajo sexual.

Cuando el marco de la violencia se aplica a la prostitución de adultos, el término “explotación sexual” intenta cambiar el lenguaje para imposibilitar la prostitución voluntaria. Para quienes pretenden abolir la prostitución, este giro lingüístico supone un progreso, porque así las palabras ya no serán cómplices de la violencia. Para los que pueden querer o no, abolir la prostitución pero que en la actualidad priorizan la mejora de vida cotidiana de quienes venden sexo, este cambio lingüístico totaliza una variedad de situaciones, borrando las diferencias entre niveles de voluntad, lo cual dificulta proponer soluciones prácticas (Agustín, 2004: 56).

### 1.3.2. Representaciones mediáticas y sociales de la prostitución.

En estos años de crisis, el colectivo migrante que procede de países empobrecidos es uno de los blancos predilectos de los discursos que lo representa como claro (e ilegítimo) competidor en un mercado laboral profundamente precarizado. Desde las diferentes agencias discursivas hasta el corriente de la gente, se activan los peores prejuicios para ocultar el déficit de derechos y justificar las desigualdades sociales: “el inmigrante es utilizado como catalizador de la incertidumbre y de la percepción de vulnerabilidad que afecta a las sociedades industriales” (Bruquetas y Moreno, 2011: 23).

El fenómeno de la migración se construye discursivamente de manera diferenciada en función del género, de modo que los discursos sobre el sujeto migrante varón y el sujeto migrante mujer difieren considerablemente. Los estudios realizados en España sobre la imagen de la mujer inmigrante en los medios de comunicación (Pérez, 2003; Pérez Grande 2008; Massanet y Ripoll, 2008; Kressova, Granados, García y Granados, 2010) ponen en evidencia de qué manera estas diferencias “construidas” influyen en la percepción de la opinión pública. En el caso concreto de las migraciones desde diferentes ámbitos (organizaciones, instituciones, etc.) preocupa la manera como los medios de comunicación construyen determinadas representaciones o imágenes (Massanet y Ripoll, 2008: 2). Se presenta una diferenciación entre la migración femenina y la migración masculina, por la que las mujeres migrantes extranjeras no son reconocidas como pioneras de sus trayectorias y proyectos migratorios, ni como migrantes autónomas y trabajadoras. Este hecho se fundamenta claramente en el análisis realizado por Pérez (2003) de los medios de comunicación, donde queda patente cómo se relaciona toda la inmigración con aspectos conflictivos o males sociales, existiendo una

sobrerrepresentación de fuentes oficiales (institucionales o policiales), al tiempo que se otorga escaso reconocimiento a otras fuentes procedentes de ONG y de colectivos inmigrantes. Respecto a las mujeres que ejercen la prostitución, estas aparecen únicamente como víctimas de redes, mujeres secuestradas y traficadas. Impera el juicio moral en estas informaciones, así como la aparente ausencia de un proyecto migratorio propio (IAM, 2011; Defensor del Pueblo, 2012; Holgado, 2006, 2013).

Siguiendo a Holgado (2006), algunas de las estrategias discursivas utilizadas para representar a las mujeres migrantes son:

1. Ocultamiento de la multiplicidad de experiencias y discursos cuestionadores y en positivo de las mujeres migrantes.
2. Criminalización de algunos colectivos por el uso de su sexualidad (o son paridoras “en exceso”, o son prostitutas).
3. Hipervisibilización, a través de un tratamiento falseado y casi siempre moralista, de algunas situaciones y colectivos, como es el caso de las mujeres migrantes insertadas en el sector del sexo transnacional, recurriendo a la hipervictimización (proceso de estigmatización simultáneo) y negando su condición de agentes en las dinámicas migratorias y laborales del nuevo escenario global (Holgado, 2006: 185).

A partir de las investigaciones que analizan las representaciones sociales en los medios de comunicación se evidencia la asociación casi lineal entre tráfico y prostitución. Según Oso y Ulloa (2001):

El estudio saca a la luz cómo la prensa reproduce una visión victimizadora de la mujer inmigrante prostituta, vinculada al engaño y a las redes de tráfico de personas, a su vez, los datos obtenidos por el trabajo de campo realizado en esta investigación, evidencia desde la propia voz de las mujeres inmigrantes, un panorama que diverge del imaginario colectivo más generalizado (Oso y Ulloa, 2001: 67).

Esta divergencia entre el discurso establecido mantenido por tantos años y la negativa a dar voz de las personas en prostitución, como interlocutoras válidas, tal como las representa Dolores Juliano (2004) y el movimiento feminista a favor de los derechos en el trabajo sexual, es una constante que aparece en la totalidad de los estudios que reflejan la realidad y la vulneración de los derechos de las mujeres migrantes que ejercen la prostitución (Oso 1998; Holgado 2001, 2008; Ación y Solana, 2008; Maqueda, 2009; Heim, 2011). Dolores Juliano (2004) señala:

Esta diferencia en el tratamiento explica que solo se hable de trata con relación a las mujeres, cuando los abusos en cobro de deudas por el viaje, la explotación y la coerción son peligros que plantean sobre toda la migración de manera creciente, desde el momento que la Ley de Extranjería y sus reformas van haciendo cada vez más difícil la entrada al país por las vías legales” (Juliano, 2004: 196).

### 1.3.3. Numerosas como víctimas, escasas como sujetos de derecho.

Resulta paradójico y relevante como elemento de análisis el problema de la cuantificación de las mujeres que ejercen la prostitución en las investigaciones sobre la temática, así como la disparidad de criterios y cifras en las que estas se apoyan. Según mi hipótesis -que surge del análisis de la bibliografía consultada para consolidar este marco teórico- los sujetos de estudio se cuantifican según el discurso que los sustente, sea desde un enfoque opresor<sup>8</sup> o desde un enfoque basado en los derechos.

En las investigaciones y análisis del fenómeno realizados desde el discurso de “violencia de género y explotación sexual”, la cuantificación de las *víctimas* es un elemento preponderante y uno de los objetivos centrales dentro de las investigaciones que se llevan a cabo. Además, el “paradigma opresor” se aplica de manera homogénea a todo el colectivo, tal como lo destaca López Riopedre (2010):

España se caracteriza por una intensa (y progresiva) criminalización de la industria del sexo que se sustancia a través de la intervención principal del derecho penal en esta materia con la tipificación expresa de determinadas conductas que afectan de forma directa o indirecta a la práctica totalidad de los actores sociales, incluyendo las propias trabajadoras sexuales las cuales pasan a ser consideradas como sujetos pasivos (*víctimas*) desligados de sus derechos más elementales (López Riopedre, 2010:378).

---

<sup>8</sup> Así se evidencia en los datos facilitados por el Ministro del Interior, en septiembre de 2013: “La trata de seres humanos con fines de explotación sexual se manifiesta en la actualidad como uno de los grandes negocios delictivos de nuestro tiempo, sólo por detrás del tráfico de drogas. En el primer semestre de 2013, la Policía y la Guardia Civil realizaron 1.237 inspecciones donde se ejerce la prostitución y detectaron 7.114 personas en situación de riesgo, la mayoría mujeres, y cinco de las personas identificadas eran menores de edad. Por continentes, ha explicado el ministro del Interior, “América y Europa destacan como origen mayoritario de las personas en situación de riesgo”. Además, Jorge Fernández Díaz ha señalado que esta lista está encabezada por Rumanía (36%), seguida por la República Dominicana (13%), España (12%) y Brasil (11%) y ha trazado el perfil más frecuente de estas personas en riesgo: “Es mujer de 23 a 32 años, de nacionalidad rumana y en situación irregular” (p. 61).

La investigación realizada por Sanchís y Serra (2011) sobre la prostitución femenina en Valencia desde un abordaje económico encontró una gran disparidad entre los datos obtenidos en su estudio y los datos oficiales que son utilizados una y otra vez por diferentes estudios para sustentar sus hallazgos. Los autores apuntan que “por extrapolación se calcula que en el conjunto de España hay menos de 100.000 mujeres en el sector y que el volumen anual de negocio no llega a 2.500 millones de euros, cifras muy inferiores a las que -sin ningún fundamento empírico- suelen darse por buenas en el debate sociopolítico (300.000 mujeres y 18.000 millones de euros). En particular es imprescindible distinguir entre prostitución criminalmente forzada y estructuralmente generada” (Sanchís y Serra, 2011: 175). Las conclusiones del estudio evidencian las discrepancias entre las posiciones y la poca fiabilidad de los datos.

Por consiguiente, la primera conclusión coincidente en todos los estudios desde el “paradigma opresor” es fusionar a las mujeres víctimas de explotación sexual con la actividad misma de la prostitución, sin aclarar cuántas mujeres prostitutas se encuentran en España. Además, se hace necesaria una diferenciación de los términos *trata* y *prostitución*, como lo han planteado recientemente Ación y Checa (2011).

Las investigaciones que realizan estudios empíricos suelen llegar a las mismas conclusiones en relación con la dificultad para cuantificar a las personas que ejercen la prostitución (Solana, 2007; Sanchís y Serra, 2011). Dichas dificultades se deben, principalmente, a los siguientes factores: la dificultad de acceso al colectivo (Bonelli et al., 2001; OIM 2003; Solana, 2003; López Riopedre 2010; Fernández, 2011; Oso, 2012); las características de una actividad oculta y clandestina, donde sus participantes no quieren ser identificados con su ejercicio (Solana, 2003; Ación, 2008); y, por último, la alta movilidad del colectivo de personas que ejerce la prostitución lo que dificulta al personal investigador la producción de información al respecto (Serra, 2008).<sup>9</sup>

Para concluir, la aproximación, los resultados y las conclusiones son diferentes cuando el tema de la prostitución se aborda desde el discurso científico o desde el discurso ideológico; la posición de neutralidad en una investigación sobre un hecho social como la prostitución, cargado de gran carga emocional y moral, requiere un posicionamiento y de habilidades interpretativas más allá de las cifras.

---

<sup>9</sup> Todos estos elementos serán retomados en el Capítulo 5 que recoge la metodología, donde describo las dificultades encontradas en el desarrollo del trabajo de campo para esta investigación.



Considero a las protagonistas de esta investigación como personas migrantes extranjeras, que se ocupan en la industria del sexo, específicamente en la prostitución, sean o no víctimas de trata con fines de la explotación sexual. “La prostitución podría ser definida como la prestación voluntaria y negociada de servicios sexuales remunerados”, nos dice Maqueda (2009: 61). Opto por la expresión *ejercer la prostitución*, poniendo el acento no en la persona sino en la actividad que desarrolla. Como señala Fernández (2011) “*ejercer* define una actividad que se realiza en un momento determinado del día o de la vida de una persona” (Fernández, 2011: 31). El espectro de los movimientos migratorios es muy amplio, pero si agudizamos nuestra visión y análisis, podemos entender el acto migratorio como una potencial opción de emancipación y empoderamiento -enfoque basado en los derechos- o un eslabón de la cadena interminable de la dominación y perpetuación de los sistemas de desigualdad entre los géneros -enfoque basado en el paradigma opresor-. Uno de los escenarios en el que se manifiesta esa enorme heterogeneidad y diversidad es en el ejercicio de la prostitución.

#### 1.4. El estigma, la primera violencia contra las mujeres en prostitución

Ervin Goffman publicó en 1970 una obra imprescindible para comprender las características y las formidables repercusiones que tienen los procesos de estigmatización para los sujetos y los colectivos estigmatizados. El estigma, desde el mundo griego, rotula a la persona y la incapacita para una plena participación social, ya que la marca le impone una “identidad deteriorada”, la coloca al margen de la aceptación social y, por tanto, objetivo fácil de las fobias sociales y la impunidad estatal.<sup>10</sup>

En palabras de Goffman, la persona destinataria del estigma es

dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás [...] en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil. De ese modo, dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando este produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe también el nombre de defecto, falla o desventaja (Goffman, 1970: 12).

---

<sup>10</sup> En el caso de las mujeres en prostitución, las marcas para distinguir las se han traducido históricamente en rapados de cabello, la prohibición de acceder a determinados lugares o el uso de determinadas vestimentas o colores, como la imposición del color pardo establecida por Alfonso X el Sabio. (Holgado, 2013).

Los procesos sociales de estigmatización se nutren de toda suerte de estereotipos y prejuicios en clave negativa y, respecto a la prostitución, en la actualidad, como ya ha sido citado, los discursos políticos y mediáticos son fundamentales en las representaciones muchas veces distorsionadas por el efecto del estigma. De hecho, las autoras que abordan el estudio del estigma en la prostitución la identifican como la primera violencia, no solo en sí misma cuando llega en forma de insulto sino por servir para justificar el resto de violencias o discriminaciones históricas respecto al colectivo de mujeres en prostitución (Pheterson, 2000; Juliano, 2004; Holgado, 2008). Pheterson (2000), sostiene que, si descartamos el estigma, el fenómeno de la prostitución “desaparece”, dado que este “funciona a medida de prisma, ya que desvía la atención, desarticula la comprensión y deforma la realidad” (Pheterson, 2000: 9).

Isabel Holgado (2013), en su análisis del estigma en la prostitución en diferentes contextos nacionales, sintetiza:

El estigma tiene un impacto demoledor y de largo alcance en todas las facetas de la vida de las mujeres en prostitución. Dos características fundamentales se asocian al estigma.

1. Es contaminante. La desvalorización de la mujer en prostitución afecta a toda persona vinculada a ella, alcanzándoles la violencia amparada por el estigma (piénsese, por ejemplo, en los familiares de las prostitutas).
2. Es irreversible. Se esencializa la identidad femenina a partir de una actividad que no la define en su totalidad ni durante toda su vida y que impide verlas como sujetos, como mujeres, como trabajadoras. Pero, como señalaba Mónica, una de las mujeres entrevistadas por Freixas, Holgado y Juliano (2006), *fui prostituta una temporada, y ya lo serás para toda la vida*. (Holgado, 2013:234-235).

El feminismo teórico y activista a favor de los derechos de las personas en prostitución considera que la estigmatización sobre las mujeres prostitutas cumple varias funciones de gran dimensión política para el conjunto de las mujeres: por un lado, sirve para normalizar la exclusión social y las violaciones de derechos humanos que sufre el colectivo en todo el mundo; por otro, es una herramienta de gran eficacia para mantener controlada la conducta sexual de todas las mujeres, al utilizar y construir a la “puta” como el anti-modelo de ser mujer, “neutralizando el potencial cuestionador que todo comportamiento marginal posee” (Juliano, 2004: 17) y ejemplo del precio a pagar si una mujer se “desvía” de los roles legítimos (Madeiros, 2000; Pheterson, 2000, Osborne, 2003, Holgado, 2013). La libertad de los cuerpos y la movilidad femenina siguen siendo “sospechosas” y cuestionadora del orden establecido. En tercer lugar, el estigma de “puta” ha levantado un insidioso muro entre las mujeres que está en la base de la incapacidad política de los diferentes feminismos para gestionar nuestra diversidad y reconocer las desigualdades entre mujeres (Holgado, 2013).

Los autores Fonseca y Quintero (2006) abundan en la idea del estigma como elemento de control para el conjunto de mujeres:

No sólo las prostitutas pueden ser marcadas con el estigma; cualquier mujer puede ser considerada “puta” dentro de un contexto social y lingüístico, en el cual se atente contra su dignidad, especialmente si es trabajadora independiente, víctima de una violación, pobre, o de otra raza; con el objeto de deshumanizar su persona y hacerla blanco de la discriminación misógina, racial, laboral, legal y sexual (Fonseca y Quintero, 2006: 32).

Esta estigmatización se evidencia en los diferentes derechos que se les niega y no se les reconoce. Como resultado de negociar un servicio sexual, Pheterson (2000) resalta que

La mujer pierde el derecho a expresarse libremente, (no es el acto sexual sino el pedir dinero lo que constituye el crimen inicial); pierde la libertad de viajar o de emigrar de una jurisdicción legal a otra; pierde el derecho a la autodeterminación y a la intimidad sexual. Además puede perder la custodia de sus hijos (por ejemplo, en Suecia); se le obliga a someterse a exámenes médicos sin su consentimiento (por ejemplo, en Alemania); puede ser sometida a cuarentena por ejemplo, en una cárcel, mientras está a la espera de los resultados sanitarios (hasta 1973, en California, Estados Unidos); puede ser multada varias veces a la semana por permanecer parada en la calle (por ejemplo, en Francia); se le niega la movilidad hacia muchas otras profesiones hasta que es capaz de probar su “buena conducta”; como consecuencia no puede aceptar dinero a cambio de sexo durante al menos tres años (hasta hace poco, en Suiza); puede ser arrestada, juzgada y/o encarcelada de forma regular y a veces durante largos periodos (por ejemplo, en Estados Unidos); puede verse obligada a pagar impuestos, muy superiores a los que corresponderían a sus ingresos reales sin poder utilizar ningún recurso legal (por ejemplo, en Holanda); se le niega el seguro de enfermedad, o desempleo (en todas partes); no puede trabajar en grupo con otras mujeres, o contratar a otras personas que proporcionen servicios auxiliares (en cualquier sitio donde existan las leyes anti-burdeles y anti-chulos)” (Pheterson, 2000: 25).

Uno de los rasgos más sobresalientes del estigma y que me interesa destacar para el objeto de esta investigación tiene que ver con los *efectos discapacitadores* que el estigma tiene sobre los cuerpos y las mentes de quienes son objeto de la violencia simbólica. Goffman (1970) apunta a la aceptación de la “condición vergonzante” por parte de las personas marcadas como una de sus principales consecuencias, al actuar muchas veces como profecía auto-cumplida. En el ámbito de la prostitución, el estigma actúa muchas veces como auto-incriminación, significando que las mujeres muchas veces asumen esta “identidad deteriorada” con el consiguiente impacto que ello tiene para su salud biológica, emocional y social (Juliano, 2004, Holgado, 2013).

En la actualidad, según recogen numerosos estudios, el estigma sobre la prostitución protagonizada por personas migrantes -con el discurso victimizador como aliado- es utilizada por parte de los estados europeos como herramienta de control estatal (Pheterson, 2000), para justificar políticas anti-migratorias y xenófobas (Mestre, 2003, Maqueda, 2009). Martha Nussbaum (2000) señala que la violencia cultural en forma de prejuicios y “falsos enemigos” es el primer obstáculo para la realización generalizada de los derechos humanos y, por tanto, el principal desafío de las políticas públicas democráticas.

El estigma, cuya violencia recae fundamentalmente sobre las mujeres que ejercen la prostitución, tiene un sesgo de género discriminatorio dramático. Así, Osborne (2003) realiza un detallado análisis de cómo opera este discurso en ambos sentidos:

Provoca verdadero rechazo la dedicación de las mujeres -y los transgéneros- a esta actividad, el hecho de que empañen el sexo -actividad no legítima para la mujer fuera del matrimonio o próxima a él (relaciones prematrimoniales)- con dinero -símbolo de emancipación económica- y desligado del amor (o del matrimonio) única forma más o menos legítima cuando no obligada, para las mujeres de tener sexo. [...] porque si nos fijamos bien, lo que estigmatiza no es la prostitución en sí misma, sino fundamentalmente a las mujeres que la ejercen. El hombre -el cliente, el empresario, el proxeneta- no sufre en modo alguno el mismo estigma, aun cuando haya diferencias entre las diversas figuras masculinas implicadas en el asunto (Osborne, 2003: 237).

## Capítulo 2. COORDENADAS CONTEXTUALES

---

### 2.1. Aproximación al abordaje de la prostitución en Europa

El abordaje prioritario desde la Unión Europea tiene que ver con la trata de personas con fines de explotación sexual en el contexto de prostitución, aunque la mayoría de abordajes fusionan explotación sexual y prostitución convirtiéndolas en una única realidad. No obstante, existe, en muchos contextos una frágil línea divisoria entre la prostitución y la trata de personas con fines de explotación sexual. La Convención de las Naciones Unidas contra el Crimen Organizado Transnacional definió así, en noviembre de 2004, la trata de seres humanos:

Por “trata de personas” se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos” (Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus protocolos. 2004: 44).

En el mismo documento oficial, Naciones Unidas define el tráfico de seres humanos del siguiente modo:

Por tráfico ilícito de migrantes se entenderá la facilitación de la entrada ilegal de una persona en un Estado parte del cual dicha persona no sea nacional o residente permanente con el fin de obtener, directa o indirectamente, un beneficio financiero u otro beneficio de orden material (Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y sus protocolos. 2004: 57).

Dentro de la Unión Europea no hay consenso respecto a las políticas que regulan la prostitución. El reciente informe *Explotación sexual y prostitución y su impacto en la igualdad de género* (2014), realizado por Honeyball y publicado por la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo, así lo confirma:

Considerando que hay una enorme divergencia en el modo en que los Estados miembros abordan la prostitución, con dos enfoques fundamentales: un enfoque considera la prostitución como una violación de los derechos de las mujeres -una forma de esclavitud sexual- que da lugar y mantiene la desigualdad de género con respecto a las mujeres; el segundo enfoque sostiene que la prostitución promueve la igualdad de género al fomentar el derecho de la mujer a controlar qué desea hacer con su cuerpo; considerando que en ambos casos los Estados miembros tienen competencia para decidir cómo abordar la cuestión de la prostitución (Honeyball, 2014: 9).

El caldo de las divergencias en el modo de abordar la prostitución y la trata de seres humanos se evidencia en el hecho de que, en 2013, solamente seis Estados miembros notificaron la transposición íntegra de la Directiva de la UE contra la trata de personas, donde el principal objetivo es la lucha contra la trata de seres humanos. Esta disparidad de criterios y de políticas para abordar un hecho social tan complejo como la prostitución genera diferentes lagunas legales, lo que, unido a la situación de irregularidad administrativa de muchas mujeres migrantes extranjeras, constituye el caldo de cultivo para situaciones de vulnerabilidad y explotación.

Marjan Wijers (2002) señala que el tráfico de personas con fines de explotación sexual se aborda principalmente, desde la Unión Europea, como un asunto relativo al crimen organizado, la lucha contra la inmigración ilegal, e incluso como un problema moral respecto a las directrices de las políticas de Igualdad de oportunidades, pero no desde una perspectiva de los Derechos Humanos, valoraciones que comparten, para el caso del Estado español, especialistas en derecho como María Jesús Maqueda (2009), Ruth Mestre (2003) o Arella et al., (2007).

### 2.1.1. Sistemas jurídicos en relación a la prostitución.

En el panorama europeo, la postura abolicionista en el enfoque y planificación de las políticas es más que notable (Holgado, 2013). A continuación, expongo los cuatro modelos rectores de las diferentes políticas en materia de prostitución en Europa. Describiré las características principales de cada uno de los modelos y mencionaré los Estados miembros de la Unión Europea que se han adherido en cada caso.

**a) La penalización de la prostitución.**

La penalización de la prostitución no hace relación sólo al ejercicio en sí, sino también a las actividades relacionadas con la actividad. Este modelo se presenta bajo dos formas: el prohibicionismo y el abolicionismo. Desde el enfoque prohibicionista, la prostitución constituye un delito en sí mismo y concibe como delincuentes a todos los agentes que intervienen, además de las mujeres. Dio inicio con el emperador Justiniano (s. VI d. C.), acérrimo defensor del catolicismo, quien consideró delito toda actividad sexual fuera del matrimonio y como seres depravados a las mujeres prostitutas. Desde el “paradigma de la opresión”, en estados como Irlanda, Lituania, Malta, Rumanía y EEUU (Salvo algunos condados con un sistema reglamentarista) existen normativas jurídicas que prohíben el ejercicio de la prostitución.

**b) El abolicionismo y el modelo sueco.**

El modelo abolicionista, por su parte, que considera la prostitución como una violencia en sí misma y sinónimo de esclavitud<sup>11</sup> no penaliza en principio la actividad de la persona que ofrece servicios sexuales -siendo esta la principal diferencia con el modelo prohibicionista- pero sí se castigan a otros actores que forman parte de la actividad. Hasta la Ley sueca de compra de servicios sexuales (1999), las políticas basadas en el abolicionismo ponían énfasis en castigar a las personas que se beneficiaban de los ingresos de las mujeres, los “chulos” o proxenetas. La Ley sueca de compra de servicios sexuales pone el énfasis en criminalizar a los varones clientes de sexo de pago, convirtiéndose así en el primer país en sancionar como delito el clientelismo sexual.

El abolicionismo tiene su origen en la Inglaterra decimonónica, cuando grandes sectores de la población, impulsados por las feministas burguesas -lideradas por Josephine Butler- reaccionaron contra las inspecciones sanitarias indiscriminadas y abusivas a las mujeres prostitutas o a mujeres pobres que ocupaban el espacio público y el gran poder otorgado a la policía (Juliano, 2004; Maqueda, 2009; Holgado, 2013). A principios del siglo XX, con la presencia significativa de mujeres en los flujos migratorios transatlánticos y el puritanismo sexual como doctrina social, el abolicionismo se convirtió en la perspectiva predominante a nivel de gobierno a partir de la *trata de blancas* y sus principios incorporados al texto del Convenio de las Naciones Unidas el 2 de diciembre de 1949.

---

<sup>11</sup> Ver [www.aboliciondelaprostitucion.org](http://www.aboliciondelaprostitucion.org)

Suecia ha sido pionero en adoptar el abolicionismo como política de Estado. En 1999, y promovido por el Partido Social Demócrata, se penaliza la compra de servicios sexuales y los clientes detenidos se exponen a penas de hasta tres años de prisión. Diferentes organizaciones que trabajan a favor de los derechos han denunciado el impacto negativo de esta ley en las condiciones de vida y trabajo para las mujeres, dado que, al criminalizar a los varones clientes, también criminalizan la actividad que realizan y, por tanto, a las personas que la ejercen. También denuncian el hecho de que a las mujeres migrantes extranjeras en prostitución detenidas no se las considera víctimas de trata sino que son tratadas en su mayoría como inmigrantes ilegales. Aseguran que las redes criminales siguen actuando en otros países del mar Báltico. El recorte en los servicios y programas sanitarios y sociales para las personas en prostitución acompañó la aplicación de la normativa, aumentando la vulnerabilidad del colectivo, especialmente en los programas de reducción de daños.<sup>12</sup>

El modelo sueco fue adoptado, total o parcialmente, por otros países europeos, como Noruega, Dinamarca, Eslovenia o Reino Unido. En este último país los burdeles están prohibidos, pero se tolera la prostitución individual y voluntaria (Brufao, 2011:55). Recientemente, en Francia la Asamblea francesa aprobó la ley que penaliza a los clientes de la prostitución<sup>13</sup>, a pesar de la oposición organizada de las personas que ejercen la prostitución a la misma.

### ***c) La reglamentación de la prostitución.***

También conocida como regulación, este ordenamiento se impuso durante el siglo XIX; en este caso se toleran y reglamentan las condiciones de ejercicio de la prostitución pero sin conceder derechos como trabajadoras a las personas que la ejercen. En su lugar, se establecen una serie de normas relativas al orden y la salud pública que deben cumplir las personas en prostitución, por ejemplo, la obligación de las personas en ejercicio a ocupar determinadas zonas de las ciudades, someterse a revisiones médicas, etc.

El reglamentarismo, con su marcada influencia religiosa, parte de la consideración de la prostitución como “mal inevitable” -al igual que la supuesta irrefrenable necesidad sexual masculina- solo permisible por su aval para preservar la virtud de las buenas mujeres y el matrimonio. El burdel y el “amor barato” eran los garantes del orden patriarcal. Sus

---

12 Network of Sex Work Projects. Promoting health rights. [www.nswp.org](http://www.nswp.org)  
Asociación de Prostitutas Suecas: [www.sexarbejde.dk](http://www.sexarbejde.dk)

13 “La asamblea Francesa aprueba la ley que penaliza a los clientes de la prostitución”, con este titular recoge la noticia la Cadena Ser, el pasado 04/12/2013. Disponible en [http://www.cadenaser.com/internacional/articulo/asamblea-francesa-aprueba-ley-penaliza-clientes-prostitucion/csrsrpor/20131204csrsrint\\_1/Tese](http://www.cadenaser.com/internacional/articulo/asamblea-francesa-aprueba-ley-penaliza-clientes-prostitucion/csrsrpor/20131204csrsrint_1/Tese) Accedido el 08/072014.



antecedentes en España fueron las mancebías, únicos espacios de prostitución permitida durante la Edad Media, con un férreo control sobre su gestión y beneficios por parte de los poderes públicos. Es con el reglamentarismo cuando se impone el registro de las mujeres bajo el rótulo de prostitutas, reforzando así el estigma y la separación social. Y también la mayoría de las mujeres perseguidas y enjuiciadas pertenecían a las clases más pobres. Holgado (2013) argumenta que

Las tesis de San Agustín de Hipona (s. IV) establecieron la prostitución como “medio lícito de vida”, con un férreo control sobre su gestión y beneficios, pero las prostitutas eran valoradas como *mujeres perdidas*, excluidas del reino de los Cielos, salvo arrepentimiento y penitencia. Así, la prostitución fue considerada necesaria, pero también estigmatizada, en la medida en que la ejercían “mujeres libres”, destuteladas de la autoridad masculina y, por lo tanto, peligroso ejemplo para las mujeres decentes. A finales del siglo XVIII, ante la creciente preocupación por los problemas sanitarios de la población masculina -tan necesaria para la producción y la guerra- el reglamentarismo cambia el discurso: de la retórica religiosa se pasa a la higiénico-sanitaria. En 1805, Napoleón crea el sistema de control socio-sanitario que será la base de las reglamentaciones sucesivas sobre la prostitución en buena parte del mundo. Los reglamentos constan de cuatro requisitos básicos: control sanitario regular de las mujeres, censo de 228 prostitutas, obligaciones tributarias y normas de conducta que las excluyen, entre otros, del uso libre del espacio público. A partir de entonces, las mujeres prostitutas “libres”, al margen del control público, serán violentamente perseguidas y castigadas (Holgado, 2013: 228).

En general, este modelo es rechazado por las feministas a favor de los derechos y también por las abolicionistas, al considerar que conlleva una serie de riesgos para las personas que ejercen la prostitución al ser enfocado únicamente desde los intereses estatales y, en ocasiones, de los intereses de los empresarios de la industria del sexo y de los clientes, quedando las personas que la ejercen a merced de la explotación de la actividad por parte de diferentes agentes sociales.

En la actualidad, países como Grecia, Italia, Suiza, total o parcialmente, aplican normativas reglamentaristas, en difícil combinación con las leyes de extranjería. Excepto en Holanda (2000) y Alemania (2002) en toda Europa se da una diversidad de normativas que basculan entre el abolicionismo y formas de regulación adaptadas a las posibilidades actuales de gobierno de las ciudades, las ordenanzas municipales, que abordaré en breve. En Suiza, Grecia y Alemania, la prostitución está reglamentada y “las prostitutas alemanas tienen pensión, seguros sociales y de enfermedad, Finlandia ha despenalizado la prostitución, aunque deja a mano de las autoridades municipales el permitir la prostitución callejera” (Brufao, 2011: 56). Lo que sí

comparten es la valoración de la prostitución como algo negativo, con una criminalización creciente en los últimos años.

**d) *La legalización de la prostitución como actividad laboral.***

La legalización de la prostitución es una de las propuestas surgidas del movimiento feminista a favor de los derechos en el trabajo sexual, impulsado en los setenta en Europa (Osborne, 1992). Propone la despenalización de toda actividad vinculada al ejercicio voluntario de la prostitución y el reconocimiento de derechos y deberes para las personas profesionales del sexo, en un contexto europeo de disfrute de derechos asociados a la ciudadanía laboral (Mestre, 2004). Se centra en la idea de que el trabajo sexual puede ser una elección personal y autónoma que corresponde a una cuestión privada o mercantil entre adultos. Por ello, demanda medidas jurídicas y sociales eficaces para perseguir la coacción, la fuerza o cualquier violencia ejercida contra las personas en el contexto del trabajo sexual. Junto a las medidas normativas y sociales, proponen un trabajo de sensibilización, basado en la “pedagogía del desprejuicio” (Holgado, 2013), esto es, luchar contra la estigmatización del trabajo sexual para ir logrando una mayor aceptación social.

Holanda, en 2000, se convirtió en el primer país del mundo en reconocer la prostitución como un trabajo legítimo. Le siguieron Alemania (2002) y Nueva Zelanda, en 2008. En algunos departamentos de Australia también se ha legalizado el trabajo sexual.

La legislación holandesa despenalizó el lucro en la prostitución y estableció la obtención de una licencia municipal para los establecimientos de trabajo sexual, a partir de un convenio laboral previamente negociado con colectivos de personas en el trabajo sexual y otros agentes sociales. A las personas trabajadoras se les reconoce los mismos derechos y obligaciones que el resto de la población activa, incluida la cotización para derechos de jubilación y la opción de trabajar de manera autónoma. La misma disposición aumentó las penas aplicables a delitos relacionados con el proxenetismo y la violencia contra la infancia en contextos de prostitución. Sin embargo, para la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género de la Unión Europea, estos Estados fomentan “el proxenetismo, que implica autorizar la explotación sexual de otros; además que los Países Bajos son uno de los países enumerados por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito como un destino primordial de víctimas de la trata de seres humanos” (Honeyball, 2014: 8).

Pero el reconocimiento de derechos no alcanza a todas las personas que laboran en la industria del sexo. El factor migratorio, tan decisivo en el perfil sociodemográfico de la industria del sexo actual, no se ha tomado en cuenta. El caso de Alemania me sirve para ilustrarlo. En

2002 se aprobó la ley que legalizaba la prostitución, concibiéndola como una “oferta de servicios”. Se reconoce una relación contractual entre la persona que ofrece y la que solicita, por tanto, si alguna de las partes incumple el trato, se puede interponer una demanda. También se estableció la posibilidad de afiliación a la seguridad social por cuenta propia y ajena. Pero la ley alemana no ha dispuesto posibilidades de acogerse a la ley para las personas migrantes en situación irregular, lo que ha dejado a la mayoría de personas que laboran en la industria del sexo en situación de clandestinidad y alta vulnerabilidad frente a las discriminaciones. Pia Covre (2004), co-presidenta del Comité Italiano por los Derechos Civiles de las Prostitutas opinaba al respecto:

El nuevo estatus sería un modo de separar a las prostitutas autóctonas de todas las demás: visibilidad, derechos, autorreconocimiento social y todo lo demás serían patrimonio de las primeras; marginalidad, invisibilidad e ilegalidad terminarían por marcar a las segundas. Las primeras se transformarían en trabajadoras autónomas con sus pagos del IVA mientras que las segundas quedarían al margen de la ley. [...] En su calidad de “sin derechos”, las mujeres migrantes se verían reducidas a la condición de “vida desnuda” y vivirían, ellas y solo ellas, en un mercado paralelo controlado por las mafias (Covre, 2004: 243).

### ***La condición de extranjería como obstáculo a los derechos***

La Red Europea para la Prevención del VIH y las ITS y la promoción de la salud entre los trabajadores sexuales migrantes (TAMPEP)<sup>14</sup>, en su informe de 2009, realiza un estudio detallado de la situación de las personas trabajadoras del sexo en 25 países de la Unión Europea. Este trabajo proporciona una visión general de la cartografía de la prostitución en Europa, poniendo de relieve quién trabaja en la industria del sexo europea en función del género (hombres, mujeres, transgéneros) y del origen (migrantes, nacionales). Los resultados muestran que el trabajo sexual en Europa lo realizan en su mayoría mujeres, constituyéndose en el 87% de todos los profesionales del sexo que formaron parte del estudio. Con relación a los países de origen, TAMPEP resalta que el 32 % de la población total de las trabajadoras sexuales migrantes proviene de la nueva Unión Europea, provocado por la inclusión de nuevos países de Europa del Este a la Unión y su repercusión en los flujos migratorios. Junto a las estadísticas aportadas, el informe aborda los diferentes factores de vulnerabilidad que afectan a las personas que ejercen la prostitución, utilizando las coordenadas teóricas antes descritas y donde juega un

---

<sup>14</sup> TAMPEP: Red Europea para la Prevención y el VIH / ITS Promoción de la salud entre los trabajadores sexuales migrantes fue fundada en 1993 para dar respuesta a las necesidades de las personas migrantes profesionales del sexo en Europa.

papel preponderante la situación de irregularidad de las personas migrantes dentro de la Unión Europea.

El 64% de los migrantes en el trabajo sexual no son ciudadanos de la Unión Europea. Esto significa que alrededor de dos tercios de la población trabajadora del sexo se ven afectados por las políticas de migración y deben enfrentar obstáculos adicionales debido al hecho de que el trabajo sexual no es una forma de migración laboral reconocida. Los derechos de las trabajadoras sexuales son enormemente afectados por el estado de la migración” (TAMPEP, 2009: 18).

El estado ilegal de la prostitución en algunos países de la Unión Europea, incluyendo España, fomenta la explotación laboral y agudiza la vulnerabilidad de este colectivo. La prostitución no está prohibida ni reconocida como trabajo, por lo tanto, los derechos sociales y laborales de las personas trabajadoras del sexo no son reconocidos, lo que tiene consecuencias directas en otros factores de vulnerabilidad, tales como la estigmatización, el acoso policial y el aislamiento social. “El estigma también es perpetuado por los medios de comunicación y las campañas publicitarias que identifican al sexo de pago sólo con la explotación sexual. La falta de reconocimiento de derechos laborales queda en evidencia ante la vulnerabilidad y a las malas condiciones de trabajo en los clubes como lugares de trabajo” (TAMPEP, 2010: 281).

## 2.2. La prostitución en España

Desde el Derecho, la prostitución en España ha oscilado históricamente entre las medidas reglamentistas y las abolicionistas. Según el historiador Jean-Louis Guereña, las primeras reglamentaciones sobre la prostitución aparecen aproximadamente a partir de la mitad del siglo XIX, en el año 1845, en Zaragoza. “Estos reglamentos impulsados por la ideología higienista, implementaron el control de la propagación de las enfermedades venéreas a través de exámenes médicos obligatorios para las prostitutas, junto con la regulación del pago de impuestos por parte de las mismas” (op. cit. en Ordoñez, 2006: 66).

En el marco normativo actual de la prostitución en España, la norma de mayor relevancia está en la Constitución española de 27 de diciembre de 1978, con sus preceptos referentes a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, la integridad física y moral de la persona y la libertad de empresa (Artículos 10, 15 y 38). En el ámbito político en España ocurre lo que sucede en el panorama europeo. La ausencia de regulación de la prostitución contribuye a la interpretación de las normativas existentes según los intereses políticos coyunturales. La

prostitución en España no es una actividad ilegal y sólo está penalizada cuando existe coerción de algún tipo o cuando las personas son menores. Así, al menos, lo establece el Código Penal.<sup>15</sup>

La posición predominante entre la clase política a nivel nacional es la abolicionista, incluidas las políticas de Igualdad, y las Comunidades Autónomas han utilizado sus competencias para elaborar normativas con ingredientes reglamentistas, abolicionistas y prohibicionistas (LICIT, 2005; Maqueda, 2009). El objetivo priorizado por las diferentes agendas públicas tiene que ver con la zonificación de los clubes, la “visibilidad” de la prostitución en los espacios públicos (especialmente, en los centros históricos) y la sanción a los hombres clientes, siguiendo el ejemplo sueco, tal y como se refleja en las ordenanzas municipales que abordaré en breve.

### 2.2.1. Políticas de lucha contra la trata.

En marzo de 2007, tras varios meses de consultas a diferentes partes interesadas en el ámbito de la prostitución, el Congreso rechazó la propuesta de regularizar el sector desde una perspectiva laboral, a petición de diferentes organizaciones que trabajan con mujeres y diversidad sexual. En diciembre de 2008, desde el desaparecido Ministerio de Igualdad se aprobó el Plan Integral para la Lucha contra la Trata, con el objetivo de perseguir más eficazmente el tráfico con fines de explotación sexual, dejando al margen situaciones de trata y explotación y servidumbre en otros ámbitos laborales (Maqueda, 2009).

En el Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con fines de Explotación Sexual del Estado español, para no confundir los fenómenos tráfico y trata de seres humanos, se realiza una distinción en relación a los siguientes conceptos:

- “- Consentimiento: El tráfico ilegal de personas, pese a desarrollarse a menudo en condiciones degradantes o peligrosas, implica el consentimiento de las mismas a ponerse en manos de la red de traficantes. La trata no es consentida, o de haber mediado consentimiento inicial, o de haber mediado consentimiento inicial, el mismo se ha producido mediante coacción, engaño o abuso.
- Explotación: El tráfico ilegal termina con la llegada de los traficados a su destino. La trata implica una posterior explotación de la víctima con la finalidad de obtener beneficios económicos.

---

<sup>15</sup> Aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre en el Capítulo V del Título VIII del Libro II, en sus artículos 187 a 190. Boletín Oficial del Estado. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444> Accedido el 18/05/2010.

- Transnacionalidad: El tráfico ilegal de emigrantes es siempre transnacional, mientras que la trata puede producirse en distintas zonas de un mismo país” (Plan integral de lucha contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual 2010: 12).

El Plan generó muchas expectativas pero, pocos meses después de su entrada en vigor, fue fuertemente criticado desde las organizaciones de base y apoyo al colectivo, sin importar la tendencia ideológica. Tanto las asociaciones de reconocimiento de derechos en el trabajo sexual como las asociaciones abolicionistas que gestionan los recursos de apoyo a las mujeres han denunciado, no solo la falta de recursos para implementar las disposiciones del Plan, sino también la violación de derechos fundamentales, al conocer por su propio trabajo con las mujeres migrantes extranjeras, que la condición de víctima de la mujer (y los derechos correspondientes) se obvia muchas veces - cuando se interpone la denuncia en comisaría o producto de las redadas policiales- en caso de que las mujeres estén en situación administrativa irregular, dando inicio a un expediente de proceso de expulsión que acaban muchas veces en la deportación (CATS, 2013; HETAIRA, 2009).<sup>16</sup>

### 2.2.2. Las ordenanzas municipales y la prostitución.

Las diferentes ordenanzas municipales en materia de prostitución se han venido sucediendo en cadena en diferentes ciudades españolas, desde la Ordenanza Municipal de Barcelona, en 2006. En la Comunidad Autónoma de Andalucía, ciudades como Sevilla, Granada, Málaga y Almería se han sumado al objetivo de controlar la prostitución, principalmente en los espacios públicos, bajo el argumento de perseguir la trata y la explotación sexual. En municipios como Alcalá de Henares, las multas por la oferta o solicitud de servicios sexuales en las calles puede alcanzar los 3000 €. Los municipios también realizan campañas publicitarias dirigidas a desestimular la compra de servicios sexuales, convirtiendo al hombre cliente en objetivo sancionador. Holgado (2013) señala que

Ahora el énfasis se pone en impedir el uso del espacio público para captar clientela, además de la zonificación de los clubes y medidas de control sanitario. El otro ámbito de acción, inédito hasta ahora, son las normativas municipales que visibilizan e intervienen sobre los hombres clientes y que complementan la creciente criminalización del hombre cliente heterosexual a través de campañas mediáticas. Rimini, en Italia, fue el primer municipio europeo que tomó dicha iniciativa. Además de disuadir, el objetivo es principalmente castigar y recaudar. El ímpetu sancionador a los hombres clientes de

---

<sup>16</sup> Asociaciones que trabajan con mujeres en prostitución. Las páginas web de las diferentes organizaciones que trabajan con el colectivo de mujeres en prostitución se recogen en el último apartado de la Bibliografía.

prostitución está adquiriendo escala planetaria, tal y como denuncian muchas personas trabajadoras del sexo y organizaciones de diferentes países y continentes. En España, la normativa barcelonesa de 2006 fue pionera en establecer sanciones contra los clientes y las mujeres prostitutas en espacios abiertos, acciones que han agravado las condiciones de trabajo y de vida de ellas (Holgado: 2013: 229).

En estos años, las organizaciones han seguido denunciando que las ordenanzas no solo no consiguen su objetivo de erradicar la explotación sexual sino que el enfoque sancionador y represivo coloca a las mujeres, sobre todo a las más vulnerables (y, por tanto, más necesitadas de apoyo) ante un panorama desolador.<sup>17</sup> En el caso de la Ordenanza de Barcelona de 2006, en marzo de 2010 la Agencia para el Abordaje Integral del Trabajo Sexual -programa del Ayuntamiento de la ciudad para atender a las mujeres que ejercen prostitución en el espacio público- publicó los resultados de su trabajo desde la entrada en vigor de la Ordenanza, en 2006. El informe señala que el número de multas a mujeres prostitutas triplicó el número de ayudas; en 2010, 912 varones fueron multados por solicitar servicios sexuales en la vía pública. Sin embargo, reconoce el informe que la ordenanza no ha servido para “atajar el problema de la prostitución en las calles de Barcelona”.<sup>18</sup>

Desde principios de siglo, la prostitución vinculada a la migración ha ido ocupando más espacio en las agendas políticas, los ordenamientos jurídicos y los discursos mediáticos. Mientras tanto, las asociaciones que trabajan con el colectivo desde diferentes perspectivas a nivel nacional confirman que las condiciones de trabajo y vida de las personas migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en España se han deteriorado considerablemente. La polémica y el enfrentamiento abierto entre ayuntamientos, organizaciones feministas, las personas en situación de prostitución y las asociaciones que atienden a los diferentes colectivos son constantes y tienen lugar en un escenario de gran desequilibrio de poder y desigualdad institucionalizada (Maqueda, 2009). El debate sobre la prostitución en relación con las redes de tráfico es forzosamente controvertido. Las mujeres migrantes extranjeras pueden haber hecho uso de las redes voluntariamente como vía para entrar en España, siendo conscientes de las actividades que les esperaban, o bien haber sido coaccionadas, forzadas o engañadas. Pero, simultáneamente, todas ellas son identificadas por los poderes públicos como mujeres sospechosas por su condición de extranjería, lo que las ubica en una condición de infraciudadanía de muy difícil solución.

---

<sup>17</sup> Asociación Pro-Derechos de Andalucía: [www.apdha.org](http://www.apdha.org); Hetaira, colectivo de defensa de las prostitutas: [www.colectivohetaira.org](http://www.colectivohetaira.org); Fundación Esperanza: [www.fundacionesperanza.org](http://www.fundacionesperanza.org)., Plataforma Comunitaria por los Derechos en el Trabajo Sexual de Barcelona: [www.genera.org](http://www.genera.org)

<sup>18</sup> Disponible en <http://w110.bcn.cat/fitxers/dona/4balanabits2010catal.838.pdf> Accedido el 20/07/2010.

### 2.3. El estudio de la migración y la prostitución

Medir el tamaño y el alcance geográfico de la economía informal es particularmente difícil debido a sus límites cambiantes y a la interacción que tiene con la economía formal. Sin embargo, el problema de la medición no impide un análisis (Sassen, 2003:183), y esto es precisamente lo que se ha venido realizando en las últimas décadas en el panorama internacional y nacional desde las ciencias sociales, a través de una labor de investigación y publicación científica desde diferentes perspectivas teóricas e ideológicas.

Mi interés no es realizar un listado de todas las publicaciones existentes que vinculan migración con prostitución, sino resaltar los aportes de dichas publicaciones a esta investigación. Para ello he definido las siguientes líneas de estudio que, principalmente desde un análisis micro-social, se suceden en las investigaciones estudiadas.

#### 2.3.1. Las migraciones femeninas.

Para conocer cómo se ha sucedido este movimiento femenino migratorio transnacional, diferentes enfoques teóricos han centrado sus análisis en los factores sociales que afectan a la migración, tales como la importancia de la familia, el contexto de los países de origen y las dificultades que encuentran las mujeres para llevar a cabo sus trayectorias migratorias. La literatura científica, por tanto, muestra cómo son varios los elementos que se articulan en la toma de decisiones de las personas para emprender su proyecto migratorio. Algunos investigadores coinciden en esta multicausalidad, cuya base no es únicamente la pobreza de los países de origen (López Riopedre, 2010; Piscitelli, 2007). Así lo plantea Piscitelli (2007):

Hay que esclarecer que si bien las condiciones económicas son determinantes para la inserción de esas entrevistadas en el mercado del sexo en España, esto no significa necesariamente aludir a una situación de miseria en Brasil. Se trata, sobre todo, de la falta de posibilidad que ellas sienten en términos de trazar un futuro, en sentido económico (Piscitelli, 2007: 11).

Un futuro económico que, en ocasiones, solo puede realizarse a través del proyecto migratorio de las mujeres. La movilidad se impone para ampliar las oportunidades femeninas. Rodríguez y Lahbabi (2005) describen así las posibilidades de movilidad de las mujeres marroquíes que ejercen la prostitución en la provincia de Almería:



La movilidad femenina activada y organizada por las redes migratorias desafía las leyes de inmigración, que se quedan desfasadas con respecto a la realidad, una realidad que se compone de un tejido social en el que las aspiraciones de las mujeres se inscriben en una lógica que asocia racionalidad y ética para adaptarse a la movilidad social. Porque la migración más que un desplazamiento en el espacio, es un proyecto que se elabora en la misma cabeza de la persona migrante. Así, la migración de las mujeres consiste en muchos casos en un “proyecto familiar”. [...] Lo que denominamos “proyecto familiar” esconde otras realidades que tienen que ver con los cambios acaecidos tanto en las mismas mujeres como en los tipos de familias. Muchas de las mujeres migrantes pretenden mejorar la situación social y económica de la familia y garantizar su propia autonomía, y de ahí vendrá su razón principal para orientarse a la industria del sexo (Rodríguez y Lahbabi, 2005: 20).

En relación con las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, los diferentes estudios resaltan la importancia que para ellas tiene la familia (Oso, 1998; OIM, 2003; Solana, 2003; Rodríguez y Lahbabi, 2005; Piscitelli, 2009; López Riopedre, 2010; Corbalán, 2012). El análisis de la centralidad de las familias como unidades analíticas ha permitido explicar características importantes de los actuales flujos migratorios, tales como su naturaleza autosostenida o su selectividad de género (Chant y Radcliffe, 1992; Zlotnik, 1995; Gregorio, 1998; Oso, 1998; Tacoli, 1999; Zontini, 2008).

Hania Zlotnik (1995) identifica cuatro razones por las que una perspectiva familiar es importante para el análisis de las migraciones femeninas:

1) Las mujeres son participantes centrales en la “migración familiar”; 2) las mujeres migrantes son actores económicos importantes y su participación en la actividad económica está estrechamente relacionada con las necesidades de su familia; 3) las mujeres devienen crecientemente trabajadoras migrantes para mejorar el estatus económico de sus familias y 4) las mujeres confían en sus familias para obtener resultados positivos en su proceso migratorio (p. 269).

En relación con los argumentos de Zlotnik (1995), la investigadora Carmen Cortés (2009), socióloga colombiana, en su investigación transnacional entre Colombia y España, resalta la importancia de la familia para las mujeres colombianas que ejercen la prostitución en España, a través de cuyo ejercicio asumen la responsabilidad del sostenimiento familiar (adquisición de vivienda, educación, vestido, alimentación), lo que, con el tiempo se va convirtiendo en una nueva dependencia, a través del dinero que envían para cubrir las necesidades de la unidad familiar. Según Cortés (2009), “de esta manera, aún desde la distancia, termina conquistando

el centro de la familia, todos se ven beneficiados de sus logros, no importa que sea gracias al oficio de la prostitución. La dependencia es mutua: la familia depende económicamente de su trabajo y ellas dependen afectivamente de sus familias. Creándose así una cadena particularmente funcional entre la tradición y el mundo global, en la que no se termina de completar el proceso de individualización de la mujer” (Cortés, 2009: 327).

En esta misma línea, el sociólogo López Riopedre (2010) realizó una comparación entre la estructura socio-familiar de las mujeres brasileñas y colombianas que ejercen la prostitución en Galicia, sus hallazgos muestran que las familias de las mujeres brasileñas son numerosas, ocupan una baja posición social, tienen estructuras inestables y existe la precariedad laboral entre sus miembros, lo que da lugar a situaciones de pobreza y exclusión social. Por otra parte, las mujeres colombianas gozan a priori de una mejor posición social y de una estructura familiar más estable, sin mayores inconvenientes que los estrictamente económicos, actuando siempre la estructura familiar como elemento de compensación frente a la adversidad sobrevenida. En cualquier caso, la estrategia migratoria y la elección de la prostitución como la mejor opción (o la menos mala) son sintomáticas de la presencia de una relativa capacidad de agencia. El deseo de alcanzar una movilidad social ascendente, esto es, un futuro mejor, es el motor que concentra las energías de las mujeres (López Riopedre, 2010).

Al igual que la familia, los contextos de origen han sido un factor causal de los proyectos migratorios de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución. Aunque estos contextos se aborden a partir de los ejes *economía global* y *políticas migratorias*, es necesario conocer los contextos de los Estado-nación desde dónde parten estas mujeres migrantes extranjeras y cómo éstos se vinculan con el ejercicio de la prostitución e influyen en la identidad de las mujeres. Al decir de Cortés (2009):

La situación de marginación que en un momento dado afecta a la mujer en su país de origen, tiene directa relación con el momento en que su fracaso se configura en la nueva responsabilidad dentro del núcleo familiar (...) El mismo contexto colombiano, sitiado por la guerra, el narcotráfico y la pobreza, deja ver que no podemos esperar una salida colectiva a esta crisis y que para asumir la responsabilidad como ciudadana, madre o hija, es preciso afrontar cualquier riesgo, como resulta ser para muchas mujeres inmigrar y encontrar en el ejercicio de la prostitución una salida a su situación personal y familiar (Cortés, 2009: 50).

Silvia Marcu (2008), en su investigación sobre los mecanismos del tráfico y la trata de mujeres procedentes de Rumanía con destino a España, describe el contexto de dónde parten los procesos migratorios de estas mujeres: la etapa posterior a la caída del régimen dictatorial,

en plena crisis de la transición del país hacia la democracia y la economía del mercado. La disminución de los indicadores de la calidad de vida de la población generó el aumento del desempleo y las estadísticas demostraron que, durante la transición hacia la economía del mercado, fueron las mujeres las primeras que perdieron su trabajo. Con el telón de fondo de la pobreza, la falta de perspectivas reales, la violencia familiar, la pertenencia a familias desestructuradas, muchas mujeres jóvenes accedieron al circuito de migración irregular hacia países occidentales y en la industria del tráfico. Después de la apertura del espacio *Schengen* para Rumanía, en enero de 2002 y, principalmente, después de su ingreso en la UE, la inmigración irregular procedente de ese país aumentó, dado que los ciudadanos rumanos empezaron a circular libremente por el espacio comunitario.

La familia, el contexto de origen y las políticas migratorias de los países receptores de población inmigrante son los tres factores principales vinculados a la toma de decisiones ante el proyecto migratorio femenino.

Según la Organización Internacional de las migraciones (IOM), el endurecimiento de las políticas migratorias de los países del norte, como Estados Unidos, España e Italia, sumado a las condiciones familiares de las mujeres, constituyen factores que motivan la movilidad transnacional de las mujeres a otros países con políticas migratorias menos estrictas. Este es el caso, por ejemplo, de las mujeres dominicanas que ejercen la prostitución en Argentina, “país que no era el primer destino migratorio seleccionado, sino un destino al que se llegaba por las dificultades para ingresar a Estados Unidos, España e incluso Italia. A menudo, pareciera que la tarea del reclutador radica en convencer a las mujeres de la conveniencia del viaje a Argentina, en vista de la imposibilidad de esos otros destinos” (IOM, 2003: 31).

Igualmente González (2011), en su investigación exploratoria de la presencia de mujeres nicaragüenses en España, describe cómo el endurecimiento de las políticas migratorias para entrar a otros países, como Estados Unidos, son motivo para que algunas mujeres nicaragüenses opten por un proyecto migratorio a España.

En la migración de Somoto a Guipúzcoa estaría caracterizado un patrón migratorio desencadenado por la cooperación y desarrollado por el efecto llamada hacia una especialización en el trabajo doméstico y una con siguiente feminización. [...] En la construcción de ese patrón no entran en juego solamente las relaciones históricas y de solidaridad entre Nicaragua y España. También conviene reflexionar sobre otro factor: el endurecimiento de las condiciones para entrar a los Estados Unidos. El muro de la frontera mexicano estadounidense, la penalización del cruce ilegal, el aumento de las detenciones y deportaciones, el patrullaje fronterizo policial y paramilitar, y el terror de Los Zetas que

secuestran, extorsionan y matan a los migrantes, han hecho que el sueño americano sea más costoso y riesgoso que el sueño español. En el supermercado mundial de la migración la relación calidad/precio también cuenta (González, 2011: 55).

Tal y como sugiere González (2011), en el supermercado mundial de la migración femenina, las tareas del cuidado son las principales ofertas para este colectivo; en ninguna sociedad actual las mujeres son socializadas para trabajar en la industria del sexo (Rodríguez y Lahbabi, 2005) pero sí estamos socializadas para el trabajo doméstico y el cuidado de personas dependientes, puerta de entrada para muchas mujeres migrantes extranjeras al mercado de trabajo internacional y actividad laboral que enmascara muchas situaciones de explotación laboral (Oso, 1998; Anthias y Lazaridis, 2000; Catarino y Oso, 2000; Escrivá, 2000; Pheterson, 2005; Parella, 2007; Marcu, 2009; Curtis y Pacecca, 2010).

Algunas mujeres migrantes extranjeras optan por la prostitución luego de haber probado otros trabajos menos rentables como el servicio doméstico en España (Draper, 1982; Gregorio y Ramírez, 2000; Juliano, 2004), pero también las diferentes investigaciones reconocen el hecho de que, de manera creciente, las personas migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en contextos migratorios ejercían previamente esta actividad en sus países de origen, como evidencian los estudios realizados con mujeres de origen magrebí (Carmona, 2000; Rodríguez y Lahbabi, 2005, Rodríguez, 2011), con mujeres de origen latinoamericano (Gregorio y Ramírez, 2000; Solana, 2003; Cortés, 2009; López Riopedre, 2010; Solana, 2012); con mujeres de Europa del Este (Marcu, 2008; Rincón, 2012) o mujeres de origen subsahariano (Checa y Ación, 2005; Ación, 2010; Majuelos, 2012). Este conocimiento de la actividad económica vinculada a la prostitución a realizarse en el país receptor es fundamental para desmontar la generalidad de que todas las mujeres son víctimas de trata y explotación sexual.

En resumen, podemos decir que la desigualdad en sus países de origen, la desigualdad de acceso a los recursos existentes para el sostenimiento de su unidad familiar, sumado a algunos contextos familiares y sociales difíciles, donde por el hecho de ser mujeres tienen menos protección frente a los conflictos (Cortés, 2009), esto es, los patrones discriminatorios de género normalizados y la impunidad generalizada contra la violencia hacia las mujeres, se convierten en factores clave motivadores en la valoración de la migración<sup>19</sup>. Se plantea así como una opción que permite a las mujeres emprender sus proyectos y trayectorias migratorias,

---

<sup>19</sup> Holgado (2006) recoge la declaración de Amnistía Internacional al respecto: "Irene Kahn, presidenta de Amnistía Internacional (AI) denuncia que las violencias mayores contra las mujeres se producen dentro de los roles considerados legítimos y buenos para ellas: son las madres, las esposas, las hijas, esto es, el núcleo de terrorismo contra la vida de las mujeres se sitúa en el "hogar, dulce hogar". El último informe sobre la violencia contra las mujeres de AI ratifica que la violencia contra las mujeres es una tragedia de dimensiones mundiales, no solo desde el punto de vista de los derechos humanos sino también, para las economías y la supervivencia del planeta" (p. 178).

desplegar su voluntad y capacidad de agencia, aunque los contextos laborales que se abran sean dentro de un contexto globalizado que las dirige hacia el sector de los cuidados: trabajo doméstico, cuidado de menores, personas dependientes y el trabajo sexual.

### 2.3.2. Redes sociales: elementos clave en las estrategias migratorias de las mujeres.

Las mujeres migrantes extranjeras movilizan los recursos que poseen y encuentran los que necesitan para llevar a cabo sus proyectos migratorios. Abundando en Juliano (2004), “las mujeres no son receptoras pasivas, sino artífices activas de sus estrategias de supervivencia” (p. 17), para lo cual utilizan las diferentes redes migratorias transnacionales. Tal y como expone Ariza (2002), además de modificar el escenario del mundo del trabajo, el nuevo entorno económico ha dado lugar a la conformación de un espacio social inédito: el de los intensos lazos y vínculos sociales que integran a los que se desplazan y a los que se quedan en una estructura intangible de densas redes de comunicación -instrumentales y simbólicas- nos referimos al espacio de la transnacionalidad (p. 33).

Es en este nuevo espacio de la transnacionalidad donde se conforman las redes migratorias y las diferentes estrategias de apoyo para las personas migrantes, enlazando constantemente los países de origen y destino, compartiendo información familiar, cultural y política entre los países implicados en el proceso migratorio. Este aspecto se evidencia en los estudios sobre la migración de mujeres brasileñas que ejercen la prostitución en Europa de Adriana Piscitelli (2009). Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución utilizan las redes migratorias transnacionales para desplegar su capacidad de agencia, ya que estas redes son fundamentales para llevar a cabo los objetivos migratorios, además de cumplir con otras importantes funciones, como lo detalla Zontini (2005).

La importancia de las redes reside en el hecho de que une a las personas y las localizaciones en el tiempo y el espacio; proporcionan asistencia e información sobre destinos potenciales; abaratan los costes y los riesgos de la migración, (...) también facilitan y favorecen el asentamiento, ya que a través de esas redes, los nuevos migrantes pueden acceder a recursos importantes en un entorno desconocido tales como la vivienda y el trabajo (Zontini, 2005: 108).

Los vínculos transnacionales integran así un sistema de relaciones caracterizado por la fluidez de los contactos que utilizan las mujeres migrantes extranjeras, entre las cuales también pueden operar diferentes redes de trata de personas con fines de explotación laboral y sexual.

Esta distinción en las investigaciones entre “migración espontánea, fundamentalmente alimentada por las redes migratorias y comunitarias y los diferentes tipos de tráfico de migrantes, desde el que implica a pequeños empresarios o individuos particulares, hasta el relacionado con mafias y organizaciones criminales” (Oso, 2003: 1), ha constituido el fundamento para que posteriores investigaciones analicen las variables implicadas. En todo proceso migratorio las redes migratorias tienen un papel significativo. Existen diversas tipologías de redes, conceptualizadas de manera diferente, según el enfoque de cada investigación. A continuación, se aborda la tipología de redes adoptada para este estudio:

**a) *Redes por contactos familiares o de amistad.***

Desde el año 2003, la Organización Internacional de Migraciones (OIM) ha documentado a través de sus informes la capacidad de agencia de las mujeres de origen dominicano para organizar su proyecto migratorio con destino a Argentina. Las mujeres manifestaron haber organizado ellas su propio viaje, recurriendo a un prestamista identificado a través de sus conocidos o parientes. El préstamo para el financiamiento de viajes es una modalidad usual en muchos de los países de origen de las mujeres migrantes, como lo describió también Gregorio (1998, 2000) en su investigación sobre los procesos migratorios de mujeres dominicanas hacia España.

Los contactos de la persona reclutadora resultaban necesarios cuando las mujeres no tenían un contacto directo en Buenos Aires, especialmente porque prometía facilitar la inserción ocupacional. “Lo que sí debe señalarse es que las mujeres que organizaron su viaje por su propia cuenta -sin mediación de un reclutador, y buscando ellas mismas al prestamista- también ejercieron la prostitución” (OIM, 2003: 31-32).

Solana (2003) describe las estrategias de las primeras mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución en la provincia de Córdoba, principalmente en los años setenta y principio de los ochenta, la mayoría de ellas mujeres marroquíes, portuguesas, angoleñas y colombianas. En su estudio destaca la importancia de los contactos familiares y personales y la ausencia de las redes de trata de personas.

Venían a través de contactos familiares (primas, hermanas) vecinas, amigas, conocidas. No obstante, las familias de esas mujeres que trabajaban para él no sabían para qué emigraban realmente sus hijas ni a qué se dedicaban. Pensaban que trabajaban como camareras o en el servicio doméstico. De hecho los permisos de trabajo que se les otorgaban y que les permitían estar legalmente en España se les expedía para laborar en

esas actividades [...] en esos primeros años de empleo de inmigrantes en la prostitución, no había pues, tráfico organizado y mafioso de mujeres extranjeras (Solana, 2003: 36).

La capacidad de decisión y de agencia de las mujeres se evidencia en el hecho de que son ellas, en muchas ocasiones, quienes activan las redes migratorias. Como describe Piscitelli, “este estilo de migración acciona y crea redes sociales análogas a las utilizadas por otros inmigrantes latino-americanos para trabajar en diferentes sectores. La especificidad consiste en que se trata de redes básicamente femeninas en que amigas, conocidas y vecinas se suman a las mujeres vinculadas por lazos familiares” (Piscitelli, 2009: 120). Lazos familiares que se constituyen en el capital social fundamental en las comunidades de referencia, a causa del acceso desigual de las mujeres a los trabajos de la economía formal en la sociedad receptora (Maqueda, 2005).

#### ***b) Redes de turismo sexual y matrimonio.***

En relación al turismo sexual y el matrimonio no aparecen deudas ni intermediarios como pueden presentarse en otras modalidades de redes. En las investigaciones realizadas por Piscitelli (2009), tanto en Brasil como en España e Italia, entrevista a algunas mujeres brasileñas que ejercen la prostitución en Brasil y visitan a sus “novios”/clientes en Italia, buscando alguna posibilidad de permanecer en el país a través de ellos. En algunos casos, el matrimonio ofrece una puerta de salida de la industria del sexo, posibilitando, además, la migración a países del Norte. Piscitelli (2009) describe cómo la industria del sexo, el turismo sexual y el matrimonio con extranjeros es fusionado con el discurso de la trata y explotación sexual, cuando sus investigaciones evidencian que son elecciones propias de las mujeres. Considera la necesidad de nuevas investigaciones empíricas, que permitan analizar las trayectorias migratorias de las mujeres, en diversos contextos de la industria del sexo, para desmontar la equiparación falaz que se realiza con la trata de personas.

Un elemento importante que resaltan diferentes investigaciones es que buena parte de las mujeres eran conectoras, antes de emprender el viaje, de que ejercerían la prostitución una vez en España. Incluso ejercían en su país antes de iniciar el proceso migratorio, evidenciando que no todas las mujeres que ejercen la prostitución han sido víctimas de trata y tráfico de inmigrantes con fines de explotación sexual, sino que utilizan las diferentes tipologías de redes para llevar a cabo su proceso migratorio (Solana, 2003; Rodríguez y Lahbabi, 2005; Cortés, 2009; Piscitelli, 2009; López Riopedre, 2010; Fernández, 2011). Piscitelli refiere:

Los relatos de mujeres que migraron con el objetivo de trabajar en la industria del sexo en España delinear un panorama diferente. Algunos remiten a procesos enteramente mercantilizados, a través de viajes financiados por propietarios de clubes. Estos relatos muestran la articulación de diversos agentes, en Brasil y en el exterior, implicando la intermediación de extranjeros y brasileños en contacto con propietarios y empleados de establecimientos destinados a la prostitución en Europa. En algunos casos, las mujeres fueron contactadas en Brasil; en otros, ellas invirtieron tiempo y energía para obtener los contactos necesarios. Las narrativas de mujeres que migraron desde diferentes ciudades brasileñas, Río de Janeiro, Natal y San Pablo, aluden a esas intermediaciones (Piscitelli, 2009: 118).

**c) *Redes de trata de personas con fines de explotación sexual.***

En la actualidad, los estudios sobre trata con fines de explotación sexual se centran en las personas de origen rumano y nigeriano. Los estudios más recientes son, entre otros, el realizado por Granato, Meroño, Silva y Alegre (2011) con el colectivo de mujeres nigerianas víctimas de explotación sexual en Barcelona; el de Silvia Marcu (2008) con el colectivo de mujeres rumanas en la Comunidad Autónoma de Madrid; el estudio realizado en Andalucía por el Instituto Andaluz de la Mujer (IAM, 2011) sobre las mujeres víctimas de trata con fines de explotación sexual, que recoge el testimonio de 150 mujeres de orígenes diversos, entre ellos, Rusia, Rumania, Ucrania, Brasil, Colombia, Nigeria, Tanzania y otros países de África. Y, por último, el estudio sobre trata de personas en España realizado desde el Defensor del Pueblo (2012) recoge que,

Según datos de Naciones Unidas, 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 percibidas como una de las causas fundamentales de la existencia de la trata de personas. La violencia de género y otras formas de discriminación contra las mujeres y las niñas, pueden crear y agravar su vulnerabilidad para acabar siendo víctimas de trata. (...) Según el análisis de la Fiscalía General del Estado, la trata de personas en España tiene que ver esencialmente con la servidumbre por deudas; es decir, la víctima se somete a una situación de dominación como único medio de satisfacer las deudas con el tratante (Defensor del Pueblo, 2012: 273-276).

El énfasis de las investigaciones se centra en las estrategias de supervivencia emprendidas por las mujeres que son víctimas de trata con fines de explotación sexual, poniendo de relieve las especificidades de género en torno a la migración, en cuyo contexto las mujeres de diversos orígenes son reclutadas, engañadas, coaccionadas y obligadas a ejercer la prostitución con el



objetivo de pagar la deuda del viaje y, a su vez, seguir trabajando en la industria sexual, sin obtener beneficio alguno.

En la medida en que se multiplican los inconvenientes legales para la llegada y permanencia en España, las personas que pretenden escapar de las duras condiciones de supervivencia de sus países de origen no tienen más remedio que recurrir a las redes de tráfico de migrantes, que aprovechan su difícil situación en los países de origen. Por su parte, desde su trabajo con el colectivo LICIT<sup>20</sup>, Dolores Juliano (2004) destaca la siguiente tipología de redes –que retomaré en el capítulo 6 Hablan las protagonistas– a través de las cuales se produce la movilidad de las personas migrantes y el tráfico de personas: “Redes de tipo familiar, redes de tipo comercial y redes de tipo coercitivo: grupo de base étnica, tipo pandilla delictiva y tipo banda organizada” (Juliano, 2004: 50).

### 2.3.3. Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en España.

La prostitución en España ha presentado una importante transformación en las últimas dos décadas, caracterizadas principalmente por el origen extranjero de las mujeres, la expansión de la industria del sexo y la profusión y dispersión de nuevos y diferentes escenarios donde se ejerce la prostitución. La presencia de mujeres migrantes extranjeras que dinamizan los diferentes escenarios de prostitución no es exclusiva de España, sino común a todos los países miembros de la Unión Europea, siendo más visible en la prostitución en el espacio público (TAMPEP, 2009).

Uno de los primeros estudios exploratorios sobre migración y prostitución en España fue el realizado por Ignasi Pons, en 1993. El autor destaca la escasa presencia de mujeres migrantes extranjeras en la prostitución, atribuyendo diferentes causalidades, según la nacionalidad de las protagonistas: “entre las que provienen de otros países destacan las dominicanas y las portuguesas. Las primeras debido a la fuerte migración como prostitutas a toda Europa y las segundas por razón de pobreza y de proximidad geográfica” (p. 81). En la misma línea, el trabajo del grupo de investigación coordinado por Bonelli y Ulloa (2001) incide en este relevante factor. La llegada de mujeres inmigrantes provenientes de países no comunitarios “para insertarse al mercado de trabajo en las ocupaciones de reproducción social más desvaloradas socialmente, se remonta a finales de los 80, siendo en 1998 los principales países de origen de las mujeres

---

20 LICIT: Línea de Investigación y Cooperación con Inmigrantes Trabajadoras del Sexo. Grupo de investigación y acción política, formado por mujeres académicas, profesionales de intervención social y personas trabajadoras o ex trabajadoras del sexo, que realizó un intenso trabajo de creación de conocimiento y abogacía a favor de los derechos entre 1999 y 2009 en el ámbito de la prostitución. Las antropólogas Dolores Juliano e Isabel Holgado fueron cofundadoras.

con permiso de trabajo en vigor: Marruecos, República Dominicana, Perú y Filipinas” (Bonelli y Ulloa; 2001: 66).

El trabajo de Bonelli y Ulloa (2001) abrió el camino en el abordaje de la prostitución al analizar la situación de las mujeres migrantes que la ejercían tanto en Madrid como en Galicia. Sus objetivos de investigación fueron analizar los mecanismos del tráfico de mujeres inmigrantes que llegaban a España y reflexionar alrededor de la problemática de la migración femenina en su conjunto, contextualizando esta actividad dentro de la economía global y las desigualdades de género, teniendo en cuenta, “que no en pocas ocasiones la vinculación laboral de estas mujeres se limita a los servicios domésticos y sexuales, justamente los dos ámbitos más desvalorados socialmente” (Bonelli, Ulloa et al., 2001: 13). Fue esta una investigación pionera en la temática, al evidenciar la trascendencia de partir de las voces de las personas que ejercen la prostitución, a través de un estudio sociológico y antropológico en el que participaron mujeres colombianas y ecuatorianas. En dicho estudio se dio cuenta de las motivaciones que las impulsaron a emprender su proyecto migratorio, de los escenarios donde ejercían la prostitución y de las dificultades que encontraban para la adaptación e integración social.

En el 2007, el Instituto Vasco de la Mujer (Emakunde), realizó un estudio sobre la prostitución ejercida por mujeres, describiendo la presencia de mujeres de origen latinoamericano y la llegada de mujeres de Europa del este. A partir de este estudio, se sucedieron una serie de etnografías exploratorias realizadas en diferentes comunidades autónomas, en las que se resalta principalmente el origen de las personas que ejercen la prostitución y los escenarios de la actividad.

Se mantiene la tendencia de la extranjerización de la actividad, se evidencia la privatización del ejercicio hacia clubes y pisos, se hace manifiesta una presencia de mujeres transexuales y travestis, se dan los primeros pasos en la organización de los empresarios de los clubes de alterne a nivel estatal y se dan algunos pasos aunque débiles en la organización y reivindicación del colectivo de mujeres que ejerce la prostitución, se mantiene la alegalidad como marco y se desarrolla un buen número de iniciativas, normativas e intervenciones a nivel municipal, autonómico y estatal (Emakunde, 2007: 159-160).

En su investigación, Rodríguez y Lahbabi (2005) se enfocan en la presencia de las mujeres marroquíes en la industria del sexo y su objetivo era “comprender las verdaderas condiciones de vida de estas personas y los factores de expulsión que les había llevado a ejercer este trabajo en su desarrollo cotidiano” (p. 64). El estudio es relevante porque realiza un análisis

comparativo entre la prostitución ejercida en Marruecos y en las provincias de Almería y Málaga.

Del mismo modo, en el año 2005, el Instituto Andaluz de la Mujer (IAM) recoge en su estudio sobre la prostitución en la Comunidad Autónoma de Andalucía<sup>21</sup> una gran variedad de orígenes y nacionalidades en el comercio sexual. Si agrupamos los resultados obtenidos en los diferentes trabajos realizados en las comunidades autónomas, aparecen con cierta constancia tres zonas principales de procedencia de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en España:

El primer grupo corresponde a las mujeres procedentes de países europeos, que en la actualidad son las más constantes dentro de la industria del sexo en España. Su presencia en el ámbito de la prostitución se ha descrito en las diferentes comunidades autónomas (Oso y Ulloa, 2001; Juliano, 2004; Ortí, 2004; IAM, 2005; Arella, Fernández et al., 2007; Holgado, 2008; Marcu, 2009; Solana y López, 2012; Serra, 2008; Sanchís y Serra, 2011; López Riopedre, 2012).

El segundo grupo lo integran las mujeres procedentes de África. Entre ellas, quienes llevan más tiempo son las mujeres marroquíes y ecuatoguineanas y, entre las de radicación reciente, destacan las mujeres nigerianas (Acién, 2010, Checa y Acién, 2005; Majuelos, 2012; Rodríguez y Lahbabi, 2005). Algunos estudios destacan la presencia de mujeres senegalesas en la Comunidad Valenciana (Serra, 2008; Ortí, 2004; Carmona, 2000; Juliano, 2004; Arella et al., 2007; Granato et al., 2011).

El tercer grupo está conformado por mujeres procedentes de Latinoamérica, entre las que destacan las nacionalidades dominicana, cubana, colombiana, ecuatoriana y brasileña. Se ha referenciado su presencia en las diferentes comunidades autónomas (Pons, 1993; Oso, 1998, 2003, 2005; Carmona, 2002; Defensor del Pueblo Andaluz, 2002; Bonelli, Ulloa et al, 2001, 2006; Holgado, 2001; Juliano, 2004; Ortí, 2004; López Riopedre, 2004, 2010; Rodríguez y Lahbabi, 2005; Pérez y Ortiz, 2006; Emakunde, 2007; Solana, 2007; Serra, 2008; Piscitelli, 2009; Fernández, 2011; Sanchís y Serra, 2011; Solana y López Riopedre, 2012; Lube, 2013).

---

<sup>21</sup> La descripción detallada por provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2005 se encuentra en la publicación *La prostitución en la comunidad autónoma de Andalucía*. Instituto andaluz de la mujer. Consejería para la igualdad y bienestar social.

Cada estudio referenciado realiza un análisis sociodemográfico de la población de estudio. Al respecto, los datos sociodemográficos más comunes son: nacionalidad, edad, estado civil, nivel de estudios y experiencia laboral. De manera general, las investigaciones revisadas concuerdan en lo siguiente:

Con relación a la edad, coinciden en que son mujeres bastantes jóvenes, con edades que oscilan entre los 20 y los 47 años. Si desglosamos los datos por nacionalidad y edad encontramos que en las investigaciones realizadas a principio de la década del 2000 (Oso, 1998; Holgado, 2001; Defensor del pueblo, 2002; IAM, 2005; Solana, 2003), las mujeres jóvenes provenían de América Latina y África, mientras las últimas investigaciones demuestran que, actualmente, las mujeres más jóvenes proceden en su mayoría de Rumania (Marcu, 2008; Corbalán, 2012; MDM, 2013) y las de mayor edad principalmente de Latinoamérica (Cortés, 2009; Fernández, 2011; MDM, 2013).

Respecto al estado civil, las investigaciones coinciden en que la mayoría de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución son generalmente solteras con cargas familiares importantes. Así lo describe Solana (2003), para quien “habría un número significativo de madres solteras procedentes de Latinoamérica y del Magreb, de jóvenes que han tenido hijos a edades tempranas y que no cuentan con el apoyo paterno para sacarlos adelante” (p. 159); esta característica la comparten con las mujeres rumanas y nigerianas. También se encuentran mujeres con variedad de estados civiles y cargas familiares, como lo señala Ortí (2004) en su investigación realizada en la Comunidad Valenciana:

Con relación al nivel educativo, se evidencia que el acceso a la educación de las mujeres en sus países de origen también está organizado en función de su clase social, la etnia y el género. Diferentes investigaciones destacan porcentajes elevados de mujeres con formación reglada (estudios básicos y de grado medio) principalmente entre las mujeres de origen latinoamericano y de la Europa del Este; además, hay que tener en cuenta la brecha entre las mujeres de origen africano, especialmente su origen de zonas rurales o urbanas, ya que estas últimas presentan mayor nivel escolarización (Emakunde, 2007; Solana, 2003; Rodríguez y Lahbabi, 2005; Marcu, 2008; Riopedre, 2010).

Por lo que respecta a la experiencia laboral, los estudios constatan la variedad de ocupaciones que han tenido las mujeres en sus países de origen pero, en su mayoría, las mujeres han estado vinculadas laboralmente a actividades del sector de servicios o del cuidado. Así lo referencia Ortí (2004) para el caso de Castellón y Piscitelli (2009) en su estudio transfronterizo en España e Italia.

Con relación a su situación administrativa, los estudios coinciden en que las mujeres de origen no comunitario, en su mayoría, se encuentran en situación irregular, hecho que confirman las organizaciones que trabajan con el colectivo<sup>22</sup>. No obstante, la entrada a España no la han realizado por vías ilegales, sino siguiendo algunos de los cauces legales establecidos (como turistas en muchos casos) (Solana, 2003; López Riopedre, 2010). Igualmente reflejan cómo esta situación de irregularidad administrativa aumenta enormemente su vulnerabilidad ante los abusos, erigiéndose en el principal obstáculo para poder acceder a una mayor movilidad laboral y a su participación social.

#### 2.3.4. Escenarios de prostitución<sup>23</sup> en España.

Entre la producción científica sobre migración y prostitución en España predominan, además de los estudios jurídicos (Mestre, 2004; González, 2006; Maqueda, 2009), los estudios sociológicos y antropológicos en los que, pese a las dificultades para acceder a los contextos prostitucionales como persona investigadora, han podido detallar los diferentes escenarios de la prostitución. Entre las investigaciones que describen los diferentes ámbitos, las clasificaciones más comunes son: prostitución en calles o espacio público, prostitución en clubes y prostitución en pisos (Pons, 1993; Madeiros, 2000; Defensor del Pueblo Andaluz, 2002; Estébanez et al., 2002; Ación y Majuelos, 2003; Solana, 2003; Agustín, 2004; EDIS, 2004; IAM, 2005; González y Tirado, 2006; Emakunde, 2002, 2007; Holgado, 2008, 2013; Pinedo, 2008; Serra, 2008; Fernández, 2011).

Algunas de estas investigaciones describen la transformación que han sufrido los diferentes espacios en los que se ejerce la prostitución en el territorio español, dependiendo de las características propias de cada provincia. Solana (2003), para la provincia de Córdoba indagó a fondo las modalidades de prostitución, la tipología de locales y los diferentes espacios donde se practica.

---

22 En el Estado español, se conformó en 2009 la Plataforma por los derechos en el Trabajo sexual, coordinada por la organización Hetaira de Madrid, que aglutina diferentes organizaciones del país que trabajan con el colectivo de personas que ejercen prostitución. Uno de los objetivos de su creación fue resaltar la situación de gran vulnerabilidad que supone la situación de irregularidad administrativa, de difícilísima solución para el colectivo de mujeres sujeto de esta investigación. Disponible en [www.colectivohetaira.org/.../18-plataforma-estatal-por-los-derechos.html](http://www.colectivohetaira.org/.../18-plataforma-estatal-por-los-derechos.html) Accedido el 15/05/2012.

23 El término “escenarios” lo utilizo en esta investigación, diferenciándolo de los términos “contextos” o “espacios” donde se ejerce la prostitución. Un contexto no se puede desmontar fácilmente, como podría ser el espacio de agricultura bajo plástico de la provincia de Almería, pero un escenario de prostitución -o donde comerciar con el sexo-, sí. “Montar y desmontar un escenario” en función de su capacidad de agencia da cuenta también de la movilidad femenina dentro la industria del sexo y las estrategias de adaptación a contextos de acogida difíciles. Los nuevos escenarios de prostitución virtual a raíz del creciente y significativo volumen de trabajo sexual a través de internet y otras tecnologías de la comunicación no son objeto de esta investigación.

Estamos asistiendo a algunas modificaciones relevantes en la configuración de la industria sexual española. Se instalan clubes en los extrarradios de las grandes ciudades o en determinados polígonos industriales; hostales olvidados y deteriorados se reconvierten en remozados y rentables locales de prostitución. Junto a los prostíbulos de tamaño medio o pequeño, han aparecido ya en España auténticos hipermercados del sexo o macro clubes con múltiples servicios (Solana, 2003:6).

En el año 2003, en la provincia de Córdoba, la mayoría de las mujeres inmigrantes que ejercían la prostitución lo hacían en clubes. Solana (2003) describe dos modalidades identificadas en el trabajo de campo respecto al sistema de ganancia de los dueños: los clubes de plaza u hospedaje y los clubes con modalidad y porcentaje; en ambos casos las mujeres deben pagar un porcentaje por el uso de las instalaciones del hotel. Estos modos de trabajo tienen consecuencias directas en el ejercicio de la prostitución y la calidad de vida de las mujeres.

Los llamados clubes de plaza están declarados como hoteles, las mujeres cumplen con un tiempo de estancia en el club, al que se denomina “hacer la plaza” y conlleva el compromiso de las mujeres a trabajar en el club durante 21 jornadas seguidas sin descanso. Las mujeres son consideradas clientas del lugar, “la única relación mercantil que hay entre el club y las mujeres extranjeras que residen en éste es la normal en el sector hostelero de alquiler de habitación, estas mujeres no tienen contrato laboral alguno con el establecimiento, no están sujetas a horarios, la única obligación que tienen con el empresario es de pagarle la habitación alquilada” (Solana 2003:50). En los clubes de porcentaje, las mujeres pueden residir o no en el establecimiento; estos se caracterizan principalmente porque las mujeres acuerdan un porcentaje de ingresos, ya sea por las copas con el cliente o el uso de la habitación.

En la prostitución clásica, caracterizada por el ejercicio mayoritario de mujeres autóctonas, en las calles y establecimientos cerrados –lugares antiguamente llamados whiskerías o clubs–, situados principalmente en las ciudades, se ha presenciado una evolución tanto en las personas que la ejercen (mujeres, varones, transexuales) como en los diferentes escenarios y modalidades: barras americanas, pisos, clubes, saunas, calles etc. (Solana, 2003; Agustín, 2004; Bonelli, Ulloa et al., 2006; Garaizábal, 2008; López Riopedre 2010; Solana y López Riopedre, 2012). Esta transformación no se ha dado solo en España, sino en toda Europa, “donde se ha visto un enorme cambio del trabajo sexual al aire libre, en interiores a raíz de una serie de cambios políticos y legislativos que tienen escaso margen de maniobra en la industria del sexo” (TAMPEP, 2009:30).

Un elemento importante que resalta el estudio realizado por Rodríguez y Lahbabi (2005) es la diferenciación que realizan las propias mujeres de los escenarios de prostitución, precisando, por ejemplo, que en “Marruecos la prostitución es mayoritariamente clandestina, y en España está organizada en torno a una industria, en los clubes” (p. 76). Las autoras describen cómo, en 2005, la presencia de estos escenarios en todas las provincias andaluzas y en toda España se estaba generalizando, vinculado a las altas tasas de inmigración ilegal.

Los clubes siguen creciendo en diferentes sitios de la provincia, a pesar de su visibilidad en el paisaje urbano (barra americana, pub, casa privada, whiskería). Si bien dentro de la ciudad existen clubes de prostitución como lugares de masaje, o de exhibición; sin embargo en otros lugares adquieren una posición importante, debido a su concentración en espacios rurales y en los márgenes de las carreteras (Rodríguez y Lahbabi, 2005: 96).

Esta característica se apoya también en la tipología de los núcleos detectados por provincias, por el Instituto de la Mujer en el año 2005 en toda la comunidad autónoma, donde los clubes de carretera son predominantes. En 2009, el informe de TAMPEP también apuntaba que “la prostitución en interiores (pisos, clubes, bares etc.) se produce en las grandes ciudades europeas. En los sectores rurales (en pequeñas provincias, pueblos o en el campo), se han realizado ajustes para el comercio sexual especialmente en las zonas fronterizas situadas a lo largo de las principales rutas de comercio y transporte” (p. 31). Esta es una característica común en la prostitución presente en las zonas rurales.

La prostitución en calle o espacio público es la más conocida y visible y la que genera mayor controversia en la opinión pública, al ser la prostitución más “mediática”. Como advierte Holgado (2013) respecto a la prostitución en espacio público, “es destacable que, siendo tan sobredimensionada en los discursos y políticas públicas, apenas signifique el 1% del total del trabajo sexual en el Estado español, como recogen las entidades que conforman la Plataforma Pro-Derechos en el Trabajo Sexual (p. 239). Algunos autores coinciden en que esta modalidad de prostitución tiene mayor presencia en ciudades grandes que en provincias pequeñas. La prostitución en calle o espacio público es el escenario donde se encuentran mayores porcentajes de mujeres españolas con problemáticas de toxicomanías, transexuales y mujeres con importantes problemas socio-familiares y de salud (Pons, 1992; Madeiros, 2000; Emakunde, 2002; Agustín, 2002; Defensor del Pueblo Andaluz, 2002; Estébanez et al., 2002; Acién y Majuelos, 2003; EDIS, 2004; Pinedo, 2005; González y Tirado, 2006; Fernández, 2011; Serra, 2008).

Actualmente la prostitución en pisos vive una gran expansión, entre otras razones, porque permite mayor autonomía en relación con los horarios de trabajo principalmente para personas que compaginan esta actividad con otros empleos o la conciliación familiar, ofreciendo mayor discreción. En estos escenarios es más común encontrar mujeres españolas ejerciendo la prostitución (Emakunde, 2002, 2007; López y Pinedo, 2007; Serra, 2008; López Riopedre, 2010; Fernández, 2011; Sanchís y Serra, 2011).

En su investigación en Galicia, López Riopedre (2010) realiza una detallada descripción.

Frente a la prostitución más visible como es la ejercida en los clubes de carretera o en la vía pública, durante los últimos años la prostitución en los pisos de contactos no ha dejado de crecer. [...] Por ello, la dedicación de un inmueble particular ubicado en el espacio urbano a la actividad de la prostitución no es un fenómeno nuevo. Pero, lo que sí es novedoso es la actual proliferación de este tipo de negocios [...] Las razones para que esto ocurra son varias: por un lado, la prostitución en los pisos facilita una discreción al comercio sexual con la cual no pueden competir otro tipo de negocios mucho más visibles como clubes de carretera. [...] Por otra parte, la inversión que requiere un piso es, en principio, mucho menor que la de cualquier otro local o establecimiento que se dedique al mismo fin por lo que permite la participación de pequeños inversores en el negocio o incluso una intervención de forma autónoma e independiente de las propias trabajadoras sexuales. Ciertamente, los pisos se constituyen con la misma facilidad con la que desaparecen (López Riopedre, 2010: 214-215).

Cada uno de los escenarios donde se ejerce la prostitución en España presenta determinadas características que influyen tanto en los modos en que se ejerce esta como en las condiciones de vida de las personas que la ejercen.<sup>24</sup>

En todas las investigaciones revisadas, independientemente del país o contexto donde se ejerce la prostitución, existen dos elementos comunes: la movilidad de las personas que trabajan en la industria del sexo, específicamente en la prostitución, y la constante vulneración de los derechos humanos de este colectivo. Las analizo a continuación.

---

<sup>24</sup> Esta relación y sus implicaciones para la salud e integración social de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, la ampliaré en el segundo apartado del marco teórico: Prostitución y salud, así como en el capítulo del contexto de la investigación.



### 2.3.5. “Viviendo entre fronteras”: la movilidad constante de las mujeres.

En este apartado, realizo un análisis de *la movilidad* de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución *como estrategia* para resistir a la vulneración de sus derechos.

Arella et al., (2007) detectaron en su investigación realizada en Barcelona, la vulneración de los derechos de las personas que ejercen la prostitución, en y por el ejercicio de su actividad. A través de su análisis llegaron a la siguiente conclusión: “El Estado de derecho se encuentra ausente en el ámbito del trabajo sexual, donde se vulneran al menos 25 derechos humanos en Barcelona” (p. 260). A esta misma conclusión llegaron los estudios de las diferentes investigadoras (Solana, 2003; Juliano, 2004; Mestre, 2005; Holgado, 2008), así como informes de diferentes ONG (LICIT 2005; APDHA, 2008; MDM, 2009; APRAMP, 2011).

Argumentan que las mujeres migrantes extranjeras son el colectivo más olvidado por las políticas públicas relativas a la prostitución, lo que reduce de forma significativa el número de opciones para realizar una elección laboral rentable. Describen cuatro factores condicionantes del libre ejercicio del trabajo sexual y causantes principales de la vulneración de derechos: “La situación jurídica y la consideración política del trabajo sexual, el estigma que recae sobre esta actividad; la condición de extranjería de muchas trabajadoras sexuales y la calle como espacio de actuación e interacción” (Arella et al., 2007: 260).

Me interesa retomar estos factores para su análisis, en relación con la alta movilidad de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la Europa actual, caracterizada por desplazamientos nacionales y transnacionales. Movilidad entre fronteras de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, que se constituye como estrategia para mantenerse en los circuitos alternativos (Sassen, 2003), que plantea el nuevo orden económico global.

#### **a) *La frontera simbólica: el estigma que recae sobre la actividad.***

En relación al fenómeno social de la prostitución, el estigma (Goffman, 1970) recae fundamentalmente sobre las mujeres que la ejercen –y no solo los varones y transexuales– debido a la doble moral sexual imperante, como ya ha sido expuesto en el Capítulo 1. El concepto de prostitución está marcado por connotaciones morales negativas, los diferentes estudios concuerdan en que el estigma asociado a la prostitución (Pheterson, 2000; Maqueda, 2009; Osborne, 2004) “afecta tanto a las mujeres que se ven forzadas a la prostitución como a

las autónomas, son igualmente castigadas por la ley y estigmatizadas por la sociedad” (Maqueda, 2009: 62).

Enfrentadas a la fuerza de la estigmatización, las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución tienen que desplegar su estrategia de movilidad, atravesando no sólo fronteras geográficas, sino también fronteras simbólicas fundamentadas en el estigma asociado a la prostitución (LICIT, 2005; Arella et al., 2007; Holgado, 2013). Por ello, las razones generadoras de esta movilidad de las personas, son variadas y comunes dentro de la industria sexual.

Esta constante movilidad les proporciona principalmente *la protección del anonimato* originado en la estigmatización, la discriminación y la exclusión social que tienen que enfrentar por ejercer la prostitución. La movilidad como estrategia de supervivencia, les permite mantener cierto control acerca de su identidad personal y social. La movilidad constituye una estrategia de empoderamiento.

#### ***b) Fronteras políticas: prostitución y la condición de extranjería.***

Como he descrito anteriormente, en la Unión Europea no existe consenso acerca de la prostitución, por lo que los marcos jurídicos-políticos en Europa van desde los más restrictivos hasta los más permisivos. En esta misma línea Arella et al. (2007), denuncia el estigma, persecución y vulneración de derechos de las trabajadoras sexuales en Barcelona: “A pesar de la gran cantidad de mujeres que participan en el fenómeno migratorio, su existencia y sus peculiaridades no son tomadas en cuenta por las instituciones a la hora de diseñar la normativa, las políticas públicas en materia de inmigración y, sobre todo, los mecanismos para ser consideradas sujetos de derechos” (p. 59), debido a que legislación sobre inmigración se realiza sobre el modelo de varón, inmigrante, y no tiene en cuenta las especificidades laborales y vitales de las mujeres (Juliano, 2004)

La actividad en sí nunca ha estado regulada en España y, como afirma Guereña: “La única cuestión realmente en juego es la visibilidad de la prostitución y de sus diferentes actores” (Guereña, 2003:13). El comercio del sexo nunca ha desaparecido, sino que se ha adaptado a las circunstancias. Sin embargo, “lo que sí se ha mantenido estable es la mayor vulnerabilidad de las personas que ofrecen directamente los servicios sexuales, éstas jamás han sido las beneficiadas de las medidas adoptadas ya fueran de corte abolicionista o reglamentista” (APDHA, 2008: 18).

En relación con la condición de extranjería, Ruth Mestre (2005) afirma:

La diferencia entre inmigración y extranjería es una diferencia fundamentalmente que ha de analizarse desde el Derecho —desde la crítica feminista al Derecho— precisamente porque es una creación jurídica. La extranjería es la creación jurídica de la diferencia, al menos en el reconocimiento y disfrute de los derechos fundamentales. Es la herramienta jurídica que Europa se ha inventado para hacer frente a la inmigración del Sur hacia el Norte. En el Estado español estamos acostumbrados a unir y confundir migración con extranjería, cuando extranjería es sólo una —la peor, por cierto— de las respuestas jurídicas políticas que un estado de recepción puede plantearse ante la llegada de flujos migratorios diversos, ante la llegada de personas (Mestre, 2005:140).

Mientras que las mujeres de terceros países que ejercen la prostitución, sufren una doble discriminación por su condición jurídica de migrantes y extranjeras: están limitadas a moverse libremente por el espacio europeo, y están limitadas a no ser ciudadanas de pleno derecho. Sin embargo, unas y otras (comunitarias y provenientes de terceros países), ven vulnerados sus derechos de personas, por ejercer una actividad generadora del rechazo político y social estigmatizante, que se extiende a todas las personas que ejercen esa actividad.

Según el informe de TAMPEP (2009), dentro de los países europeos se presenta una gran diferencia en la movilidad transnacional de las personas nacionales y las personas migrantes extranjeras que ejercen la prostitución; tal diferencia está marcada, principalmente, por la situación administrativa y las políticas relacionadas con la prostitución en el país donde se encuentren ejerciendo:

Hay grandes diferencias entre las cuatro regiones de Europa: en Occidente, sólo 17 % de los ciudadanos informan haber trabajado en otro país, en contraste con el 82% de los migrantes. (...) En Bulgaria, al menos la mitad de todos los trabajadores nacionales de sexo han viajado fuera y dentro del país para trabajar. En Rumania, un abrumador 80 % de los trabajadores nacionales han trabajado en otro país. De acuerdo con la asignación 2009, esta es también la tendencia de los trabajadores sexuales migrantes en Italia (99 %), Grecia (92 %), España (77 %), Eslovenia (75 %) y Portugal (73 %). Las principales razones de las trabajadoras sexuales migrantes del sur para trabajar en otros países, son la necesidad económica, la coacción ejercida por los " organizadores " en la industria del sexo, las acciones policiales y la criminalización" (TAMPEP, 2009: 51-52).

Políticas y controles policiales, son también una causa de la movilidad entre el colectivo, principalmente de las personas migrantes indocumentadas que ejercen la prostitución. En toda Europa, nuevas medidas legislativas no diferencian entre la prostitución y la trata, a la vez que elevan las restricciones en materia de migración y permisos de trabajo para los migrantes, para ellas/os trabajar en la calle o en otros lugares públicos, implica asumir mayores riesgos, por miedo a los controles, las multas posteriores, la expulsión o la deportación.

La presión por organizaciones de trata y/o tráfico, aumenta la movilidad de las personas migrantes extranjeras que se encuentran coaccionadas por estas organizaciones, ya que algunas de ellas mantienen a los trabajadores en constante movimiento, lo que aumenta su vulnerabilidad.

El estudio realizado por Pérez y Ortiz (2006), describiendo la prostitución en el municipio de Vitoria-Gasteiz, detallada las características de esta movilidad:

La movilidad de las mujeres: En los clubes, en los pisos, e incluso en la calle, la renovación de las mujeres que están trabajando es constante. Las mujeres van trasladándose o son trasladadas de un lugar a otro, dentro de una misma ciudad o entre distintas provincias o países. En ocasiones estos traslados están motivados por la propia organización del establecimiento: hay personas propietarias de negocios que prefieren no mantener durante mucho tiempo a las mismas mujeres. De esta forma consiguen renovar la oferta, al tiempo que evitan que los clientes se encaprichen con alguna de las mujeres y que éstas establezcan lazos y relaciones entre ellas que las harían menos vulnerables al control de la persona dueña del negocio. Otras veces son las propias mujeres las que deciden cambiar de lugar de trabajo por diferentes razones (Pérez y Ortiz, 2006: 46-47).

***c) La movilidad como estrategia económica y de resistencia a la exclusión.***

La movilidad geográfica está ligada también a la movilidad social que permite la industria del sexo con el objetivo de buscar mejores condiciones de ejercicio de la actividad y de vida. Haciendo referencia a la movilidad social, López Riopedre argumenta sobre el significado de esta para el colectivo:

Al hablar de la cuestión de la movilidad en el trabajo sexual me estoy refiriendo al doble significado que encierra esta expresión: por un lado, a la movilidad geográfica, esto es, a la capacidad de libertad de movimientos y a la intensidad en la variación del lugar/puesto de trabajo que muestran, por lo regular, las trabajadoras sexuales; y por

otro lado, movilidad en el sentido de movilidad social, es decir, al hecho de recurrir al trabajo sexual con la aspiración principal de ascender en la estructura social y el nivel de vida, incrementando asimismo la capacidad adquisitiva de bienes de consumo. Este segundo significado de la movilidad, como movilidad social, ha sido ya reiteradamente señalado en anteriores estudios (Oso, 2002; ESCODE, 2006) y puede afirmarse que la decisión de ejercer la prostitución es, en la mayoría de los casos, originada, precisamente, por el deseo consciente de acceder a unos bienes que de otra forma sería muy difícil alcanzar (López Riopedre, 2010:170).

Agustín (2002) resalta que “la industria del sexo en sus aspectos relacionados con los servicios sexuales, funciona de manera irregular: un inmigrante no regularizado tiene bastantes oportunidades para trabajar en bares y clubes, en pisos y en servicios de acompañantes caros y especiales; tampoco hay impedimento para que un inmigrante implante su propio servicio, utilizando teléfonos móviles y/o sitios web colocados en internet” (p.127). Al no estar regularizado el sector de la industria del sexo, el control de las condiciones del ejercicio no lo tienen las personas que ejercen sino los propietarios de los locales, en función de las políticas existentes en la provincia, ciudad o país donde se encuentren. Esta sensación de falta de control, hace que la movilidad sea una estrategia para escapar de condiciones abusivas y de la explotación laboral, todo lo cual conlleva mayor vulnerabilidad social, debido a la carencia de redes de apoyo en el lugar donde residen y ejercen, además del desconocimiento del funcionamiento de los servicios públicos, tanto sociales como de salud.

La movilidad de las personas que ejercen la prostitución, también se presenta en los espacios de interior, clubes, pisos, bares...etc. “Esta movilidad se detecta sobre todo en los pisos, para pasar lo más desapercibidos posible, suelen variar su ubicación. En este caso son las personas dueñas del negocio las que deciden desplazarlo a otra vivienda, generalmente tras haber sido denunciados o haber recibido quejas por parte del vecindario” (Pérez y Ortiz, 2006: 46-47).

En toda Europa ha habido una cantidad significativa de iniciativas políticas dirigidas a la prostitución en el espacio público, incluyendo restricciones y prohibiciones de ciertos espacios al aire libre y a la criminalización de los clientes y las personas que ejercen la prostitución. Esta es una de las iniciativas predominantes desde las políticas públicas, tal y como ha sido expuesto en el capítulo 2. Varios investigadores y asociaciones pro-derechos en el trabajo sexual (Oso, 2003; Garaizábal, 2008; Holgado, 2008; Maqueda, 2009; TAMPEP, 2009) señalan que estas políticas generalmente dirigidas a la prostitución en las calles aumenta la presencia de las personas que ejercen la prostitución en escenarios como clubes o pisos privados, donde se da un mayor control por parte de los propietarios. Este aumento, no evidencia solo un cambio de

lugar, evidencia la constante invisibilidad y el ocultamiento, al que se quiere someter a las personas que ejercen la prostitución; situación que genera mucha más vulnerabilidad y explotación laboral por parte de los empresarios. Estos, a su vez, también realizan una selección de las mujeres en función de su condición administrativa, ya que muchos propietarios se han vuelto más cautelosos en permitir que las mujeres migrantes extranjeras ejerzan en sus negocios debido al endurecimiento de las leyes contra la trata que se traduce en más controles policiales sobre la industria del sexo.

## Capítulo 3. COORDENADAS ANALÍTICAS

---

### 3.1. La construcción del concepto salud en la ciencia biomédica

La medicina tradicional poseía una concepción unitaria y globalizadora del fenómeno de la enfermedad, entendiéndola como algo consustancial a la propia naturaleza humana, de forma que cualquier enfermedad era la pérdida de la “normalidad” (Gavidia y Talavera, 2012). “Tradicionalmente, la salud se ha representado como la ausencia de enfermedades e invalideces” (Gavidia y Talavera, 2012: 165). El discurso hegemónico en torno a la salud partía del modelo biomédico que se constituyó por mucho tiempo en el paradigma esencial, desde el que comprender el equilibrio del organismo humano. Sin embargo, la reducción de la enfermedad a un problema meramente biológico, en el que su origen consiste en un agente identificable mediante técnicas de laboratorio, no sirve para enfrentarse a ciertas situaciones y modos de enfermar. Tres grandes aportes permitieron ampliar la mirada biologicista en relación al binomio salud-enfermedad: el nacimiento del psicoanálisis con Sigmund Freud (1940), la influencia ambientalista de Dubois (1967) y el modelo integrado bio-psico-social de Engels (1977).

Los aportes de la teoría psicoanalítica y los aportes de Freud en materia de salud marcaron una nueva orientación en la medicina en relación con la mente humana, ya que la epistemología psicoanalítica accede al conocimiento del funcionamiento humano mediante la escucha y la interpretación de la estructura del inconsciente de los sujetos, que se manifiesta a través de los sueños, los actos fallidos y la palabra. Desde esta perspectiva, el proceso salud-enfermedad se comprende desde el significado subjetivo de los síntomas y el sufrimiento del sujeto, causado principalmente por sus conflictos internos, los conflictos del inconsciente. La teoría psicoanalítica da cuenta del mundo interno del sujeto y de la vinculación del psiquismo con el cuerpo como escenario donde se manifiestan las tensiones internas no resueltas por las personas. Este modelo teórico en el que una misma enfermedad tiene significados diferentes según las personas, es totalmente opuesto al modelo biomédico. “El psicoanálisis rebasa las dos perspectivas –la biológica (el sexo) y la sociológica (el género) – con las que se pretende explicar las diferencias entre varones y mujeres, pues plantea la existencia de una realidad psíquica, muy distinta de una esencia biológica o de la marca implacable de la socialización” (Lamas, 1999: 90).

En cuanto al modo de entender y comprender las causas de la enfermedad y su modelo clínico de atención y relación con la persona paciente, el psicoanálisis introduce una propuesta diferente a la del modelo biomédico. En el modelo biomédico, el médico/a se constituye como: “sujeto de supuesto saber”, influencia de la perspectiva más clínica, con la cual descifra los síntomas del que enferma y puede diagnosticar y proceder a curar. A la luz del psicoanálisis, es el paciente quien posee tal poder, en cuanto conocedor de su cuerpo y sus síntomas. La relación médico/paciente está entonces centrada en una escucha que promueve la responsabilidad del sujeto con relación a su cuerpo, la comprensión del significado de sus síntomas y la realización de cambios. La relación médico/paciente se plantea como un encuentro entre dos sujetos, cargado de representaciones y significados al servicio del paciente.

Partiendo de esta nueva concepción de la enfermedad, en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como “el estado completo de bienestar físico, mental, social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades” (op. cit. en MDM, 2014)<sup>25</sup>, ampliando así las dimensiones de los condicionantes que pueden alterar el estado de equilibrio del organismo y destacando la importancia de las dimensiones biológica, psicológica y social del ser humano.

Posteriormente, Dubois (1967) introduce la importancia del ambiente en el proceso de salud-enfermedad de los individuos, a partir de la preocupación generada por muchas de las enfermedades infecciosas, cuya causa no es la presencia de organismos patógenos sino ciertas condiciones del sistema organismo-entorno. En palabras de Dubois (1967) “su solución va más allá del tratamiento de los síntomas, pues puede necesitar reformas sociales que lleguen incluso al terreno de la ética. Aunque los microbios sean la causa necesaria, no son la suficiente para la enfermedad, el elemento esencial de la enfermedad no reside en la infección, sino en cualquier estímulo, interno o externo, que altere la resistencia y rompa el equilibrio”. Desde este enfoque, se amplía la posibilidad de explicar los procesos de salud-enfermedad a través de otros factores que influyen directamente en la situación inmunitaria de la persona, como son la alimentación, el trabajo físico, las condiciones de vida, la contaminación del ambiente, etc.

Esta reflexión hace que Dubois (1967) defina la salud como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio. Este autor concede una gran importancia al medio ambiente y entiende la salud como el equilibrio que existe entre el

---

<sup>25</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada por los representantes de 61 Estados. La Constitución entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde entonces. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Accedido el 11/11/2010.



individuo y su entorno, de forma que cuando este equilibrio se altera o se rompe se produce la enfermedad.

Esta posibilidad de desequilibrio no sólo se da en la dimensión biológica sino también en las dimensiones psíquica y social. Dimensiones que posteriormente van a ser integradas en el modelo propuesto por George Engels, en 1977. Dicho autor fundamentó su modelo en la teoría de sistemas, en la cual todos los niveles de la organización están vinculados entre sí en una relación jerárquica, de manera que el cambio en uno afecta el cambio en los demás. Engels (1977) afirma que “su adopción como un enfoque científico debería mitigar la dicotomía reduccionista de la biomedicina y mejorar la comunicación a través de las disciplinas científicas. Para la medicina, la teoría de sistemas proporciona un enfoque conceptual adecuado, no sólo para el concepto bio-psico-social, sino también para el estudio de enfermedades y la atención médica como procesos interrelacionados” (p. 135). Defendió la necesidad de un modelo nuevo que contribuyera a comprender las enfermedades desde otras perspectivas, diferentes al discurso biomédico, hegemónico y reduccionista, que “explica” la enfermedad únicamente desde procesos bioquímicos o neurofisiológicos. Para Engels (1977), dicho enfoque no deja lugar, dentro de su marco de referencia, para las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad.

La enfermedad ha sido tratada desde diversas perspectivas pero, cuando se trata de un abordaje comunitario, lo importante no es el estilo de vida de la persona que enferma sino las condiciones sociales en las cuales esa persona se encuentra, ya que esto es lo que va a determinar la salud y la enfermedad. El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y las condiciones de vida de la población. La idea que tiene la gente de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan (San Martín, 1981).

El concepto de salud no es único y universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Estos son cambiantes y dependen de las personas y de los contextos desde los cuales se conceptualizan. Cada época y cada contexto ha realizado su aportación, con la que se ha construido el edificio que actualmente conocemos. Como sostienen Gavidia y Talavera (2012), “la palabra “salud” tiene tres características que hacen muy difícil encontrar una visión única y universal: a) Puede ser usada en muy diferentes contextos; b) Se parte de presupuestos básicos distintos; c) Resume aspiraciones e ideales en torno al estado de vida que se desea alcanzar” (Gavidia y Talavera, 2012: 162).

Así, históricamente se ha ido evolucionando desde el concepto rígido y reduccionista que limita la salud a una visión simple y biologicista hacia un concepto más amplio que integra las dimensiones biológica, psicológica y social, en cuanto afectan la salud no sólo de un individuo

sino de todo un colectivo. Al hablar de salud no solamente hablamos de enfermedad, sino que, siguiendo a Sánchez (2000), también incluimos las siguientes dimensiones:

Una dimensión somática y biológica: que incluye la integridad anatómica y la funcionalidad orgánica de un individuo. Una dimensión psicológica: que incluye los diferentes procesos mentales y psicológicos de un individuo o colectivo, que afectan la autopercepción que tenga del bienestar y el malestar. Una dimensión sociocultural, que nos da cuenta de todos los condicionantes macro y micro estructurales de la sociedad y la cultura que influyen en integración del individuo, la sociedad y sus instituciones, además de un modelo de salud compartido por el grupo (Sánchez, 2000: 5-6).

En los últimos tiempos, la teoría feminista también ha incorporado las dimensiones biológica, psicológica y social como categorías de análisis respecto a la salud de las mujeres y de los varones. En el siguiente apartado realizo un análisis de las principales críticas y aportes de la teoría feminista en relación al enfoque biomédico en salud.

### 3.2. Aportes de la antropología feminista al modelo biomédico

La antropología feminista ha cuestionado el paradigma biomédico a través del proceso de desconstrucción de los enfoques esencialista y naturalista, develando la invisibilidad de la mujer a través de este discurso y sus contradicciones androcéntricas. “El análisis de género significa tener en cuenta la falta de poder de las mujeres sobre su salud, motivado por su posición de subordinación histórica en la sociedad, lo que ha supuesto y conlleva su relegación al ámbito doméstico y su exclusión de la vida pública y del poder político. Esto supone que su capacidad de tomar decisiones sobre su propia salud, la de su familia y la de la comunidad ha estado limitada y es prácticamente inexistente en algunos países del mundo” (Mazarrasa, 2001: 84).

Las teorías feministas, como instrumentos de producción de conocimiento, han posibilitado el cuestionamiento no sólo de las diferencias naturalizadas y rígidamente establecidas entre mujeres y varones, sino también de las propias categorías y conceptos teóricos en los que se sustenta la ciencia moderna. Estas cuestionan el lugar otorgado al sujeto u objeto mujer en la producción del conocimiento, aportando así otra mirada a la construcción del conocimiento, en la cual se tiene en cuenta el sistema de género y se visibiliza la diferencia sexual y la condición jerarquizada de las mujeres a partir de las condiciones sociales, económicas y políticas que reproducen y mantienen las relaciones de poder: “Lo que concierne al género no es el problema planteado entre mujeres y varones sino las relaciones jerárquicas que se establecen entre ellos

que, en definitiva, constituyen la cuestión del poder. (...) Constituye un proceso de configuración de prácticas sociales que involucra directamente al cuerpo, aunque esta implicación del cuerpo no quiere decir que los hechos biológicos determinen las experiencias sociales de mujeres y varones” (Esteban, 2001:30). Robert Connell (1997), por su parte, enfatiza: “el género existe precisamente en la medida que la biología no determina lo social” (p.35).

De este modo, en el discurso biomédico, las mujeres tampoco han sido “interlocutoras válidas” (Juliano, 2004) sobre lo que ocurre con sus cuerpos. La hegemonía del discurso biomédico ha dado cuenta de los procesos de salud y enfermedad de las mujeres a través de la biología de los cuerpos masculinos, sin tener en cuenta las diferencias. Así, el paradigma biomédico explica la enfermedad como un trastorno anatómico y morfo-fisiológico ligado fundamentalmente a la biología. La enfermedad es una experiencia clínica definida por el médico, que no incluye el contexto sociocultural como elemento importante para aclarar la causalidad de las enfermedades. Se presupone que los principales factores causantes de la enfermedad son orgánicos y entre ellos tiene un peso fundamental la genética y la constitución del individuo. Desde esta perspectiva biomédica, el saber está centrado en el facultativo, el cual se constituye en sujeto observador del paciente y, a través de sus conocimientos clínicos y la lectura de signos y síntomas, descifra el significado de la lesión orgánica, teniendo en cuenta la desviación estadística de la normalidad.

Una de las principales críticas del feminismo a este paradigma biomédico es el androcentrismo que se extiende a todos los niveles propios del ámbito médico-científico, así como la alta tendencia hacia la medicalización de las mujeres. “Medicalización que supone un control social e ideológico sobre la población, a través fundamentalmente de la estigmatización y regulación de ciertos comportamientos y la negatividad asociada a determinados padecimientos; y a la misma definición de lo que es enfermedad y de lo que no lo es, de quienes son asistibles y en qué condiciones” (Esteban, 2004: 35). Según Esteban (2004), el sector salud es el ejemplo por excelencia de la tendencia a separar radicalmente a las mujeres y a los varones, y a dar explicaciones acerca de la salud de unas en función de otros, con base a su diferencia biológica y sexual, sin tener en cuenta el aspecto relacional, social, cultural y otras variables que inciden grandemente en las desigualdades entre ambos géneros y su repercusión en la salud. Ortiz (1993), por su parte, expresa cómo el discurso biomédico se ha constituido por mucho tiempo en un poder experto y productivo, que se ha naturalizado a través de una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo el cuerpo de la mujer.

En realidad voy a hablar de discursos médicos sobre la mujer, siendo como es la mujer en medicina una categoría biológica, a veces patológica, única, poco susceptible de variedad. El discurso, por una parte, es también único y de carácter masculino y patriarcal. Es masculino porque hasta fechas muy recientes lo han construido exclusivamente varones desde una óptica que toma lo masculino como la norma y lo femenino como lo otro, y es patriarcal porque sirve a los intereses de un sistema de dominación masculino. Pero si digo discursos, en plural, es porque quiero subrayar que, dentro de este marco genérico, la diversidad también existe y el discurso ha adoptado y adopta diversas formas dependiendo del momento histórico y del contexto social, político y biográfico de quienes lo han construido, como trataré de poner de manifiesto (Ortiz, 1993: 109).

Se constituye así un nuevo sistema de poder y dominación inscrito en el cuerpo y la biología: el biopoder, concepto acuñado por Michel Foucault (1994), quien lo define como “la manera mediante la cual se ha intentado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas impuestos a las prácticas gubernamentales por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos en población: salud, higiene, natalidad, longevidad, razas...” (p. 818). Por otra parte, la biopolítica, cuyo sentido y campo de acción estamos tratando de definir aquí, parte de constatar y extraer las correspondientes consecuencias políticas de la existencia de una estrategia básica de la modernidad tendente a la dominación del cuerpo (Fernández, 2007: 33). La biopolítica pone de manifiesto que el poder no sólo lo ejerce el monarca o el gobierno sino también los discursos expertos que las diversas ciencias vienen desarrollando desde la modernidad, puesto que se trata de un poder que es experto y productivo a la vez, ya que actúa a través del establecimiento de las normas de comportamiento. En este contexto, la naturalización, que sigue estando en pleno auge, funciona como un pretexto ideológico idóneo para resolver las contradicciones surgidas en las sociedades de clases, puesto que intenta aunar la igualdad teórica de oportunidades con las diferencias socioeconómicas y las discriminaciones reales (Stolcke, 1992).

Investigadoras feministas en salud, como Barral (2001), Miqueo (2001), Esteban (2004), Santesmases (2008) o Valls (2011) reconocen la necesidad de recuperar las contribuciones de las mujeres al conocimiento biológico y de otras ciencias biomédicas, que da soporte a esas prácticas de inclusión de las mujeres y la visibilización de sus necesidades de salud.

Las mujeres comenzaron a hablar de sí mismas, a contar su propia historia, a medida que accedieron al territorio exclusivamente de varones que había sido la profesión médica reglada y con formación universitaria. Medicina y biología son las áreas en las que las mujeres comienzan a verse representadas de forma sesgada; unas, por la autoridad de

sus colegas varones con los que trabajan, que las ocultan siquiera temporalmente; otras, por el propio modo de saber. Cuando los valores de cada tiempo toman la forma de cuerpos de mujer, aquella pelvis femenina superior que daría paso al cráneo superior - masculino- explicaría tamaños de huesos ajustados a culturas y jerarquías sociales aparentemente sexuadas. Los cuerpos y los saberes y las prácticas sobre ellos son los principales objetos de estudio del feminismo. Como las gónadas y las células germinales, óvulos, espermatozoides y sus componentes se analizan en la intersección entre biología y medicina. Han sido las preguntas formuladas para dar respuestas que contribuyeran a la salud de las mujeres las que se referían a eso precisamente, a su salud, la nuestra, como algo más que una vía para parir la autoridad sexuada (Santesmases, 2008:171-172).

En el mismo sentido, Esteban (2001) resalta cómo la crítica feminista en materia de salud ha tenido como eje de trabajo prioritario el ámbito médico-científico. Aunque, en general, hay una tendencia a considerar estos aspectos como sesgos, “no se trata de simples desviaciones o imperfecciones del sistema médico, sino que es una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y repensar en su totalidad” (Esteban, 2001:35). La doctora Carme Valls (2006, 2011), por su parte, confirma cómo “esta cuestión estructural ha hecho que las mujeres sean invisibles para la atención sanitaria en el diagnóstico y el tratamiento de muchas enfermedades, que sus síntomas sean confundidos, minimizados o no bien diagnosticados, y que sus quejas sean frecuentemente atribuidas a etiología psicológica o psicósomática” (Valls, 2011: 22).

Valls enfatiza la trascendencia de los estereotipos de género que han sesgado las ciencias de la salud, dejando a las mujeres invisibles respecto a su realidad bio-psico-social, “hacen pasar por ciencia las mismas operaciones que se han practicado sobre el cuerpo de las mujeres, las tres reglas del patriarcado: a) La naturalización de la diferencia sexual como inferioridad; b) la fragmentación del cuerpo y de la experiencia y c) la objetualización de los sujetos” (Valls, 2011:22).

### 3.3. El sesgo de género y la desigualdad en salud

El planteamiento erróneo de igualdad o de diferencia entre mujeres y varones, en cuanto a su naturaleza, comportamiento e ideas acerca de su salud, puede generar, según Ruiz (2001), una conducta desigual en la atención en salud. La investigación y los servicios de salud pueden incurrir en sesgos discriminatorios de género, a través de dos enfoques: “en primer lugar, asumir que las situación de salud de las mujeres y los varones y sus riesgos son similares, cuando de hecho no lo son, y en segundo lugar, establecer las diferencias cuando realmente

son similares. Las acciones y la investigación que siguen a ambas aproximaciones pueden influir en los resultados de la salud de las mujeres de forma negativa” (Ruiz, 2001:164).

Respecto al primer enfoque referido por Ruiz (2001), un hecho que ha reforzado la idea de que no existen diferencias de género en salud es la tendencia a la realización de ensayos clínicos contando exclusivamente con los varones y asumiendo con posterioridad que los resultados son generalizables a las mujeres (Ruiz, 2001; Valls, 2011). Dicha práctica ha dañado la salud de las mujeres en lugar de protegerla. De la misma manera se ha procedido en la investigación de enfermedades comunes y en el análisis de factores de riesgo y protección de la salud, analizando los factores relacionados con los varones. La importancia de la cultura, la clase social, la edad, el sistema de valores de las personas, el significado de enfermedad o de salud, y las relaciones de género que se establecen en el proceso de salud-enfermedad, constituyen factores fundamentales a tener en cuenta en toda investigación científica relacionada con la salud de las mujeres y de los varones. Como destaca Ruiz (2001), “el modelo biomédico que subyace a la mayoría de las investigaciones en Medicina no tienen en cuenta la influencia de la razón y la cultura, que es lo que nos distingue en el ámbito cognitivo y social” (p. 165).

Desde el segundo enfoque, la diferencia se centra especialmente en la función reproductora de las mujeres. En palabras de Valls (2011) “las relaciones de la medicina con la salud reproductiva explicitan los estereotipos de género, no en este caso por la invisibilidad, sino por visibilizarlos siempre como un problema, como una enfermedad que hay que tratar” (p. 326). Otros problemas de salud en los que se han evidenciado las diferencias entre mujeres y varones por su frecuencia (afecciones cardíacas, lupus), síntomas (gonorrea) o complicaciones (la mayoría de las ITS), no son tan visibles, ni prioridad para la ciencia biomédica en las mujeres (Rosser, 1994). Incluso la inicial designación del SIDA como enfermedad de varones homosexuales y consumidores de drogas por vía intravenosa llevó a que investigadores y terapeutas fracasaran en la etiología y diagnóstico en las mujeres (Rosser, 1994; Herrera y Campero, 2002; García-Sánchez. 2004).

Estos sesgos centrados en la diferencia marcan la elección y definición de los problemas de estudio prioritarios en una población determinada. Según Rosser (1994), “la selección de problemas que se estudiara en investigación médica está fundamentada principalmente por un plan nacional que define qué es digno de estudio, es decir, de financiación. Según han señalado algunas críticas marxistas, afroamericanas y feministas, los estudios acometidos reflejan el sesgo favorable a los poderosos, que en Estados Unidos son en su inmensa mayoría varones blancos de clase media o alta (p. 234).

Estos enfoques sesgados por el género también se presentan en la atención de mujeres y varones en relación con su bienestar psicológico. Tal y como recoge Valls (2011), “en la atención sanitaria de las personas y, sobre todo de las mujeres, la dimensión psíquica estaba invisibilizada y sólo se había trabajado los síntomas físicos, a los que se les intentaba encontrar correlación con alguna enfermedad orgánica” (p. 125). La incorporación de la perspectiva de género dependerá del paradigma rector del profesional en relación a la salud mental. Según Távora (2001), existen tres perspectivas desde dónde abordar la salud mental de las personas: una perspectiva psicopatológica, una perspectiva psicosocial y una perspectiva de género:

Así nos encontramos con un primer grupo de profesionales que abordan los problemas de los pacientes desde una perspectiva exclusivamente psicopatológica, y entienden todo lo que les ocurre a las mujeres desde una concepción relacionada con la enfermedad. En estos casos, las mujeres les suelen aplicar determinados estereotipos del estilo “todas las mujeres son un poco neuróticas...”, “lo que necesitan es un buen novio...”. Además piensan que las mujeres no suelen tener cuadros severos, ya que la esquizofrenia es una enfermedad de varones, y que su patología es menor, que son más “pesadas”, más demandantes de atención, más conversivas. Y en muchos casos todo se resume diciendo: “es la típica ama de casa” o “todo lo que ocurre es que se le han casado los hijos”. Desde ahí, o se medicaliza, o se buscan hipótesis para explicar el sufrimiento de las mujeres donde siempre aparecen los varones o los hijos, y conceptos como el desarrollo de una misma o la privacidad no son incluidos. En un segundo grupo, encontramos a los profesionales que tienen una perspectiva más relacional, más psicosocial de la enfermedad. Estos psiquiatras establecen relaciones entre la manera de vivir y el sufrimiento, hacen ofertas grupales para apoyar a las mujeres y les ofrecen terapias de apoyo (Távora, 2001: 201).

Sin embargo, integrar la perspectiva de género en salud mental implica, por parte de los profesionales, un análisis de la construcción social de lo que significa ser mujer o ser varón, y de cómo esa construcción facilita o no la aparición de ciertas psicopatologías. No se trata sólo de analizar la relación entre los estilos de vida y el sufrimiento, sino también de profundizar en por qué existe una organización social que, mientras a unos les permite desarrollarse como sujetos -en este caso a los varones-, a otras les facilita la anulación de la propia individualidad (Puleo, 1999). Las situaciones de desigualdad, la edad, la clase social, el trabajo doméstico como factor de riesgo, la experiencia de un proceso migratorio, las relaciones de dependencia con los varones, la relación entre inferioridad y pérdida de la autoestima, el papel de la maternidad, son temas centrales para las personas profesionales en salud mental que integran la perspectiva de género (Távora, 2001).

Valls (2001) identifica otro sesgo de género en medicina, el que parte de la suposición de que los problemas de salud son provocados sólo por la discriminación cultural y social, sin otras interferencias basadas en las diferencias biológicas. Así, Valls (2001) estableció una serie de factores ambientales y sociales que determinan la salud de las personas, iniciando así la paulatina incorporación en salud pública del paradigma que tiene en cuenta las desigualdades sociales en salud.

En una primera aproximación social a los problemas de salud de varones y mujeres se podría atribuir su etiología sólo a las discriminación, pero una aproximación más profunda ha señalado otros factores como la pobreza, la clase social, las demandas de trabajo, la influencia del ambiente, la exposición a sustancias contaminantes y a la distribución gubernamental de los servicios sociales sobre los problemas de salud de las mujeres porque es un colectivo que está muy afectado por una desigual distribución de las cargas familiares (cuidado de personas mayores, personas enfermas y niños y niñas) y de la riqueza (Valls, 2001: 185).

Este sesgo de género en la atención sanitaria, en las evaluaciones, en los exámenes de laboratorio, en las exploraciones médicas y en los tratamientos, ha sido una constante crítica al modelo biomédico, que ha permitido descubrir cómo se presentan en los determinados ámbitos del sistema de salud (Valls, 2001).

Después de realizar un recorrido por las investigaciones más representativas que se han llevado a cabo en España y en otros contextos internacionales, en relación con la salud de las personas migrantes extranjeras, haciendo énfasis en las personas que ejercen la prostitución<sup>26</sup>; presento en el siguiente apartado las premisas que han fundamentado y estructuran actualmente, la literatura científica al respecto.

---

<sup>26</sup> La sola revisión de la base de datos PubMed, al introducir los términos "Inmigration" y "Health" para la década 2004-2014, presenta 4696 referencias bibliográficas, vinculadas principalmente con las infecciones de transmisión sexual y el Virus de Inmunodeficiencia Humano VIH/SIDA. Las bases de datos consultadas para la literatura científica en España han sido las siguientes: Sistema de información de las Bases de Datos CSIC (que contiene las bases de datos bibliográficas ISOC (Ciencias Sociales y Humanidades)), el IME (Biomedicina) y los IBECS, Índices Bibliográficos Españoles de Ciencias de la Salud. Para la consulta, he realizado una clasificación en función de los tres ámbitos en relación a la salud biológica, psicológica y social y un posterior análisis de las temáticas más recurrentes, donde cito algunas de las investigaciones más representativas y recientes.



### 3.4. Premisas pasadas y presentes en la salud y las migraciones

La globalización ha cambiado no sólo el alcance sino los patrones del desplazamiento migratorio. Actualmente, más de 214 millones de personas viven fuera de sus países de origen (OIM, 2013:7). Por mucho tiempo se ha reconocido la relación entre la migración y las enfermedades, atribuyéndose a las personas inmigrantes la causa de las “nuevas” enfermedades en las sociedades de llegada. Así lo describe Alcaide (2004) en su análisis histórico acerca del higienismo del siglo XIX; los grandes cambios como la Revolución industrial y el sistema económico capitalista determinan la aparición de nuevos fenómenos sociales relacionados con la migración de grandes contingentes de población, principalmente de las áreas agrícolas hacia las ciudades. El hacinamiento, la explotación laboral y el deterioro físico de los contingentes humanos llegados a las ciudades y empleados como mano de obra no calificada resultaban ser un caldo de cultivo idóneo para las enfermedades relacionadas con la aparición de epidemias, pero también para las enfermedades endémicas cuyo desarrollo estaba determinado por las condiciones de insalubridad de la ciudad, al igual que por la pobreza y la desnutrición crónica en la que se veían obligados a vivir. Las autoridades debían proteger la salud de su ciudadanía de las posibles enfermedades infecciosas traídas por la población inmigrante.

La movilidad de las personas migrantes es un factor básico para entender su desplazamiento no sólo a nivel territorial, sino que, también se producen cambios y movimientos significativos respecto al marco cultural, las creencias, las afecciones de salud y los factores epidemiológicos; pero la mirada biologicista sólo entiende esta movilidad en función del organismo. La vigilancia y el control permanecen, la migración constituye un fenómeno social con efectos globales en materia de salud, que afecta diferentemente a la población autóctona e inmigrante. La salud de los inmigrantes y la salud de las comunidades huéspedes están vinculadas (OIM, 2006:3). Sin embargo, persiste una visión biologicista y reduccionista sobre la salud de la población inmigrante que mantiene el estigma preexistente contra la población migrante, señalándola como portadora y transmisor de enfermedades, infecciones y otros problemas sociales, entre los que se encuentra la prostitución.

En relación con la salud de las personas migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, Hurtado (2013), al igual que otras investigadoras (Meneses, 2007; Rubio, M., 2008), señala que la literatura internacional sobre el comercio del sexo privilegia la visión hegemónica prohibicionista y/o abolicionista, articulándose alrededor de cinco ejes analíticos:

Primer eje: médico o higienista, centrado en el riesgo de propagación de enfermedades de transmisión sexual. Segundo eje: psicopatológico, cuyo principio concibe la prostitución como un comportamiento desviado, con consecuencias negativas para la persona que la ejerce. Tercer eje: se ocupa de las dimensiones jurídico-legales del fenómeno, articulado por la política de la legalización o criminalización de su práctica. Cuarto eje: se sitúa en la visión de derechos humanos, en cuanto lucha contra la trata de personas y la violencia de género, para debatir el tema de la violencia estructural que afecta a las mujeres y a las niñas, en particular. Quinto eje: guiado por la noción de riesgo, interpretada como construcción sociocultural e individual, en la que los sujetos toman decisiones y actúan con base en el nivel estimado del riesgo que desean experimentar (Hurtado, 2013:10).

Esta breve descripción realizada por Hurtado (2013) permite continuar con el análisis de la salud de las personas que ejercen la prostitución, dando entrada al modelo higienista que ha permeado el abordaje de la salud de las personas de este colectivo, en diferentes momentos históricos y complementándose con diversos paradigmas teóricos.

#### 3.4.1. Premisas Higienistas.

Desde finales del siglo XIX, los estudios sobre prostitución se derivan de las leyes “higienistas” que pretendían regular la salud comunitaria, especialmente enfocadas a las personas consideradas agentes contagiosos de las enfermedades de transmisión sexual, referidas a las disposiciones curativas para este colectivo y a los programas de rehabilitación y segregación del mismo (Fernández y Rodríguez, 2005). Dicho modelo higienista tuvo su origen en la Edad Media, a raíz de la aparición de las epidemias que diezaban las poblaciones. Entonces, la teoría, de marcado carácter ambientalista, explicaba la etiología de las enfermedades a través de la influencia del ambiente en el organismo. “Para evitar la propagación de las enfermedades en caso de epidemias, las autoridades civiles y médicas pusieron en marcha una serie de medidas de control ambiental, que se les llamó higiene pública, para diferenciarlas de las acciones de limpieza y cuidado personal que recibían el nombre de higiene privada” (Quevedo, 2000: 1).

El higienismo fue una poderosa corriente de pensamiento dentro de las ciencias médicas. “Como campo de indagación científica, en el higienismo confluyen una preocupación genérica por la salud pública, el intento de explicar el origen y mecanismos de determinadas enfermedades endémicas y epidémicas y una reflexión amplia sobre lo que hoy llamaríamos la «calidad de la vida»” (Urteaga, 1986:147). Esta corriente de pensamiento, además de ocuparse

de las enfermedades, se preocupaba de los aspectos sociales derivados de la enfermedad (Alcaide, 2000; Urteaga 1986).

Respecto a la prostitución, este fue uno de los ámbitos en los que la doctrina higiénica tuvo una mayor repercusión, “pues a la práctica médica habitual se sumaron el estudio de las causas que determinaban su ejercicio y la inclusión de una serie de medidas profilácticas de contenido moral, mediante las que se pretendía controlar y moldear el comportamiento social y prevenir los efectos del contagio de las enfermedades venéreas y sifilíticas. Estos contenidos se plasmaron en las sucesivas reglamentaciones de la prostitución promulgadas en las ciudades más importantes de España, desde mediados del siglo XIX. En tales reglamentaciones se incluía la creación de las secciones de higiene especial, destinadas a registrar, prevenir y controlar el ejercicio de la prostitución y las enfermedades que de él se derivaban (Alcaide, 2004: 897).

La doctrina higienista permitió “tomar” el control del espacio urbano y las ciudades se convirtieron, así, en los principales laboratorios donde se llevaba a cabo el análisis y el control epidemiológico; a través de la aplicación de los preceptos referidos a las actitudes morales, lo cual derivó principalmente en el control de las mujeres prostitutas actuales o posibles portadoras de enfermedades venéreas. “Las mujeres eran consideradas vectores de transmisión de la sífilis” (Nicolás, 2006:3). La enfermedad, sin embargo, “tenía mayor incidencia en la franja de la población masculina comprendida entre los 20 y los 40 años, por lo que no es de extrañar que sus estragos preocuparan a los gobernantes al igual que a los patronos, que veían cómo una población joven, necesaria para el mantenimiento del ejército, la marina o la actividad productiva en su conjunto, iba menguando su número de efectivos en disposición de servir al conjunto de intereses públicos y privados de la Nación” (Alcaide, 2004: 900).

El ejercicio de la prostitución se consideraba una alteración del orden social. Una grave infracción de las normas de buen comportamiento que debía presidir las costumbres públicas, y un peligro para la institución familiar. “Las prostitutas, al igual que los criminales, vagabundos, mendigos y vagos, constituían elementos marginales peligrosos, que podían desestabilizar la racionalidad del sistema establecido; y, por ello, se convirtieron en las víctimas propiciatorias de un estricto e injusto control social, basado en la opresión y en la vigilancia de sus actividades” (Alcaide, 2004:900). La vigilancia y el control se ejercían no sólo sobre sus cuerpos sino también sobre sus almas, a través de los rituales religiosos impuestos, como lo refieren Vázquez y Moreno (1990).

No obstante, las prácticas que principalmente rigen la vida de las mancebas siguen el primado de la expiación religiosa y la purificación ritual. De entrada, la ramera admitida en la mancebía debe poseer los rasgos de la extraña, excluida por su procedencia del

orden de la ciudad (no podía ser natural del municipio) y del sistema de las alianzas (no podía estar casada ni ser hija de padres de la localidad). Los ritos de expiación (oraciones colectivas, misas, pláticas en un convento de la villa, sermones en la mancebía) tienen el objetivo de reintegrar periódicamente la exterioridad de la ramera y propiciar su arrepentimiento definitivo. Esta preponderancia de los contenidos religiosos explica la proximidad de la mancebía al modelo del convento: términos utilizados para designar el establecimiento y sus administradores, austeridad de las boticas, similares a celdas, frugalidad en el régimen horario y alimenticio, sencillez en el porte de las profesionales (Vázquez y Moreno, 1990: 219).

Las mujeres prostitutas se convertían, así, en uno de los principales peligros para la sociedad, porque no sólo desestabilizaban los matrimonios sino que eran las responsables de la propagación de la sífilis entre los varones y sus familias. La distinción entre “buena mujer” y “mala mujer”, se refuerza con la idea del castigo por los comportamientos desviados de las mujeres que se alejan del yugo matrimonial y optan por una vida en la prostitución. La mujer dentro del matrimonio será protegida y bendecida, mientras que la mujer que tiene sexo con diversos varones será vigilada y controlada. A tenor de estos preceptos morales, el médico Pascual Hontañón. Eminente catedrático de higiene de la facultad de medicina de la Universidad de Cádiz, en su discurso para optar al título de doctor, afirma:

Basta para ello que el gobierno interviniese más completamente en los matrimonios [...] Vigilando al propio tiempo la prostitución; oponiéndose al desarrollo de la sífilis y persiguiéndola doquier que apareciese; cauterizando la ulcera primitiva y generalizando las sanas ideas de Sifilografía, habríanse quitado, sin duda alguna, la extensa categoría de causas de generaciones escrofulosas (Hontañón, 1861:22).

A lo largo del siglo XIX, se instaura en los estudios sobre prostitución esta imagen “congelada” de la mujer prostituta (Fernández, 2011:97). En 1865, el propio Dr. Hontañón publica una propuesta para reforzar las medidas sanitarias, administrativas y legales que tenían como objetivo a la población de mujeres prostitutas. Merece la pena detenerse en los aspectos de este sistema reglamentarista, según el análisis realizado por Vázquez y Moreno (1990), que dan cuenta del saber médico frente a la moralidad pública, dentro de la visión higienista de la época, en las mancebías de Cádiz y otras capitales andaluzas.

La reglamentación comienza por la clasificación de las propias prostitutas: las que viven y trabajan en los burdeles bajo la dirección de una matrona; las que sólo van a los burdeles a trabajar y viven por su cuenta, y las que trabajan por cuenta propia en las calles. Todas, especialmente las últimas, deben estar registradas en las oficinas

municipales de Higiene, y las que se nieguen a ello habrán de ser perseguidas. Las más peligrosas son, evidentemente, las que ejercen su oficio de forma ambulante, pues más escapan a la fijación de espacios (Vázquez y Moreno, 1990: 227).

Aunque el análisis histórico de Vázquez y Moreno (1990) se centra en la vigilancia y control impuestos a las mujeres que ejercían la prostitución en el siglo XIX, pareciera que apenas han cambiado los escenarios y la época; en la actualidad, continúan vigentes algunas características de dicho sistema reglamentarista: la segregación espacial, el control a través de la gestión de los escenarios de prostitución -antes llamados mancebías y ahora clubes de alterne-, de modo que la situación de las mujeres continúa siendo de marginación y explotación laboral. Son otros los que se autoproclaman salvadores, no sólo de sus cuerpos sino también de sus almas, sometidas a todo tipo de controles impuestos por las autoridades policiales, sanitarias y religiosas. Así lo refieren Vázquez y Moreno (1990):

Las ocupantes de la mancebía están sometidas a todo un conjunto de regulaciones. Pueden ejercer libremente su profesión en el interior del establecimiento, pero deben entregar parte de sus ingresos, a título de alquiler, al administrador del local, que oficiará como recaudador municipal. Por otra parte, están sometidas a una inspección médica, cuya periodicidad suele ser variable (de ocho a quince días para la mancebía de Sevilla) y tienen por objeto sustraer a las infectadas por la sífilis y depositarlas en los hospitales (Vázquez y Moreno, 1990: 219).

Vázquez y Moreno (1990) y Alcaide (2004) confirman que las tres posturas ideológicas – prohibicionista, reglamentista y abolicionista– que actualmente operan en constante dialéctica con relación a la prostitución, tuvieron también su origen en los debates de la doctrina higiénica y el control de la prostitución, como ya ha sido referido. “Pese a sus diferencias, tales posicionamientos se veían, de algún modo, entremezclados en la práctica médica diaria, debido a la contradicción entre el pragmatismo científico y la importancia que los aspectos morales pudieran tener en la opinión personal del profesional” (Alcaide, 2004: 901).

En 1792 se realizó en España el primer intento de reglamentación de las casas públicas, como única solución para suprimir las enfermedades y los males que generaba la prostitución. En 1822, el proyecto fue aprobado por las Cortes pero se rechazó la autorización reglamentada de los burdeles. Se abrió entonces en España un amplio debate entre los partidarios de la prohibición y los que sostienen la implantación de una tolerancia reglamentada. La Iglesia y numerosos políticos liberales e higienistas se oponen a la autorización controlada de los burdeles pero, paulatinamente, acaba imponiéndose la posición de la mayoría de los sifilógrafos y médicos higienistas (cuerpo

cada vez más influyente desde su creación en el primer tercio del siglo XIX), que defienden el modelo de prostitución tolerada pero registrada, reglamentada y sometida a vigilancia permanente (Vázquez y Moreno, 1990:222).

La regulación de los prostíbulos y su sometimiento a la vigilancia médica sólo comenzará a aplicarse en los municipios españoles a partir del año 1855, a través de la creación de los cuerpos médicos municipales, culminando con el Real Decreto de 14 de junio de 1891, que creaba el Servicio Benéfico-Sanitario de los pueblos, unificando bajo un protocolo común a toda España. “La prostitución, principalmente la clandestina, debería ser perseguida para prevenir mayores contagios, a través de la creación de Secciones de Higiene «especial», bajo la responsabilidad administrativa de los ayuntamientos o de los gobiernos de provincia” (Alcaide, 2004: 900).

La doctrina higienista determinó, a su vez, que las causas y efectos derivados del ejercicio de la prostitución también fueran interpretados en clave social, ya que consideraban importante conocer las causas por las cuales las mujeres se dedicaban al ejercicio de la prostitución, reconociendo que existían carencias importantes en las mujeres de clase obrera, “como la incultura, la falta de sustento y muy especialmente la explotación, la falta de trabajo y de emancipación, y la desigualdad de derechos respecto al hombre” (Alcaide, 2004: 900). Esta necesidad de entender a las mujeres “que desviaban su camino” fue también referenciada en la propuesta del Dr. Hontañón de 1865, citado por Vázquez y Moreno, (1990):

A largo plazo, la única profilaxis efectiva contra las infecciones venéreas es la profilaxis social. Acabar con la pobreza, con el pauperismo que induce a las mujeres a prostituirse, es la única estrategia eficaz de lucha por la sanidad corporal y moral de la nación. Al mismo tiempo, una educación adecuada acabaría con los comportamientos delictivos y alejaría a los varones de los burdeles; eliminada la demanda y las circunstancias económicas del mercado carnal, la prostitución se extinguiría por propia lógica económica (Vázquez y Moreno, 1990: 230).

#### 3.4.2. Premisas Patológicas.

La lógica determinista, que vincula sin ambages la prostitución con la enfermedad, ha sustentado los diferentes estudios acerca de la prostitución femenina que, desde las Ciencias Sociales, surgieron a mediados de la década de los setenta. “Desde sus inicios los investigadores debieron luchar contra una larga tradición científica que consideraba a la “ramería” como una manifestación consustancial a la naturaleza humana. Según la perspectiva tradicional, la prostitución era vista como un fenómeno propio de “mujeres enfermas”, o como una

“perversidad” lógica del género humano, o simplemente como un “demonio social” necesario” (Marín, 2001: 407). Desde esta lógica surge el enfoque de *patología social*, que reducía a hechos sociales situaciones meramente individuales, genéticas, sexuales o hereditarias, como la prostitución y la criminalidad. El enfoque de la prostitución como patología resulta altamente estereotipado y limitante, pues se fundamenta en supuestas deficiencias físicas, psicológicas o genéticas de los individuos para explicar tanto la extensión como el incremento de la prostitución en una sociedad determinada. “Las tesis eugenésicas, terapéuticas y de la antropología criminal fueron parte del paradigma patológico. Según estas tesis, reconociendo a los individuos enfermos se podría aplicar programas como la exterminación física, la esterilización o simplemente la imposibilidad de casarse, con lo cual se evitaría la difusión de tales males, alejando de cualquier peligro al resto de la sociedad” (Marín, 2001: 408). Consecuentemente, buena parte de los estudios sobre prostitución intentan hallar una unidad de análisis específica y un arquetipo de personalidad con rasgos concretos ya que, en la búsqueda de explicaciones biológicas y psicopatológicas, no se reconoce la diversidad presente en el colectivo de las personas en prostitución, no se tienen en cuenta las condiciones sociales y los resultados de las investigaciones son generalizadas sin más (Vanwesenbeeck, 2001). En relación con estas generalizaciones, son interesantes los análisis realizados por Vanwesenbeeck (2001) en sus estudios pioneros sobre la salud mental de las personas en prostitución, cuya victimización hace pronto su aparición en la escena científica, como un factor explicativo para muchos autores.

The evidence from several controlled studies empirically supported the suggestion of a link between childhood sexual abuse and prostitution and the relevance of the factors mentioned. However, most of this research was done among specific, select samples of prostitutes; for example exclusively street prostitutes, women recruited in fairs, or exclusively exprostitutes recruited through social agencies. Clearly, these samples are not representative, and, thus, these findings do not say anything about the population of sex workers as a whole<sup>27</sup> (Vanwesenbeeck, 2001: 245).

---

<sup>27</sup> La evidencia que se desprende de algunos estudios controlados apoyó empíricamente el indicio de una relación entre el abuso sexual infantil y la prostitución, así como la importancia de los factores mencionados. Sin embargo, la mayor parte de esta investigación se llevó a cabo mediante prostitutas seleccionadas, determinadas; por ejemplo, exclusivamente prostitutas de calle, o mujeres seleccionadas en la cárcel, o únicamente exprostitutas seleccionadas a través de los servicios sociales. Resulta obvio que este muestreo no es representativo y que, por tanto, estos resultados no dicen nada acerca de la población de personas trabajadoras del sexo en general como un todo. (Traducción propia).

### 3.4.3. Premisas Feministas.

Para el siglo XX, Heim y Monfort (2004) establecen que “los marcos teóricos en los que habitualmente se basan los estudios recientes sobre la prostitución y que constituyen las bases de las diversas posturas en torno a este hecho social, parten básicamente de tres corrientes: el *funcionalismo*, el *construccionismo social* y el *feminismo*” (p. 117). Siguiendo a estas autoras, durante los años cincuenta y sesenta del siglo XX, el *funcionalismo estructural* se impone en todo el mundo y se presenta como el modelo explicativo de la sociología científica moderna. En el marco funcionalista, la prostitución asume el significado de una institución social «inmortal», «atemporal» o «eterna», de la que las sociedades parecen no poder prescindir. Considerada como una «válvula de escape» de la vida marital y familiar, y/o de la frustración y la soledad sexual, se valora que su existencia puede prevenir el aumento de delitos sexuales y los divorcios causados por la ampliación de relaciones extramaritales de carácter afectivo (Järvinen 1993, op. cit. en Heim y Monfort, 2004). Por lo tanto, las acciones que se presentarán como necesarias irán encaminadas a solucionar los problemas asociados y serán básicamente de control social y salud pública.

Por otra parte, el pensamiento constructivista e interaccionista será el inspirador de los estudios realizados desde la perspectiva de las propias prostitutas. El primero de ellos, «Prostitution Papers», de Kate Millet (op. cit. en Heim y Monfort, 2004) se publicó en Estados Unidos en 1975 y relata en primera persona las experiencias vitales de dos mujeres que ejercen la prostitución en Estados Unidos. En esta misma línea, en los Países Bajos, Gail Pheterson (1999) pone de manifiesto uno de los núcleos duros de las reivindicaciones del movimiento a favor de la prostitución: más allá de otros mecanismos de control social al que se somete a las trabajadoras sexuales, es el estigma de «puta» el que oprime a las mujeres que ejercen la prostitución, como ya ha sido expuesto en el Capítulo 1.

A partir de los años 70, la antropología feminista ha realizado significativos cuestionamientos a las teorías sobre la salud, portadoras del lenguaje masculino genérico, invisibilizador de las mujeres (Lagarde, 1990; Ruiz, 2001; Valls, 2011). El ser humano es sexuado y ambos sexos tienen una valoración cultural y social jerarquizada con base en las relaciones de poder de los varones, opresores de las mujeres. La corriente feminista vinculada al pensamiento marxista del materialismo dialéctico considera que la dominación de las mujeres procede de la propiedad privada y del sentido de familia del sistema capitalista, que estructura a la mujer desde la división sexual del trabajo y la exclusión de la producción social, relegándola sólo al trabajo reproductivo, en el ámbito privado del hogar. Así el problema de las mujeres resulta ser un derivado de la lucha de clases.



Aplicada al fenómeno de la prostitución, considera la explotación del sexo femenino como una lucha por el poder/control social y la estructura socioeconómica en la que la mujer está al servicio del varón prostituidor y proxeneta. Casi durante todo el siglo XX, excepción hecha de algunos trabajos en los años 80 y 90, las tentativas por explicar y comprender la prostitución y la persona que se prostituye, no son muy diferentes de las primeras explicaciones del siglo XIX, pues continúan la búsqueda de las causas dentro de la lógica determinista, y del determinismo multicausal. Ejemplo de estas explicaciones multicausales es la teoría socio-psicológica (Ferrús y Heras, 2008:15).

Una de las representantes de esta corriente, Flora Tristán (1977), mantuvo que "todas las desgracias del mundo provienen del olvido y el desprecio que hasta hoy se ha hecho de los derechos naturales e imprescriptibles del ser mujer" (p. 125). Para las feministas socialistas es necesario alcanzar una sociedad socialista en la que las mujeres puedan acceder al trabajo productivo en el ámbito público, en el que la mujer sea visibilizada y no esté solo relegada al espacio privado del hogar.

Las reivindicaciones de las feministas socialistas posibilitaron las aportaciones a la salud de las mujeres (Marecek y Kravetz, 1979; Stoeihrel, 2000; Maqueira, 2001), la reivindicación de un lugar como sujetos sociales con derecho a realizar actividades de producción social, atendiendo a factores laborales y de clase social. La visibilización del trabajo reproductivo de las mujeres: actividades del hogar, cuidado de los hijos e hijas, maternidades y los problemas propios de salud, que de estos se derivan. La promoción de la igualdad y equidad en el reparto y acceso a los recursos en salud, centrando la atención en hacer cuestionamientos políticos en materia de salud que reviertan en la población y rescaten los factores de riesgo sanitario, efectos de la división sexual del trabajo.

La concentración de intereses por parte de algunas investigadoras feministas por conocer la realidad y las consecuencias del trabajo en prostitución, motivaron la indagación de otros factores, como por ejemplo "en relación con las rutinas del trabajo, incluyendo competencias profesionales, satisfacción en el trabajo, ideologías profesionales, la respuesta sexual y las estrategias de supervivencia, habían sido abordadas por un número de eruditos, aunque siempre en pequeñas muestras" (Vanwesenbeeck, 2001: 271).

Finalmente, el pensamiento feminista, en una compleja combinación con supuestos teóricos propios de la sociología funcionalista, interaccionista y constructivista, y mediante un amplio abanico de ideas surgidas tanto desde el feminismo de la Igualdad como en los análisis

feministas del Derecho, y en las teorías de la diferencia sexual, analiza la prostitución a partir del concepto de género (Heim y Monfort, 2004; Fernández, 2011). Desde estos modelos teóricos se han desarrollado la mayor parte de los estudios e investigaciones más importantes sobre prostitución, que durante los últimos 25 años han promovido el activismo político y las actuaciones institucionales (Juliano, 2004; Osborne, 2004; Ordóñez, 2006; Ferrús y Heras, 2008, Holgado, 2008; Hurtado, 2011).

Según Marín (2001) los aportes más importantes del feminismo han provenido de la Historia de las Mujeres y de la Historia Social de la Medicina, ya que estos

han logrado definir al género como categoría de análisis, además de determinar que ésta es cultural e históricamente determinada; desmitificar el supuesto poder neutral e irrefutable de la ciencia en el conocimiento de la llamada “sensibilidad o condición femenina” y previniendo a los investigadores sobre el uso de la ciencia como un medio para legitimar representaciones negativas o inmutables de la mujer o de los sectores populares, así como reflexionar sobre las imágenes creadas sobre el cuerpo humano y su rol social. En la actualidad, los investigadores tienden a debatir los usos sociales y políticos de las tesis patológicas y las razones de su implantación antes que considerarlas como la causa determinante de fenómenos como la marginalidad, la pobreza, el crimen o la prostitución (Marín, 2001: 408).

#### 3.4.4. Premisas actuales

La literatura científica acerca de la salud de la población migrante extranjera en el ámbito de las ciencias biomédicas y de las ciencias humanas y sociales, tanto a nivel internacional como nacional, es muy extensa; sin embargo, las representaciones más extendidas sobre los procesos de salud, enfermedad y atención de las mujeres y varones migrantes extranjeros dentro de la producción científica en materia de migraciones, salud y prostitución podemos sistematizarla en las siguientes premisas:

**Premisa 1.** Las investigaciones mayoritarias en materia de salud y población migrante han sido estudios generales sin perspectiva de género.

**Premisa 2.** Las personas migrantes son consideradas vectores directos de la enfermedad.

**Premisa 3.** Las personas inmigrantes llegan sanas a los países receptores pero las condiciones de precariedad en las que desarrollan sus trayectorias migratorias generan posteriores problemas de salud.

**Premisa 4.** Los inmigrantes son fuertes física y psicológicamente.

**Premisa 5.** La población inmigrante es una población resiliente<sup>28</sup>.

**Premisa 6.** La violencia, en diferentes formas, acompaña la trayectoria migratoria de la población inmigrante.

**Premisa 7.** La salud constituye un factor de discriminación y exclusión social para la población inmigrante.

---

<sup>28</sup> En los últimos tiempos, desde la psicología clínica se empieza a investigar el concepto de resiliencia, término científico relativamente nuevo que hace referencia a la capacidad de recuperación del trauma sufrido. La investigación de la resiliencia, a través de la teoría sistémica, surgió en la década de 1970, cuando los investigadores empezaron a explorar los factores de protección que han contribuido a que niños y niñas no desarrollen psicopatologías, a pesar de la presencia de múltiples factores de riesgo (Cicchetti y Garmezy, 1993). Actualmente la teoría de la resiliencia se está aplicando a diferentes colectivos marginales, como personas sin hogar, refugiados, población inmigrante y personas víctimas de trata y explotación sexual, para entender la fortaleza psicológica que les permite enfrentar situaciones constantes de estrés, sin posteriores traumatismos psicopatológicos.

## Capítulo 4. PROPUESTA DE ESTUDIO.

### DESIGUALDADES EN SALUD EN LOS ESCENARIOS DE PROSTITUCIÓN

---

El análisis de los resultados obtenidos en esta investigación se ha realizado desde el enfoque de los determinantes sociales que generan desigualdades en salud, con la antropología feminista y el análisis de género como pilares analíticos. La revisión de la literatura relacionada previamente me permitió analizar y comparar los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

#### 4.1. Antecedentes y marco de acción del enfoque determinantes sociales en salud

A través de los diversos enfoques acerca de la salud, el binomio salud/enfermedad ha suscitado múltiples debates teóricos en las Ciencias Sociales. Las diferencias más destacables en estos estudios radican en la importancia que se otorga a las causas naturales, a los constitutivos biológicos, y al tipo de perspectiva que se asume en la explicación social, es decir, si se subraya el comportamiento individual o se subrayan las condiciones de la sociedad que se convierte en productora de enfermedades. En la actualidad dichas consideraciones se realizan desde el paradigma “teoría de los determinantes sociales en salud” (Wilkinson y Marmot, 1999; OMS; 2005; Solar e Irwin, 2007), que otros autores denominan “teoría de las desigualdades sociales en salud” (Borrell y Artazcoz, 2008; Malmusi, Vives, Benach y Borrell, 2014).

La polémica se sitúa a nivel conceptual, ya que algunos critican la expresión “determinantes sociales” basándose en que el término implicaría la existencia de una lógica social preponderante que determinaría la acción de los factores sociales en la producción de salud/enfermedad; en otras palabras, que es un concepto cercano a la epidemiología clásica que acumula numerosos “factores de riesgo” para la salud de las personas y los colectivos (Breilh, 2010).

Los defensores del concepto “desigualdades sociales en salud”, consideran que este posee un carácter más transformador, pues da cuenta de cómo la inequidad en salud es producto de la jerarquización de clases y grupos sociales. Enunciada esta polémica, me interesa centrarme en los elementos esenciales y profundos de la teoría, la cual retoma conceptos abordados por teorías que han incluido la relación entre las desigualdades sociales y la salud, tales como los factores psicosociales (estrés, falta de control y carencia de apoyo social), generados por el hecho de vivir en entornos de desventaja socioeconómica (Malmusi et al., 2010; Pahwa et al.,

2012; OIM, 2013; Mahamoud, Roche y Homer, 2013). Esta teoría rescata, también, una tesis fundamental de las teorías de selección natural o social según la cual es la salud la que determina subsecuentemente la posición social y económica de las personas; valora, así mismo, el medio ambiente en el que las personas viven y trabajan y determina las implicaciones de la estructura social en que viven en su salud (Björngren, 2010; Branbant y Raynault, 2012; Topal, Eser, Sanberk, Bayliss y Saatci, 2012).

Las causas psicosociales, así como las materiales, son las que contribuyen a generar las diferencias, cuyo efecto se extiende a la mayoría de las enfermedades y a las causas de muerte. Una situación de desventaja muestra muchas formas y puede ser absoluta o relativa, como son la escasez de bienes familiares, la pobreza de la educación recibida durante la adolescencia, la inestabilidad en el empleo, quedar atrapado en un empleo riesgoso o muy difícil de abandonar, habitar en viviendas de mala calidad, intentar sacar adelante una familia en circunstancias difíciles o vivir con una pensión de jubilación insuficiente. Estas desventajas tienden a concentrarse alrededor de las mismas personas y sus efectos acumulativos sobre la salud se prolongan durante toda la vida. El desgaste que sufren las personas que viven en circunstancias social o económicamente estresantes aumenta al prolongarse el tiempo de exposición a ellas, que en la misma medida, reduce las posibilidades de disfrutar de una vejez sana (Wilkinson y Marmot, 2003:10).

El informe *Black Report*, publicado en Gran Bretaña en 1982, es considerado como el primer informe del siglo XX sobre desigualdades sociales en salud, se centró en el estudio de la mortalidad, la morbilidad y el acceso a los servicios de salud y sociales de la población británica (The Black Report, 1982), publicado por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y realizado por un comité de expertos en las desigualdades en relación a la salud, durante el gobierno de Margaret Thatcher. El informe mostró, con gran detalle, que la mala salud y la muerte se distribuyen de manera desigual entre la población de Gran Bretaña, y constató que estas desigualdades se han ido agudizando desde que, en 1948, se creó el Servicio Nacional de Salud. El informe concluyó que estas desigualdades están determinadas por muchas otras desigualdades sociales que influyen en la salud: ingresos, educación, vivienda, alimentación, empleo y condiciones de trabajo. El informe tuvo un impacto enorme en el pensamiento político en el Reino Unido y en el extranjero. Posteriormente, en 1999, Marmot y Wilkinson, de la Universidad de Oxford, publicaron *Social Determinants of Health*, en el que presentaron a la comunidad científica los determinantes del *The Black Report*. Esta publicación se convirtió en referencia mundial para el desarrollo del análisis de los determinantes en diferentes países del mundo y para la implementación de políticas de salud pública, lideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El informe destaca el hecho de que ciertos determinantes sociales en materia de salud pueden distribuirse y percibirse entre la sociedad como determinantes estructurales y determinantes intermedios. Los determinantes estructurales están definidos por la estratificación social y sus mecanismos de mantenimiento; los determinantes intermedios, por su parte, tienen relación con diversos factores y circunstancias específicas dadas en una determinada población.

#### 4.1.1. Los determinantes estructurales de la desigualdad en salud.

A continuación, y siguiendo a Wilkinson y Marmot (2003), expongo algunos de los determinantes estructurales más relevantes para el objeto de esta investigación

##### **a) La posición social.**

Uno de los principales determinantes estructurales es el concepto de *posición social*, pues permite entender cómo los determinantes sociales en materia de salud se presentan como generadores de la distribución de los recursos sanitarios, el poder, la riqueza, la exposición a riesgos y la estratificación social de las poblaciones. El indicador de posición o clase social más utilizado por la Sociología ha sido el de “ocupación”, referido al tipo de actividad laboral que realiza la persona.

La pertenencia a una clase social más baja está relacionada con una peor salud, manifestada en la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, la conciencia respecto a la salud y los estilos de vida. Entre el colectivo de las personas migrantes, por ejemplo, en la provincia de Almería, se pueden encontrar diferencias vinculadas con la posición social: personas de origen subsahariano, ubicadas en clases sociales más bajas, residentes en zonas más deprimidas, con dificultades de acceso a los recursos de salud; en contraste con el colectivo de personas latinoamericanas, cuya posición y clase social les posibilita más movilidad social y más fácil acceso a los recursos de salud.

##### **b) La edad.**

La edad constituye otro de los determinantes estructurales que permiten entender las desigualdades en materia de salud. Existen estudios que abarcan las primeras etapas de vida, la salud prenatal y neonatal, la infancia, la adolescencia, la juventud y la edad adulta. Para los teóricos de los determinantes sociales en salud, la salud en las primeras etapas del desarrollo de una persona determinará la salud de todo el ciclo vital, e incluso de las generaciones posteriores, toda vez que la niñez es un periodo de alta vulnerabilidad, en el que los factores

del medio ambiente influyen directamente en el organismo. “Las desigualdades en salud de determinados grupos sociales pueden acentuarse conforme aumenta la edad, en el sentido de que se van “acumulando” los efectos de las desigualdades sociales acaecidas a lo largo de toda la vida, incluidas las sucedidas antes de nacer durante el embarazo, etapa que condiciona el estado de salud de las personas” (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, 2013, p. 15)

### **c) La raza o la etnia**

La raza o la etnia es el tercer determinante estructural que condicionan las desigualdades en relación a la salud entre diferentes grupos sociales. Nancy Krieger (2001), epidemióloga abanderada de la teoría ecosocial en salud, define así este determinante:

La raza/etnia es una categoría social no biológica que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia y que son forjados por sistemas opresivos de relaciones raciales, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio sobre otro grupo y se define a sí mismo y a los demás a través de esta dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias, como es el color de la piel. Etnia es un concepto destinado originalmente a diferenciar grupos innatamente diferentes, pero presuntamente pertenecientes a la misma raza general, que algunos usan ahora para referirse a grupos que se pueden diferenciar de manera presunta en función de la “cultura”; sin embargo en la práctica la “etnia” no se puede desligar de la raza en sociedades con relaciones sociales injustas, hecho que ha dado origen al concepto de “raza/etnia (Krieger, 2001: 696).

El hecho de pertenecer a grupos sociales minoritarios va a influir en la salud de determinados colectivos, dado que estos grupos sociales no están representados en la misma medida que los grupos mayoritarios, sino al contrario: son excluidos y marginalizados en función de su raza/etnia, su cultura, su clase social. Las desigualdades de género y las desigualdades socioeconómicas que se reflejan en la situación de pobreza en que viven, junto a la marginación, el bajo nivel educativo, el alto desempleo y los factores culturales son aspectos fundamentales a tener en cuenta, ya que pueden explicar gran parte de los procesos de salud y enfermedad y apoyar así programas de atención sanitaria adecuados para dichos colectivos.

En España, los trabajos de investigación en materia de salud y grupos sociales minoritarios están centrados en la población gitana y, desde hace dos décadas, en el proceso migratorio de personas de otras latitudes del mundo al territorio español. Aunque se han realizado algunos trabajos con población migrante extranjera, (MDM, 2009, 2014; Cruz Roja, 2007), sin embargo, “el perfil de población inmigrante que atrae el interés de la investigación biomédica es difuso e

indefinido en lo que se refiere a sexo, edad y procedencia [...] queda representado como un ente abstracto y homogéneo, sin prestar atención a situaciones concretas de las personas o grupos, que a priori parecen compartir entre sí únicamente la característica de protagonizar un desplazamiento geográfico y transnacional” (Gijón, Jiménez y Martínez, 2006:117).

**d) El nivel educativo.**

Si por educación entendemos el proceso de formación mediante el cual se transmiten conocimientos, valores y formas de actuar, que permite a las personas durante toda su vida “ordenar las distintas etapas, preparar las transiciones, diversificar y valorizar las trayectorias” (Delors, 1996:18) el proceso educativo es fundamental para el bienestar de una persona y su comunidad. Aunque es un derecho universal, como el derecho a la salud, no es igual para todos y todas, pues en algunos países el acceso a la educación es difícil para algunas personas. El nivel educativo como determinante social en la salud constituye una variable básica para entender los procesos de salud/enfermedad de las personas, la adquisición de nuevas pautas de comportamiento que disminuyan las situaciones de riesgo en salud, la comprensión de los procesos de enfermedad. La heterogeneidad dentro de los diferentes colectivos de inmigrantes en Almería también se refleja en el nivel educativo. Incluso las personas que tienen la situación administrativa en regla/regularizada pueden no usar los servicios de salud disponibles si no los conocen, si no los entienden, o si los servicios ofrecidos son “extraños” para sus creencias culturales y religiosas (Conferencia regional sobre migración, 2005). La integración entre salud y educación es fundamental para lograr la reducción de las brechas e inequidades sociales existentes (OMS, 2011; OPS, 2010).

**e) El territorio.**

El territorio -el área geográfica donde un individuo o su grupo social habitan- es fundamental, ya que las características ambientales, geográficas, políticas, económicas o sociales influyen en la salud de una persona, independientemente de su situación social e individual. El territorio y sus características, en los diferentes niveles mencionados, configuran y son el reflejo de cómo se relacionan las personas con su entorno, con su medio ambiente, y cuál es la calidad de este, así como las oportunidades de trabajo y acceso a los diversos recursos sociales y sanitarios en dicho territorio; es decir, no es lo mismo vivir en Almería capital que en las chabolas del Poniente almeriense, entre invernaderos que utiliza la población inmigrante magrebí, rodeada de pesticidas, sin agua potable, sin energía, sin transporte que facilite el acceso a los recursos socio-sanitarios.



#### **f) El género.**

Para algunos investigadores el género es un determinante estructural de las desigualdades en salud (Sen, George y Östlin, 2005, 2008; Valls, 2011); para otros, en cambio, es un determinante intermedio (Borrell y Artazcoz, 2008; Malmusi et al., 2010). La OMS (2009) en su informe: “Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales en salud” describe ampliamente la importancia de la equidad de género para eliminar las desigualdades en materia de salud existentes entre mujeres y hombres.

En las normas y los valores, y en la forma en que se estructuran las organizaciones y se administran los programas tienen efectos perjudiciales en la salud de millones de mujeres, jóvenes y niñas. La posición de las mujeres en la sociedad también está ligada a la salud y la supervivencia infantil, de los niños y las niñas. Las desigualdades entre los sexos influyen en la salud en distintas formas: pautas de alimentación discriminatorias, violencia contra las mujeres, falta de poder de decisión y reparto desigual del trabajo, el tiempo libre y las posibilidades de mejorar en la vida, entre otras cosas. El origen de las desigualdades de género es social, y, por consiguiente, éstas pueden modificarse. Si bien la posición de la mujer ha mejorado enormemente a lo largo del último siglo en muchos países, los progresos son desiguales y sigue habiendo muchos obstáculos que superar. Las mujeres ganan menos que los hombres, incluso con trabajos equivalentes; las jóvenes y las mujeres tienen menos oportunidades de empleo y de acceder a la educación. La mortalidad y la morbilidad maternas siguen siendo elevadas en muchos países y los servicios de salud reproductiva siguen estando muy mal distribuidos entre los países y en el interior de éstos. Los efectos intergeneracionales de las desigualdades entre los sexos hacen que sea realmente imperioso actuar. Es esencial que actuemos ahora para mejorar la equidad de género y potenciar la emancipación de las mujeres, si queremos reducir las desigualdades sanitarias en una generación (OMS, 2009: 15-16).

#### **4.1.2. Los determinantes intermedios de la desigualdad en salud.**

La riqueza de la teoría acerca de los determinantes sociales en salud radica en que abarca no solo los determinantes estructurales sino también los determinantes intermedios que generan desigualdades en relación a la salud. Según la Organización Mundial de la Salud, las investigaciones de Richard Wilkinson y Michael Marmot (2003) lograron precisar la influencia en la salud de hasta diez determinantes intermedios. Estos son:

- los estilos de vida
- el estrés
- el trabajo
- el desempleo
- la exclusión social
- el apoyo social
- la alimentación
- las adicciones
- el transporte.

El conjunto de los determinantes es fundamental y será tenido en cuenta para el análisis de esta investigación. A continuación, expongo el utillaje epistemológico que se nutre y desarrolla la vinculación entre los determinantes estructurales y los intermedios, según Wilkinson y Marmot (2003):

*El estilo de vida saludable* es un conjunto de patrones de conducta relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida (Cockerham, 2007). Los principales determinantes de los hábitos relacionados con la salud como el consumo de tabaco y de alcohol o la práctica de actividad física presentan un trasfondo socioeconómico de inequidad (Daponte y Bolívar, 2008). Los estilos de vida y las condiciones en las que se vive y trabaja ejercen un gran impacto sobre la salud: “No es simplemente que las circunstancias de pobreza material sean dañinas para la salud; el significado social de la pobreza, el desempleo, la marginación social, o de otros tipos de estigmas también cuenta” (Wilkinson y Marmot, 2003:9) e influye en la permanencia de conductas nocivas para la salud. Según la teoría de los determinantes sociales, para mejorar los estilos de vida de las personas y las comunidades, es necesario realizar acciones de promoción de la salud que tengan en cuenta la elaboración de políticas públicas saludables, capaces de repercutir en la seguridad, la educación y la vivienda; crear ambientes favorables para la promoción de estilos de vida que integren la actividad física y lúdica, reforzar las acciones comunitarias y reorientar los servicios sanitarios.

En relación al *estrés dentro del proceso migratorio*, ha sido considerado por algunos autores un determinante intermedio que genera desigualdades en salud (Carballo, Grocutt y Hadzihasanovic, 1996; Rasmussen, 1997; Pardo, Engel y Agudo, 2007; Malmusi et al., 2010; Agudelo y Ronda, 2012; Pahwa, Karunanayake y Thorpe, 2012; Deeb, Díaz, Juaréz, García et al., 2013; Mahamoud, Roche y Homer, 2013; OIM, 2013; Alcántara, Chen y Alegría, 2014), elementos que, sumados a otros determinantes sociales debilitan la salud de mujeres y varones migrantes. Wilkinson y Marmot señalan al respecto:

*Las circunstancias psicológicas y sociales pueden causar un estrés duradero.* Los estados de ansiedad prolongada, la inseguridad, la autoestima baja, el aislamiento social y la falta de control sobre el trabajo y la vida doméstica ejercen efectos impactantes sobre la salud. Esos tipos de riesgo psicosocial se van acumulando a lo largo de toda la vida y aumentan las posibilidades de padecer una pobre salud mental y una muerte prematura. Largos periodos de ansiedad e inseguridad y la falta de amistades que ofrezcan apoyo son perjudiciales en cualquier aspecto de la vida en que se produzcan. “Cuanto más inferior sea la posición que ocupa una persona dentro de la jerarquía social de los países industrializados, más comunes serán estos problemas” (Wilkinson y Marmot, 2003:12).

En relación a determinantes intermedios como *el trabajo, el desempleo y el apoyo social*, se han relacionado con resultados adversos para la salud (Mahamoud, Roche y Homer, 2013), en especial en las poblaciones marginadas en zonas urbanas. *Las circunstancias de pobreza social y económica* repercuten sobre la salud durante toda la vida. “La vida es corta cuando su calidad es pobre. La pobreza, la marginación social y la discriminación cuestan vidas porque provocan privaciones y resentimiento” (Wilkinson y Marmot, 2003:10). Cuanto más se prolongue el tiempo que una persona vive en una situación de desventaja, mayor será su probabilidad de padecer diferentes problemas de salud (Wilkinson y Marmot, 2003); más aún cuando estas comunidades son excluidas de los sistemas de salud, como es el caso de la población migrante extranjera.

En relación a *la exclusión social*, Wilkinson y Marmot (2003), sostienen que:

La pobreza, la privación relativa y la exclusión social ejercen un gran impacto sobre la salud y provocan una muerte prematura (...) Los desempleados, muchas minorías étnicas, los trabajadores inmigrantes, los discapacitados, los refugiados y las personas sin hogar están concretamente más expuestas a este riesgo (ibíd., p.16).

Respecto a *las adicciones*, Wilkinson y Marmot (2003) fundamentan que “el consumo de drogas es una respuesta a la desintegración social y además, contribuye a acentuar las desigualdades en el ámbito de la salud” (p. 24). Este determinante intermedio ha sido estudiado recientemente entre la población inmigrante turca en Londres, donde se destacó el aumento del consumo de alcohol y el hábito del tabaco entre dicha población (Topal et al., 2012).

En relación a *los alimentos*, Wilkinson y Marmot (2003) afirman que “las condiciones sociales y económicas se traducen en un gradiente social en la calidad de la dieta que contribuye a acentuar la desigualdad en salud. La principal diferencia dietética entre las clases sociales es la fuente de nutrientes” (p. 26). La situación económica y laboral van ligadas a la inadecuada

alimentación de los colectivos de inmigrantes en el país de acogida (Pardo, Engel y Agudo, 2007).

Respecto al *transporte*, Wilkinson y Marmot (2003) advierten que “los barrios periféricos y las urbanizaciones que no cuenten con ningún servicio de transporte público, aíslan a las personas que no tienen automóvil, concretamente a los jóvenes y a los ancianos. El aislamiento social y la falta de interacción en la comunidad están estrechamente relacionados con el empobrecimiento de la salud” (p. 28). El aislamiento y la dificultad de acceso a los servicios de salud pública y otros servicios sociales continúan perpetuando las desigualdades en salud de los colectivos más desfavorecidos.

La igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, la atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud (Hernández, Santaolaya y Campos, 2012:1).

La teoría de los determinantes sociales en salud constituye una de las tareas más complejas al articular diversos aspectos de los estilos de vida y las circunstancias sociales, económicas y globales de las sociedades y su influencia en la salud de los individuos y los colectivos. En el ámbito académico, posibilita articular diferentes conceptos relevantes de cada paradigma teórico en relación con el binomio salud-enfermedad y, en relación a las políticas públicas en materia de salud, este enfoque puede ser muy beneficioso al revelar cómo son las condiciones sociales y económicas las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población en general: el acceso universal a la atención médica es necesario para prolongar la supervivencia y es, sin duda, un determinante social fundamental para la salud.

#### 4. 2. La perspectiva de género en el análisis de las desigualdades en salud

El análisis del género ha ido incorporándose lentamente al campo de la salud pero ya es un elemento imprescindible para cualquier abordaje, incluida la teoría de los determinantes sociales en salud: existen diferencias construidas socialmente que repercuten diferenciadamente en la salud de las personas. Como apuntan Borrell y Artazcoz (2008), “Introducir la perspectiva de género en el abordaje de los problemas de salud requiere la consideración de las diferencias en la socialización de mujeres y varones, las cuales determinan distintos valores, actitudes y conductas, las desigualdades en el poder y en el acceso a los recursos y la profunda división sexual del trabajo” (p. 245).

Algunas conclusiones relevantes en relación a las desigualdades de género en materia de salud podemos hallarlas en los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2007).

En la mayoría de las sociedades la mujer tiene un menor estatus social que el hombre, lo que se traduce en relaciones de poder desiguales. Por ejemplo, la mujer se encuentra en condiciones de inferioridad en la familia, la comunidad y la sociedad en general: Tiene un menor grado de acceso a los recursos y de control sobre los mismos, y un menor peso que los varones en la toma de decisiones. Todos estos factores han llevado a restar importancia a la salud de la mujer y a no prestarle la debida atención (OMS, 2007).

En casi todas las sociedades, en similares situaciones económicas, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los varones; sin embargo, las mujeres padecen más enfermedades y malestares crónicos que los hombres (OPS, 2003; Valls, 2011; Malmusi et al., 2014). Las enfermedades no afectan por igual a varones y mujeres. Y los enfoques y abordajes que obvian este hecho suman desigualdades y sesgos de género que influyen en el diagnóstico, tratamiento y evolución diferenciados de las enfermedades y los procesos. El III Plan Andaluz de Salud 2003-2008 describe las principales causas de mortalidad entre mujeres y varones:

Las diferencias de género, junto con otros determinantes sociales, contribuyen a generar desigualdades entre varones y mujeres en el grado de exposición y susceptibilidad a los riesgos de salud. También hay desigual acceso a los recursos y a los resultados, con consecuencias en los procesos de salud y enfermedad. Desde esta óptica, los indicadores de mortalidad son el reflejo de la desigual distribución de la morbilidad según el género. En los varones, las causas que más muertes provocan son el infarto agudo de miocardio, el accidente cerebrovascular agudo, la enfermedad isquémica crónica del corazón, el cáncer de pulmón y los accidentes. En las mujeres esas causas son la diabetes y el cáncer de mama. Aproximadamente entre el 30 y el 35% de los fallecimientos (p. 33).

De manera creciente, los diferentes estados intentan integrar en sus políticas sanitarias el enfoque de desigualdades de género en salud, diseñando estrategias de atención sanitaria que tengan en cuenta las relaciones de género presentes en dichas poblaciones. Las reflexiones aportadas desde la perspectiva de género permiten tener en cuenta varios elementos fundamentales, entre los cuales: La salud de los hombres y las mujeres, es diferente y también desigual (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000), diferente por factores biológicos y desigual debido a que el acceso de las mujeres a la salud no se da en idénticas condiciones respecto al acceso de los varones a la misma; y como afirma Valls (2008): “En la atención sanitaria es muy importante valorar la morbilidad femenina diferencial, que es el conjunto de enfermedades,

motivos de consulta o factores de riesgo que demandan una atención específica hacia las mujeres, ya sea porque sólo en ellas se pueden presentar tales problemas o porque dentro de su cultura, etnia, etc., tengan especial significación al darse en el sexo femenino” (p. 11).

El enfoque de género en salud permite, así, promover iniciativas encaminadas a corregir las inequidades en el acceso a la atención sanitaria y en las respuestas del sistema de salud. Este enfoque también se ha adoptado para la atención primaria de las mujeres, más allá de la salud sexual y reproductiva; que incluya la identificación de diferencias de género en las enfermedades cardiovasculares, permitiendo formular estrategias de promoción de la salud y prevención más eficaces, lo que a su vez ha redundado en mejoras de la salud de la mujer en muchos países (OMS, 2007).

En España, como en otros lugares del mundo, las desiguales condiciones de vida producen desigualdades sociales en salud (Benach y Borrell, 2006; Aerny, Ramasco y Cruz, 2010). No fue hasta 1996 que el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó el *Informe sobre Desigualdades Sociales en Salud en España*, en la misma línea del informe *Black Report* (1982). En 2007, la Comunidad andaluza publicó el primer informe sobre las desigualdades sociales en salud en Andalucía, donde se abordan los determinantes sociales y las desigualdades de género en salud, el modelo sanitario y el acceso a los recursos por parte de la población, teniendo en cuenta los antecedentes históricos de la pobreza en Andalucía.

La salud no solo es responsabilidad del estilo de vida de las personas, sino que compete directamente a los gobiernos nacionales, que son los responsables de la protección básica de su ciudadanía y del establecimiento e implementación de políticas sociales que den cobertura universal en aras de una mayor equidad social, ya que la salud es constitutiva del bienestar de las personas y el Estado es quien habilita a las personas y a sus comunidades a ser agentes sociales (OMS, 2011).

Las políticas públicas en España han ido integrando en los últimos años el enfoque de género como eje transversal para eliminar las discriminaciones en función del sexo y mejorar la equidad. En muchos otros países europeos el análisis de los problemas de salud desde la perspectiva de género es reciente, al igual que su transversalidad con un nuevo componente que ha repercutido de una manera crucial: el flujo migratorio desde diferentes partes del mundo. Un reto para la salud pública en Europa, para el sistema de salud y la propia población, es el que poco a poco y cada vez más se realizan investigaciones que permiten pensar en futuras estrategias de intervención integradoras, con poblaciones crecientemente multiculturales.

#### 4.2.1. Los modelos de estudio de desigualdades de género en salud.

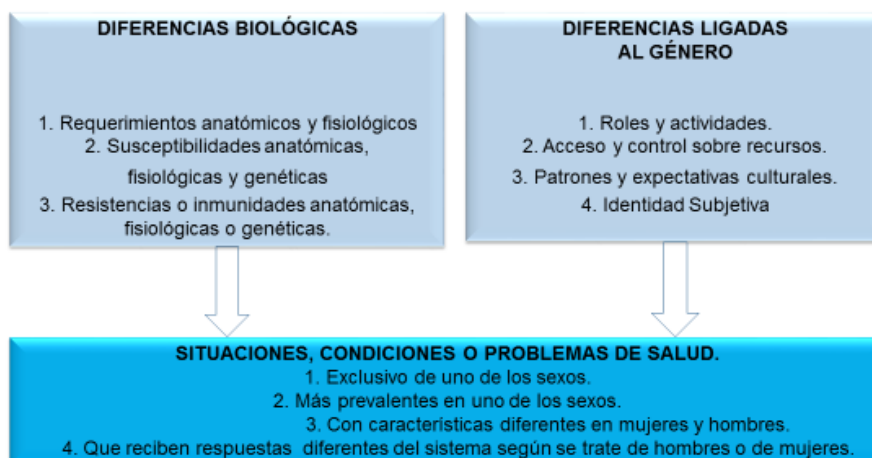
Se perfilan dos tipologías de modelos para explicar las diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres: los modelos biológico-genéticos y los modelos socio-culturales. Ningún modelo por sí solo puede proporcionar un marco completo de análisis (García-Calvete, Jiménez y Martínez, 2010). Un buen modelo sería aquel que tiene en cuenta el hecho de que existen efectos recíprocos entre el sexo y el género (García-Calvete, 2004).

La teoría de los determinantes sociales en salud describe dos modelos explicativos sobre las desigualdades de género en salud, basándose en abundantes datos empíricos que apoyan las diferencias existentes entre varones y mujeres, como lo sintetizan García-Calvete, Del Río, García y Mateo (2010) estos modelos, son:

1º. Los modelos biogenéticos, relacionados con el enfoque biomédico que [...] “propugnan por las diferencias sexuales biológicas entre varones y mujeres que se traducen en diferencias genéticas, hormonales y fisiológicas, factores que marcarían riesgos de enfermar diferencialmente” (Hammarstron, 2001; Rohlf, 2000b).

2º. Los modelos socioculturales, “que defienden que son las diferencias de género en comportamientos relacionados con la salud y las condiciones de vida en áreas como el trabajo productivo (remunerado), los roles reproductivos y otros factores sociales los que implican riesgos diferentes para la salud de las mujeres y varones” (Hammarstron, 2001; Rohlf, 2000b) (García-Calvete et al., 2010: 58-59).

**Gráficos 1. Origen de las diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención.**



Fuente: Gender Workshop. Identifying Gender Issues in Health. Participant Manual. OPS. 2004.

Tal y como se muestra en el gráfico 1, según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2004), es necesario indagar sobre los procesos y razones por las que varones y mujeres se ven afectados de manera diferencial por distintos tipos de enfermedades.

Cuando hablamos de desigualdad de género en salud nos referimos a la disparidad en materia de salud entre hombres y mujeres, sistemática, innecesaria, evitable e injusta (Braveman, 2006). La desigualdad conlleva distintas oportunidades para gozar de salud al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a la enfermedad, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria (García-Calvete, Jiménez y Martínez, 2010:28)

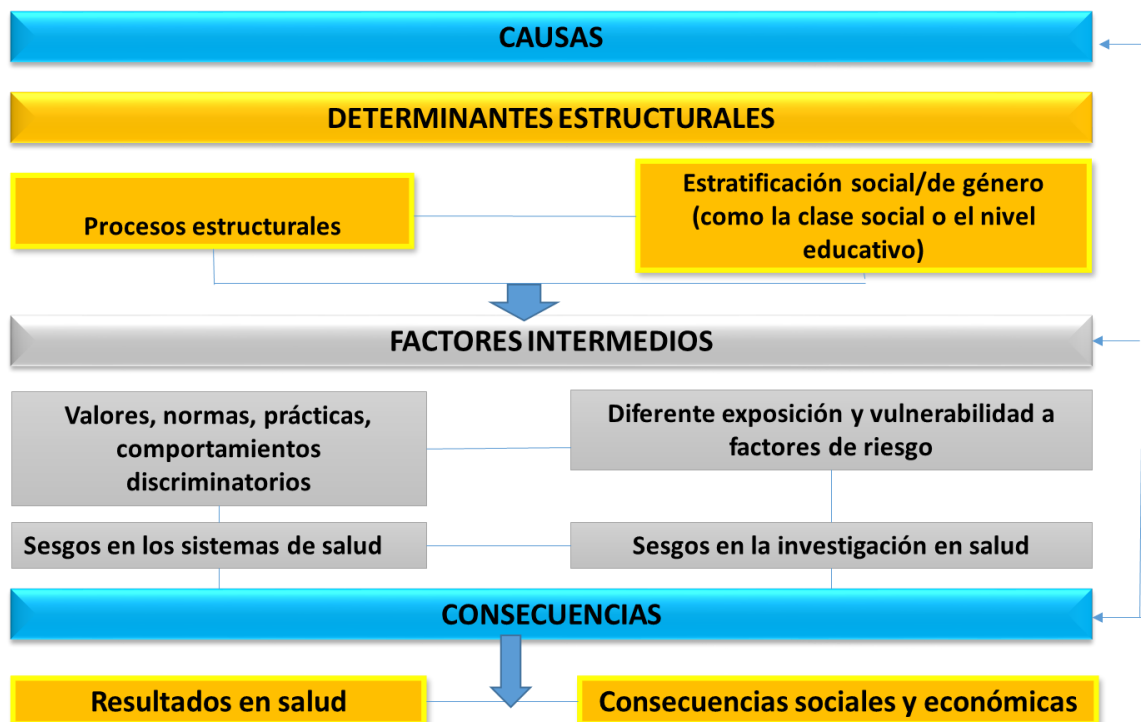
Existen múltiples enfoques teóricos dependiendo del objeto de estudio y de los factores a que se dé relevancia (García-Calvete, Jiménez y Martínez, 2010). Para esta investigación retomo el modelo aportado por *Women and Gender Equity Knowledge*, publicado por la OMS y realizado por las autoras Sen, George y Östlin (2007):

El modelo propuesto para explicar el papel del género como determinante de la salud (Gráfico 2) subraya el estudio de las causas, los factores y las consecuencias de las desigualdades entre los sexos (OMS, 2007). Entre las causas, vincula al género como determinante estructural



que afecta a la salud y, respecto a los otros factores intermedios, incorpora al género como elemento que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que conllevan la exposición y la vulnerabilidad a factores de riesgos diferenciales. También, considera cómo el ordenamiento social de lo femenino y lo masculino se refleja en los sistemas de salud, introduciendo sesgos de género en la investigación y en la atención sanitaria (García-Calvete et al., 2008).

Gráficos 2. Modelo Conceptual sobre el papel del género como determinante social en salud.



Fuente: OMS (2007). Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS) *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it.*

### 4.3. Objetivos de la Propuesta de Estudio

#### 4.3.1. Objetivo General.

Conocer y analizar la articulación de los sistemas de género, el proceso de salud y enfermedad en el ejercicio de la prostitución por parte de las mujeres migrantes extranjeras, así como sus efectos en la salud y su integración social.

#### 4.3.2. Objetivos Específicos.

4.3.2.1 Identificar los perfiles de los diferentes colectivos de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería.

4.3.2.2 Conocer las condiciones del ejercicio de la prostitución y sus efectos en la salud de las mujeres migrantes extranjeras.

4.3.2.3 Conocer los diferentes conceptos de salud que manejan las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución y su repercusión en el acceso a los servicios sanitarios y sociales de la zona.

4.3.2.4 Identificar las dificultades que encuentran las mujeres migrantes extranjeras para acceder a los servicios sanitarios y a otros programas sociales.

4.3.2.5 Analizar las estrategias que utilizan las mujeres migrantes extranjeras para mantener el equilibrio en el estado de salud bio-psico-social en las condiciones de ejercicio de la prostitución.

#### 4.4. Propuesta Analítica

En esta investigación, la propuesta de estudio es integrar el modelo de salud pública actual respecto a los determinantes sociales que generan desigualdad en relación a la salud y la perspectiva de género aplicada para alcanzar los objetivos propuestos.

Esta propuesta de estudio intenta abarcar la diversidad de orígenes de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería, describiendo sus contextos y escenarios de prostitución y como estos hacen mella en su salud y sus posibilidades de integración social. Se propone realizar así mismo un reconocimiento de las habilidades de resistencia y supervivencia de muchas mujeres migrantes extranjeras que se emplean en la industria del sexo en España, a través del protagonismo de sus voces, para visibilizar así, con mayor rigor, su situación y sus necesidades reales.

Según las recomendaciones de autores como Vanwesenbeeck (2001) y Ross, Crujiente, Mansson y Hawkes (2012), lo óptimo sería que los estudios sobre la prostitución consideraran a esta actividad como cualquier otra ocupación. Según Vanwesenbeeck (2001), para esto es necesario tener en cuenta las temáticas de preferencia sexual, los antecedentes, la motivación, la actitud profesional o las condiciones específicas del trabajo.

“In particular, the latter has hardly been done yet. What we need to know is how specific (legal, cultural, organizational) contexts, conditions, features, routines, and relations in sex work associate with various aspects of health and wellbeing of specific groups of sex workers”<sup>29</sup> (Vanwesenbeeck, 2001:280).

Para esto es necesario conocer la diversidad de colectivos que trabajan en la industria del sexo de la provincia de Almería, en particular, las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en contextos urbanos y rurales. El análisis de la heterogeneidad del colectivo permitirá conocer sus demandas reales, que permitan movilizar recursos y articular eficazmente los servicios sanitarios y sociales para darles respuesta.

---

<sup>29</sup> En concreto, esto último casi no se ha llevado a cabo. Lo que necesitamos saber es de qué manera podemos asociar las variables específicas (legales, culturales y estructurales) en los diferentes contextos, condiciones, características, rutinas y relaciones en el trabajo sexual con los diferentes aspectos de salud y bienestar de grupos específicos de personas trabajadoras del sexo. (Traducción propia).

Coincido con María Jesús Fernández (2011) cuando afirma que “es necesario plantear estudios e investigaciones que minimicen las consecuencias del estigma asociado a las personas que ejercen la prostitución” (p. 180). Tal y como se fundamentó en el marco teórico, generalmente los estudios se centran en los aspectos del fenómeno de la prostitución más negativamente connotados. La salud de las personas migrantes extranjeras en prostitución es concebida como potencial sinónimo de enfermedad. El modelo de los determinantes sociales que generan desigualdades en salud permite analizar variables fundamentales para la comprensión de la salud y la integración social del colectivo, conocimiento que debería traducirse en nuevos abordajes en las políticas sociales y sanitarias destinadas a estas personas.

Esta propuesta de estudio intenta romper con los paradigmas clásicos de la investigación sobre el colectivo y aportar una perspectiva diferente que contribuya a su inclusión y participación social a través de políticas públicas eficaces. El siguiente gráfico presenta la propuesta analítica sobre la salud e integración de las mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución. Articula el modelo aportado por la OMS *Women and Gender Equity Knowledge* (2007), y las categorías de análisis propuestas para la investigación que permitirán conocer las consecuencias para la salud bio-psico-social de las mujeres migrantes extranjeras, además de arrojar resultados acerca de la integración social del colectivo y las consecuencias sociales, económicas y políticas.

Gráficos 3. Propuesta Analítica.



Fuente: OMS (2007). Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS) *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Articulado con las categorías de análisis propuestas para este estudio.*

#### 4.4.1. Categorías de Análisis.

Las categorías de análisis que se proponen para esta investigación son:

##### **a) Contexto migratorio y prostitución.**

Se realizará una exploración del territorio de la provincia de Almería, tanto en zonas urbanas como rurales, donde las mujeres migrantes extranjeras ejercen la prostitución. Se realizará una descripción de los diferentes perfiles de mujeres migrantes extranjeras, de su situación administrativa en España, sus condiciones de vida y la conciliación de la vida familiar y social con la actividad que realizan. Se tratará de conocer sus proyectos y trayectorias migratorias y las redes de apoyo familiar, social o institucional con las que están vinculadas.

##### **b) Contexto de la industria del sexo.**

Se explorarán los diferentes escenarios donde se ejerce la prostitución, las modalidades de ejercicio, las condiciones en las que se ejerce y sus implicaciones para la salud bio-psico-social y para la integración social de las personas que laboran dentro de la industria sexual. También se recogerán las relaciones interpersonales con clientes, empleadores y otras personas dentro de sus escenarios de prostitución. Se abordará cómo experimentan el estigma asociado a la prostitución, las estrategias de cuidado que tienen las mujeres migrantes extranjeras en relación con su cuerpo y su salud integral, así como las estrategias de vinculación con el tejido social.

##### **c) Tejido Social.**

Se indagará, a través de las mujeres migrantes extranjeras y de las instituciones públicas de atención social y sanitaria, cuál es la relación establecida; el conocimiento que tienen del sistema de salud español y la diferencia que encuentran con el sistema de salud de sus países de origen. Se entrevistará a los agentes sociales de las asociaciones sin ánimo de lucro y de las diferentes ONG que atienden al colectivo, lo que permitirá conocer sus demandas socio-sanitarias, las barreras de acceso a los servicios de salud y de apoyo social, los agentes facilitadores de la atención en salud e integración social del colectivo. Se conocerá cuáles son las estrategias utilizadas por las mujeres migrantes extranjeras para sortear las dificultades asociadas al estigma social y a las actitudes o conductas discriminatorias, que dificultan el acceso, la atención y la vinculación con los diferentes servicios.

Las categorías de análisis antes descritas darán cuenta de las *consecuencias para la salud bio-psico-social*, que se constituirán en los resultados y conclusiones del estudio realizado. Dichas conclusiones expondrán los resultados en salud para las mujeres migrantes extranjeras, las

experiencias en integración social y las consecuencias sociales, económicas y políticas que tiene para las mujeres migrantes extranjeras ejercer la prostitución en la provincia de Almería.

## **PARTE II. LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**



## Capítulo 5.

### UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO EN ESCENARIOS DE PROSTITUCIÓN

---

#### 5.1. El lugar como investigadora

Esta investigación ha sido abordada desde un doble papel: como trabajadora de la organización Médicos del Mundo y como investigadora social, de ahí que el reto asumido desde el comienzo me planteó consecuencias metodológicas importantes. Como nos recuerda Haraway (1998), todo saber es siempre una construcción hecha desde una perspectiva determinada que, por tanto, se ve influida por esta.

El ejercicio de reflexión continuo estuvo enriquecido por mi experiencia personal como mujer migrante extranjera, profesional de la psicología e investigadora social. No soy, entonces, ajena al contexto de esta investigación pero he aprendido, a través de mi experiencia migratoria y en la relación diaria con diferentes colectivos de población inmigrante que, lo fundamental, es un adecuado posicionamiento ético, respetuoso del discurso de la alteridad, de los otros y las otras. “Cualquier sujeto conoce siempre dentro de un sistema, desde un lenguaje, a partir de ciertas premisas, en función de unos intereses, en relación con unas expectativas, etc. Todos estos condicionamientos influyen en la interpretación de la realidad que vamos a reconocer como conocimiento” (Villamea, 1999: 224).

La persona investigadora debe estar en una constante dialéctica en la construcción del conocimiento, atenta a fijar límites frente a emociones o afectos que surgen a través del proceso investigativo, dado que se trata de un ir y venir que pasa por lo personal -propia experiencia- a lo colectivo. Considero que mi origen, mi procedencia, mi género o mi lugar de trabajo no constituyen límites sino puntos de apoyo que me permiten estar más cerca de una realidad tan compleja como es el fenómeno de la prostitución. Mis “diferencias sociales” me posicionan en un camino constante de ida y vuelta en el análisis. Como investigadora entonces, no pretendo escapar a la óptica que impone mi propia perspectiva como *mujer migrante extranjera*, sino reconocer cuál es mi anclaje y ser explícita acerca de mis propios compromisos de clase, raza, género (Hartsock, 1983; Harding 1991; Haraway, 1998). Cualquier discurso es legítimo si se elabora de una manera responsable desde una perspectiva concreta que nos pertenece (Villamea, 1999).

A continuación, expongo brevemente el proceso seguido durante esta investigación.

El trabajo de campo de esta tesis doctoral ha sido realizado dentro del programa de *Reducción de Daños y Promoción de la Salud de Personas en Situación de Prostitución*, llevado a cabo por la organización Médicos del Mundo (MDM) desde el año 2008 en toda la provincia de Almería. La organización MDM me autorizó y apoyó en todo el proceso investigativo.

Mis inicios profesionales en MDM fueron como mediadora socio-sanitaria en contacto directo con personas en situación de prostitución durante un año y medio. Más tarde estuve designada como técnica de unidad en los programas de reducción de daños y de apoyo a inmigrantes sin recursos, específicamente en actividades de promoción de la salud mental. Como investigadora, la realidad que se imponía ante mí se sincronizó con mi deseo de saber y motivó el planteamiento de esta tesis doctoral. Como afirma Villarnea (1999), “No es por abandono del terreno científico como vamos a salir beneficiadas, sino por participación en los mecanismos de control que están a nuestro alcance y, por supuesto, por apropiación de los que todavía no lo están” (p. 226).

Los datos analizados en esta investigación han permitido a la organización la justificación de nuevos proyectos presentados a financieras provinciales y estatales; además, el análisis constante de la realidad cambiante, presentada en los diferentes foros, seminarios, ponencias y mesas de trabajo en los que hice públicos mis hallazgos etnográficos en los diferentes escenarios de prostitución, enriquecieron el conocimiento y las estrategias y actividades de intervención. Retomando a Villarnea (1999), “el debate científico es también la lucha por el lenguaje y los significados que adquirirán valor de conocimiento público en el futuro. En este sentido, el feminismo es también un proyecto de reconstrucción imaginativa de los significados públicos” (Villarnea, 1999: 223).

## 5.2. Contexto geográfico del estudio

El programa de *Reducción de Daños y Promoción de la Salud en Personas en Situación de Prostitución* se inició en Almería en julio de 2008 con la implantación de MDM en la provincia. La Delegación de Salud provincial de Almería, a través de la “Orden de 16 de mayo de 2008, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio de colaboración entre la Consejería y Asociaciones que trabajan para el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de Salud Pública” (BOJA nº 119, 17/6/2008). Lidera una comisión de atención al colectivo de personas en situación de prostitución; la Comisión asigna recursos económicos para su atención a través de subvenciones a ONG de la provincia. Durante el periodo de tiempo de realización del trabajo de campo participaron en dicha comisión asociaciones como la Asociación para la Atención Integral de Mujeres en Riesgo social (AIMUR), Médicos del Mundo

(MDM), Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía (APDHA) y el Proyecto Encuentro, liderado por las comunidades religiosas Oblatas y Adoratrices, con larga experiencia en la atención a este colectivo vulnerable.

Cada asociación tiene sus protocolos de actuación, acordes con sus objetivos y metodología específica según su posicionamiento ético ante la prostitución. En el Poniente almeriense el programa es liderado por APDHA; en la zona de Almería capital y en los límites del Poniente lo coordinan Proyecto Encuentro y AIMUR.

MDM es la cuarta ONG que entró en la Comisión y la única con funciones sanitarias; en 2008 se le asignó la atención en el Levante almeriense, que acoge los municipios de Níjar, San Isidro-Campohermoso, Antas, Carboneras, Cuevas del Almanzora, Garrucha, Los Gallardos, Vera, Mojácar, Pulpí, Turre, Sorbas y Huerca Overa. Esto es relevante porque el territorio constituye uno de los determinantes sociales cruciales para hablar de las dificultades de acceso a los sistemas de salud y servicios sociales del colectivo de mujeres migrantes extranjeras en prostitución.

En 2008, el equipo de trabajo estaba conformado por una enfermera de origen canario y por mí, en funciones de psicóloga y mediadora; nuestra tarea, entonces, consistió en dar a conocer el programa de MDM en los diferentes escenarios de prostitución. No fue una tarea fácil, debido a las características del colectivo al cual debíamos llegar con el programa y las condiciones del trabajo. El horario de trabajo empezaba a las seis de la tarde y finalizaba a las dos de la madrugada, en ocasiones más tarde. La mayoría del tiempo se nos iba en los desplazamientos, pues los municipios están muy alejados unos de otros. De los cinco días laborales, tres se dedicaban a la carretera, por lo que nuestro ciclo de sueño, alimentación y descanso también cambió. Este dato es importante, pues nos permitía entender el horario de trabajo de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución.

Los primeros meses de trabajo fueron dedicados a ubicar los diferentes escenarios de prostitución; apoyadas por personas informantes claves en los diferentes municipios fuimos abriendo el programa de MDM, uno de cuyos requisitos fundamentales era no entrar a ningún escenario de prostitución sin previo permiso de la persona propietaria y/o encargada de los diferentes clubes. Nos llevó más de seis meses ir localizando los clubes de carretera, pisos, locales, naves industriales, calles y carreteras comarcales donde se ejercía prostitución.

Mi compañera tenía experiencia previa como enfermera en centros de salud y yo la tenía en trabajo con población migrante en programas de inclusión laboral; para las dos este trabajo fue

un gran reto. Al principio, entrábamos por la puerta delantera de los clubes, hasta que aprendimos que en algunos escenarios de prostitución era mejor entrar por la puerta de atrás, por donde generalmente entran otros proveedores de la industria sexual como las camareras, cocineras, encargadas, vendedoras, etc. La puerta principal es el acceso de los clientes. A pesar de nuestros temores, cuando nos poníamos el chaleco de MDM, sentíamos cierto poder que, por cierto, duró poco, pues la primera vez que entramos a un club por la puerta delantera las mujeres salieron corriendo pensando que éramos la policía, así que decidimos que el chaleco tendría que esperar para otros espacios diferentes. En algunos lugares era fácil hablar con los propietarios y encargados; les explicábamos el programa, los beneficios para las mujeres en prostitución, la garantía de que nuestro trabajo era para ellas. Al desplegar todo el discurso institucional, los encargados y empresarios, -en su mayoría varones- veían en el programa ofrecido una oportunidad para su negocio, y nosotras una oportunidad para trabajar con las mujeres. En muchos lugares nos cerraron la puerta, en otros nos hicieron ir en repetidas ocasiones, hasta cansarnos; cuando veíamos que no había posibilidad, desistíamos. Muchos eran los lugares que podrían entrar en el programa pero solo éramos dos técnicas para atenderlos.

Los propietarios de la industria del sexo no suelen tener un solo club sino que administran varios clubes en la provincia por lo que, cuando las mujeres reportaban que se sentían bien con nuestra atención, nos permitían llegar a otros clubes de su propiedad. Una de las condiciones fundamentales era que toda actividad sanitaria y social era confidencial, solo le concernía a la mujer y, bajo ningún motivo, el dueño o administrador del lugar debía utilizar la información médica referente a las personas para presionarlas laboralmente, pues de hacerlo, nosotras no volveríamos al lugar. Así, entonces, muchas fueron las noches que dedicamos a abrir el programa de *Reducción de Daños y Promoción de la Salud de Personas en Situación de Prostitución* en la provincia de Almería; pero también tuvimos que dedicar muchas mañanas a construir una red de trabajo sanitario y social. De lunes a miércoles trabajábamos de noche, y los jueves y viernes, de mañana; concertábamos citas, entre otros agentes sociales, con los ayuntamientos de los municipios, centros de salud, servicios sociales, oficinas de inmigración, centros de la mujer, asociaciones de inmigrantes y pro-inmigrantes de la zona. Sin esta red de trabajo, desconocida también para nosotras, no podía consolidarse el programa, pues las personas en prostitución tendrían que saber dónde, cómo, cuándo y en qué condiciones acudir a estos lugares. Contamos con el apoyo del Distrito Norte de Salud y los profesionales sanitarios que estaban dentro del programa. Noche tras noche, fuimos vinculándonos a los municipios, a los diferentes escenarios de prostitución, y realizamos nuestros circuitos de atención, entre escenario y escenario. Fuimos tejiendo la red de confianza con las personas en prostitución, gracias a la continuidad y la resolución de sus dudas e inquietudes no solo en materia de salud, sino también de sus proyectos migratorios y experiencias vitales.

El programa se fue extendiendo y, a finales de 2010, ya no solo estábamos en el Levante almeriense, sino que también atendíamos el centro de Almería y el Poniente almeriense, principalmente centradas en la atención de los asentamientos de población inmigrante. En el año 2012 ya se atendían nuevos escenarios de prostitución en toda la provincia.

#### 5.2.1. Los servicios de la industria del sexo y sus participantes.

La prostitución se desarrolla en torno a una industria informal que produce grandes beneficios, por lo que se le han ido sumando nuevos servicios relacionados con la oferta y la demanda de servicios sexuales y sensuales. Siguiendo a Rodríguez y Lahbabi (2002) el sexo comercial a escala global “debe ser entendida en el contexto de una economía capitalista de consumo -quizá de ficción- donde predomina un orden social de sexo-género que permite a los varones obtener más recursos y privilegios en comparación con las mujeres de cara a poder, por ejemplo abrazar un tipo de fantasías” (Rodríguez y Lahbabi, 2002: 37).

El desarrollo tecnológico ha sido básico y fundamental en la nueva organización empresarial neoliberal, en los movimientos de capitales a nivel nacional y transnacional, en la dinámica de las redes migratorias y también en la creciente industria del sexo. Con las nuevas tecnologías, los procesos laborales se fragmentan y deslocalizan, los hogares en todo el mundo pueden acceder en pocos minutos a la información más actualizada de lo que ocurren en otros lugares de la aldea global; también aparece el tele-trabajo y todas las diversas posibilidades que ofrece internet y las nuevas aplicaciones informáticas. La industria del sexo también se nutre de estos avances tecnológicos; no es difícil encontrar que algunas mujeres atienden líneas eróticas desde su propia casa: basta un ordenador y una conexión a internet para vender sexo. Muchas personas, de todo origen y género, solo necesitan un teléfono móvil y un anuncio en prensa, internet, o su propio blog para iniciar su negocio, sin realizar inversiones económicas fuertes. Un ejemplo de ello lo ilustra la prensa local de la provincia de Almería.

Ilustración 1. Clasificados de La Voz de Almería. 17 de noviembre de 2014.

**38**

## Clasificados

**15 Relax**  
AGUADULCE LUCÍA, rusa rubia supersony, simpática, masajes eróticos, francés natural. 24H. Tlf. 659147480

**JUAN JOVENITO VARONIL**  
carinoso, besucón, versátil. 24 H. BISEXUAL MASAJISTA COMPLACIENTE COMPLETO  
**634 234 336**

**ISABEL MADURITA**  
HE VUELTO con una nueva amiga guapísima también española  
**669 055 101**

**PARTICULAR ALMERÍA** Rusa 30 años, un lujo para ti, privado y discreto. Solo en casa. Tlf. 674024695

**DOS CHICAS POR 80€** españolas, solas en casa, ultracuidadas, discreción. Tlf. 611394479

**DE VUELTA EN ALMERÍA** Iñakieta viciosa, travé Alexis Schraeder, versátil, dominante, 22cm reales, servicial. 24H. Tlf. 610608333

**NOVEDAD GUAPÍSIMA MASAJISTA** titulada, 30€ hotel-domicilio. Discreción. Completo. 24H. Aguadulce. Tlf. 651594012

**ROQUETAS URBA NOVEDAD** Rusa, rubia, guapa, cariñosa, delgada, 29 años. Francés, masajista. Tlf. 678876874

**EL EJIDO RECIENTE LLEGADA A ESPAÑA**  
Chica rusa 18 años delgada, morena, no profesional. 24H.  
**622 713 045**

**ZONA ALCAMPO Marta**  
ESPAÑOLA ALTA  
Delgada, grandes pechos, francés natural y griego  
**627 143 650**

**VIOLETA**  
19 AÑITOS ESPAÑOLA  
Chica inexperta, tímida, carita angelical, servicios personalizados a ti.  
**672 726 763**  
[www.palacioalcaampo.com](http://www.palacioalcaampo.com)

**EL EJIDO NOVEDAD**, chica latina, guapa, cariñosa, simpática, ardiente, jugosa. Todos los servicios. Llámala ya. Desde las 9 de la mañana. Tlf. 674617280

**\*\*30€\*\* ROQUETAS URBA**  
CHALET PARAÍSO uñas amigos, servicios completos, salidas, 24H.  
**950 33 66 38**  
**604 21 35 63**

**Española 24 años**  
**611 304 227**

**Española 26 años**  
**661 094 303**

**Mireya española**  
**697 284 024**

**SE NECESITAN CHICAS PARA TRABAJAR**  
en bar de copas en Almería capital.  
Para más información  
**618 397 062**

**\*\*VERA PLAYA 8\*\*** 4 niñas desde 20€ hechas, desprovistas para caballeros discretos. 24H. Tlf. 67599743 - 67269739 - 096259374

**MASAJISTA 26 años**  
Dulce, cariñosa, relajante con técnicas propias. Recibo desnuda. 40€ - Almería  
**692 534 466**

**30€ 5 SEÑORITAS**  
MORENAS, RUBIAS  
Juguetes, copa, fiesta, sexo a tu paso. casa 24H. Salidas.  
**950 651 774**  
**661 094 652**

**ZONA ALCAMPO**

**EL EJIDO: DUPLEX RELAX**  
Exhuberantes señoritas, guapas, morbosas, complacientes, varias nacionalidades.  
**673 224 257**

**HABLA GRATIS** con las chicas más bellas. Llámala ya. 950951126

**HUÉRCAL OVERA NOVEDAD**  
CHICAS LATINAS  
Buenos pechos, complacientes, cariñosas y pito discreto  
**638 546 712**

**EL EJIDO PATTY COLOMBIANA** rubia, delgada, que ventos, chichita peludo, cariñosa, sin presas. Tlf. 602888609

**MADURITA SOLO ESPAÑOLAS** cuidada, discreción, el mejor francés, 30€. Almería. Tlf. 698259242

**ENIYA RUSA**, alta, delgada, poltrona, viciosa, 30€. Almería. Tlf. 627155940

**AGUADULCE SUSANA RUSA** rubia supersony, simpática, masajes eróticos, francés natural. 24H. Tlf. 638028473

**EL EJIDO MARINA** madurita bien cuidada, guapa, morbosas, bonitas, pechos naturales, recibo sola. Discreción e higiene. Tlf. 697974127

**Estudiantes Españolas**  
\*\*\*  
AUTO NIVEL  
\*\*\*  
RECIENTE LLEGADAS SALIDAS HOTEL.  
**602 069 115**

**NUEVA ANDALUCÍA BAR DE COPAS**

**ZAHORA**  
¡BUEN ROLLO!  
¡BUENA COMPAÑÍA!  
¡TE ESPERAMOS EN NUESTRO BAR DE ALEGRÍA!  
Horario  
De lunes a sábado  
De 21h a cierre.

**7 SÉPTIMO**  
Despedidas / Strip-tease  
Tel. 950251434  
ESPERA UNA VULGARIDAD!

**La Casita**  
PLENO CENTRO - HOTEL NIVEL ALTO - DISCRECIÓN MODISTAS FRESCAS  
**950 257 892**  
**602 177 647**

**CANDELA**  
Despedidas de Soltero  
**682 265 499**

**EL JARDÍN**  
agradables  
DISCRECIÓN - 24 HORAS HOTEL Y DOMICILIO  
**638 868 670 - 628 010 988**

**El Lío**  
toma tu copa  
EXCELENTE COMPAÑÍA  
TRIP-TEASE CADA NOCHE - NUEVO TRIP-TEASE CADA NOCHE  
LITS, ROQUETAS  
**602 314 473**

**CHALUPA EJIDO**  
DISCRECIÓN  
24 H. - HOTEL Y DOMICILIO NIVEL ALTO A TU ALCANCE  
**631 776 506**

**HOTEL 24 HORAS CLUB TOMATE**  
PAJARINAS - STRIPTEASE  
C/ Entended, 7  
Santo Mº del Aguila  
**632 982 020 - 950 561 795**

**CASA GOMIC**  
ESPAÑOLAS - PELIBROTAS  
24 HORAS - PRIVADO  
HOTEL Y DOMICILIO  
**619 970 000**

**El Chalet**  
Chicas Nuevas HOY  
DISCRECIÓN - 24 HORAS  
**950 264 584 - 636 572 690**

**ISABEL**  
602 177 647

**SUBAS AQUELTONAS - 20 AÑOS** 24 HORAS HOTEL SI  
**607 212 657**

**OLGA Y MARINA**  
602 314 473

**LUCI**  
619 970 000

**maria**  
682 265 499

**Ilustración 2. Venta de servicios sexuales en clubes y bares de copas.  
La Voz de Almería. 29 de febrero de 2012.**

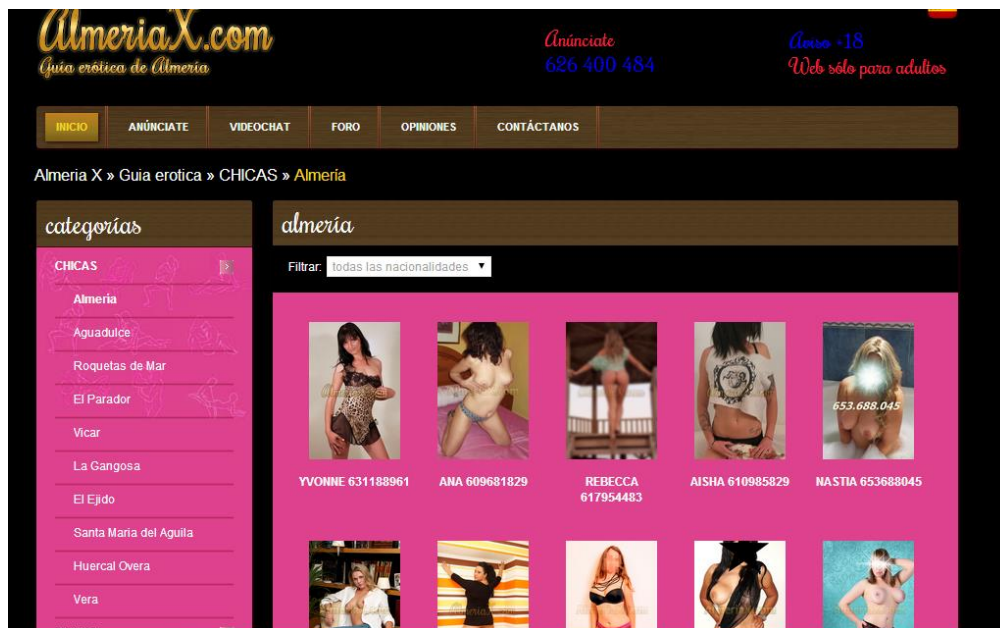
LA VOZ DE ALMERÍA | **Clasificados** | 53  
MIÉRCOLES, 29 DE FEBRERO DE 2012

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Cachito</b><br/>(Antes Séptimo Cielo)<br/><b>Tu Mejor Copa en la Mejor Compañía</b><br/>Despedidas de Soltero<br/>Striptease cada hora<br/>Show Girl<br/>ABIERTO 24 HORAS<br/><b>Tel. 950 25 14 34</b><br/>CENTRICO - VISA - SALIDAS HOTEL</p>   | <p><b>PALM BEACH</b><br/>Hotel<br/>Abierto desde las 16.00 horas<br/>TODOS LOS DÍAS<br/><b>SEÑORITAS DE LUJO<br/>AMBIENTE EXCELENTE</b><br/>Disfruta de una gran compañía.<br/>C/Artes de Arcos, 36<br/><b>632.85.79.85</b></p>            |
| <p><b>DESEO</b><br/>Bar de Copas<br/>Ambiente selecto - Intimo<br/>Disfruta conociendo bellas señoritas<br/>Striptease - Despedidas de Soltero<br/>Rección inaugurado<br/>MAXIMA DISCRECIÓN<br/>ALMERÍA (frente Mercado Central)<br/><b>Ctra. de Ronda</b><br/><b>950 220 816 - 603 200 806</b><br/>hotel y domicilios</p> | <p><b>CANDELA</b><br/>50€ CLUB COPAS<br/>LA MEJOR COMPAÑÍA AL ALCANCE DE TODOS<br/>STRIPTEAUSE CADA HORA<br/>DESPEDIDAS DE SOLTERO<br/>SALIDAS A HOTEL Y DOMICILIO<br/><b>AGUADULCE</b> DESDE LAS 4 DE LA TARDE<br/><b>682 265 499</b></p> |

La globalización, las migraciones y el desarrollo tecnológico son elementos importantes a la hora de contextualizar la prostitución en nuestro momento histórico (Ordóñez, 2006: 42). La prostitución es solo una de las múltiples manifestaciones del amplio mercado del sexo, caracterizada por vender servicios sexuales de forma organizada. Dentro de España encontramos diversas actividades de este mercado, tales como:

a) La producción de pornografía a través de películas, revistas, cómics, internet, a la que se tiene fácil acceso. El uso masivo de internet ha acabado con las tiendas de video pornográficas; solo algunos sex-shops tienen cabinas para ver este tipo de pornografía.

Ilustración 3. Portal de AlmeriaX.com. 11 de junio de 2014.



Captura del portal de internet <http://www.almeriax.com/>

b) Desde 2008 se lleva a cabo en Barcelona el festival de cine erótico, donde se presenta una gran variedad de espectáculos y productos eróticos, en los que el cuerpo y la sexualidad son el epicentro de toda la oferta comercial.

Ilustración 4. Imagen extraída del portal del Festival Erótico. Barcelona. 2013.



Disponible en <http://www.saloneroticodebarcelona.com/2013/web/index.php?categ=home>



c) Espectáculos eróticos y de striptease, muy popularizados en los espacios de diversión nocturna, con los *boys*, las *streakers*, las *bailarinas exóticas* o *gogos*.

d) Las líneas eróticas donde las personas encuentran un interlocutor/a que les lleva el juego de sus fantasías sexuales, encaminadas también a generar excitación sexual. A través de estas líneas muchas mujeres encuentran el sustento para su grupo familiar.

*Ilustración 5. Captura portal AlmeriaX.com. 29 de febrero de 2012.*



f) El diseño de productos eróticos encaminados a generar excitación y placer sexual. Los productos que se encuentran en las sex-shops, como ropa y otros objetos y juguetes sexuales, dirigidos a todo tipo de actividades sexuales. También los centros de masajes eróticos y otros espacios dónde dar vía libre a las fantasías sexuales.

Ilustración 6. Publicidad portal de internet AlmeríaX.com. 29 de febrero de 2012.



g) Los espacios *swinger*, donde se realizan intercambios de parejas sexuales de manera voluntaria y consentida, sin mediar ninguna contribución económica.

h) Los bares y restaurantes eróticos, donde se ofrecen alimentos afrodisíacos que aumentan la libido y potencia sexual.

i) Los *tapper-sex*, espacios de venta de objetos sexuales, previa cita, y para un grupo reducido de personas, donde la persona vendedora ofrece todos los productos sexuales que potencian la libido sexual.

Las personas que se encuentran en las diferentes actividades lucrativas que genera la industria del sexo encuentran en el colectivo de mujeres, varones y transexuales que ejercen la prostitución una clientela altamente lucrativa, ya que compran toda clase de vestimentas, maquillajes, bisutería y zapatos que no se encuentran en el comercio normalizado; incluso, está normalizado que los vendedores visitan a su clientela en los espacios donde se ejerce la prostitución para vender in situ su mercancía. Un ejemplo ilustrativo son las fotografías que acompañan los portales eróticos de Internet:

*Ilustración 7. Servicios profesionales dentro la industria del sexo. Portal de internet AlmeríaX.com.*

29 de febrero de 2012.



Cada vez es más frecuente que en el mundo globalizado, dada la rapidez de las nuevas tecnologías, que las personas inicien relaciones de amistad, noviazgo y compromiso matrimonial a través de portales de internet, muy utilizados por las redes de trata de mujeres con fines de explotación sexual, para captar a mujeres de diversos países con la promesa de un esposo rico y europeo. Llama la atención que los anuncios, no solo son de mujeres sino también de hombres que ofrecen sus servicios sexuales y otros encuentros sexuales sin que medie dinero, como queda recogido en el siguiente cuadro, extraído de la página de Internet AlmeríaX.com:

*Ilustración 8. Anuncios de intercambio de sexo. Anuncios extraídos del portal de internet [www.almeríaX.com](http://www.almeríaX.com). 29 de febrero de 2012.*



Chico 20 añitos guapo muy cariñoso besucón bisexual juguetón discreto quiero dar recibir placer no perdidas ni SMS sitio propio. 666 322 421

Hombre español 34 años guapo y educado se ofrece a señoras y señoritas. 690 662 393.

Chico 21 delgado y guapo, buen cuerpo para hacer gozar a una mujer hasta que no pueda más. 627 198 409

Busco mujer para plaza en piso relax en Roquetas de Mar. Muy buena clientela y muy altos ingresos, no lo dudes y llama 632 374 701

Chico rumano-italiano ex modelo, 32 años, para mujeres de 30 a 50 Roquetas de Mar, muy discreto, SMS. 666 201 840

Se necesitan mujeres para piso de relax en aguadulce, para mujeres guapas con ganas de trabajar y buena presencia. Altos ingresos. 693 029 382

Muchísimo trabajo valencia, para mujer rusa, europea 18 a 30 años, alojamiento, comida, publicidad gratuita, pago diario, piso lujoso discreto. 629 660 477

Chico guapo y bien dotado se ofrece a señoras y señoritas hasta 50 años, no cobro. 642 758 980 005

Hombre de 35 años se ofrece a mujeres gratis, no importa la edad. 627 867 053

Señor de 50 años busca mujer de 45 a 53 cariñosa sin perjuicios liberal para relación seria no importa físico solo SMS. 616 093 839

En la industria del sexo, no solo son múltiples las formas de comercializar los diferentes servicios sexuales sino también muchos los colectivos que participan de ella. Dentro de la actividad de la prostitución destaco tres tipos de colectivos: las personas que directamente ofrecen y realizan los servicios sexuales, sean mujeres, varones o transexuales; las personas que demandan dichos servicios sexuales quienes, generalmente, son varones; y, por último, las personas que realizan ocupaciones relacionadas con la industria del sexo pero no ejercen prostitución: personal de hostelería, de seguridad y limpieza, limpiadoras, encargados de clubes, empresarios, periódicos, vendedores, personal jurídico legal, profesionales sanitarios, etc.

El dinero que la prostituta recibe puede circular porque concierne a un tipo de actividad considerada libre. Pero la misma actividad es considerada susceptible de reglamentación en cuanto a la libertad de movimiento y a las posibilidades sociales de quien la práctica. Es una contradicción, una contradicción que se alimenta tanto de la hipocresía de la sociedad, como de los intereses de los clientes. En efecto, una y otros quieren a las prostitutas libres pero socialmente invisibles (Tatafiore, 1988: 12).

La prostitución dentro de la industria del sexo o *industria del rescate* (Agustín 2002) tiene dos rasgos fundamentales:

El ser un hecho social y multidimensional, es un hecho social en cuanto ha acontecido históricamente y culturalmente de manera dinámica con el paso del tiempo, y es un fenómeno multidimensional en cuanto confluyen diversos factores como la legalidad, la exclusión social, marginalidad, sanidad, seguridad y múltiples actores como: personas que la ejercen, proxenetas, intermediarios, dueños, empresarios, clientes, redes de captación, cuerpos y fuerzas de seguridad, entidades, medios de comunicación, administraciones (IAM, 2005: 43).

La prostitución en España no es una realidad homogénea y ha evolucionado paulatinamente desde la modernidad hasta la instauración de la sociedad de mercado. En España, según el informe del Instituto Andaluz de la Mujer de 2005, dicha evolución se caracteriza por algunos hechos significativos: la aparición en el tejido social de las mujeres toxicómanas españolas en el periodo comprendido entre 1970 y finales de los años noventa; la aparición del VIH; la entrada de mujeres extranjeras migrantes en los escenarios de la prostitución, durante los años noventa; la trata de personas con fines de explotación sexual; la disminución de la prostitución en espacios públicos debido a las quejas de las comunidades de vecinos y el aumento de determinadas formas de prostitución cerrada en las diferentes provincias andaluzas.

Desde que se inició el auge de la inmigración hacia España y mejoró la calidad de vida de las mujeres autóctonas, algunas mujeres españolas que se dedicaban a la prostitución fueron modificando sus trayectorias laborales e incorporándose a otros mercados más regularizados y con mejores garantías laborales; las mujeres migrantes extranjeras podrían ser el 90 % de las personas que atienden la actividad de la prostitución en España. Aunque no existen datos publicados y verificados, así lo refieren entidades públicas sanitarias y otras organizaciones que atienden a este colectivo dentro de sus programas sanitarios y sociales como APRAMP, AIMUR, APHDA Y MDM. También abunda en ello el último Plan de lucha contra la trata presentado en 2010 por el Ministerio de Igualdad del Gobierno español:

Según estimaciones policiales, el 90% de las mujeres que trabajan en esos lugares son extranjeras, de las cuales más de la mitad procederían del continente americano (especialmente colombianas y brasileñas), una tercera parte serían europeas (de países del Este, especialmente rumanas y rusas) y el resto africanas (principalmente nigerianas y marroquíes). Muchas de estas mujeres estarían en poder de redes de trata de seres humanos (Plan integral de lucha contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, 2010: 15).

Pero no son solo mujeres migrantes extranjeras las que ejercen la prostitución; también se encuentran mujeres españolas, transexuales y varones españoles y extranjeros. Lo que no varía de manera significativa es que la clientela son principalmente varones.

Las personas que ejercen la prostitución no forman un grupo homogéneo, pues presentan trayectorias biográficas heterogéneas y circunstancias personales marcadas con factores sociales, culturales y económicos muy diversos [...] las características y circunstancias de estos colectivos de personas son diferentes y están atravesados por los procesos migratorios actuales (Meneses, 2007: 20).

El escritor Francisco Núñez (1995) en su libro *Mujeres Públicas: Historia de la prostitución en España*, realiza un revelador recorrido por la historia de la prostitución. Destaca cómo la esclavitud estaba ligada a la misma en algunos contextos y la explotación económica y las condiciones difíciles para las mujeres han sido una constante histórica en España. En el panorama que presenta describen los espacios de prostitución en España y, específicamente, de la provincia de Almería. Dicho trabajo muestra de forma clara como la prostitución de hoy continúa siendo un ámbito endémico de subordinación impuesta a las mujeres que la ejercen. Una ocupación en la que se emplean las mujeres en condiciones más precarias a lo largo de la

historia, la “exclusión más antigua del mundo” (Holgado, 2013). Además, cómo las migraciones tanto internas como externas han alimentado los diferentes modelos económicos y el ejercicio de la prostitución; ahora es la globalización y el contexto transnacional; antes, la industrialización y las migraciones del campo a las ciudades (Holgado, 2013).

El aumento de la industrialización seguía arruinando las pequeñas artesanías de los pueblos, que vomitaban hacia la ciudad su carne barata para la fábrica o el burdel. La prostitución se iba convirtiendo en una gigantesca institución social ante el desarrollo de la industria, la congestión de las ciudades y la inseguridad de los empleos (Núñez, 1995:154).

### 5.2.2. La industria del sexo en Almería.

La prostitución en España tiene múltiples escenarios, adaptados a las condiciones geográficas de cada provincia y a las demandas de los clientes, ya sean personas migrantes extranjeras, autóctonas o visitantes de corto plazo. Según el extinto Ministerio de Igualdad, “han surgido en las capitales de provincia y otras localidades densamente pobladas muchos puntos (pisos, chalés, salones de masajes, saunas, etc.) en los que se ofertan servicios sexuales, principalmente por medio de anuncios en prensa. Así mismo, se han instalado cientos de establecimientos dedicados a la prostitución en las principales vías de comunicación y en las afueras de las ciudades, lo que permite apreciar un incremento del consumo de prostitución en España” (Plan integral de lucha contra la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, 2010: 15).

La investigadora Laura M<sup>ª</sup> Agustín (2002) describe cinco variantes generales: “prostitución en calle, prostitución en clubes, sistema de plazas, pisos de contactos y “otros espacios y servicios” (p. 137). Almería y Málaga son las provincias andaluzas en la que la presencia de población migrante es la más numerosa, debido a dos razones principales: ser una zona de agricultura intensiva con sus cultivos bajo plástico y ser un destino turístico, tal como lo describía Núñez (1995) en su obra: “De Almería se conserva una referencia de un viajero Musulmán de entonces, al que llamaron la atención el gran número de mendigos y putas que pululaban por su ajetreado puerto”. En cuanto a la prostitución, la provincia, durante el desarrollo de esta exploratoria (2009-2012), se caracterizaba por una mayor presencia de mujeres migrantes extranjeras frente a las mujeres españolas que ejercen la prostitución. Según el estudio sobre prostitución del Instituto Andaluz de la Mujer de 2005, una característica de la prostitución en Almería era la alta presencia de mujeres subsaharianas en los asentamientos de población inmigrante. Cabe también destacar la presencia de mujeres magrebíes en la zona del

Poniente almeriense, así como, otros colectivos de mujeres migrantes extranjeras que dinamizaban los espacios *de interior* y *de exterior* de la prostitución en esta provincia.

El trabajo de campo de esta investigación se realizó en la provincia de Almería distribuido en tres zonas: La zona del Levante almeriense, que comprende los municipios de Níjar-Campohermoso, Los Gallardos, Garrucha, Vera, Cuevas del Almanzora, los Lobos y Huércal Overa. La zona centro que comprende la capital de la provincia y la zona del Poniente almeriense. Señalo la ubicación geográfica del escenario de prostitución de cada una de las zonas en la Ilustración 9. Lugares que seguidamente describo como escenarios de la prostitución y estilos de vida, toda vez, que no son solo lugares caracterizados para este oficio, sino que están dinamizados por la vida y cotidianidad de estas mujeres.

Ilustración 9. Ubicación geográfica de los escenarios de prostitución en la provincia de Almería.



Fuente: Elaboración propia con la ayuda de la herramienta *google maps*.



### 5.3. Escenarios de la prostitución y estilos de vida

Para entender los diversos estilos de vida y los diferentes conceptos de salud, es fundamental conocer los escenarios donde se ejerce la prostitución. Por ello, hacemos una diferenciación entre personas atendidas en *escenarios de interior* como son clubes de alterne, bares de copas, pisos privados, naves industriales, bares-cortijos, cortijadas y asentamientos; y personas atendidas en *escenarios de exterior*, como calles, carreteras comarcales, carreteras urbanas, cruces entre invernaderos, rotondas, etc.

A su vez, cabe recordar que partimos de un hecho fundamental crucial: se trata de un colectivo en situación de exclusión social lo que, de entrada, da cuenta de sus déficits en cuanto a sus oportunidades y su calidad de vida. Así ha sido reflejado en esta investigación cuando hemos preguntado a las mujeres entrevistadas por el régimen de habitabilidad.

Al respecto, en su gran mayoría, las personas entrevistadas expresan vivir con amistades o familiares en provincias diferentes al escenario de prostitución donde ejercen. Sin embargo, la realidad es que permanecen por largos periodos de tiempo habitando y ejerciendo en los escenarios de prostitución. Otro componente a resaltar compartido por las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución es que más del 90% de la población atendida dentro del programa de MDM tiene su familia en el país de origen; sin embargo, aquellas personas cuyas familias residen en España, siempre lo hacen en otras localidades. Y, en ambos casos, suele ser habitual que la familia desconozca el ejercicio de esta actividad como fuente de ingresos económicos, aunque sean dichos ingresos los que permita a la familia cubrir las necesidades básicas de alimentación, vivienda, cuidado y educación de hijos e hijas, así como demás cargas familiares. La familia, si la hay, es responsabilidad de las personas que ejercen la prostitución, tal y como refleja la dimensión de las remesas

#### 5.3.1. Los clubes.

De las mancebías a los espacios que antes se denominaban *whiskerías* o *barras americanas* en España, han derivado los actuales clubes y bares de alterne. Núñez (1995), nos relata cómo era el funcionamiento de las mancebías:

En España las mancebías adquirieron carta oficial de identidad y para regularlas se reconoce la figura del padre de la mancebía (...) los padres no podían por otra parte cobrar a sus pupilas más de veinte maravedíes diarios por el alojamiento, lo que incluía

cama y alguna vela. También estaba reglamentado el alimento cotidiano de las trabajadoras del placer: una libra de carne -mitad de vaca o carnero, mitad de puerco- y dos libretas de pan; medio cuartillo de vino en cada comida y según la estación del año, nabos, berenjenas, frutas del tiempo y ensalada, así como rábanos y cardos, cuando los hubiere, todo lo cual no podía pasar de veinticinco maravedís al día (Núñez, 1995:93).

En la actualidad, las principales características de los clubes con respecto a ejercer en el espacio público son:

- Alejamiento de los mismos de núcleos urbanos.
- Clubes como lugar de residencia.
- Lugares adaptados para prestar servicios sexuales.
- Aislamiento social.
- Exigencias de consumo de alcohol y otras sustancias ilegales.

De manera general, en los clubes las mujeres trabajan a través de un sistema de plaza: la mujer reside en el club, paga una tarifa diaria por su estancia, su alimentación y el lugar donde ejerce la prostitución, que generalmente es su propia habitación o la de sus compañeras, a no ser que el cliente quiera un encuentro más especial, teniendo los clubes algunas habitaciones más amplias, con jacuzzi y propio sistema de bar. El negocio para los propietarios es muy lucrativo y se compone de dos fuentes: por un lado, de la residencia de las mujeres en el club, ya que su estancia hace que ellas adquieran día a día una deuda por su estancia en el establecimiento; en segundo lugar, por la zona de alterne donde los clientes consumen las bebidas y negocian con la mujer con quien tendrán el encuentro sexual. La alta movilidad geográfica de las mujeres es una característica común de los diferentes escenarios de ejercicio de la prostitución; respecto a los clubes, las mujeres suelen hacer “la plaza” (generalmente 21 días de ejercicio) y con la aparición de la menstruación, algunas descansan los días del periodo, desplazándose a su “lugar de residencia familiar”, pareja o amistades; otras, en cambio, siguen trabajando con la menstruación, realizando técnicas poco adecuadas para su salud que ocultan el sangrado a los clientes. Estas mujeres pagan 50 euros al día al encargado del club si tienen clientes; de lo contrario, 25 euros por dormir y comer dentro del club.

A estas características se suma que no hay separación real entre el club y el espacio de descanso; a nivel de alimentación, aunque existe generalmente un comedor, las mujeres sólo suelen hacer una comida fuerte al día, dedicando la mayor parte del tiempo libre a dormir y descansar. La gran mayoría de las mujeres que ejercen en clubes de la zona del Levante

proceden de Europa del Este, sobre todo de Rumanía; pero también encontramos mujeres procedentes de América Latina.

Las mujeres no se desplazan, a no ser que sea muy necesario, y generalmente esperan su día libre para hacerlo, pues los sistemas de transporte son escasos y dependen del taxi o de los encargados del club para sus desplazamientos. Como describía en el apartado anterior, las mujeres de estos escenarios de prostitución son visitadas por vendedores a los cuales realizan las compras; estos llevan mensual o quincenalmente diversas mercancías: maquillaje, perfumería, joyas, vestidos, zapatos, entre otras cosas, lo que favorece aún más al aislamiento y la dependencia de las mujeres de otras personas externas. Algunas de ellas suelen vincularse con el mundo exterior a través de relaciones de pareja o “clientes fijos” que las visitan en el club, convirtiéndose en la única conexión con el exterior. Es común escuchar sus expresiones de temor y dificultad para salir a la ciudad, porque no tienen suficiente información de dónde están los diferentes recursos sanitarios, ámbitos sociales o espacios de diversión.

Hemos encontrado mujeres que han llegado directamente de su país de origen al club donde deben ejercer y no conocen otros espacios del municipio; pasados varios meses, después de lograr consolidar relaciones de amistad con las otras mujeres, clientes o trabajadores del club, empiezan a conocer las posibilidades que existen fuera del club.

Algunas mujeres que ejercen en los clubes y llevan más tiempo en España alquilan un piso que comparten durante el día y van a ejercer al club desde las seis de la tarde a las seis y media de la mañana. Estas características hacen que la cotidianidad de las mujeres sea monótona y carente de contactos sociales enriquecedores para su salud mental y emocional y el establecimiento de nuevas redes sociales donde puedan encontrar otras posibilidades para sus vidas.

Acerca del tipo de clientes que acude a estos espacios de prostitución, suelen ser en su gran mayoría hombres españoles, procedentes del municipio o de los pueblos cercanos. Las mujeres refieren que acuden también hombres extranjeros extracomunitarios, de origen latinoamericano y magrebí en su mayoría.

También existen algunos clubes de alterne donde las mujeres no residen pero pasan la tarde-noche, a partir de las siete hasta las seis de la mañana aproximadamente. Se desplazan desde Almería a su lugar de trabajo; después de la jornada, regresan a casa para dormir y hacer sus actividades diarias.

La industria del sexo se lucra de todos los clientes posibles y es dinamizada no solamente por redes mafiosas de trata de personas, sino por el proyecto de algunas mujeres migrantes extranjeras emprendedoras. Sara, mujer colombiana de 36 años de edad y con 10 años de residencia en España, decidió hace 2 años abrir su propio local para ejercer la prostitución. Cansada de la explotación sexual que se vive en los pisos y clubes, alquiló una pequeña nave industrial en una zona agrícola de invernaderos y, cerca del pueblo de Campohermoso, solicita un permiso para abrir su local como cafetería y atiende, junto a diez mujeres de diferentes nacionalidades, a varones magrebíes y subsaharianos. Así lo explica en una entrevista: *“yo prefiero trabajar con los moros y los negritos, porque son limpios, no beben alcohol y son rápidos, en 5 minutos ya han acabado”*<sup>30</sup>. Y, efectivamente, cinco minutos de reloj es el tiempo que están los clientes con las mujeres de su club, por un coste de 10 euros; si desean más tiempo, deben pagar más. En el club no vende alcohol, solo refrescos y agua, y es común encontrar entre sus clientes a varones mayores de la localidad.

### 5.3.2. Pisos privados.

Las personas que ejercen en pisos privados lo hacen en dos modalidades principales: bien optan por alquilar un piso y eligen a las personas para su convivencia y ejercicio, o están quienes ejercen en un piso alquilado por la “mami” o administradora, quien contrata a una mujer como encargada del piso. Entre las primeras, suelen agruparse por nacionalidad para compartir los gastos del alquiler, lo que les permite tener más autonomía en cuanto al manejo del tiempo que dedican al ejercicio de la prostitución y a los periodos de descanso y ocio; también les permite regular sus hábitos de alimentación, tener mayor información y tiempo para acceder a diversos recursos de la zona, tanto sociales, como sanitarios y de ocio, lo que les facilita ir ampliando y consolidando sus redes sociales. Por su parte, en el caso de pisos alquilados por “mamis”, las funciones de la mujer encargada son las de vigilar los horarios de ejercicio de las mujeres, realizar la selección de mujeres que pueden ejercer según las vacantes que, generalmente, son de diversa nacionalidad para presentar una mayor oferta a los clientes, presentar a las mujeres cuando el cliente acude al piso, colocar anuncios en internet y prensa ofreciendo sus servicios y estar allí las 24 horas al día para supervisar toda la actividad. Su salario suele estar entre 800 y 1000 euros al mes, no ejerce (si no quiere), solo se encarga de que las mujeres o las personas transgéneros que están dentro cumplan con la atención a los clientes.

---

<sup>30</sup> Se destacan en cursiva las citas de las mujeres migrantes extranjeras participantes y de los agentes sociales, por su relevancia en el trabajo como informantes.

Las mujeres, por su parte, deben pagar un dinero por la estancia diaria y alimentación. No hay tanto control con los horarios, como en los clubes y el manejo del tiempo es más flexible pero, en términos generales, funciona como una “plaza”, según la terminología de las mujeres. Los países de procedencia de las mujeres que ejercen en pisos privados son en su gran mayoría mujeres latinoamericanas y rumanas, aunque también encontramos personas transgéneros principalmente procedentes de Brasil.

Los clientes que acuden a este tipo de escenarios de prostitución son en su gran mayoría españoles, según lo refieren las mujeres. Este tipo de escenarios permite que la relación que se establece pueda llegar a ser una relación no solo ocasional y sexual, sino que, en ocasiones, se establecen relaciones de “noviazgos”, mediados principalmente por el interés sexual y de encontrar un “benefactor” que se convierta en opción para la regularización administrativa de algunas mujeres extracomunitarias. A diferencia de los clubes, los horarios son más extendidos, durante el día y la noche. Una mujer de origen ecuatoriano que ejercía en un piso me expresó: *“Ven en la tarde para realizarme la entrevista que durante el medio día es la hora que tengo más clientes”*.

Los pisos privados se están convirtiendo en una modalidad de ejercicio de la prostitución que está tomando fuerza. En principio han surgido como una alternativa a los clubes donde las mujeres tienen que pagar su estancia diaria. En un piso, en cambio, ellas se convierten en administradoras de su economía y su tiempo; sin embargo, también esta modalidad está siendo un importante medio de lucro para personas con una economía más fuerte.

En el estudio realizado hemos encontrado algunas mujeres migrantes extranjeras que dejan de ejercer la prostitución para convertirse en las propietarias y administradoras de un negocio de sexo de pago: tienen mayores recursos económicos y capacidad de gestión, como el caso de Sara, antes descrito. Ellas se hacen responsables del alquiler de los pisos, hacen la publicidad de los servicios sexuales a través de páginas web y en la prensa; incluso contactan con fotógrafos profesionales para hacer “books eróticos” de las personas que ejercen e innovar en el mercado. Así lo describe una “empresaria del sexo”:

*Yo primero abría la puerta en María del Mar y sus gatitas, en Almería, y luego pensé: voy a montar mis propios pisos, y ahora tengo 3; suelo tener mujeres y un travesti, y tengo dos modalidades de pago: vamos a un 70% para mí, ahora por el tema de la crisis, antes era 50% por cada entrada con el cliente, o solo les alquilo la habitación a las mujeres semanalmente, aunque tengo que estar cambiando de pisos cada 6 meses por el tema de la policía (Blanca, colombiana, 60 años. Sede de MDM, 2012).*

Los pisos privados son también escenarios muy utilizados por las redes de trata y explotación sexual ya que permiten un mayor control de las mujeres explotadas y una mayor invisibilidad de la situación de abuso, ya que, al estar dentro del ámbito privado, juegan con la “intimidad del hogar” y disfrazan relaciones de subordinación y esclavitud, tal y como hemos podido acreditar en nuestro trabajo de campo.

*Imagen 1. Entrevista en piso privado en Huércal Overa. 2011.*



Fuente: MDM Almería.

### 5.3.3. Ejercicio en el espacio público.

Las personas que ejercen en el espacio público pueden hacerlo por su propia cuenta o dependiendo de otras personas (proxenetas, parejas, redes organizadas...). Sin embargo, son muchas más las mujeres que lo hacen por su cuenta. En las entrevistas realizadas declaran que así tienen más capacidad de decisión en cuanto a horarios, días y espacio de ejercicio. Suelen residir en viviendas compartidas y dedicar su tiempo libre a actividades de ocio con familia, hijos o compañeras de piso. También dedican una gran parte del tiempo a descansar. Suelen vincularse -tanto para el ejercicio de la prostitución como en su vida privada- con personas de su mismo lugar de origen.

También son más comunes los casos de agresiones, robos y violencia<sup>31</sup>. Su situación de vulnerabilidad es mucho más patente que en otros escenarios. Y no sólo por los casos de violencia física, sino también por las condiciones de higiene en las que realizan esta actividad, las inclemencias del clima (dependiendo de la estación del año en el que ejerzan la prostitución), insultos, amenazas que reciben al estar más “expuestas” a la violencia social, acentuando su estigmatización social y, en definitiva, por la vulneración de sus derechos fundamentales como personas. El precio de la libertad es bastante alto, por tener cierto grado de decisión, en cuanto a las condiciones en que se ejerce: horarios, días, zonas de trabajo etc.

### 5.3.4. Los bares-cortijos.

Se han localizado varias cortijadas en la zona del Levante, a partir de los municipios de Níjar y Campohermoso, a 36 Km de Almería capital; zonas de difícil acceso y atención para los profesionales de la salud y los servicios sociales debido a su ubicación entre invernaderos. En el momento de la identificación de estos escenarios de prostitución, las personas que allí ejercían se hallaban en condiciones importantes de hacinamiento; los bares-cortijos, presentaban importantes dificultades para su habitabilidad y mucho menos para el ejercicio de la prostitución. La población que suele ejercer en estas cortijadas se compone en su gran mayoría de mujeres de la región subsahariana, nigerianas y guineanas. En 2011 se contabilizan entre 15 a 20 mujeres por cortijo; algunas de ellas residen en Roquetas de Mar

---

<sup>31</sup> Es importante resaltar que, en los clubes, en ocasiones, las mujeres son también víctimas de agresiones por parte de algunos clientes aunque en menor medida que las mujeres que ejercen en calle.

y se desplazan hasta la zona del Levante para el ejercicio de prostitución. Durante la investigación, distintas mujeres narraron cómo algunas de ellas habían contraído una deuda con la mafia que maneja el mercado de prostitución en la zona. Señalan cómo las mujeres deben depositar 300 euros mensuales y cómo trabajan para entregar ese dinero y pagar una deuda que va desde los 20.000 a los 50.000 euros. En el mismo sentido, una mujer explicaba en la entrevista mantenida cómo ella pagó 15.000 euros para poder “ser libre” de las mafias. Médicos del Mundo considera que las mujeres subsaharianas que ejercen en estos cortijos son posibles víctimas de trata y explotación sexual. Esta realidad difiere poco con la realidad que nos relata Núñez:

La extracción social de las putas -de las mancebías o de las que ejercían por libre- era la que puede imaginarse: mujeres de las clases más baqueteadas, así como esclavas, manumitidas o no. Era frecuente que estas últimas hicieran algún trabajo fuera de casa para así incrementar unos ahorros con los cuales pretendían comprar su libertad, lo que no conseguían con facilidad, porque sus pocos compasivos dueños procuraban tasarlas a un precio abusivamente más elevado que el que había pagado para adquirirlas. Los cronistas cristianos consideran a “judías e moras” como el principal componente de los lupanares, pero es de creer que lo hacían sobre todo por difamar la profesión y no aceptar la realidad de que muchas y no malas cristianas también caminaban por esa vía (Núñez, 1995: 93).

La ONG Women’s Link Worldwide, que estuvo realizando trabajo de campo en la provincia de Almería, describe así la situación de las mujeres subsaharianas en su informe de 2011:

Las mujeres procedentes de países subsaharianos (principalmente de Nigeria, Ghana, Guinea Ecuatorial, Mali, Liberia, Senegal y Guinea Bissau) están más presentes en la zona de Poniente, donde se encuentran principalmente ejerciendo la prostitución en los cortijos o en los invernaderos (municipios de Roquetas, Cortijos de Marín, La Yegua Verde, La Mojonera), así como en la calle (barrio de Las 200 Viviendas, en Roquetas de Mar). Sus condiciones de vida son, por lo general, muy precarias ya que comparten pequeñas estancias entre muchas personas, con deficientes condiciones higiénicas y escaso acceso a servicios de salud. Algunas de ellas han pasado un tiempo en Almería y después se han ido a otros países europeos o a otras ciudades de España. Este alto índice de movilidad indica, entre otras cosas, que muchas de estas mujeres llegan a España a través de redes de trata, que las captan en el propio país de origen y les “facilitan” el dinero para el viaje así como, en ocasiones, las vías de entrada o los documentos necesarios. Estas mujeres llegan con unas deudas muy altas que deben pagar



prostituyéndose y que las atan a la red o grupo de personas que las explotan sexualmente (Women's Link Worldwide, 2011: 18).

Al acceder a los cortijos a los que nos permiten entrar (generalmente nos dejan fuera, sin permitirnos la visita del lugar), observamos que no existe agua potable, ni sistema de alcantarillado, sino pozos donde semanalmente almacenan el agua que compran a un camión de la zona. Las residencias tienen dos habitaciones habilitadas como dormitorios, cada una de ellas con 3 camas, catres separados por cortinas donde ejercen prostitución, lo que quiere decir que no hay privacidad alguna. No existe calefacción, ni mucho menos un sistema de ventilación.

La alimentación de las mujeres en estos cortijos es inadecuada, a base de arroz y pescado, sin consumo de otros alimentos importantes para una sana alimentación, debido a que el dinero que ganan en el ejercicio de la prostitución va destinado en su mayoría al pago del viaje a España. Los clientes que acuden a estos espacios de prostitución son en su gran mayoría varones inmigrantes subsaharianos y magrebíes y como refieren mujeres entrevistadas: *“Uno que otro policía local”*.

#### 5.3.5. Los asentamientos de inmigrantes.

Los asentamientos de personas inmigrantes no sólo se encuentran en la zona del Poniente almeriense sino que se extienden por toda la provincia de Almería, principalmente ubicados en los extensos territorios de invernaderos, algunos de ellos están constituidos por chabolas hechas con residuos y las condiciones de habitabilidad y salubridad son deplorables. La imagen 2 muestra algunas de estas condiciones.

*Imagen 2. Asentamiento Tierras de Almería. El Ejido. Poniente almeriense. 2011.*



Fuente: MDM Almería.

Respecto a los asentamientos, la ONG Women's Link Worldwide destaca en su investigación:

En los asentamientos se suelen concentrar personas de una misma nacionalidad. En un principio, los asentamientos de personas marroquíes están formados por hombres. No obstante, en los últimos tiempos han ido llegando mujeres que vienen acompañando a sus maridos o mujeres que se han quedado en la provincia al terminar el trabajo en el contingente. Algunas de estas mujeres nos han explicado que al no tener otras alternativas laborales, por la falta de documentación y de cualificación, se dedican al ejercicio de la prostitución (Women's Link Worldwide, 2011: 19).

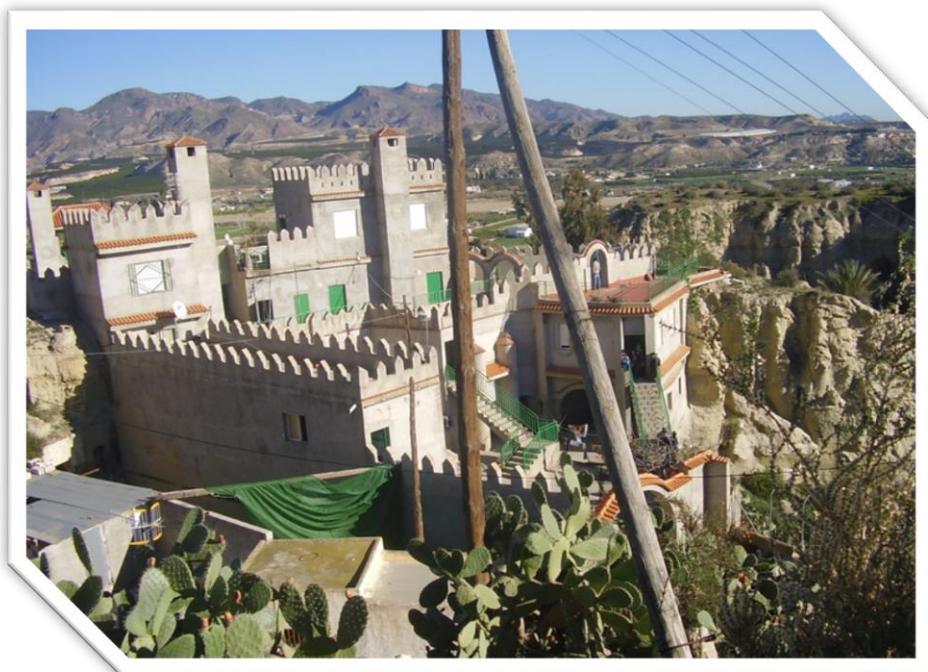
La situación de las mujeres magrebíes que residen en el asentamiento del Poniente es de alta vulnerabilidad: reciben malos tratos, son violadas y comercializadas entre los varones del asentamiento. Las mujeres viajaron a través de una red de trata de personas con fines de explotación sexual, según las entrevistas realizadas a este colectivo de mujeres: todas ellas han llegado desde Marruecos con permiso de residencia y trabajo para trabajar en la temporada de fresas en la provincia de Huelva. Finalizada la campaña, las mujeres

magrebíes se quedan en condiciones de irregularidad administrativa en España; esta situación de vulnerabilidad es aprovechada por la red de trata de mujeres, que les vende la idea de que en Almería tendrán trabajo y podrán renovar su documentación debido a la cantidad de invernaderos en la provincia. Estas mujeres son trasladadas con la ilusión de encontrar un puesto de trabajo en la provincia, pero lo que encuentran es un “novio” no buscado ni elegido por ellas, y son entregadas a los varones magrebíes que han pagado por ellas, quedando en situación de prostitución forzada para poder sobrevivir en España.

*Él me dijo que viniera a Almería, porque acá tenía trabajo y techo, ahora ya quiere meter a otra mujer acá, después de todo lo que ha pasado, de todo lo que he soportado, y dice que me ha conseguido un español que necesita mujer para cuidados de la casa. Yo no me quiero ir de la chabola, él dice eso, para que yo deje mi chabola libre, a su nueva novia (Rachida, marroquí, 35 años. Diario de campo. Asentamiento Tierras de Almería. 2012)*

Otros asentamientos de migrantes se concentran en espacios más estructurados como en el municipio del Levante almeriense Cuevas del Almanzora, que se expone en la siguiente imagen:

**Imagen 3. Asentamiento de inmigrantes en Cuevas del Almanzora. Almería. 2009.**



Fuente: MDM Almería.

El asentamiento de inmigrantes en Cuevas del Almanzora es propiedad de una familia gitana; dicha construcción, hecha por inmigrantes subsaharianos, alberga aproximadamente a unos 100 varones subsaharianos, entre senegaleses, guineanos, gambianos y nigerianos principalmente. A finales de 2008, cuando iniciamos nuestra intervención socio-sanitaria en la zona, encontramos en la torre del castillo a 6 mujeres subsaharianas, las cuales ejercían la prostitución para la comunidad de varones subsaharianos. El número de mujeres fue en aumento con el tiempo, hasta llegar a 30 mujeres de diferentes regiones de procedencia subsahariana, en su gran mayoría nigerianas. A finales del año 2012, la población femenina que ejercían en este asentamiento, ya no solo comprendía mujeres de orígenes africanos sino también procedentes de Europa del Este.

Las condiciones de habitabilidad y ejercicio son muy precarias, ejercían en los cuartos donde habitan sin agua potable, sin energía, sin calefacción para el invierno ni ventilación en verano. Hay que destacar que, de las 6 mujeres atendidas dentro del programa de *Reducción de Daños y Promoción de la Salud de Personas en situación de Prostitución* de MDM, a finales de 2008, 3 de ellas dieron positivo de Hepatitis B, 1 de ellas era VIH-positiva y 2 de ellas padecían sífilis, lo que alertó al distrito de salud de la zona.

Las mujeres pagan 200 euros mensuales por la habitación y suelen cobrar a los clientes 10 euros por 5 minutos de sexo. Los clientes, en su mayoría, son los habitantes del castillo, compatriotas de otros países africanos y españoles de la localidad. Las mujeres subsaharianas que allí residen y ejercen refieren no tener pareja dentro del mismo lugar sino en otras provincias. La distribución por nacionalidades dentro del asentamiento era muy significativa, ya que esto daba cuenta de las relaciones interpersonales que se establecían entre ellas, donde primaba los lazos de amistad y solidaridad entre las compatriotas y una marcada rivalidad entre mujeres de otras regiones y países de procedencia.

Lo que he observado a lo largo de estos cuatro años de trabajo con las mujeres migrantes extranjeras en situación de prostitución es que son “las eternas migrantes” (Juliano, 2004); ya no solo tienen que enfrentar los cambios que trae la ruptura con el país de origen, los obstáculos de su situación administrativa precaria y las consecuencias del estigma (Holgado, 2013) sino que viven en una constante migración interna, de una provincia a otra, según se estén dando las condiciones económicas del ejercicio de la prostitución. Por esto, se hace complejo no solo la intervención con ellas, sino y específicamente para este estudio, la alta movilidad y poca estabilidad y el no tener “un lugar”, dificultan todo intento de una relación estable a cualquier nivel.

**Imagen 4. Atención del equipo MDM a mujeres subsaharianas que ejercen la prostitución en Cuevas del Almanzora. 2009.**



Fuente: MDM Almería.

#### 5.3.6. Otros espacios de prostitución en Almería.

“El cuerpo como empresa” (Hill. 2004) es para muchas personas la manera de hacer parte de la industria del sexo y ser “autónomos” frente a las demandas de una actividad donde existe tanta explotación. Siendo el cuerpo la empresa, el espacio donde este se ubique dependerá también de los clientes y las demandas que realizan. Así, me he encontrado diferentes personas que ejercen la prostitución en espacios como los que a continuación describo:

##### **“Mi furgoneta es mi club”**

Lorena, una mujer colombiana con dos hijos a su cargo en Almería y ejerciendo la prostitución desde hace más de 6 años, me relata en 2012 que está cansada de la explotación y el abuso por parte de los empresarios de los clubes, de las “mamis” de los pisos y que ha decidido ejercer en su furgoneta, la cual ubica en la zona de invernaderos. Empezó a ejercer de este modo con una amiga: mientras una de ellas hacía su “pase” de 5 minutos, la otra estaba vigilando fuera del coche posibles riesgos; pero la compañera de ejercicio decidió irse a un club.

Lorena continúa atendiendo en su furgoneta a través de cita previa, y sus clientes, generalmente subsaharianos y magrebies trabajadores de invernaderos, la llaman y quedan en el paraje de siempre. Expresa Lorena: *“ Yo me llevo mi paquete de toallitas, la mayoría son clientes fijos, pero no tengo que darle dinero a nadie, porque lo gano yo con mi cuerpo, manejo mi tiempo y a casa llevo a atender a mis hijos y dormir con ellos”* (Lorena, colombiana, 36 años. Diario de campo. Sede MDM, 2012).

### **Entre la visita a domicilio y los cortijos abandonados**

Un joven magrebí homosexual que ejerce la prostitución en España nos relata cómo debido que no dispone de dinero para pagar la plaza en un club o un piso “prefiere buscarse la vida” a través de los contactos de internet que él mismo gestiona. Según donde viva el cliente se moviliza a su domicilio; cuenta también con clientes fijos en otras provincias donde va a pasar varios días.

*En un club no quieren hombres, a veces me pagan para hacer transformismo y entonces me disfrazo de mujer, pero yo trabajo por mi cuenta, en mi cortijo (ríe) y, si no, tengo mis clientes fijos en Málaga, Marbella, uno de ellos quiere llevarme a Turquía* (Sadí, marroquí, 22 años. Diario de campo. Sede MDM. 2012).

La modalidad de desplazarse hasta el domicilio de la persona cliente es frecuente entre los varones que se prostituyen con mujeres, los llamados “gigolós”. Durante los 4 años de atención con personas en prostitución, solo he encontrado a un varón ecuatoriano que se acercaba a la sede de Médicos del Mundo para recoger el material preventivo. En mi diario de campo recogía su testimonio, en el que expresaba la dificultad que encontraba para ejercer la prostitución *“Es difícil, sobre todo si no hay deseo toca ayudarse para cumplir”* (Carlos, ecuatoriano, 35 años. Diario de Campo. Sede MDM, 2010).

Un cortijo abandonado cercano a la zona urbana donde reside Sadí, el joven magrebí, es otro escenario donde ejerce la prostitución. Ha llevado un colchón y agua en botella para lavar a sus clientes. Expresa que para él es muy importante el anonimato y la clandestinidad, porque su familia no conoce su orientación sexual y mucho menos que ejerce la prostitución masculina. Los ingresos obtenidos son “para sus gastos”.

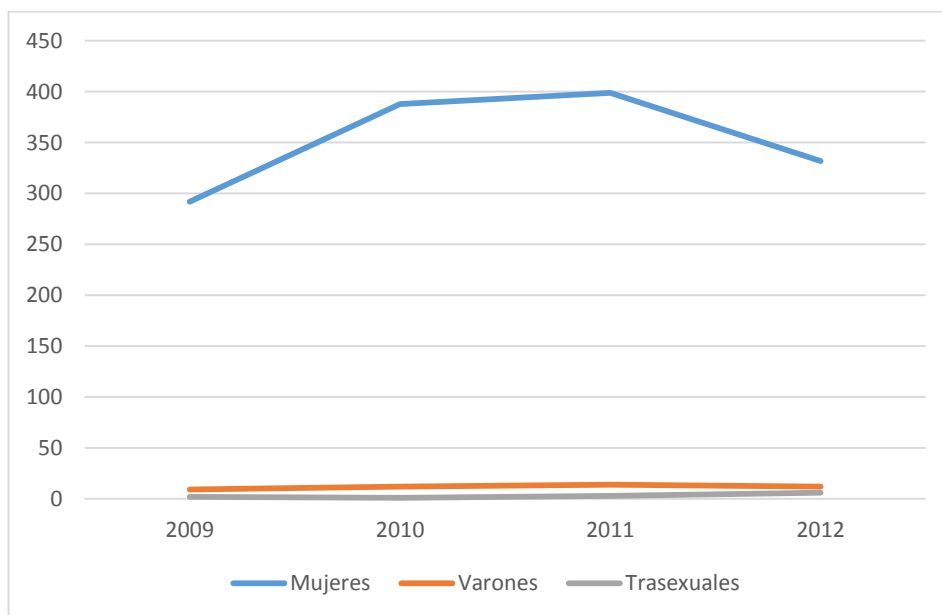
Se constata así que son múltiples los escenarios que podemos identificar para el ejercicio de la prostitución. Frente a unas condiciones macro-estructurales difíciles crecientes, que, cada vez más, dificultan el proceso de permanencia de las personas migrantes y amenaza la adecuada inclusión e integración social en condiciones de igualdad para varones y mujeres.

#### 5.4. Población sujeto de la investigación: colectivos y perfiles de las mujeres participantes en el programa de MDM (2009-2012) en la provincia de Almería.

Me interesa el análisis de los discursos de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería y participan en el programa de MDM durante el cuatrienio 2009 -2012, fundamentalmente, la valoración que hacen sobre su salud bio-psico-social, sus estilos de vida, las condiciones en que ejercen y los determinantes sociales en la salud del colectivo.

Como se muestra en el Gráfico 4, durante el cuatrienio 2009-2012 se han atendido en la provincia de Almería a 939 personas en prostitución. De entre ellas, 895 son mujeres migrantes extranjeras, 35 varones y 9 transexuales. Los datos dan cuenta que la presencia de las mujeres migrantes extranjeras en la provincia de Almería es superior a la de varones, transexuales y algunas mujeres españolas que se dedican también a la prostitución.

**Gráficos 4. Distribución por género de las personas atendidas en el programa Reducción de Daños y Promoción de la salud de MDM. 2009-2012.**



Fuente: MDM.

La posibilidad de tener acceso a la base de datos de MDM en la provincia de Almería me ha permitido tener una muestra representativa del colectivo de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución y poder realizar una descripción más detallada de los colectivos y sus perfiles, según la región de procedencia, la edad, el estado civil, el nivel educativo, el nivel de conocimiento del idioma español, la situación administrativa y las barreras de acceso a los servicios de salud y sociales que ellas refieren.

El análisis cualitativo se ha complementado con las entrevistas en profundidad realizadas a las mujeres migrantes extranjeras y la información del diario de campo recogida en los diferentes escenarios de prostitución, de donde obtuve los datos socio-demográficos del trabajo de campo que se presentan a continuación.

#### 5.4.1. Las mujeres y sus regiones de procedencia.

La relación periódica y cotidiana con las participantes de esta investigación donde llevan a cabo su actividad me permitió conocer los diferentes colectivos de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución dentro de la provincia. Las mujeres procedentes de Europa del Este y de África subsahariana son los colectivos más representativos dentro del programa de MDM durante el cuatrienio 2009-2012, (Ver Gráfico 5).

Las mujeres de Europa del Este presentan un aumento progresivo entre 2009 y 2011 y esto se evidencia en su mayor presencia en los escenarios de prostitución. Esto puede ser debido a la moratoria que España impuso en 2011 a los ciudadanos rumanos exigiéndoles un permiso de trabajo, al igual que a los inmigrantes extra-comunitarios. Esta moratoria finalizó el 1 de enero de 2014, volviendo a ser considerados, en el mercado nacional español miembros de pleno derecho, lo que implica que no requieren permiso de trabajo para ser empleados en cualquier actividad laboral por cuenta ajena, así como que sus familiares son beneficiarios de los derechos de libre circulación y residencia<sup>32</sup>. En el año 2012, en el programa de MDM se evidencia un 35% menos de mujeres rumanas usuarias.

En el programa de MDM también se evidencia un aumento entre las mujeres procedentes de África subsahariana, siendo 2010 y 2012 los años de mayor participación en el programa.

---

<sup>32</sup> En nota de prensa recoge la noticia Radio Televisión Española, el 1 de enero de 2014. "Fin a las restricciones para que rumanos y búlgaros puedan trabajar en toda Europa". En <http://www.rtve.es/noticias/20140101/fin-restricciones-para-rumanos-bulgaros-puedan-trabajar-toda/836760.shtml> Accesado el 24/06/2014.



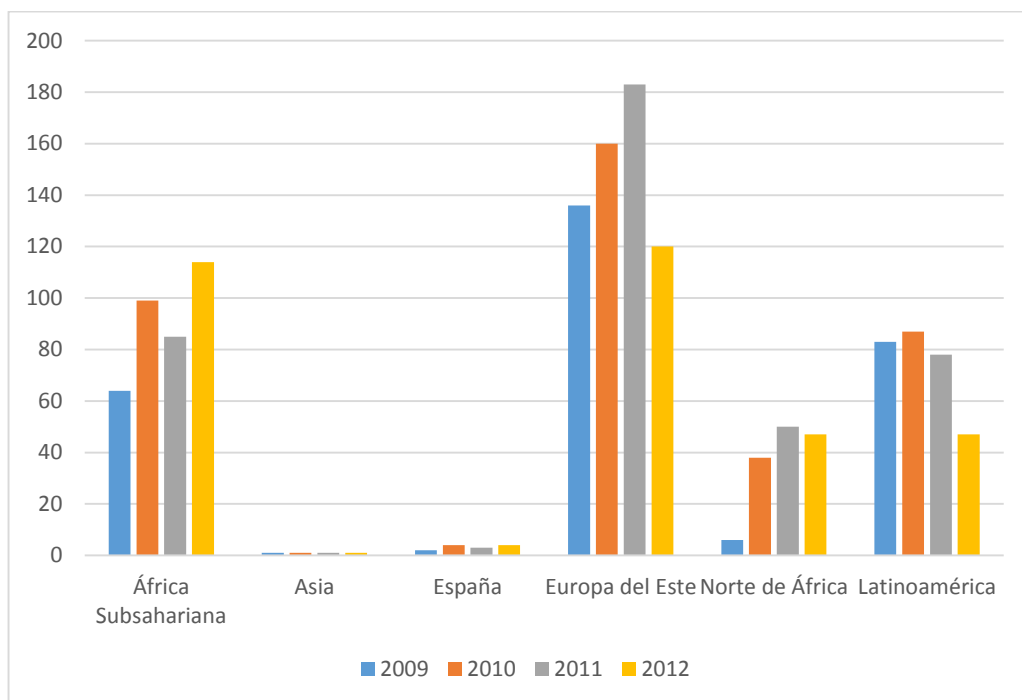
Las mujeres procedentes del norte de África, exclusivamente de Marruecos, aumentaron su presencia dentro del programa de MDM, entre 2009 y 2010, principalmente por la mayor visibilización de la realidad de exclusión social presente entre este colectivo de mujeres en la zona del Poniente almeriense. Como se puede apreciar en el Gráfico 5, desde su entrada en el programa, la relación se ha mantenido relativamente constante.

Por su parte, la presencia de mujeres de origen latinoamericano se mantuvo constante en los años 2009 y 2010. En 2011 comienza a registrarse una disminución de mujeres latinas dentro del programa de MDM y, en 2012, su presencia era de solo un 50%.

Dentro del programa de MDM también se atendieron durante el cuatrienio estudiado a mujeres procedentes de Asia y a mujeres autóctonas, pero son una minoría en relación a los demás colectivos presentados.

Según estimaciones realizadas por los programas de salud de la Delegación de Salud de Almería, durante el año 2011 se atendió a más de 2000 mujeres en prostitución en toda la provincia. Estos datos fueron recogidos y aportados por las asociaciones que atienden en los diferentes escenarios de prostitución en toda la provincia. Sin embargo, es difícil unificar los datos, ya que las asociaciones se muestran a menudo recelosas a brindar datos estadísticos de su intervención. Estos datos también se reflejaron en el análisis de entrevistas realizado a las agentes sociales que participaron en el estudio.

**Gráficos 5. Regiones de origen de las mujeres en el programa Reducción de Daños y Promoción de la salud de MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM.

Existe un grupo diverso de nacionalidades por cada región de procedencia, tal y como se especifica en la Tabla 1. De Europa del Este destacan las mujeres rumanas; de África subsahariana, las mujeres guineanas y nigerianas; y, entre el colectivo latinoamericano destaca la presencia de mujeres brasileñas, colombianas y, en menor número, mujeres ecuatorianas.

Las mujeres españolas atendidas durante este cuatrienio son cuatro, procedentes de diferentes lugares de Almería. Aunque son una minoría, es interesante conocer su discurso, de modo que, en la investigación se incluye a una mujer española de origen asturiano, derivada desde AIMUR, que tuvo una mayor permanencia en la provincia y se integró al programa de MDM.

**Tabla 1. Regiones y países de procedencia de las personas atendidas en el programa de prostitución de MDM (2009-2012).**

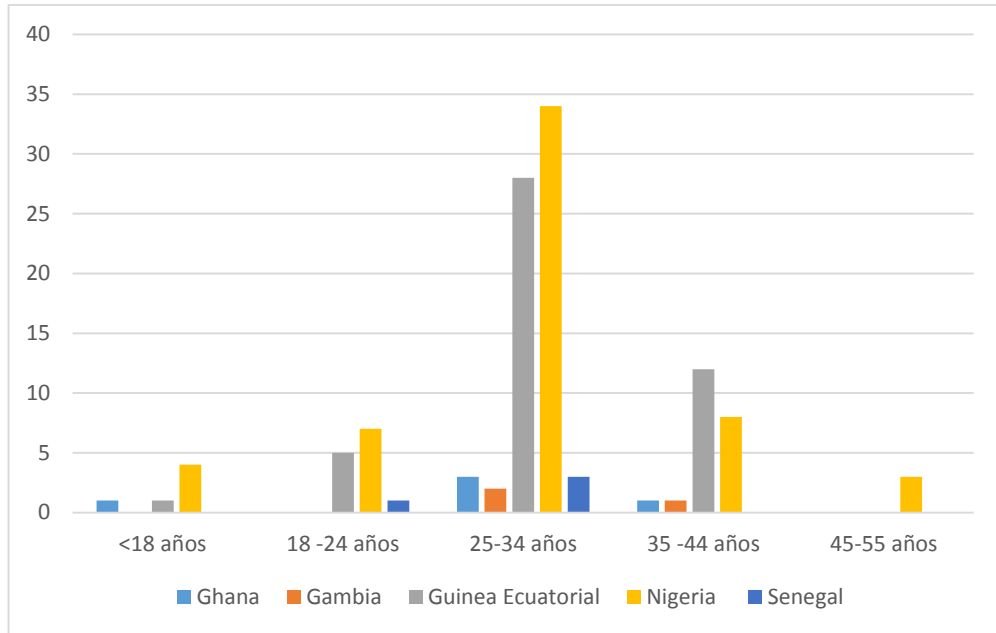
| Región          | Países   |
|-----------------|--|
| Asia            | Tailandia  |
| Europa del Este | Hungría, Lituania, República Checa, Rumanía, Rusia, Ucrania  |
| América Latina  | Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, República Dominicana, Venezuela                          |
| África          | Norte de África: Marruecos<br>África subsahariana: Gambia, Ghana, Guinea Ecuatorial, Nigeria y Senegal |

#### 5.4.2. La edad de las mujeres participantes de la investigación.

El estudio de la población en esta investigación según la estructura por edad es importante porque de él se deriva cómo se establece la evolución de los ciclos vitales de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución y sus procesos de salud/enfermedad. La presentación de esta categoría la realizo por regiones de procedencia, destacando las nacionalidades más representativas entre ellas.

Entre las mujeres procedentes de África subsahariana (Gráfico 6), predominan las mujeres jóvenes, de 25 a 34 años, entre las que destacan las mujeres nigerianas y las ecuatoguineanas. También se destaca su presencia entre el colectivo de edad avanzada. Las pocas jóvenes adolescentes en prostitución de origen nigeriano son difíciles de identificar en relación a la edad, porque suelen “ponerse años” en el momento de la entrevista de identificación.

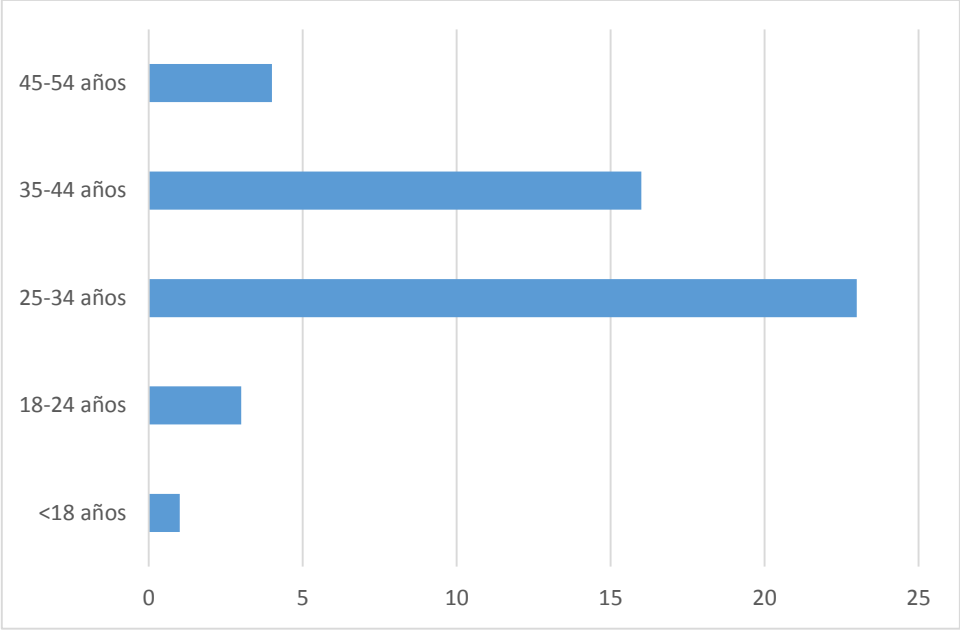
**Gráficos 6. Distribución por nacionalidad y edad de las mujeres procedentes de África subsahariana. Programa MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM.

Las mujeres de origen marroquí se encuentran representadas en todas las franjas de edad, siendo mayoritarias las mujeres jóvenes y adultas. Como se representa en el Gráfico 7:

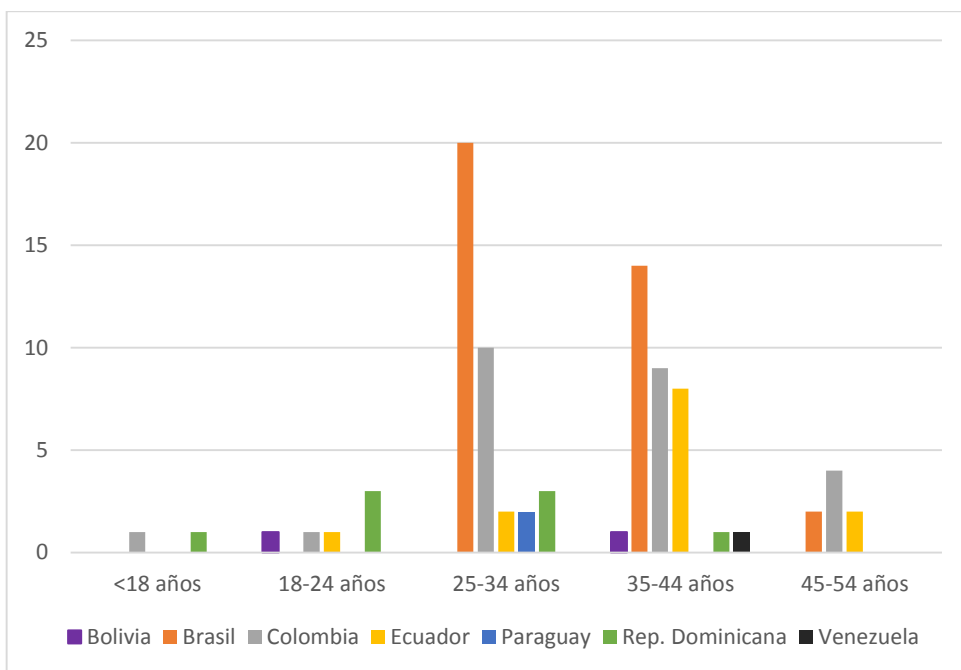
**Gráficos 7. Distribución por edad de las mujeres procedentes de Marruecos. Programa MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM

Entre las mujeres de origen latinoamericano, las jóvenes adolescentes son minoría pero destaca la presencia de mujeres dominicanas en la franja de edad entre 18 y 24 años. Las jóvenes son en su mayoría brasileñas y colombianas, junto con una minoría de mujeres de origen dominicano, ecuatoriano y paraguayo. Las mujeres adultas son en un alto porcentaje mujeres brasileñas y colombianas; entre estas últimas destacan en la franja de edad entre 45 a 54 años.

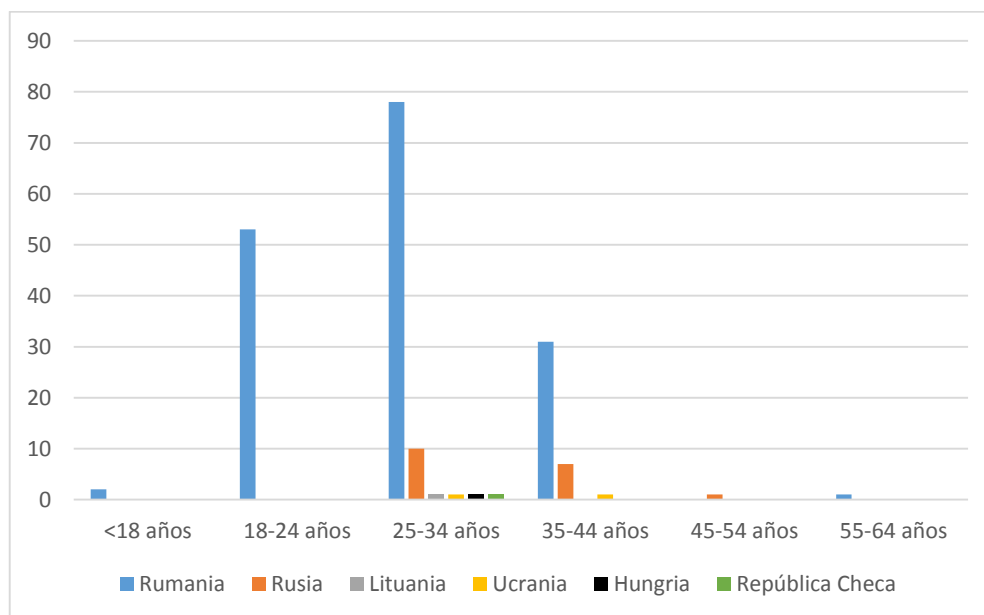
**Gráficos 8. Distribución por Nacionalidad y edad de las mujeres procedentes de Latinoamérica. Programa de MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM.

Entre el grupo mujeres de Europa del Este destacan las mujeres jóvenes y adultas rumanas. Las mujeres rusas que se encuentran en los escenarios de prostitución son adultas. Las demás nacionalidades son minoría dentro del programa de MDM durante el cuatrienio 2009-2012.

**Gráficos 9. Distribución de las mujeres procedentes de Europa del Este por nacionalidad y edad. Programa MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM.

#### 5.4.3. El estado civil.

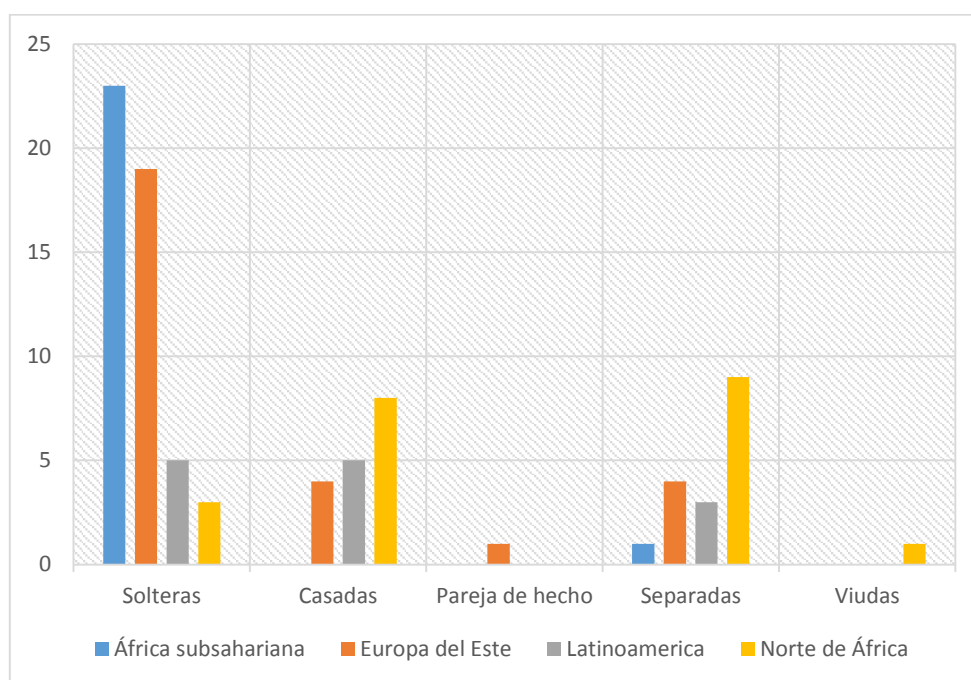
Las mujeres procedentes de África subsahariana y Europa del Este se encuentran en su gran mayoría solteras; otro grupo significativo es el de las mujeres separadas con hijos e hijas a su cargo, y con pareja de hecho en España (esto es, que han reconstruido su vida afectiva con parejas diferentes en España), al igual que las mujeres rumanas casadas, que han emigrado conjuntamente con sus parejas; una minoría de las rumanas son viudas.

Las mujeres magrebíes están casadas en Marruecos –requisito principal para concederles el visado temporal de trabajo por contingente– con esposo, hijos e hijas a su cargo en origen, y, en la misma proporción, se encuentran en unión libre en Almería, generalmente con otro

compatriota, información que no se refleja en los datos oficiales. Destaca la presencia de mujeres solteras de este colectivo -las más jóvenes- y otra minoría viudas.

Las mujeres latinas presentan un estado civil más diverso, con presencia de solteras con cargas familiares, casadas, separadas y viudas.

**Gráficos 10. Estado civil de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución. Programa MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM.

Una característica principal de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución es que un 60% son madres, con sus hijos e hijas en sus países de origen o en España. Las mujeres rumanas madres tienen principalmente sus hijos e hijas en su país de origen, al cuidado de sus padres o hermanas del grupo familiar. Algunas tienen sus criaturas con ellas; en ese caso, ya han nacido en España o han sido reagrupados por su madre. Un grupo de rumanas jóvenes no tienen hijos.

Entre las mujeres subsaharianas, el grupo más numeroso es el de mujeres no madres (al contrario que en el resto de nacionalidades); quienes tienen sus hijos en España son una pequeña minoría. Muchos de estos nacimientos se produjeron durante el viaje de entrada a España; algunos de estos menores son cuidados por amigas, primas u otras personas que no



tienen ningún vínculo familiar con la mujer. Distintas ONG, como Médicos del Mundo, muestran interés por acoger y atender a los pequeños, ya que pueden ser víctima de trata<sup>33</sup> y explotación laboral. Aunque es una situación frecuente, no se le hace un seguimiento riguroso por parte de las autoridades pertinentes (Women's Link Worldwide, 2014).

Las mujeres latinas, por su parte, tienen a su prole en sus países de origen principalmente; un número reducido tienen hijos tanto en origen como en destino, ya sea porque llegaron por reagrupación familiar o han nacido de nuevas relaciones de pareja.

Las mujeres madres de origen marroquí tienen sus hijos en Marruecos; no se encuentran menores de edad residiendo en los asentamientos. Las difíciles condiciones de vida en los diferentes escenarios de prostitución, principalmente para las mujeres de origen marroquí, hacen que estas se planteen encontrar otro momento para ser madres; y, en los casos donde desean continuar con el embarazo, buscan ayuda a través de las asociaciones que las atienden para encontrar otra residencia para ellas y sus criaturas.

#### 5.4.4. El nivel Educativo.

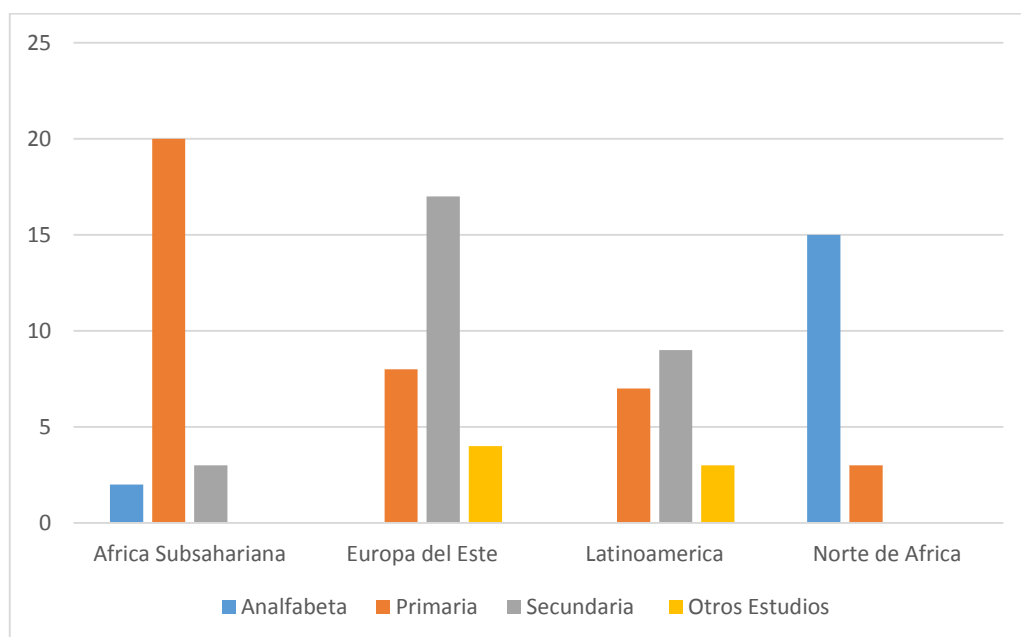
En relación al nivel educativo de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución participantes en este estudio, el 80% de las mujeres de origen marroquí no están alfabetizadas: procedentes de las zonas rurales en su gran mayoría, tuvieron escasas posibilidades de acceso a la escuela en su país de origen. Las mujeres de origen subsahariano, en su mayoría, saben leer y escribir, al haber asistido a la escuela en sus países de origen. Pocas son las mujeres que han finalizado estudios secundarios.

Las mujeres de origen rumano destacan por su alto nivel de escolarización: la mayoría finalizaron sus estudios secundarios; a continuación, las mujeres de origen latinoamericano, que enfatizan en las entrevistas haber realizado en sus países de origen cursos de formación profesional.

---

<sup>33</sup> El pasado 29/03/2014, el periódico digital lainformación.com, presentaba el artículo: *Desarticulan una red que introducía en España a mujeres subsaharianas embarazadas o con niños para su explotación sexual*. Disponible en [noticias.lainformacion.com/policia-y-justicia/arresto/desarticulan-una-red-que-introducía-en-espana-a-mujeres-subsaharianas-embarazadas-o-con-ninos-para-su-explotacion-sexual\\_woOrPMRFzptZI8bVxHfnx7/](http://noticias.lainformacion.com/policia-y-justicia/arresto/desarticulan-una-red-que-introducía-en-espana-a-mujeres-subsaharianas-embarazadas-o-con-ninos-para-su-explotacion-sexual_woOrPMRFzptZI8bVxHfnx7/) Accedido el 13/06/2014.

Gráficos 11. Nivel educativo de las mujeres atendidas en el programa de MDM (2009-2012).

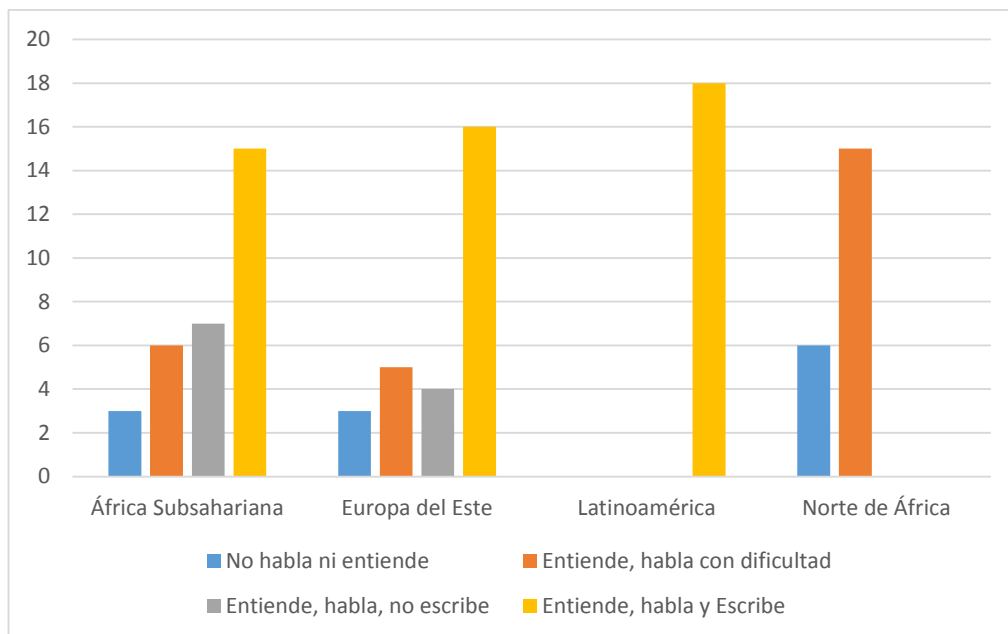


Fuente: MDM.

#### 5.4.5. El grado de conocimiento del idioma español.

Un aspecto importante a tener en cuenta es su capacidad -pese a no estar alfabetizadas en su mayoría- para sortear la barrera del idioma español y afrontar su adaptación a la sociedad española. En el gráfico 12 se muestra el nivel de conocimiento del idioma español por parte de las mujeres inmigrantes. En el mismo se describe cuatro niveles del idioma español entre las mujeres migrantes extranjeras. Las mujeres latinoamericanas y ecuatoguineanas no tienen ninguna barrera con el idioma, mientras que las mujeres marroquíes ubicadas en los asentamientos chabolistas, alejadas del tejido social almeriense, presentan una gran dificultad de aprendizaje del español; en su gran mayoría, no hablan ni entienden el idioma, lo que les dificulta mucho expresar sus necesidades. Las mujeres nigerianas, principalmente se comunican en inglés. Las mujeres rumanas, por su parte, aprenden rápidamente el español, a diferencia de las mujeres nigerianas y marroquíes, quienes, por relacionarse fundamentalmente con su propia comunidad, se comunican en su lengua materna; además, existen pocas ofertas de clases de español para las personas inmigrantes, especialmente para colectivos en situaciones tan perentorias. Generalmente los cursos se realizan en la capital de la provincia, por asociaciones que trabajan a favor de la población inmigrante, como Almería Acoge.

**Gráficos 12. Nivel de conocimiento del español entre las mujeres migrantes extranjeras participantes del programa de MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM.

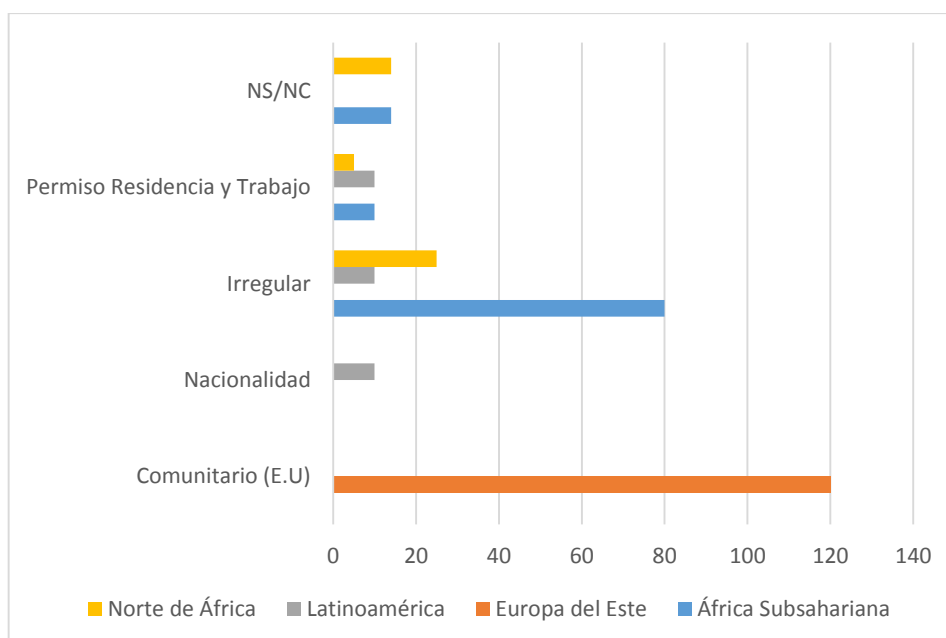
#### 5.4.6 La situación administrativa.

Otra variable importante que se tuvo en cuenta para este estudio y posterior análisis es la situación administrativa de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución. Para las mujeres rumanas, pertenecientes a la Comunidad Económica Europea, es más asequible la residencia en España. Las mujeres con nacionalidad española son principalmente latinoamericanas. La Ley de Extranjería beneficia a los países, antiguas colonias españolas, para que puedan iniciar el trámite de solicitud de la nacionalidad tras dos años de residencia legal en España. El resto de población extranjera no comunitaria debe esperar hasta 10 años. Entre esta última, existe una minoría en situación administrativa irregular que están a la espera de cumplir los tres años para iniciar la regularización por arraigo social, para lo que necesitan un contrato de trabajo. Quienes tienen permiso de residencia y trabajo lo han obtenido por reagrupación familiar o a través de un contrato de trabajo. Actualmente, ellas mantienen su alta en la seguridad social cotizando como empleadas del hogar para no perder el permiso de residencia y trabajo.

Entre las mujeres con permiso de residencia y trabajo, encontramos a mujeres de origen latinoamericano, marroquí y, en una pequeña proporción, las mujeres de origen subsahariano. Algunos de estos permisos ya están caducados, como ocurre con las mujeres marroquíes de los asentamientos; aunque llegaron a España con permiso de residencia y trabajo temporal, una vez pasados los plazos legales, ellas han elegido permanecer en España en situación irregular.

Las mujeres africanas (subsaharianas y marroquíes) son mayoría entre las que están en situación administrativa irregular -sin permiso de residencia y trabajo-. Una minoría tiene permiso de residencia por reagrupación familiar. La nacionalidad española entre ellas apenas es un sueño. No solo deben acreditar diez años de residencia legal y continuada en territorio español, sino que deben acopiar mucha documentación, debidamente legalizada por el consulado español en sus países de origen, trámite que se les dificulta enormemente, no solo por los costes económicos; sino también por los tiempos de espera y gestión de los trámites y las dificultades burocráticas por parte de las instituciones públicas en sus respectivos países. Otro grupo significativo de mujeres participantes del programa no conoce su condición administrativa, ya sea porque esté en proceso de tramitación o porque ha caducado y no tienen la información necesaria para conocer las posibles vías de regularización. En el Gráfico 13 se expone la siguiente distribución.

**Gráficos 13. Situación Administrativa de las mujeres migrantes extranjeras del programa de MDM (2009-2012).**



Fuente: MDM.

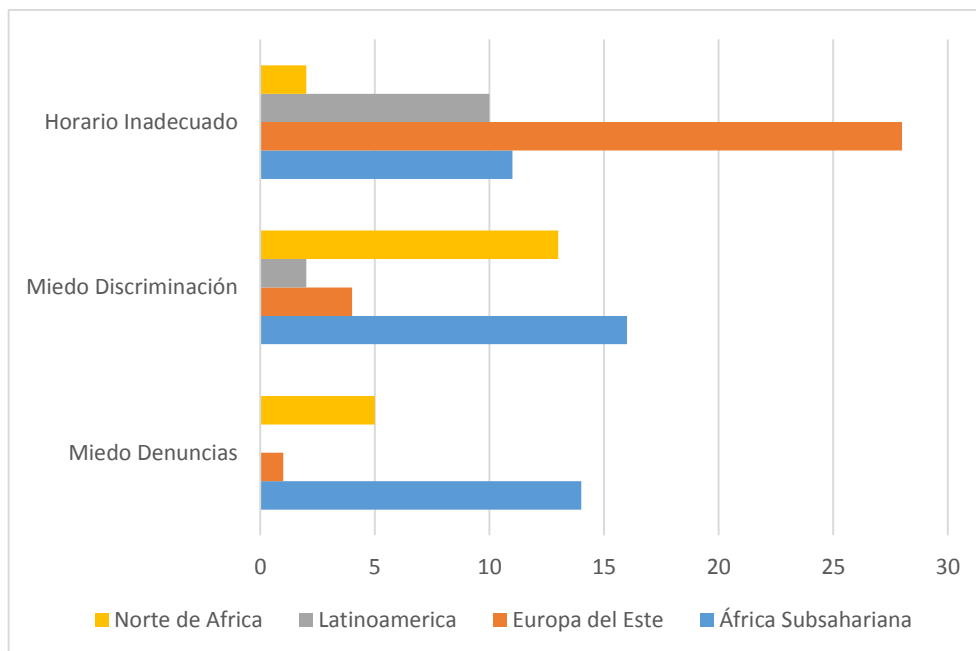
#### 5.4.7. Barreras de acceso a los servicios de salud y sociales.

Las mujeres subsaharianas -nigerianas y guineanas- dicen no acudir al servicio de salud y de atención social debido principalmente al miedo a las posibles denuncias, así como por la discriminación de la que pueden ser víctimas y, entre las que están en situación irregular, por el temor a ser deportadas a sus países de origen. El miedo a la discriminación está presente también entre las rumanas, las latinoamericanas pero, de manera contundente, entre las mujeres de origen africano.

El miedo a las denuncias está menos presente entre el colectivo rumano debido a su estatuto de ciudadanía comunitaria. Para las mujeres rumanas, la barrera más importante es el horario de atención en los centros de salud y sociales. Este obstáculo estaría relacionado con vivir en los escenarios de prostitución rurales que se encuentran distantes de los servicios de salud y sociales, sumado a los horarios de la actividad nocturna de las mujeres. Igualmente para las mujeres de origen latinoamericano y subsahariano, el horario de los servicios es una barrera para su acceso. Las mujeres de origen marroquí apenas manifestaron quejas al respecto.

El miedo a la discriminación por parte de la sociedad al ser conocida la actividad que realizan, es más preocupante para las mujeres latinoamericanas que el miedo a ser denunciadas por no tener su situación administrativa resuelta. Esto puede vincularse al hecho de que la proximidad cultural y el manejo del idioma les posibilitan mayor capacidad de agencia para resolver los problemas que se les presenten, a diferencia de las mujeres de origen africano.

**Gráficos 14. Barreras de acceso a los servicios de salud y sociales descritas por las mujeres migrantes extranjeras en el programa de MDM (2009-2012). Parte I.**



Fuente: MDM.

La barrera cultural es entendida como el desencuentro entre el modelo biomédico y el sistema de creencias y valores culturales (Comelles y Bernal, 2007), que las mujeres migrantes extranjeras portan, en relación al significado de los procesos de salud y enfermedad.

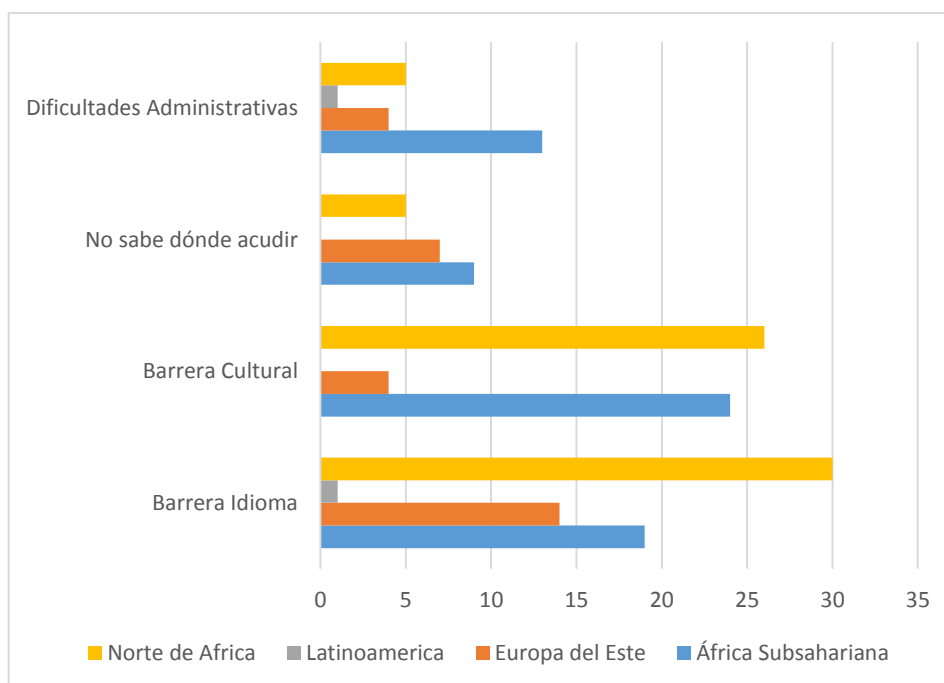
Las barreras de idioma y barrera cultural son mayores entre las mujeres africanas - subsaharianas y marroquíes- y también entre las rumanas y latinoamericanas. Refieren tener dificultades para expresar su estado de salud, su situación personal y solicitar los recursos que necesitan. Algunas mujeres de origen latinoamericano expresan que, a pesar de compartir el mismo idioma, se presentan dificultades por las diferencias lingüísticas perceptibles entre los dialectos de cada país y los contextos culturales.

También se significan las dificultades administrativas, así como la falta o inadecuada información que poseen de dónde acudir para recibir asistencia sanitaria o social, opinión enfatizada por los colectivos rumano, subsahariano y marroquí. La principal barrera administrativa para el colectivo de mujeres africanas la constituyen todos los trámites que deben realizar para obtener su permiso de residencia y de trabajo en territorio español. En

muchas ocasiones, las mujeres desconocen los procedimientos e instituciones a las cuales deben acudir para la tramitación de su proceso de regularización.

Las mujeres rumanas, por su parte, destacan principalmente dificultades para el empadronamiento y para ser atendidas en los centros sanitarios, al serles solicitado un certificado de extensión del servicio sanitario, documento que deben obtener en su país. Sin este no tienen derecho a la atención sanitaria pública española, aun siendo ciudadanas comunitarias<sup>34</sup>.

Gráficos 15. **Barreras de acceso a los servicios de salud y sociales, descritas por las mujeres migrantes extranjeras en el programa de MDM (2009-2012) Parte II.**



Fuente MDM.

<sup>34</sup> En nota de prensa lo recoge *El País*: "Sanidad deja sin asistencia a 213 inmigrantes en los últimos meses"; Disponible en [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/04/27/valencia/1398621665\\_093786.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/04/27/valencia/1398621665_093786.html) Accedido el 25/062014.

## 5.5. Técnicas de producción de información

La propuesta metodológica desde la crítica feminista permite hacer visibles las elaboraciones de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería, su acción en la vida cotidiana y la interacción con *los sectores dominantes* (Juliano, 1990; Gregorio, 2011). Como afirma Juliano (1990), “el objetivo de nuestras investigaciones puede ceñirse al ámbito más modesto pero también más significativo de rastrear, describir y hacer evidentes las propuestas que al respecto han ido elaborando las mujeres -aisladamente o en conjunto- en su cotidiana interacción con los sectores dominantes (p. 13).

El trabajo de campo se realizó en los diferentes lugares de ejercicio de la prostitución de la provincia de Almería, tanto en el espacio público como en establecimientos cerrados (pisos privados, bares-cortijos, clubes y asentamientos de inmigrantes). Cabe destacar el asentamiento Tierras de Almería, ubicado en el Poniente almeriense. La primera técnica de exploración del ámbito de estudio y sus escenarios de la prostitución ha sido la observación participante.

### 5.5.1. La observación participante.

La observación participante permite utilizar una variedad de técnicas de recogida de datos para informarse sobre las personas y sus modos de vida (Angrosino, 2012). Me permitió entrar en contacto con las diferentes mujeres extranjeras migrantes en ejercicio de prostitución, a través de la atención directa que se realiza a las personas usuarias en el programa de *Reducción de Daños y Promoción de la Salud* de Médicos Del Mundo, ONG en la que trabajé realizando una visita quincenal a los diferentes puntos de atención donde se encuentran ejerciendo las mujeres extranjeras.

La observación participante para esta investigación se realizó en dos ámbitos fundamentales: los escenarios de prostitución y las diferentes instituciones públicas y privadas responsables de los diferentes servicios sanitarios y sociales. Entre otros, la Delegación de Salud de la provincia de Almería, 41 centros de salud (Hospitales, consultas, centros especializados), los tres distritos sanitarios de la provincia, cinco Centros de la Mujer de la provincia, varios ayuntamientos del Levante almeriense y sus servicios sociales, entre ellos, la oficina de extranjería en Almería.



### ***a) La observación participante en el ámbito privado.***

Los diferentes escenarios donde las personas ejercen la prostitución dentro de la provincia constituyen el ámbito privado donde se lleva a cabo la observación participante. Sin mayor interacción que la permitida por las protagonistas y en función de las actividades planteadas en el programa de MDM. El apoyo del guion de la entrevista cerrada de dicho programa (Anexo 1) fue fundamental, ya que me permitió iniciar un diálogo con las mujeres protagonistas de esta investigación.

Observé las formas de interacción entre las mujeres y los demás participantes de estos escenarios: personal de hostelería, vendedores, personal de cocina, personal encargado de la administración, mamis con algunos clientes... Habitualmente, los compañeros del programa y yo no accedíamos por la entrada principal de los clubes sino por la puerta de “servicio”, ubicada casi siempre en la parte trasera de los locales. Accedíamos a la cocina y al comedor de las mujeres, para pasar luego a una habitación donde tenía lugar la intervención socio-sanitaria. Este fue el tiempo de aprender a controlar las variables de “seguridad”, tanto las reales como las imaginarias, ya que, en los primeros contactos, tengo que manifestar que afloraban sentimientos de extrañeza y desconcierto que se fueron despejando a medida de que el vínculo con las personas se fue haciendo más cercano y yo desarrollaba una mayor familiaridad y control sobre el lugar de la interacción.

La atención en calle, bares-cortijos o asentamientos de inmigrantes se realizó en la unidad móvil, al no disponer de ninguna habitación o espacio en estos escenarios, a diferencia de los pisos privados, donde la cautela y discreción ante la mirada del vecindario se imponía, para no poner en evidencia a las personas que ejercen en estos lugares.

La observación durante las visitas continuadas a estos escenarios de prostitución me permitió la primera comprensión de su situación socio-sanitaria. A partir de mi “participación” con las mujeres, con el tiempo ellas me brindaron su confianza y diálogo; las conversaciones y encuentros ya no solo se limitaban a las preguntas de la entrevista cerrada, elaborada por MDM, sino que se hacían extensas y abarcaban diferentes ámbitos de sus vidas: el proceso migratorio, la prostitución y las condiciones en que se ejercen, su estado de ánimo, las dificultades para hacer una “vida diurna normal”, su estado de salud, las dificultades de acceso a la atención, sus relaciones de pareja, la relación con los clientes, sus redes familiares y de amistad, su estado de ánimo, su sufrimiento psicológico, su soledad, y los momentos de alegría y satisfacción que sentían cuando alcanzaban una meta, un triunfo según su agencia, ya fuera en su país de origen o en destino, momentos de los cuales me hacían participe. En varias ocasiones, ellas sentían curiosidad por mi presencia en el programa de MDM, se interesaban y cuestionaban mi lugar:

¿Cómo pudo una mujer inmigrante llegar a trabajar allí? Para muchas el trabajo que yo realizaba era “voluntario”; al conocer que era un trabajo remunerado, su sorpresa aumentaba y preguntaban incluso por mis condiciones laborales y salariales. En ocasiones, les resultaba poco dinero por el horario de trabajo y el desplazamiento, situación que entre risas, me llevaba a reflexionar.

Los acompañamientos a las mujeres migrantes extranjeras que acudían a los centros de salud y a los servicios sociales de la zona eran momentos ideales para observar, entre otros aspectos, de qué manera se establece la relación con dichos servicios, las dificultades de acceso, el manejo de la información y del tiempo, así como la mirada enjuiciadora de parte del personal sanitario: los prejuicios que, en ocasiones, se hacían claramente presentes en conductas de displicencia o discriminación hacia ellas.

La observación participante se extendió alrededor de cuatro años, entre 2008 y 2012. Durante este tiempo tuve contacto con muchas mujeres migrantes extranjeras y también con transexuales y hombres que tienen sexo con hombres. Pasado ese tiempo, mis funciones en la institución cambiaron, y pasé de ser mediadora socio-sanitaria a técnica de unidad<sup>35</sup>.

### ***b) La observación participante en el ámbito público.***

La técnica de observación participante en el ámbito público<sup>36</sup>, me ha posibilitado obtener una gran cantidad de información durante estos cuatro años. Con la finalidad de darle un orden, la he organizado en tres momentos diferenciados en el ámbito público, así: un momento de observar, un momento de comprender y un último momento para concluir<sup>37</sup>.

El primer momento que denomino “momento de la mirada” es en el que identifico las diferentes instituciones públicas de la provincia, la oferta de servicios sociales y sanitarios para las personas que ejercen la prostitución y trato de identificar de forma muy descriptiva el

---

35 Como técnica de unidad, las funciones eran de coordinación de los programas de MDM en la provincia de Almería, responsable de su adecuado funcionamiento, además de la relación con el tejido asociativo de la provincia. También realizaba la atención psicológica con las personas en prostitución en la sede de MDM, o bien llegaban como usuarias de otras entidades. Ya no visitaba diariamente los escenarios de prostitución; estas visitas las realizaba mensualmente.

36 Con el término público me refiero a las diferentes instituciones: distritos de salud, centros de salud, ONG, asociaciones de inmigrantes, asociaciones pro-inmigrantes, Instituto Andaluz de la Mujer, ayuntamientos, fuerzas policiales, oficinas de extranjeros, etc.

37 “ 1) el momento de ver: instante de la mirada, (...) en el que se ubica un problema, una contradicción que lleva a la elección de un tema de investigación; 2) el momento de comprender: en el que interviene el raciocinio, se siguen las pistas de otros, se reflexiona desde ese lugar que podemos situar como búsqueda bibliográfica; 3) el momento de concluir: en el que, el sujeto precipita su juzgamiento” (Lacan. 1988).

posicionamiento de cada una de estas instituciones ante la prostitución a través de las entrevistas que realizo a sus miembros.

El segundo momento que identifiqué como “momento de comprender y participar” en los diferentes foros relacionados con las personas que ejercen la prostitución. Los años 2010 y 2011 fueron prolíferos en invitaciones de las instituciones antes mencionadas, con el objeto de dar a conocer el programa de MDM y las problemáticas que enfrentan las personas en prostitución, respecto a los procesos de salud/enfermedad<sup>38</sup>. A través de dichos foros y coloquios, recogí ingente información acerca de cómo eran percibidas las personas en prostitución y principalmente las mujeres migrantes extranjeras.

El tercer momento, “el momento de concluir” de esta observación participante en el ámbito público, ha quedado materializado en la celebración de un evento, resultado del trabajo sostenido con las diferentes asociaciones que trabajan con el colectivo de personas en prostitución en la provincia. El evento fue la “mesa de prostitución de la provincia”<sup>39</sup>, dinamizada por las diferentes asociaciones que trabajan con este colectivo; gracias a ésta se ha producido la defensa de los derechos fundamentales de las personas en prostitución y se ha dado voz y visibilidad a las mujeres migrantes extranjeras.

Esta actividad intensa y de vinculación con los colectivos implica un compromiso constante que me obliga en todo momento a tomar conciencia de la necesidad de defender los derechos fundamentales del colectivo de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en los distintos escenarios.

---

38 1) VII Foros provinciales de Género para la participación social de las Mujeres Migrantes. 25/05/2011. 2) Jornadas de Formación en Salud Mental. 24/02/2011. 3) Jornadas de Género e Inmigración. Distrito de salud de Almería 2010. 4) IX Jornadas Almerienses en Salud Mental. Hospital Torrecárdenas. Almería. 2010.

39 En mayo de 2010, MDM coordinó, junto a la organización Mujeres en Zona de Conflicto (que trabaja principalmente con víctimas de trata) la puesta en marcha de una mesa de trabajo que integrara los servicios de las diferentes asociaciones que intervienen con el colectivo de personas que ejercen la prostitución en la provincia. La creación de la mesa de prostitución de la provincia fue noticia de prensa el 17 de julio de 2010 con el titular: *Ronda de reuniones para crear una mesa de observatorio de la prostitución*. Disponible en

Disponible en <http://www.elalmeria.es/article/almeria/745984/ronda/reuniones/para/crear/una/mesa/observatorio/la/prostitucion.html> en  
Accedido el 23/06/2014.

### 5.5.2. El diario de campo.

De este viaje de ida y vuelta, de lo privado a lo público por los escenarios de la prostitución entre procesos migratorios, acompañamientos médicos, derivaciones sociales, escucha psicológica, queda el registro de la investigadora: “el diario de campo”. En total he completado tres diarios en los que se recogieron tanto el ambiente y el contexto en el que se estaba llevando a cabo las entrevistas, como las reacciones, el lenguaje no verbal de las personas participantes y otros aspectos contextuales y situacionales. Los diarios de campo realizados entre 2009 y 2012 no fueron destinados únicamente al registro de datos sino que se convirtieron, también, en registros de citas médicas y psicológicas, acompañamientos a servicios sociales y demás instituciones públicas de la provincia, espacios e instituciones donde era necesario acompañar a las mujeres. El acompañarlas a sus interacciones sanitarias y con otros agentes sociales, además de cumplir las citas establecidas con las diferentes participantes del estudio, me permitió acceder al continuum entre los espacios privado y público. Era el modo de mantener el hilo conductor entre los ámbitos en los que se registraban los hechos más significativos tanto en la existencia de las mujeres migrantes extranjeras como del proceso de investigación.<sup>40</sup>

### 5.5.3. Las entrevistas.

#### ***a) Entrevista cerrada (protocolo del programa de MDM) a mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución.***

Una de las fuentes de recogida de datos que he utilizado en esta investigación ha sido la entrevista que utiliza como protocolo la ONG Médicos del Mundo para registrar información de carácter sociodemográfico, con variables como la situación administrativa y las condiciones de salud de las personas que ejercen la prostitución (Ver Anexo 1). Esta entrevista me fue de utilidad como puerta de entrada a la historia de vida de las personas en prostitución. A través de los datos básicos que recoge me permitió, en primer lugar, acercarme a las personas de la investigación y, en segundo lugar, me brindó información detallada para identificar y delimitar los diferentes perfiles de las mujeres migrantes extranjeras que se encuentran ejerciendo la prostitución en la provincia de Almería. Durante el tiempo comprendido entre 2009 y 2012, en que visité periódicamente los diferentes escenarios de prostitución, realicé alrededor de 500 entrevistas cerradas siguiendo este protocolo. Algunos datos cualitativos de dichas entrevistas se amplían en mi diario de campo a través de la observación participante.

---

<sup>40</sup> Las claves que se utilizan para identificar a los informantes se presenta de la siguiente manera dentro de la tesis: (Nombre ficticio, país de origen, edad, lugar de realización, año).

***b) Entrevistas en profundidad a mujeres migrantes que ejercen la prostitución (entrevista específica para esta tesis).***

La realización de estas entrevistas me permitió obtener el testimonio de las mujeres migrantes extranjeras, sujetos de este estudio. A través de esta técnica, “cuyo propósito es el interés por las formas en que los seres humanos y sus contextos se hacen comprensibles a través del lenguaje” (Casey, 1996: 211-255), pude producir información de las protagonistas respecto a aspectos como sus procesos migratorios, las redes migratorias a las cuales pertenecen, sus motivaciones para ejercer la prostitución o su postura política frente al ejercicio de dicha actividad. Estas entrevistas son los testimonios fundamentales que dan cuenta de las trayectorias vitales de las mujeres del estudio, de sus experiencias de vida y de sus interpretaciones de los sistemas de género, su vivencia del proceso salud-enfermedad y las desigualdades que vivencian en salud por su condición de etnia, clase social y género, tanto en el país de origen como en el de destino. Poder utilizar, como investigadora, esta técnica cualitativa me permitió hacer un recorrido a través del lenguaje de ida y vuelta, es decir, ir de lo personal a lo colectivo, de lo privado a lo público, de lo *real* a lo teórico, a través de la historia personal de las mujeres, en cuanto sus experiencias vitales dan cuenta de las desigualdades y discriminaciones estructurales, políticas, culturales que las *mal* acoge, del momento histórico y, en concreto, de las desigualdades de género en materia de salud, que también comparten.

Las mujeres participantes en las entrevistas en profundidad fueron seleccionadas entre el amplio grupo de mujeres atendidas en el programa *Reducción de Daños y Promoción de la Salud para Personas en Situación de Prostitución* de la ONG Médicos del Mundo. También fueron derivadas por las agentes sociales que participaron en este estudio algunas mujeres de origen rumano y nigeriano que entraron al programa de MDM. Gracias al vínculo establecido con el grupo de mujeres, y siguiendo los criterios de representatividad, competencia idiomática y, principalmente, de continuidad y permanencia dentro de la provincia, realicé la selección de las mujeres que narran su experiencia de ejercicio de la prostitución dentro del contexto migratorio.

El procedimiento consistía, de forma general, en lo siguiente. En primer lugar, concertaba una cita inicial. El lugar para las entrevistas era elegido por las participantes, principalmente por el manejo de sus horarios y para conservar su anonimato entre posibles familiares y amistades. Por ello, algunas optaron por sus domicilios y otras por la sede de MDM para llevar a cabo las sesiones de entrevista, que variaron de acuerdo con el nivel de relación con las personas participantes. Elaboré un guion según los objetivos planteados y lo adopté de acuerdo al proceso migratorio de cada mujer, así como a la trayectoria ligada al ejercicio de la prostitución

y a otros temas relacionados con la salud y otras circunstancias (ver Anexo 2)<sup>41</sup>. Igualmente realicé acompañamientos específicos con ellas a diferentes servicios de salud y sociales; junto a las visitas quincenales dentro del programa de reducción de daños de MDM.

Las mujeres participantes en el estudio fueron informadas de manera oral de los objetivos del estudio y de la posterior utilización de los datos obtenidos por parte de la investigadora<sup>42</sup>. Se garantizó en todo momento el anonimato, quedando dicho consentimiento registrado en la grabación previa a cada entrevista.

La principal dificultad que se presentó durante las entrevistas en profundidad fue la informalidad para cumplir la cita de la entrevista, aspecto que se extiende a otros ámbitos de la vida cotidiana de este colectivo, debido a que los horarios de ejercicio de prostitución, generalmente nocturnos, imposibilitan en muchas ocasiones el cumplir con acuerdos previamente realizados. También la distancia entre los escenarios de prostitución y los lugares acordados para las sesiones de entrevista influyen. La alta movilidad geográfica del colectivo, dentro y fuera de la provincia, realizada principalmente en función de los espacios de prostitución, también afectaba los encuentros para las sesiones de entrevista en profundidad. A excepción de la mujer española, derivada por AIMUR, y la menor nigeriana, derivada por APRAMP y el centro de menores de Almería, el resto de las participantes fueron contactadas a través del programa de MDM.

### ***c) Entrevista semi-estructurada a organizaciones y agentes que atienden a mujeres migrantes que ejercen la prostitución.***

Los discursos de las distintas ONG que trabajan en la provincia de Almería con el colectivo de personas en prostitución y su perspectiva en relación a las problemáticas de salud de las mujeres ha constituido una fuente importante de información, constituyéndose para esta investigación en informantes claves.

Esta información fue producida a través de entrevistas semiestructuradas<sup>43</sup> (ver Anexo 3), realizadas a diferentes agentes sociales que trabajan en ellas. La entrevista semiestructurada permite darle a cada persona entrevistada la posibilidad de elaborar su discurso, de introducir los temas que estime pertinentes con relación a las problemáticas de salud de las mujeres

---

41 La clave para las mujeres migrantes extranjeras que participaron en las entrevistas en profundidad en la investigación, se presentan de la siguiente manera dentro de la tesis: (Nombre ficticio, país de procedencia/edad).

42 Según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

43 La clave para las personas de las asociaciones participantes en la investigación se presenta de la siguiente manera dentro de la tesis: (Agente social, nombre de asociación/entidad).

migrantes extranjeras que ejercen la prostitución. Las entrevistas fueron realizadas en cada sede de las diferentes asociaciones participantes; en el mismo sentido, estas entrevistas fueron completadas con mucha información registrada en los diarios de campo en diferentes reuniones, encuentro en foros, seminarios y demás reuniones informales.

Esta información me ha permitido tener un enfoque más global de la situación de las personas que ejercen la prostitución en la provincia. A través de identificar las dificultades de acceso a los recursos sanitarios y sociales de la provincia.

En la Tabla 2 se especifica el número de participantes en las entrevistas semi-estructuradas realizadas y la zona de intervención en la cual llevan a cabo su trabajo con el colectivo de personas que ejercen la prostitución.

**Tabla 2. Número de agentes sociales participantes en las entrevistas semi-estructuradas.**

| ONG   | Nº PARTICIPANTES | ZONA DE INTERVENCION                                      |
|---|------------------|---|
| Asociación para la Atención Integral de Mujeres en Riesgo social (AIMUR)              | 1                | Poniente<br>Almería Capital                               |
| Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida (APRAMP) | 1                | Almería capital   |
| Comunidad religiosa Adoratrices   | 1                | Poniente almeriense<br>Almería capital                    |
| Comunidad religiosa Oblatas   | 1                | Almería capital<br>Poniente almeriense                    |
| Asociación Pro-Derechos Humanos de Andalucía (APDHA)                                  | 1                | Poniente almeriense<br>Almería capital                    |
| Delegación de Salud de Almería  | 1                | Provincia de Almería                                      |
| Médicos del Mundo (MDM)   | 1                | Almería capital<br>Poniente almeriense Levante almeriense |

## 5.6. Criterios de selección para las entrevistas a las mujeres.

Los criterios de selección para la realización de las entrevistas en profundidad han sido la región y país de procedencia, en función de los colectivos más representativos dentro de la provincia almeriense, junto a la competencia idiomática.

**Región y país de procedencia.** Es fundamental para este estudio rescatar cómo se representan en los discursos de las mujeres migrantes extranjeras los sistemas de género y su articulación con los sistemas de salud de cada región. Por esta razón, según la población atendida por el programa durante el periodo de 2009-2012, estimé las siguientes procedencias para este estudio: Brasil, Colombia, España, Guinea Ecuatorial, Marruecos, Nigeria y Rumania, que presento en la tabla 3.

**Competencia Idiomática.** Para el adecuado desarrollo de la investigación ha sido necesario que el nivel de castellano de las mujeres participantes fuera óptimo, para permitirme una comunicación y mayor vínculo con las mujeres y sus discursos. Sin embargo, las primeras entrevistas con la mujer nigeriana se realizaron en inglés y, para la sesiones de entrevista con la mujer marroquí, tuve la colaboración de la mediadora de MDM.

**Tiempo de permanencia en la provincia.** El tiempo mínimo de permanencia en la provincia de la mujer participante en la investigación como informante clave se estableció en seis meses, debido a que la gran movilidad geográfica dificultaba la realización de las entrevistas y la adecuada estructuración del vínculo entre la investigadora y las mujeres informantes, requerida para este estudio. Finalmente, se realizaron y analizaron las siguientes entrevistas en profundidad para esta tesis:



**Tabla 3. Regiones de procedencia de las mujeres participantes en la entrevista en profundidad.**

| REGION DE PROCEDENCIA                   | Nº DE PARTICIPANTES POR PAIS | Nº de sesiones de entrevista | Nº de acompañamientos sanitarios y sociales  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| <b>África</b><br><b>Norte de África</b> | 1 mujer marroquí             | 3 sesiones                   | 1 acompañamiento a centro de salud. Seguimiento quincenal durante dos años dentro del programa de MDM*.  |
| <b>África subsahariana</b>              | 1 mujer ecuatoguineana       | 10 sesiones                  | 2 acompañamientos a centros de salud.<br><br>2 acompañamientos a oficina de extranjería.<br><br>1 acompañamiento a asesoría jurídica.<br><br>Seguimiento quincenal durante cuatro años dentro del programa de MDM* |
|   | 1 mujer nigeriana            | 10 sesiones                  | 4 acompañamientos a centro de menores.   |
| <b>América Latina</b>                   | 1 mujer colombiana.          | 5 sesiones                   | Seguimiento quincenal durante tres años dentro del programa de MDM*.   |
| <b>Brasil</b>                           | 1 mujer brasileña            | 7 sesiones                   | Seguimiento quincenal durante tres años dentro del programa de MDM*.   |
| <b>Europa del Este</b>                  | 1 mujer rumana.              | 5 sesiones                   | 1 acompañamiento a centro de salud.<br><br>1 acompañamiento jurídico.<br><br>1 acompañamiento social.<br><br>Seguimiento quincenal durante tres años dentro del programa de MDM*.                                  |
| <b>España</b>                           | 1 mujer española             | 2 sesiones                   | Seguimiento quincenal durante dos meses dentro del programa de MDM*.   |
| <b>Totales</b>                          | 7 entrevistas                | 44 sesiones                  | 13 Acompañamientos   |

\*El seguimiento quincenal dentro de las actividades realizadas en el marco del programa de MDM permitía consolidar con el contacto y obtener información relevante acerca de las trayectorias de las mujeres participantes

## 5.7. Análisis de la Información

Toda la información recogida ha tenido un adecuado tratamiento ético, partiendo de un consentimiento informado, grabado en las diferentes entrevistas realizadas por las participantes. En dicho consentimiento se especificó su anonimato y el tratamiento respetuoso de la información suministrada, con el compromiso de ser utilizada únicamente para fines científicos.

Las entrevistas de los distintos participantes han sido grabadas para su posterior transcripción y análisis de contenido a la luz de las categorías de análisis propuestas. El procedimiento seguido ha sido el siguiente:

1. Lectura previa de los textos
2. Identificación de textos/párrafos importantes
3. Definición de categorías de análisis
4. Codificación de los textos según categorías
5. Análisis de contenidos por categorías
6. Análisis de relaciones entre categorías.

Se ha realizado un análisis de contenido (Amezcuca y Gálvez 2002, Kornblit, 2007) de toda la información producida durante el trabajo de campo. Para la interpretación de los datos han sido fundamentales las aportaciones de la Antropología feminista, así como el enfoque de la teoría de las desigualdades sociales en salud, para dar cuenta de la situación sanitaria y social de las mujeres extranjeras migrantes.

A nivel semántico, los diferentes discursos fueron segmentados según las categorías de análisis en función de los objetivos planteados que presento en la Tabla 4:

**Tabla 4. Objetivos y Categorías de análisis.**

| OBJETIVOS   | CATEGORIAS DE ANALISIS  |
|---|---|
| <p>1. Realizar una exploratoria etnográfica, que permita identificar los perfiles de los diferentes colectivos de mujeres extranjeras migrantes que ejercen la prostitución en la zona del Levante almeriense.</p>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Contexto migratorio y prostitución.</li> <li>•Trayectorias y redes migratorias.</li> <li>•Colectivos o perfiles de mujeres extranjeras migrantes que ejercen la prostitución.</li> </ul>                              |
| <p>2. Conocer las condiciones de ejercicio de prostitución y sus efectos en la salud de las mujeres extranjeras migrantes.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Escenarios de la prostitución y efectos para la salud.</li> <li>•Los cuerpos de la prostitución.</li> <li>•Especificidad de los riesgos para la salud bio-psico-social en el ejercicio de la prostitución.</li> </ul> |
| <p>3. Conocer los diferentes conceptos de salud que manejan las mujeres extranjeras migrantes según su país de procedencia y clase social y la repercusión de los mismos en el acceso a los servicios sanitarios y sociales de la zona.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Conocimiento del modelo de salud español.</li> <li>•Percepción de acceso al sistema sanitario español.</li> <li>•Actores que dificultan y facilitan el acceso.</li> </ul>   |
| <p>4. Identificar las dificultades de las mujeres extranjeras migrantes para acceder a los servicios sanitarios y a otros programas sociales que mejoren su calidad de vida.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Conocimiento de los recursos sociales en la provincia.</li> <li>•Percepción de acceso a servicios sociales en España.</li> <li>•Actores que dificultan y facilitan el acceso.</li> </ul>                              |
| <p>5. Resaltar las estrategias que utilizan las mujeres extranjeras migrantes para mantener un equilibrio en el estado de salud bio-psico-social a pesar de las condiciones de vida y trabajo.</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Estigma y discriminación.</li> <li>•Estrategias de participación.</li> </ul>  |

Tabla 5. Ficha resumen: Metodología de la Investigación.

|  |  |
|--|--|
| <b>Diseño de la investigación</b>            | Estudio etnográfico<br>Estudio cualitativo   |
| <b>Ámbito de estudio</b>                     | Almería. Andalucía. España.  |
| <b>Periodo</b>                               | 2009 a 2012.   |
| <b>Población</b>                             | Mujeres que ejercen la prostitución atendidas por MDM y otras asociaciones de la provincia. El tipo de muestreo fue intencionado en función de los criterios de inclusión.   |
| <b>Criterios de inclusión</b>                | Ser mujer migrante extranjera en prostitución en la provincia de Almería, hablar el español o inglés y permanecer en la provincia por un tiempo mínimo de 6 meses.<br><br>Diversidad de origen según colectivos más representativos en la zona.  |
| <b>Nacionalidades</b>                        | 1. Asia.: Tailandia.<br>2.África: Gambia, Ghana, Guinea Ecuatorial, Marruecos, Nigeria y Senegal.<br>3. Europa del Este: Hungría, Lituania, República Checa, Rumanía, Rusia, Ucrania.<br>4. Latinoamérica: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Paraguay, República Dominicana, Venezuela.  |
| <b>Técnicas de producción de información</b> | 1. Observación participante<br>2. Entrevistas:<br>2.1 Entrevistas cerrada a personas que ejercen la prostitución.<br>2.2 Entrevistas semi-estructuradas a asociaciones.<br>2.3 Entrevistas en profundidad a mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución.<br>Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente.  |
| <b>Lugares</b>                               | Las entrevistas fueron realizadas en diferentes espacios: el lugar de residencia de las mujeres participantes, la sede de la organización Médicos del Mundo.<br><br>La entrevista a los agentes sociales fue realizada en las sedes de las asociaciones donde trabajaban.<br><br>Previamente, se llevó a cabo actividades de mediación sanitaria y social, a través del cual se facilitó y garantizó la participación de la entrevistadora. Diario de campo. |

## 5.8. Dificultades encontradas durante la investigación.

La realización de la investigación que presento no ha estado exenta de algunas dificultades que son consecuencia, en su mayoría, de la clandestinidad y características propias de la prostitución. En palabras de Juliano (2004), “los obstáculos se multiplican si las personas objetos de nuestro interés teórico acumulan estigmatizaciones, como es el caso de las trabajadoras sexuales mayores, adolescentes o inmigrantes” (p. 147). Las investigaciones que se han realizado con el colectivo de personas en prostitución señalan las dificultades de acceder tanto a los escenarios como a las fuentes directas para obtener la información; esta dificultad es expresada por varios investigadores en sus estudios (OIM, 2003; Solana, 2003; Juliano, 2004; IAM, 2005; Sanchís y Serra, 2011).

Si bien el cruce entre migración y prostitución se perfila con cierta especificidad, sus límites son aun francamente borrosos; y desde el punto de vista del trabajo de campo son varios los factores que dificultan la recolección de información. La primera dificultad radica en el hecho de que las mujeres que trabajan en prostitución no son de fácil acceso para el trabajo de investigación. El temor, la humillación, la vergüenza y el dolor suelen volverlas discretas y reticentes a la inquisición institucional y académica; y sus respuestas en ocasiones son elusivas y deben leerse entre líneas. Además, los otros sujetos involucrados (tales como los reclutadores que organizan el viaje de las mujeres, los proxenetes, los administradores de burdeles o de departamentos privados en los que se ejerce la prostitución, la policía) son directamente inaccesibles, y su operatoria sólo puede ser inferida a través de lo que dicen algunas mujeres; las religiosas; trabajadoras sociales o abogadas que las asisten; el sindicato de meretrices; personal de diversas ONG o instituciones que estuvieron en contacto con la problemática; e incluso la policía, que tiene jurisdicción sobre los extranjeros en tanto que Autoridad Migratoria Auxiliar y en la vía pública en lo que respecta a la oferta callejera de sexo (OIM, 2003:10,11).

Contar con la ONG Médicos del Mundo me permitió avanzar y sortear en óptimas, muchas de las dificultades y poder acceder a una gran diversidad de escenarios de ejercicio, con grados diferentes de visibilidad. Como se ha explicado anteriormente, el acceso al campo fue posible gracias a mi rol de trabajadora en el programa de MDM. Los horarios nocturnos y la lejanía de algunos escenarios del centro de la ciudad han requerido mucho tiempo para la realización de trabajo de campo. Al ser escenarios con un difícil acceso a sus protagonistas, vinculado generalmente con “trata de personas, tráfico de armas y drogas”; los intereses de las fuerzas de seguridad del Estado que luchan contra estos delitos son fronteras que hay que saber sortear. Ello significó extremar las medidas de seguridad tanto para el equipo de MDM como

para la investigadora de esta tesis. Estas circunstancias ponen en riesgo la relación de confianza y el trabajo continuado de tantos años con las mujeres.

Las demandas por parte de las fuerzas de seguridad del Estado para que participara como informante de lo que acontecía en dichos escenarios fue una situación comprometida y difícil de gestionar. Pude hacerlo, en varias ocasiones, desde mi posición y defensa de trabajo ético como representante de una ONG que atiende a un colectivo vulnerable: yo debía ser neutral y, por encima de todo, respetar el acuerdo y el derecho a la confidencialidad de las personas atendidas en los diferentes programas de MDM.

En algunas ocasiones, debido a la situación de inseguridad de algunos escenarios de prostitución (ya fuera por las redadas policiales, las amenazas de los proxenetas o de redes mafiosas), las visitas a algunos lugares se alargaban más de lo previsto, hasta asegurarnos que era posible mi regreso y el del equipo de MDM.

La movilidad geográfica de una parte del colectivo, ya señalada en varias ocasiones, dificultó grandemente la posibilidad de recabar información de algunas mujeres y darles continuidad y seguimiento en el tiempo; por esta razón, las entrevistas en profundidad tuvieron que ceñirse a los criterios establecidos y descritos anteriormente, para recoger la riqueza y la singularidad de cada una de sus historias. En esta investigación, en ningún momento las mujeres participantes exigieron el pago por las entrevistas realizadas.

El estigma que rodea al ejercicio de la prostitución suele provocar que las protagonistas de este estudio, las mujeres migrantes extranjeras, no estén dispuestas a hablar sobre su vida y actividad, bien porque no desean que se les reconozca como prostitutas o porque tienen miedo de ser identificadas. Este aspecto ha sido especialmente significativo entre el colectivo de mujeres de origen nigeriano. A pesar de mis visitas continuadas para profundizar en algunos aspectos de su proceso migratorio y otros temas personales, la tarea se hacía compleja al no querer ellas ser identificadas de ninguna manera ni profundizar en sus modos de vida. Con las mujeres en situación irregular administrativa, también los celos han sido especialmente acusados, debido al miedo que expresaban a poder ser localizadas y expulsadas de España, en caso de que algún organismo o institución manejara sus datos personales reales.

El trabajo de campo, la cercanía, escucha y empatía con el colectivo de mujeres y su realidad en contextos tan extremos de marginación y exclusión, muchas veces en contacto directo con la enfermedad y la muerte -sobre todo en ocasiones donde las personas que ejercen la prostitución se están jugando la vida por el bienestar de sus familias- generaron en mí algunos

momentos de frustración personal y profesional, que hicieron necesario un alto en el camino y el inicio de un proceso de introspección y reflexión de mi lugar como mujer, inmigrante e investigadora.

El deseo por saber y comprender que se esconde más allá del reflejo ha sido la motivación que me ha posibilitado hacer frente a estas dificultades y redactar esta investigación con las voces de sus protagonistas.

## Capítulo 6. HABLAN LAS PROTAGONISTAS. RESULTADOS Y ANÁLISIS I: Contextos migratorios y prostitución

---

*Las mujeres en Guinea  
trabajamos en cocina,  
comidas, casa, ese es  
nuestro negocio, como  
una empleada, cocina,  
plancha, ropa, y tú  
puedes andar en la  
calle y te pillas un  
hombre, te acuestas  
con él y te da dinero*

Vera, guineana, 26  
años.



*Destierro. Débora Arango*<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> **Débora Arango (1907-2005)**. Fue pintora expresionista colombiana. Mujer transgresora, polémica y talentosa. Interpretó la realidad cotidiana denunciando la violencia de una sociedad llena de prejuicios ancestrales. Fue la primera mujer colombiana que se atrevió a pintar desnudos, por lo que fue duramente criticada; también lo fue por los retratos de conocidos políticos pintados con forma de animales. Débora abordó la crítica social y política de su país y de su época: pintó obreros marginados, prostitutas, mujeres relegadas, el dolor y el maltrato, la situación política y las manifestaciones populares. Algunas imágenes de sus obras se han utilizado en esta tesis doctoral, ya que estas expresan y enmarcan la lucha de las mujeres.



## 6.1. En relación a los procesos migratorios y a la prostitución

A través de los discursos de las mujeres participantes en esta investigación, tanto en las entrevistas en profundidad como en las relaciones establecidas durante el seguimiento del programa de MDM y la observación participante en los escenarios de prostitución, surgía la referencia a cada historia personal en su país de origen: ¿Cómo son valoradas las mujeres en sus regiones?, ¿Cómo se establecen las relaciones entre mujeres y varones según su sistema de género?, ¿Qué valor tiene la sexualidad en origen?, ¿Cuáles fueron las motivaciones para emprender el proceso migratorio?, ¿Cuál es la relación entre las redes migratorias y los escenarios de prostitución? Es así como, a través de las historias personales de las mujeres migrantes extranjeras, se destacan las desigualdades sociales que las afectan en el campo de la salud. Desde una perspectiva macro estructural abordo las desigualdades primarias de posición social, género, raza/etnia y territorio, las cuales enmarcan el sistema de género y determinan el acceso a los recursos sociales y sanitarios.

La posición social de las mujeres migrantes extranjeras participantes en esta investigación está ligada principalmente a su grupo doméstico y a la relación con su comunidad. La ocupación de las mujeres en sus países de origen, su nivel educativo, los indicadores de renta familiar e individual, el estatus y reconocimiento dentro de la comunidad, son elementos que permiten analizar el impacto de la clase social y de la posición social en la salud de las mujeres migrantes extranjeras. Cabe destacar la importancia de la movilidad geográfica en sus países que presentan las mujeres del grupo doméstico en origen, para poder acceder a los recursos y tener mayores oportunidades para sus familias.

El acceso a los recursos económicos y laborales ha sido limitado para las mujeres de los países pobres quienes, por asumir las cargas familiares y los gastos del hogar, han tenido que desplazarse de sus pueblos o ciudades de origen a otras ciudades más grandes donde existen mayores posibilidades laborales, continuando las migraciones internas que habían asumido sus madres en sus países de origen y, más tarde, repiten sus hijas en un contexto transnacional (OIM, 2003). Aunque han advenido otras generaciones, las oportunidades para las mujeres siguen siendo limitadas y conlleva emprender procesos migratorios, tal como lo describe Carmen, colombiana de origen, al recordar la dinámica familiar de su grupo doméstico.

*Mi tía Marleny era la que prácticamente le cocinaba a todos. Y prácticamente ella era la que llevaba la casa. Si llegaban los recibos, ella recogía el dinero, o la comida. Cada uno aportaba lo que podía. [...] Mi mamá era modista. Mi mamá la mayoría del tiempo se la pasó en Cali trabajando porque en Buga no había trabajo. Entonces yo recuerdo que*

*cuando ella nos dejó, yo tenía 12 años y mi tía Marleny fue la que se hizo cargo de nosotros. Y mi mamá iba a Cali, venía los fines de semana, traía la plata de la comida (Carmen, colombiana, 32 años).*

El género es la categoría central que nos permite realizar un análisis de los sistemas sexo-género”, “cambiante en cada contexto social, son por lo tanto el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de las diferencias sexuales, y que determinan tanto la posición social entre hombres y mujeres como las relaciones desiguales entre ambos” (Bacigalupe, 2007: 96). La desigualdad de género se hace patente en los discursos de las protagonistas de esta investigación. A través de ellos describen actitudes de sumisión asumidas por las mujeres en relación con los varones, en las que prima la explotación sexual como medio de sostenimiento personal y familiar. Aunque este fenómeno se evidencia más claramente entre las mujeres procedentes del continente africano, tal situación también es patente en los casos de trata de mujeres del este de Europa y Latinoamérica, tal y como lo relatan Angue, procedente de Guinea Ecuatorial, y Mary, mujer rumana de 19 años.

*Casi yo no conozco a mi padre; mi mamá se casó con mi padre cuando tenía 14 años, a mi madre, su hermano mayor cuando necesitaba dinero, coge a mi madre, la vende, le dan dinero y hace negocio con ella. Cuando mi madre cumplió los 16 años, veía que estaba con un hombre mayor, una diferencia de 8 años o 10 años. [...] Y luego mi tío la sacó y la llevó a otro hombre, a otra tribu al lado del pueblo de mi madre, andaba con mi madre en una bicicleta, con una silla atrás mi madre sentada, cuando ya el negocio se le va a arruinar, lleva a mi madre a un sitio, la vende y le dan dinero. [...] Mi madre era su negocio; cuando necesita algo, da a mi madre a cambio de dinero, mi madre era como una esclava en la familia, hasta que ha muerto, era como una esclava (Angue, guineana, 32 años).*

*En Rumania no hay nada que hacer, un vecino ha pedido permiso a mi padre para que yo viniera a trabajar a España como camarera, mi padre le firmó un permiso para traerme, le dieron 200 euros por mí, y cuando llegué a España, el vecino me dejó acá en este club. Imagínate, la primera noche yo pensando que venía de camarera y cuando me di cuenta, estaba ya en la barra. Mi primera vez fue con un ecuatoriano, yo era virgen (Mary, rumana, 19 años).*

En sus países de origen, las mujeres siguen sosteniendo las actividades de reproducción y de cuidados del grupo doméstico y también, en la mayoría de los casos, el mantenimiento económico.

*La mujer allí es como una esclava, la mujer trabaja, cuida al marido, mantiene la familia, todo; en nuestro país las mujeres siguen como esclavas, el que manda es el hombre, el hombre marcha a la calle y cuando llega a la casa tiene que encontrar la ropa planchada, la comida en la mesa, y si la mujer no hace nada le dan, te echan de casa (Angue, guineana, 32 años).*

#### 6.1.1. Las mujeres y el acceso a la educación y al trabajo en el país de origen.

A partir de este sistema sexo-género imperante, profundamente discriminatorio y desigual las "obligaciones" femeninas de reproducción se heredan "naturalmente" de generación en generación, produciendo y reforzando las relaciones de subordinación de las mujeres a los varones y limitando enormemente la posibilidad de acceder a recursos fundamentales que permitan romper las cadenas de explotación; por ejemplo, la educación, como nos relata Najat, mujer magrebí, residente en uno de los asentamientos de inmigrantes más grande del Poniente almeriense:

*No, soy la única de mi familia que no ha estudiado, porque soy la mayor de las mujeres; antes de mi hay un varón, entonces he tenido la responsabilidad de cuidar la casa, de cuidar los demás hermanos, mi madre trabajaba en el campo y yo he tenido que asumir las tareas de la casa, por eso no he ido a la escuela (Najat, marroquí, 32 años).*

También Roxana, mujer rumana, pone de manifiesto cómo, a pesar de tener acceso a la educación, la falta de recursos económicos familiares limita la posibilidad de mejorar su nivel educativo:

*Yo hice todo, solo me faltaba ir a la universidad, pero como se paga, no tenía tanto dinero para pagar e ir allí, si no, hubiera estudiado química (Roxana, rumana, 29 años).*

Tal como describí en el capítulo anterior, el nivel educativo de las mujeres migrantes extranjeras depende del sistema educativo instaurado en cada país y de las oportunidades de acceso de las mujeres al mismo. Las mujeres de África subsahariana entrevistadas, en su gran mayoría, están alfabetizadas y han realizado estudios primarios y, en algunos casos, secundarios, a diferencia de las mujeres magrebíes, originarias de zonas rurales, con un nivel bajo de alfabetización y escolarización.

Las mujeres poseedoras de un nivel alto de escolarización son de origen latinoamericano y de la Europa del este: fundamentalmente, rumanas y rusas. Ya no solo ellas no pueden acceder a la formación en sus países de origen, por tener que hacerse cargo de las tareas domésticas y de todo lo relacionado con la gestión del espacio privado, sino que los recursos económicos producto de la actividad laboral que ejercían sus madres, como proveedoras económicas de las familias trabajando fuera del hogar, no eran aprovechados por sus hijos e hijas para educarse, sino que se destinaban al mantenimiento de las familias extensas. En el mismo sentido, los vínculos entre madre y prole se veían afectados por la ausencia de la madre, proveedora económica; al no estar presente el padre, las tareas de crianza de las criaturas son delegadas en otras mujeres de las familia (tías, abuelas, hijas mayores), traduciéndose en una sobrecarga física y laboral que produce efectos importantes en la salud de las mujeres. En los casos de Angue y Carmen, originarias de dos regiones bien distantes, se ilustra esta situación de explotación económica y de niñas-mujer que asumen el rol de cuidadoras, con las consecuentes repercusiones en sus posibilidades de desarrollo: se les exige que realicen el trabajo del hogar y atiendan a sus hermanos y hermanas y a otros miembros del grupo doméstico.

*¡Madre mía! He vivido mal, desde que he nacido no he reído. Si yo río hoy, mañana yo voy a llorar, nunca he vivido feliz, nunca he vivido... Como yo no he vivido con mi madre, si a mí me dejan que viviera con mi madre podría vivir de otra manera, como yo no he vivido con mi madre, he vivido mal, "súper" mal hasta el día que estoy ahora [...] Porque para que yo comiera tenía que lavar platos, para que yo comiera tenía que barrer la calle, en Guinea [...] Mi mamá se preocupaba por nosotros pero ¿qué va hacer? Si viene a sentarse donde nosotros estamos ¿de qué vamos a vivir? Mi madre se enfadaba, mi madre mandaba dinero para mantenernos, pero cuando mi madre manda dinero, no lo cogemos, no lo vemos, no lo disfrutamos, es lo que enfadaba a mi madre hasta el día que ahora está en la tumba, porque cuando tú gastas tu cuerpo por tus hijos, esos hijos tienen que estar bien. La gente dice que tus hijos están mal, están así, están así, es lo que pasaba (Angue, guineana, 32 años).*

*En la casa de mi abuela vivíamos todos los hijos de mi abuela y mi abuela, pero todos tenían la habitación con sus hijos y todo eso. Vivíamos en una habitación para mi mamá, para mi hermana y para mí. Cada hermano tenía su habitación con sus hijos. Las decisiones las tomaba mi mamá, como por ejemplo, el colegio. Ahí eran todos contra todos, o sea, eran... como había tanta gente, había mucha pelea, eh... como la ley del más fuerte. Pero de igual manera éramos familia (Carmen, colombiana, 32 años).*

La ocupación laboral de las mujeres en los países de origen nos permite comprender, también, las relaciones de género establecidas y el acceso a los recursos socio-económicos y a la educación. A través del trabajo de campo, encontré que un número significativo de las mujeres migrantes extranjeras no ejercían la prostitución en sus países de origen, sino que esta ocupación comienza a su llegada a España. En otros casos, encuentro historias personales de mujeres en las que la prostitución (o sexo de pago) se convierte en una alternativa económica más en sus comunidades, tal como lo describe Joy:

*En Nigeria también nos buscamos la vida con los hombres. Yo soy la menor de 15 hijos, mi padre tiene varias mujeres, ellas no se preocupan por los hijos de las demás. Desde mi país yo me he mantenido y ayudado a mis hermanos con este trabajo (Joy, nigeriana, 23 años. Diario de campo. Cuevas del Almanzora. 2011).*

Las ocupaciones remuneradas económicamente fuera del hogar son igualmente ocupaciones de reproducción y cuidado, estableciéndose trayectorias laborales domésticas que van de madres a hijas. Así lo describe Marian, mujer brasileña:

*Mi padre es constructor, mi madre, cuando trabaja, trabaja cuidando mayores, o de limpieza; por último estuvo cuidando a un señor que se ha muerto con 82 años. Y ahora estaba cuidando a mi abuelo que se ha muerto antes de ayer. Las mujeres casi todas trabajan fuera, de limpieza en casa, trabajan 30 días corridos, tú tienes tu trabajo todo el año, pero te pagan muy poco, todos los días tú cuidas de una casa, limpiar, cocinar, lavar, planchar...Yo antes también lo hacía en Brasil. También cuidando personas mayores, este que estaba cuidando mi madre lo cuidé yo también, yo cuidé de él hasta 92 años. Yo lo cuidé poco, antes cuidaba a otra señora que la cuidé 2 años y medio, luego se ha muerto. Entonces cuidé a este señor y él se ha muerto muy rápido, cuidé de él 4 meses me parece y como ya yo quería venir a España, se lo dejé cuidando a mi madre, que ella también me ayudó con la señora mayor (Marian, brasileña, 32 años).*

Un grupo importante en esta investigación lo constituye el colectivo de las mujeres rumanas. Como describía en el capítulo anterior, las mujeres procedentes de Rumania tienen formación secundaria; algunas de ellas tienen diplomas de formación profesional—La educación en Rumania es gratuita y obligatoria entre los 6 y los 14 años de edad; sin embargo, si el acceso a la universidad pública depende del número de plazas disponibles y de la puntuación obtenida en las pruebas de acceso, al no poseer recursos económicos para continuar los estudios, algunas mujeres utilizan la prostitución como estrategia para la obtención de recursos económicos para ayudar a sus familias, abandonando la posibilidad de dar continuidad a sus estudios Esta

situación es común con las mujeres las mujeres entrevistadas procedentes de los países latinoamericanos.

*En mi pueblo, en Rumania, las mujeres se la pasan en la casa cuidando 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).*

En Colombia, como en Rumania, la educación es obligatoria y gratuita hasta el bachillerato. El acceso a los estudios universitarios depende de la capacidad económica del grupo doméstico. Aunque hay una amplia oferta educativa a nivel superior, hay pocas universidades públicas y muchas más de carácter privado. Estudiar en ellas solo está al alcance de familias de elevada posición económica y estatus social; muchos jóvenes terminan desertando de la escuela; algunos finalizan sus estudios de bachillerato y, si tienen dinero, pueden permitirse continuar con sus estudios técnicos o superiores. En el caso de las mujeres colombianas y latinoamericanas contactadas durante estos 4 años de trabajo de campo, el abanico en cuanto a formación era variado, pero con un nexo común: todas están alfabetizadas con estudios primarios y secundarios<sup>45</sup>, algunas con carreras técnicas, ocupadas en el sector público de Colombia, remuneradas como secretarías, técnicas de higiene dental, comerciales, etc. Pero es la economía informal uno de los sectores de ocupación que alberga mayor cantidad de mujeres y varones en el país<sup>46</sup>. En la técnica del “rebusque”, citada anteriormente, las mujeres colombianas son especialistas, como lo describe Carmen:

---

<sup>45</sup> “Colombia tiene un Programa Nacional de Alfabetización, galardonado en el año 2009. Este programa se ejecuta para los jóvenes mayores de 15 años y adultos iletrados reciban un proceso de formación en competencias básicas de lenguaje, matemáticas, ciencias sociales y naturales, y competencias ciudadanas, integrando de manera flexible las áreas del conocimiento. La meta propuesta al comienzo del programa fue alfabetizar a 1.000.000 de personas, y desde el año 2003 hasta la fecha ha logrado atender a 1'017.934 iletrados de 68 de las 83 entidades territoriales certificadas del país; la meta definida para 2010 es alfabetizar a 200.000 más. Estos resultados han sido reconocidos por el CIFAL. La ministra de educación colombiana estuvo nominada en la categoría Liderazgo en Educación, junto a los ministros de Educación de Ecuador y de México, así como alcaldes de algunas ciudades. El comité evaluador estuvo conformado por la Organización de las Naciones Unidas para la Formación e Investigación (UNITAR), la Corporación Andina de Fomento (CAF), la Organización de los Estados Americanos (OEA), el CIFAL y la ONU. Para la entrega de los premios se consideraron aspectos como el impacto del programa, la consistencia y sostenibilidad del mismo y los aspectos innovadores que conlleva”. Ministerio de Educación Nacional Colombiano.

<sup>46</sup> Según los datos Oficiales de El Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el trabajo de menor calidad o subempleo -en el que no se disfruta de seguridad social, salario mínimo, ni garantías extralegales- están cerca de 7 millones de personas, es decir, el 15% de la población se encuentra en el “rebusque” o en la informalidad, si nos atenemos a que los estimativos de habitantes de Colombia son de más de 47 millones de individuos. Entre diciembre 2013 a febrero de 2014, la tasa de desempleo de las mujeres (13,5%) fue superior a la de los hombres (8,8%). Disponible en <http://www.vanguardia.com/opinion/cartas-del-lector/203610-el-rebusque-no-es-trabajo-digno>. Accedido el 28/05/2014.

*Pues hombre, como a mí me gustaba tanto vagar, yo me iba en ese tiempo al campo, a coger algodón. Pero no era por el dinero, sino porque eso me parecía como divertido, ¿no? Y de pronto, si había algo en la calle que hacer, o ir a vender papas, o lo que sea... El hecho era estar en la calle. O sea, me buscaba la vida así.... Desde pequeñita me gustó... A los veintidós años, eh..., monté un almacén, de productos esotéricos, de riegos y todo eso. Porque la familia de mi papá hacía de eso y pues entonces él me enseñó, bueno, ellos me enseñaron. Y con ayuda de otro hijo de mi papá que era muy amigo de mi mamá monté, bueno, montaron un almacén y ahí estuve casi dos años. Me puse a trabajar. Bueno, desde pequeños... En la época mía nos gustaba mucho salir a la calle a trabajar, a buscarnos la vida (Carmen, colombiana, 32 años).*

### 6.1.2. Identidad de género y prostitución.

En la industria del sexo almeriense no solo encontramos el ejercicio de la prostitución femenina, sino también masculina; varones migrantes extranjeros, principalmente de origen rumano, magrebí y latinoamericano, así como hombres españoles, quienes no actúan en los mismos escenarios de prostitución que las mujeres migrantes extranjeras. También se encuentran personas transexuales extranjeras ejerciendo la prostitución.

Algunas de las historias personales de las mujeres nos ilustran sobre mujeres que no son heterosexuales pero ejercen la prostitución con clientes varones (Madeiros, 2000; Pheterson, 2000). Como el caso de Carmen, quien expone, a través de sus vivencias, varios elementos del sistema sexo-género, los roles sexuales “normalizados” e impuestos por ser mujeres, el enorme desafío que supone hacer público, ante el grupo doméstico, identidades de género y orientaciones sexuales “disidentes” de la heteronormatividad, en algunos países de origen de descubrir ante el grupo doméstico la identidad de género y el deseo sexual.

Carmen nos describe cómo fue el reconocimiento de su orientación sexual a partir de la relación adolescente con una compañera del colegio, a quien discriminaban y rechazaban por su identidad sexual.

*Yo me di cuenta de mi orientación sexual... Pues yo creo que eso ha sido de siempre, ¿no? Porque yo he estado con varones y todo eso. Pero yo me di cuenta cuando tenía diecisiete años. Yo había tenido novios, y yo me sentía bien con mis novios, hasta mis diecisiete años, que de pronto descubrí, que no era así por una niña... Que yo llegué desde Bogotá y entré a estudiar de noche por una amiguita y ella me empezó a molestar. Pues yo en ese*

*tiempo veía las cosas como: “¡Ah!, ¡entra en razón!”. Todo era para mí feo, ¿no? Porque en la esquina de la casa yo recuerdo mucho a esa muchacha que ella era así y a ella la gente le decía cosas y las rechazaba. Entonces creo que yo siempre sabía que eso era así, y de pensar en que me iban a hacer lo mismo que a ella, me quedaba callada. Yo me vine a dar cuenta cuando esta niñita tenía quince y yo tenía diecisiete... descaradamente me empieza a decir cosas. Yo ahí fue cuando empiezo a sentir, y tengo un profundo desastre. Ahí fue cuando empecé a descubrir eso hasta mis veinte años que ya conocí a otra persona, y pienso yo que ya ahí me acerque, ¿no? Porque pienso que me enamoré. Ya me acerqué, hombre, todo muy escondido, muy, muy, escondido porque en ese tiempo eso era como: “Póngase ahí que la vamos a encender a piedra”, ¿no? ... ¿Hoy en día...? Mira que yo para ir a una discoteca... Yo empecé a ir a una discoteca a los veintitrés años, que me tocaba irme casi volada. Hoy en día hay discotecas y las niñitas de catorce, quince, dieciséis años, ¡no vea como son de descaradas! O sea, hoy en día... pero en esa época... (Carmen, colombiana, 37 años).*

Desde los 17 hasta los 25 años, Carmen esconde su deseo sexual ante su comunidad de origen y su grupo familiar por temor al rechazo familiar y social. Fue al emprender su proyecto migratorio cuando expresa libremente su deseo sexual por el sexo femenino.

*No, yo no quería nunca demostrar... ¿Por qué? porque me daba miedo, Y dije: ¿Cómo me puede gustar esa mujer? Mi mamá se llega a dar cuenta, mi familia, la cuadra, todo el mundo, ¡me matan!”. Hasta que a los veinte años conocí a una persona y ¡uh!... Fue conocerla, me enamoré y ya fue como entre la espada y la pared...A mi hermana se lo comuniqué el día que se vino para España. Yo se lo dije. Pobrecita, ella lloraba... Me decía: “¿Cómo así?”, que ella sí pensaba, pero que ella tenía la esperanza de que yo no fuera así. Pero que ella me quería mucho. Y ella me dijo que no, qué pilas con mi mamá, que ella lo único que pensaba era en mi mamá, y que fuera yo muy juiciosa en eso. Luego, yo cuando me vine para acá, pues mi mamá ya lo sospechaba. Yo creo que una mamá siempre lo piensa: mi casa, me molestaban, me decían... Lo típico...: arepera, lesbiana, le gustan las mujeres, marimacha... y eso me mataba... Y así fue mi vida hasta los veinticinco que me vine para acá y ya me solté un poco de eso, ya como que tuve el poder de la plata y todo eso, ya como que a mí ya no me importaba (Carmen, Colombiana, 37 años).*

Carmen reconoce que, gracias al proceso migratorio, pudo enfrentar sus temores en relación a la aceptación pública de su identidad de género y deseo sexual, ya que en España se han producido extraordinarios cambios en el reconocimiento jurídico de otras “sexualidades” (la Ley 13/2005 que reconoce el matrimonio entre personas del mismo sexo es su epítome), mientras se producen cambios actitudinales en la sociedad hacia un mayor respeto democrático y



reconocimiento de la diversidad. Si Carmen hubiese continuado en su país, la dificultad de asumir y vivir su condición homosexual habría sido mucho más difícil, empezando por los comentarios dañinos de su comunidad de origen.

*“Ahí va la lesbiana, ahí va esa marimacho...la arepera”. Entonces claro, yo mantenía escondida. Pero fue muy difícil [...] Ahora dicen llegó Carmencita, llegó la lesbiana... pero... conmigo nadie se mete... Igual, todo el mundo hablarán por detrás pero no existe el típico comentario que existía antes. Ya lo ven tan normal, tan natural... O sea, ya es indiferente para mí, ¡Pues imagínate!, ya la edad que tengo, que venga a venir a afectarme a mí un comentario... No...(Carmen, colombiana, 37 años).*

A través de los relatos de las protagonistas, se evidencia diáfaramente cómo la situación socio-económica y la marcada discriminación normalizada en función del género han constituido el abono para arriesgarse a emprender un proyecto migratorio. Como resalta Laura Oso (2008):

La migración de mujeres autónomas que salen de sus países solas, dejando a familiares dependientes, con un motivo migratorio económico, y no de reagrupación familiar (incluso que se constituyen en pioneras de la cadena migratoria), ya no es un fenómeno aislado o poco reconocido por la literatura sobre migraciones internacionales, sino que cada vez, en mayor medida, las migrantes autónomas son protagonistas en la migración científica (Oso, 2008:2).

La visibilización de las mujeres migrantes en los actuales movimientos transnacionales no solo moviliza remesas a sus países de origen, sino que también moviliza sus identidades, como lo ha descrito Carmen. Los individuos circulan entre las fronteras, construyendo su identidad en varios espacios nacionales, estableciendo relaciones, circulando y moviéndose entre ellos (Cantarino y Moroksavic, 2005) incluso(o sobretodo) en contextos de prostitución.

### 6.1.3. Perfiles de mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución.

Como sus madres, muchas de las mujeres migrantes extranjeras han salido de sus países de origen motivadas por el objetivo de encontrar un futuro mejor para sus hijos e hijas que el avistado en sus países de origen, para facilitarles el acceso a la educación y a la salud.

*Yo vine por mis hijas, yo siempre he vivido con mis padres, hasta compré un terreno para construir una casa. Al no tener un apoyo de un marido, de algo así, mi segundo marido, me sacaba mucho dinero, no trabajaba, quería para él vicio, para la bebida, hasta para pagar a otra mujer y yo tenía mi dinero escondido, y él lo encontraba (Mariana, brasileña, 32 años).*

*Llegué en el 2008 de Marruecos con contrato de Huelva, he venido porque tengo una hija que es sordomuda que necesita ayuda y necesita una operación, la médica me dijo que si lo cogía pronto, va a ser mucho más fácil aprender a hablar; lo que pasa es que hemos tenido un retraso con la cita y mi ex marido ha dicho que él se encargaría, y han tenido que cambiar la cita y les han pedido mucho dinero y no podemos pagar en Marruecos, y entonces he dicho: aprovecho e intento quedarme aquí para traer a mi hija y hacerla operar aquí. Mi hija tiene 7 años y ahora está con mis padres en Marruecos (Najat, marroquí, 26 años).*

Ya ha sido destacado cómo las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución son las *eternas migrantes*, cuya principal característica es la alta movilidad geográfica. La permanencia de determinados colectivos (subsaharianas, magrebíes, rumanas, latinoamericanas, etc.) depende de la situación económica del territorio donde se ejerce la prostitución, de las redes migratorias y sociales que logran establecer, de los contactos que facilitan el acceso a los diferentes escenarios de la provincia, de la vinculación o no a redes de explotación sexual; entre estas últimas, la movilidad es forzosa y constante. A finales de los noventa las mujeres rusas eran -junto con las latinoamericanas- mayoría entre las mujeres que ejercían la prostitución en Almería.<sup>47</sup> En la actualidad su presencia ha decrecido considerablemente, debido, principalmente, a que han podido regularizar su situación administrativa a través de los procesos extraordinarios de regularización de extranjeros, del proceso de arraigo social, o del matrimonio con españoles, factores que le posibilitaron dejar de ejercer la prostitución. Los agentes sociales de las asociaciones que trabajan en la provincia con el colectivo exponen estos cambios en los perfiles de las mujeres en las dos últimas décadas.

---

<sup>47</sup> Según el informe del Defensor del Pueblo Andaluz (2002). "El análisis de los datos disponibles, referidos exclusivamente a actividades desarrolladas en clubes de alterne, nos permite afirmar que nos encontramos ante un fenómeno que afecta, fundamentalmente, a mujeres procedentes de otros países. Sin perjuicio de la necesidad de que esta cifra sea confirmada por otras fuentes, podemos decir que el 75% de la prostitución localizada en Andalucía, siempre en clubes de alterne, está siendo ejercida por mujeres inmigrantes.(...) Un buen número de ellas son mujeres procedentes de países de África, América y Europa, principalmente de Colombia, Liberia, Nigeria, Brasil, Marruecos y Ecuador" (pp.33-34)

*Las mujeres rusas se encuentran más en la zona del Poniente; luego las mujeres rumanas han aumentado, supongo que ha ido aumentando progresivamente desde que se han abierto las fronteras con Rumania, hay tanto en capital como en Poniente. Las brasileñas más de piso, y hay más aumento de las marroquíes, que por religión y por tal, ya sabes tú, que no son dadas a los club, estaban más en invernadero y tal, y ahora se ven más obligadas por la situación a ir a los club. Las nigerianas que encontramos nosotros son las que han conseguido salir de las mafias, entonces están más visibles, en club y calles, pero no tenemos tanto contacto con ellas; aunque si tenemos un grupo ubicado, no tenemos el acceso, ya sabes tú que están más en cortijadas. Las españolas en piso y algunas hay en algún club, pero vienen con otros problemas asociados: con violencia de género, no son tantas vamos, es un número... hay más desde que empecé aquí, pero tampoco es numeroso (Agente social, AIMUR).*

*Rumanas, rusas en pocas proporciones, sobretodo he notado mayor incremento de la población rumana en prostitución, digamos los casos así de especiales...Han sido de mujeres rumanas y jóvenes y también ha bajado la población rusa, que siempre digamos es la más predominante en esta actividad. Españolas también pero en poca proporción y también ecuatorianas, pero vamos, en mayor proporción la población rumana (Agente social, APRAMP).*

Las mujeres españolas de clase media, al incorporarse al mundo laboral, delegaron las tareas del cuidado del grupo doméstico a las mujeres migrantes principalmente, en el proceso de “sustitución” doméstico-laboral a escala global ya mencionado (Hochschild, 2000). En el ámbito de la prostitución, la proporción de mujeres españolas se redujo considerablemente, así lo evidencian los estudios en las diferentes comunidades autónomas: En la Comunidad Autónoma Madrid (Marcu, 2009; Corbalán, 2012); en Andalucía (Solana, 2003; IAM, 2005; Rodríguez y Lahbabi, 2005; Arjona, Checa y Acién, 2005; Acién, 2010; Majuelos, 2012; Solana y López, 2012); en la Comunidad Valenciana (Ortí, 2004; Serra, 2008; Sanchís y Serra, 2011), en la Comunidad de Cataluña (Juliano, 2004; Arella et al., 2007; LICIT, 2005; Pallarés, 2007; Holgado, 2008); en la Comunidad de Galicia (Oso y Ulloa, 2001; López Riopedre, 2012); en el Principado de Asturias (Fernández, 2011) y en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Emakunde, 2007).

*Doce años que trabajo en la prostitución: tengo 29 y antes no había tanta mujer extranjera; la mayoría eran españolas, había muy poco extranjeras: no había tantos pisos como hay ahora y no tiene nada que ver. Y las extranjeras principalmente estaban en las plazas (Eva, española, 29 años).*

La situación económica de España a raíz de la crisis económica desde 2008 en adelante está afectando a las mujeres autóctonas que, gracias a la movilidad social y laboral de las últimas dos décadas, habían alcanzado una mejor posición y estatus social. Según datos recogidos por el Instituto de Estudios Económicos (IEE), España se sitúa como “el país de la UE-27 con mayor paro femenino, con una tasa que en 2011 alcanzó el 22,2%, porcentaje que duplica al registrado en 2007, antes de la crisis y que supera en 12,4 puntos la media comunitaria, que se situó en el 9,8% a finales del año pasado”<sup>48</sup>. Esta profunda crisis económica está llevando a que las mujeres autóctonas encuentren en la industria del sexo una forma para paliar los efectos de la crisis económica en su grupo doméstico (como vía de sostenimiento para su grupo doméstico y paliar los efectos de la crisis económica). Aunque sigue siendo un bajo porcentaje, algunas mujeres españolas continúan ejerciendo la prostitución, como lo describen las agentes sociales de APRAMP y AIMUR:

*La mujer española, la mayoría de ellas ejerce la prostitución para drogadicción o sea, lo que ganan al día se lo gastan directamente en el punto de la droga y la mujeres inmigrantes pues no, muchas de ellas es para el cuidado de hijos, para subsistir, vamos, la principal diferencia es esa (Agente social, APRAMP).*

*Yo diría que se ha triplicado, pero aun así con el número de personas en prostitución española que vemos, no llega al 1%, sabemos que hay algunas por ahí en pisos, a donde no llegamos, pero en un mes podemos ver a 600, 700, 800 mujeres en pisos, club, calle y Transexuales (Agente social, AIMUR).*

La atención de la prostitución se ha centrado en las mujeres migrantes extranjeras y los estudios (IAM, 2005, EMAKUNDE, 2007) han obviado, hasta la fecha, la importancia de profundizar en los mecanismos de la movilidad social y laboral de las mujeres autóctonas, que ejercían la prostitución y han logrado posicionarse en ocupaciones ajenas al estigma social que inevitablemente conlleva la prostitución.

Durante los 4 años de realización de trabajo de campo en toda la provincia, en los diferentes escenarios de la prostitución, solo he encontrado 3 mujeres españolas en los mismos escenarios que las mujeres migrantes extranjeras. Una de ellas, Eva, española de 20 años, participa en esta investigación, tal y como quedó recogido anteriormente.

---

<sup>48</sup> Disponible en <http://www.europapress.es/economia/noticia-espana-cabeza-ue-27-paro-femenino-20120530123738.html>  
Accesado el 30/05/ 2012.

*Aquí en Almería, con María del Mar, conocí a una mujer brasileña que llevaba un tiempo allí, porque yo trabajaba de encargada, aquí en Almería. Trabajaba de encargada, ¿ya? Ahí yo tenía mi turno de 12 horas y de ahí yo me iba para mi casa. Recibir a la gente, atender a las mujeres en todo, contestar los teléfonos. Es lo que haces. Aquí me decían: “Si quieres, hazlo”, pero no me apetecía la verdad, y para el tiempo que era, la verdad es que me pagaban bien, así es que no me puedo quejar...Y aquí mismo conocí a una mujer brasileña y ella había estado en un club en Murcia mucho tiempo y tal, y bueno, me fui para allá. Dije, venga, vámonos a trabajar allí y me fui. Y como es la cosa, que al poquito tiempo hubo una redada y habían mujeres colombianas trabajando de camareras, ¿vale?, ¿Y qué pasa?, que no tenían papeles. Todas fuera. Entonces Sandra, que se llamaba esta mujer brasileña, pero no era el nombre de verdad, creo, eh, la conocían hacía mucho tiempo y había estado de encargada ahí también... pos’ (sic) me quedé de camarera. Como no había nadie, me ofreció el jefe y yo dije: “Vale”...y me puse de camarera. “Yo no tengo problema, he hecho de todo ya. He trabajado de todo: de limpiadora, de camarera, de todo. En hoteles, restaurantes, etc. (Eva, española, 29 años).*

Eva, en este fragmento de su experiencia en prostitución, nos detalla cómo las mujeres autóctonas no tienen problema de documentación que le ponga límites a su movilidad laboral, tanto dentro como fuera de la industria del sexo. Como ella misma lo expresa, ha sido encargada del piso, camarera y, si lo deseaba, ejercía la prostitución en escenario cerrado de piso o club. Esto último se les dificulta a las mujeres extranjeras migrantes al no poseer permiso de trabajo.

Eva nos relata cómo se ha sentido como mujer española en la industria del sexo actual, con mayoría de mujeres migrantes extranjeras presentes en prácticamente todos los escenarios:

*Te digo una cosa, muchas veces me he sentido yo discriminada. Y yo no creo que sea justo, porque yo no trato a nadie como diferente a mí. No trato a nadie de diferente manera y a mí sí me han hecho a un lado por ser española, para que veas, ¡en mi país! Para que veas. Me siento muy mal y aparte que tú te das cuenta, te das cuenta. En fin, que te hacen vacío, que te hacen de lado. Más allá de que hablen contigo o no hablen contigo, pero te das cuenta (Eva, española, 29 años).*

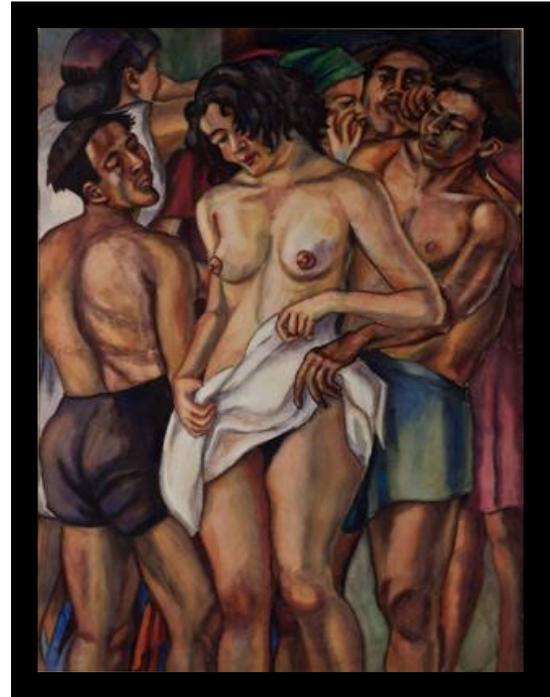
En relación con la población atendida por el programa de MDM en la provincia de Almería, las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, corresponden a los siguientes colectivos: mujeres de origen subsahariano (nigerianas y guineanas), mujeres de origen magrebí, mujeres de origen latinoamericano (brasileñas, ecuatorianas, venezolanas, colombianas, peruanas, paraguayas, argentinas) y mujeres de Europa del este, en su gran

mayoría rumanas; tal y como ya ha sido expuesto, ha disminuido la presencia de rusas en la provincia.

## 6.2. Trayectorias y redes migratorias

*Le pintaron el maravilloso viaje que  
le pintaban a todo el mundo en  
aquel tiempo para acá.*

Carmen, colombiana, 32 años.



*Friné o trata de blancas. Débora Arango.*

Dolores Juliano (2004) nos recuerda que “no es lo mismo trata de personas que prostitución, y que el tráfico de personas se incrementa cuando se ponen trabas a la migración legal, por lo que se puede decir que es la actual legislación sobre extranjería la que está favoreciendo la creación de grandes redes que se lucran con el tráfico de personas” (p. 50). Todo proceso migratorio está vinculado a las redes migratorias. Respecto a la tipología de las redes, a través de las cuales se produce la movilidad de las personas migrantes y el tráfico de personas, la autora apunta las siguientes: “Redes de tipo familiar, redes de tipo comercial y redes de tipo coercitivo: grupo de base étnica, tipo pandilla delictiva y tipo banda organizada” (p.50).

### 6.2.1. Redes de tipo comercial o redes de tráfico de inmigrantes.

Carmen, mujer colombiana que lleva 10 años en España, relata en su historia cómo su hermana, primera familiar en llegar a España, le abrió el camino al ejercicio de la prostitución. Ella llegó a través de una red organizada de tráfico, tras pagar una importante cantidad de dinero para entrar a España y facilitarle el trabajo en prostitución, de modo que Carmen sí conocía la naturaleza de su trabajo:

*Yo te hablo de los veintidós hasta los veinticinco años que mi hermana se vino para España. Y ya cuando mi hermana se vino para acá, pues porque ella viviendo en la casa quedó embarazada de un muchacho de por ahí -usted sabe que a uno se le prenden los vagos de por ahí-, y pues la situación era muy difícil porque mi mamá trabajaba allá en Buga [...] Y ya, cuando nos dimos cuenta, fue como a los siete meses que mi hermana estaba embarazada. Luego, quedó embarazada de ese niño... pues ya la situación de mi hermana... A mi hermana le tocaba estudiar de noche y salir de día a trabajar de lo que hubiera. Y ya mi mamá trabajaba, yo trabajaba... Hasta que mi hermana, creo que a los cuatro años, volvió a quedar embarazada. Entonces, al ver esa situación, a mi hermana le pintaron el maravilloso viaje que le pintaban a todo el mundo en aquel tiempo para acá. ¡Pues váyase para allá, que allá se va a enriquecer y páguenos a nosotros! Creo que pagó quince millones de pesos. Hombre, en aquel tiempo lo maravilloso era que aquí en España la plata estaba tirada por el suelo, que usted iba a ir a trabajar en prostitución, a mi hermana le dijeron en eso... Pero que eso mismo llamaba la plata y pues... pues desafortunadamente la vida para nosotras, no fue como para yo decirle a mi hermana: "¡No! Pues quédese que yo le ayudo". "No... yo le ayudaba en lo que podía, pero la idea exactamente fue de ella. Se vino para acá. A Valdepeñas creo que llegó ella (Carmen, colombiana, 32 años).*

La experiencia de Carmen da cuenta, entonces, de cómo muchos de los procesos migratorios de mujeres migrantes extranjeras también son procesos donde prima la voluntariedad y en los que la red de tráfico es el medio para conseguir el fin: entrar a España. Desde el momento de la preparación del viaje, su tía, su hermana y ella misma eran conecedoras de la actividad a realizar una vez en Europa y asumieron las consecuencias que esta modalidad de entrada a España incluía. Es importante anotar que la madre de Carmen, según su relato, también ejercía la prostitución en Colombia para sostener a su familia: "La situación era muy difícil porque mi mamá trabajaba allá en Buga, y mi mamá trabajaba en una residencia. En ese tiempo le llamaban residencia a esos sitios de mala muerte". El proceso migratorio, entonces, no supuso un cambio de ocupación para las mujeres de su grupo doméstico, pero sí un cambio significativo en relación a los ingresos económicos, realizando la misma actividad.



La deuda económica que adquieren a través de las redes de tráfico de inmigrantes es pagada con el trabajo en la prostitución. Antes de 2008, las personas en prostitución percibían importantes cantidades de dinero, parte del cual se destinaba al patrocinio de los proyectos migratorios de otras personas de su grupo familiar; a diferencia de las redes organizadas coercitivas, las redes de tráfico de inmigrantes pueden o no contribuir a encontrar un puesto de trabajo en la industria del sexo o en otra actividad, pero no existe la trata como tal, debido a que las mujeres eran conocedoras de la actividad que venían a realizar en España, sin que —a priori— se presentaran elementos de intimidación, fraude o engaño.

*Mi hermana ha estado trabajando en el sexo desde que llegó a España. Y pagó la deuda a los dos meses...A los dos meses pagó quince millones de pesos, después me vine yo a los cinco meses. Y mi hermana me dijo, como faltando ocho días para el viaje, que dizque...: "Yo me voy"; "¡Uy!, ¿Cómo así?", "¡Sí! Yo me voy, pues porque aquí la situación está muy difícil con los niños, mi mamá". Y entonces mi hermana me dijo: "Usted tranquila que yo le ayudo". Entonces mi hermana se vino. Mi tía se vino primero a España, ella llegó directamente a trabajar de camarera al club, pero hubo otra persona que contactó a mi hermana, y eso. Pero por lo menos se veía el apoyo de mi tía aquí. Mi hermana, como a los dos meses, me dijo que ya había pagado la deuda, que me iba a regalar una moto. Entonces yo le dije: "¿Para qué me va a regalar una moto?, ¿Por qué no se viene?"... Porque yo como le digo, yo quería mucho a mi hermana, ¿no? Y yo le dije: "¿Porque no viene?", "No nena, porque aquí está la plata". Entonces ella me mandó, como a los cuatro meses, me mandó para una moto y yo con la plata de la moto me fui y me compré el billete. En ese tiempo uno entraba fácilmente. O sea, la plata que me mandó ella para la moto, yo me fui para Avianca, compré el billete y ya le dije a mi mamá: "Mami, me voy". Sí, me vine para acá y...Pues sí...fue un tour por todo lado, para poder entrar acá porque por ese tiempo que entrabas por Paris, por Suiza, por todo eso (Carmen, colombiana, 32 años).*

Carmen llegó a trabajar a un club del Levante almeriense en el que trabajaban su hermana y su tía materna. Asimismo, fue consolidándose una red familiar para facilitar la entrada de otras mujeres de su entorno -entre ellas su pareja-, no solo al país sino también a la industria del sexo mediante la prostitución. Así lo relata Carmen:

*Yo me traje mi pareja acá a España, porque yo solamente pensaba que iba a poder tener una relación con ella acá libre. Pero cuando ella llegó acá, pues yo, ya me vi en la situación: ¿Ella en qué iba a trabajar? Pues resulta que, normal, yo tengo compañeras de trabajo... y en Huércal-Overa hay dos clubs que son cerca. Pues resulta que una compañera mía*

*llegó y le dijo, eso fue a los dos, tres días, yo no fui a trabajar esos tres días, le dijo: “Bueno... -ella se llama Luisa-, bueno, Luisa, entonces pues como Carmen trabaja en este sitio, entonces usted trabaja en el otro (Carmen, colombiana, 37 años).*

## 6.2.2. Redes de tipo familiar, redes de vecindad.

Algunos proyectos migratorios, como el que nos relata Marian, mujer brasileña que lleva en España 4 años, se realizan a través de una red migratoria informal de “vecindad” que organiza todo su viaje a España. La vulnerabilidad ante la situación familiar y personal frente al grupo doméstico del que es “jefa de hogar”, con dos hijas y sin el apoyo de su esposo, motivan a Marian a emprender su proyecto migratorio.

*Cuando lo dejé, yo sufrí mucho 8 meses, porque yo sabía que si me iba a la ciudad donde estaba él, me quedaría con él, y por opinión mía, me quedé ahí por 8 meses hasta olvidarlo, y cuando ya sabía que tenía olvidado a él, me fui, de nuevo a casa de mi madre y de mi padre, en la ciudad, y vivía con mis dos hijas. Y hablando por teléfono con una tía, me dijo: “¿por qué no te vas a España, a trabajar en España? Porque tengo amigas que están en España y están muy bien. Yo nunca había hablado con una persona que hubiera venido a España, escuchaba que una conoce a una que se ha ido, pero con esa persona nunca hablé. Escuchaba que estaba bien, que se hacía la vida, que se trabajaba mucho, pero se hacía la vida. Siempre decían... que haciendo limpieza, en un restaurante lavando los platos... escuchaba hablar (Marian, brasileña, 32 años).*

Este tipo de redes se fundamentan principalmente en la confianza depositada en las experiencias migratorias positivas previas de otras personas. Marian confiaba en el relato que le llegó de su vecina, a la que no conocía personalmente, aun viviendo a pocas calles de su casa en Brasil. Se constituyen así *cadena migratorias* cuya función principal es posibilitar el ingreso al país receptor, donde las personas participantes de la cadena aportan dinero y contactos para la llegada al país y el posterior proceso de acogida y adaptación. La experiencia de Marian ilustra diáfano el funcionamiento de dichas *cadena migratorias*, las cuales, debido a su informalidad, pueden romperse en cualquier momento y dejar en la encrucijada a las personas que las utilizan.

*Tenía una vecina que había venido, y a esta vecina le presté dinero para que viniera, justo lo que tenía yo, por eso tuve que trabajar más de un año, por eso el marido de ella ha venido primero, y luego ha venido ella, que le he prestado yo el dinero, pero hablaba*

*después: “España está muy mala, España está muy mala, yo te digo la verdad, si tú quieres no me crees y quieres venir [...] Pero yo pensaba, no. Yo tengo mucho esfuerzo por buscar trabajo, porque en Brasil yo siempre he conseguido el trabajo que quería (Marian, brasileña, 32 años).*

En su testimonio, Marian relata cómo, gracias al apoyo familiar, puede encontrar trabajo en Brasil en puestos de trabajo que también realizará al llegar a España: cuidado de ancianos, limpieza de casas, operaria en fábrica y otras actividades laborales que le permitían sobrevivir. A pesar de la situación económica de Brasil, ella consideraba que tenía suerte en el momento de buscar trabajo, lo que le permitió utilizar el dinero no solo para su propio proyecto migratorio sino para la subvención de otras personas:

*Primero se necesita trabajar y tener dinero, porque yo sabía que tenía que tener dinero para entrar a España. Hay que trabajar antes, ahorrar dinero antes, para comprar dinero, porque para entonces yo empecé a trabajar para tener el dinero, porque si no había que hacer un préstamo y a mí no me gustan las deudas, y luego no sabía yo si entraría, si pasaría para trabajar y pagar esto y cuidar de mis hijas. Yo trabajé por un año o dos en Brasil, por eso reuní el dinero, tenía 5000 mil reales serian en euros, menos de 2000 euros [...] Si ahora tuviera ese dinero, yo no vendría, no. Porque me pasó mucha cosa, yo veo que cambió muchas cosas dentro de mí, como persona, me cambió mucho (Marian, brasileña, 32 años).*

Las paradojas de la globalización y de las relaciones transnacionales se evidencian en la historia de Marian. Ella, sin conocerla -pese a vivir cerca de su casa en Brasil- ayuda a la familia de su vecina a trasladarse a España. La larguísima jornada laboral de Marian en el Brasil le impide conocer a su vecina en su ciudad de origen, y es en España donde el vínculo de vecindad se fortalece y empieza a recibir los beneficios de la inversión económica que realizó a nivel local.

Era mi vecina de 8 años pero yo no la conocía. Porque yo salía de casa a las 6 de la mañana para trabajar, y llegaba a las 8, yo vivía en una calle y ella en otra en Brasil y ella me ha recibido en España, y empecé a buscar trabajo. Yo traje conmigo 1.100 euros, que son 3.000 reales; con 2000 compre el billete y los otros que tenía, pero eso en reales, te digo, 3000 reales, cambie en euros que me salían 1.111 en euros. [...]. Yo tampoco me vine así, me entiendes, porque yo pensaba... si no me va bien con esta mujer, me salgo a una habitación con otra persona, pero yo no hablaba español, era muy difícil. Entonces llegué a la casa de ella, y yo pagaba una habitación que no era una habitación: era un sofá; dormía en un sofá y tenía mi ropa en la maleta...con lo que me debía a mí y no fue capaz de decir: “mira, vas a vivir aquí, descuenta lo que te debo yo”. Yo pagué lo que tenía que pagar, que eran 80 euros, salió 85 más la comida, la comida cada

*semana, hacían la compra y partían. Y ahí me quede buscando trabajo, buscando, buscando; y ahí me enteré que no era como pensaba yo. Como en Brasil, que allí me conocía la gente y tenía trabajo, aquí nadie me conocía, y no tenía trabajo para lo que estaba aquí. No sé, otra tontería que hice yo, porque mi amiga me dijo: mira aquí se vende papeles para trabajar. Tu compras un papel como si fuera tu DNI de Portugal y hace una hoja con tus datos, un “currículum” y lo dejas en un sitio para que te llamen (Marian, brasileña, 32 años).*

Las cadenas migratorias posibilitan el acceso al país receptor pero la información real de las condiciones macro-sociales del mismo y las dificultades de integración *reales*, generalmente son desconocidas para las personas migrantes. En este fragmento, Marian desgrana numerosos elementos de su itinerario migratorio y describe las dificultades en el proceso de adaptación - la principal de ellas, el idioma-, la ausencia de redes sociales y capital social que antes tenía en su país de origen y ahora debe volver a construir y consolidar; la dificultades administrativas, esto es, la necesidad de poseer un permiso de residencia y de trabajo que le permita acceder a una actividad laboral en igualdad de condiciones con la población autóctona, etc. La angustia generada por estas dificultades y la voluntad de no ver frustrado su proyecto migratorio la llevan a realizar actividades ilegales que, en vez de propiciar el acceso a los recursos sociales, laborales y sanitarios, le dificultan aún más su situación, aumentando su vulnerabilidad vital y reduciendo sus opciones, lo que la conducirá al ejercicio de la prostitución.

*Si, gasté la mitad de lo que tenía en este papel, que era una mentira, porque el papel tenía un nombre que no era el mío; entonces me empezó a cambiar toda mi vida, con cinco días que llegué me enteré que estaba embarazada de nuevo. Sí, pero no valía (el papel), eso fue una forma de quitarme dinero. Porque yo hice eso, pero si la policía me coge ¿qué? Yo como no conocía de nada y estaba loca por trabajar pues lo hice (Marian, brasileña, 32 años).*

### 6.2.3. Redes migratorias coercitivas de tipo familiar.

Siempre que se escucha hablar de trata de personas con fines de explotación sexual aparece en nuestra mente la imagen de un grupo organizado delictivo. En esta investigación hemos encontrado cómo surgen redes migratorias coercitivas de tipo familiar, de manera que, principalmente en mujeres procedentes del continente africano y de Rumania, el grupo doméstico es el contexto donde se inicia el proceso de trata con fines de explotación sexual. Dos historias migratorias dan cuenta de esta situación:

*Yo no sabía nada de España, solo sabía que mi prima estaba en España, manda ropa, manda dinero, construye casa para la familia y luego: ¿Qué pasa?...Un día me dice: “quiero que tu vengas a España” y yo le dije: ¿Para venir a ser qué?, ella dice: “Para que tu vengas a estudiar, para que tu vengas a buscar buena vida, aquí la gente buena vida, se puede ganar más dinero que en Guinea”, yo le digo: yo no quiero dejar a mi novio, quiero estar con él. [...] Su hija me dice: Si yo voy a España, pero yo digo no voy a España, porque yo escucho la vida que la gente vive allí y luego ella me dice: ¡Si tú no marchas a España, tu novio, Carlos, tiene que darme 3 millones de francos! por casarme, para que yo voy con él para siempre, me está vendiendo, hasta mis huesos, todo, para que no me vea más. Yo le digo: vale, me voy a ir. Mi prima mandó dinero, me pidieron el visado como para venir de vacaciones, mi prima pagó el pasaje todo y cuando vine les devolví ¡TODO! Yo no sabía que ese dinero era negocio, yo no sabía que era negocio. [...] Carlos no sabía nada, cuando llegué aquí, estuve en casa llorando, cuando lo llamé y me dice: ¿Por qué tú estás llorando si estás en buena vida?... ¡Qué! Me están preparando como cuando yo estuve en África, en casa sin salir; una semana después, me llevó a una tienda a comprarme ropa y me llevó a club en Madrid, donde está la plaza de toros las ventas, y al entrar ¡Uff! un aire [...] ¡Madre mía!, me había dicho que me va a llevar al trabajo, donde ella trabaja restaurante, pero me mentía...Era un club de mujeres (Angue, guineana, 32 años).*

Angue describe cómo las mujeres en África –especialmente en su país. Guinea Ecuatorial– son propiedad de los varones. Ante la ausencia de estos, son las figuras femeninas de más edad y mayor estatus familiar quienes ejercen la autoridad sobre las niñas y mujeres jóvenes; subordinadas a éstas, deben cumplir la voluntad de la matrona familiar. Es así como se perpetúan las cadenas de explotación que se inician al interior del grupo doméstico.

La violencia y el miedo son instrumentos de control de las mujeres explotadas sexualmente por sus familiares, tanto en su país de origen como en el país receptor. En el caso de Angue, sin deseo de iniciar un proyecto migratorio, dependía de que su pareja en África pagara a su tía materna una cantidad de dinero por su libertad, es decir, ella no era dueña de su propia vida y destino. Esto no fue posible; su prima la trae a España e inicia la explotación sexual y la adquisición de una deuda que ella no decidió asumir:

*Yo llegué en 1999 a España, Mi prima pago el pasaje todo y cuando vine les devolví ¡TODO! Primero el billete yo les pagué 500 mil pesetas, 500 mil pesetas por el billete, y 400 mil pesetas por el visado y 800 mil para carta de llegada, todo eso, ella no calculó, ella dijo, dame tres millones de peseta, y ya te dejo en paz: Porque yo he hecho esto, he hecho esto, he hecho esto... (Angue, guineana, 32 años).*

Tres millones de pesetas que, en 1999 equivalían a 18.000 euros (más el encarecimiento de la vida) es el dinero que Angue, como víctima de la violencia física y psicológica de su prima, tiene que pagar con su cuerpo. La situación de intimidación se prolonga en el tiempo, aún después de pagar la deuda por su viaje y, a pesar de permanecer 13 años en España, Angue no tiene permiso de residencia ni de trabajo y, como ella misma describe- esta situación la deja fuera de la ciudadanía y del beneficio de derechos:

*Un día, el padre de Carlos me coge y me lleva a su casa y me dice: “Hoy tú ya no vas con tu prima, ¡te quiere matar!, una mujer como tú, tú puedes trabajar en Burger, camarera, o peluquería”, porque yo se cosas de peluquería, todo...Una vez cuando me escapé de ella, va a casa de ese chico y lo insulta. Otro día me pega, coge el palo de escoba me da en la cabeza, otro día me rompe el brazo... Me fui a denunciarla, me fui a la policía y les dije: ¡Ella me lleva a un sitio para coger trabajo!, ella dice a la policía que yo miento, como ella tiene papeles, puede decir cualquier cosa (Angue, guineana, 32 años).*

Durante todos los años que vivió explotada sexual y económicamente, todo el dinero que ganaba era recaudado por su prima:

*Le tenía que dar todo porque era como mi cajero, cogía todo, yo no cogía nada, ni el teléfono; si un hombre me daba un teléfono o propina, ella cogía todo, cuando yo quiero llamar a mi tía para explicarle, ella dice: ¡Aquí no se llama a nadie! Trabaja y punto (Angue, guineana, 32 años).*

Después de muchos años de explotación, Angue puede pagar la deuda que la sometía a la violencia física y psicológica, se libera de su prima pero no de las consecuencias de tantos años de explotación sexual al servicio de su familia:

*Ella quería matarlo, hacerle daño, si yo no le pagaba todo lo suyo. Si yo le pago todo lo suyo me va a dejar libre, Giordano le dice: “vale no pasa nada, lleva a tu hermana, mátala, cómela, véndela, cocínala y luego tú vas compartiendo carne en todos sitios”. Cuando me salí con Giordano yo ya estaba embarazada. Giordano le dijo: “Lleva a tu hermana, hazle lo que tú quieras, dios te va a cobrar todo esto algún día, tú le estás haciendo a esta niña mucho daño.” Luego yo fui y me puse a trabajar, le doy dinero, le doy, y cuando ya tenía mucho, llame a la gente mayor de Madrid. Toma tu dinero déjame en paz, me voy a mi vida, déjame tranquila, aquí en España los demás disfrutan, pero yo estoy como en la cárcel. Luego me fui de ahí, me fui de Madrid a Logroño. (Angue, guineana, 32 años).*

Roxana, mujer rumana, nos describe cómo toma la decisión de realizar su proyecto migratorio. Es el novio de su prima quien le facilita viajar a España al ofrecerle un puesto de trabajo como camarera en un (supuesto) restaurante:

*Yo soy de Slatina, cerca de Bucarest a unos 300 km; vine a España porque yo escuchaba que se ganaba dinero, que se está mejor aquí en España. La decisión de venirme fue mía, a mis padres no le gustó pero... me vine con una prima y su novio. El novio de mi prima me pagó el viaje, 100 euros, por el viaje en autobús que duró 3 días de Rumania acá Almería, llegamos al parador. Y cuando llegué me fui a trabajar a un club; el novio de mi prima me había dicho una cosa y al final era otra. Me había dicho que era para trabajar en un restaurante. Yo estuve 3 días y a los 3 días me marché de su casa. Yo estaba pensando, si trabajo en un club, yo trabajo para mí, no trabajo para otra persona. Yo no sabía hablar muy bien español, entonces me quede en un club con plaza; entonces me quede allí y aprendí hablar más español cuando he visto que tengo dinero y sabía hablar español y eso, me alquile un piso (Roxana, rumana, 29 años).*

En el caso de Roxana, al encontrarse sola en España, sin redes de apoyo sociales ni familiares, decide volver al club que era el único lugar donde podía estar y realizar una actividad que le generaba dinero para subsistir; mientras aprendía el castellano y conocía el funcionamiento de la ciudad. Se acogió a esta opción antes que a la de vivir en la calle o tener que volver a su país. Como ella, se encuentran muchas mujeres migrantes extranjeras que llegan a España. Su primer contacto laboral, social y económico, sucede a través de las redes de tráfico y de trata con fines de explotación sexual. Al no saber dónde acudir y encontrar dificultades administrativas, el escenario de prostitución donde se encuentren constituye el escape ante la vulnerabilidad personal y social en la que viven. Esta situación es confirmada por los diferentes agentes sociales que trabajan con estos colectivos, quienes describen también cómo la intimidación o el miedo a la deportación son armas que utilizan los proxenetas, las redes coercitivas familiares y los demás explotadores para lucrarse del ejercicio de la prostitución de estas personas.

*Sí, hemos encontrado, sí, algunas han denunciado y otras que han denunciado a los chulos y, cuando la policía investiga que es verdad, porque las mujeres se ratifican en la denuncia. Las mujeres tienen mucho miedo, necesitan quitarse esos miedos, no creerse esas falsas amenazas y denunciarlas simplemente; luego las mujeres ven que enseguida salen los chulos de la prisión y eso no les da ninguna garantía. A mí me llamó mucho la atención el caso de una mujer rumana, que me dijo: “He tenido que perder a toda mi familia, porque yo denuncié a mi pareja, he perdido el estatus con mi familia, al denunciarle por malos tratos” y que la obligaba a prostituirse. Es muy común en las rumanas que sean sus propios familiares quienes las obliguen a ejercer la prostitución; yo*

*no sé si son familiares, pero si vamos a llamarlos familiares. Ellas dicen que sus parejas y las engañan, ellos le van haciendo el camino para venirse a España y luego, se dan cuenta que se han quedado sin novio. Él le preparo toda la cadena para llegar y ejercer (Agente social, Proyecto Encuentro).*

Las redes coercitivas familiares no sólo operan en el país de origen sino que se instauran también en el país de destino, reproduciendo esta explotación y limitando las posibilidades que niñas y mujeres migrantes puedan tener en un contexto como el español. De manera desesperada, Angue narraba la situación de mujeres jóvenes de su grupo familiar emigrado a la zona de Roquetas de Mar, en Almería.

*Si las traen sus familias, la que es mala como mi prima, sí. Por amor, por corazón por ayudar a su familia. Mi sobrina está en Roquetas. Alexandra ahora mismo yo te llevo allí, mi sobrina tiene 15 años, su madre le dice: “Que se busque la vida, follando a los viejos mierda de Roquetas”, ¿entiende?, Una niña bonita, que puede estar estudiando, como todos los niños de Guinea, pero mi hermana, es tan mala que es capaz de ir a los cementerios y sacar los huesos para vender y tener dinero. Dinero, dinero. Tú ves la niña y esta así, así, como una vieja. Su madre la obliga, 10 mil euros, 7 mil euros. [...] Si a su propia hija 7 mil euros, tú crees que a tu propia hija, que la has llevado en tu vientre nueve meses, que a veces, te duele, te da dolor, tu sacas a esa persona, y luego lo que le enseñas es vender el cuerpo para vivir. Yo digo al juez: el día que voy a tener papel, voy a gritar en la calle (Angue, guineana, 32 años).*

En la industria del sexo de Almería se encuentran menores explotadas sexualmente por redes de trata. En estos años de experiencia con los diferentes colectivos, dos han sido las ocasiones en que el equipo de MDM ha identificado en la provincia a niñas de origen rumano y nigeriano. La ley, además de la ética, es contundente ante este hecho: el deber es denunciar a las autoridades competentes para que se hagan cargo de los menores. En 2009 identificamos una menor rumana en un club que tenía falseada la fecha de su nacimiento; tras realizar el proceso de identificación, después de dos semanas, regresamos al club. Las mujeres nos informaron que la policía había realizado una redada y la menor había sido retirada del club. En la zona de Cuevas del Almanzora, en el asentamiento de inmigrantes identificamos a la segunda menor, esta de origen nigeriano. Le brindamos toda la información y posibilidades de salir de la red pero la menor negaba tener 16 años; a la semana siguiente, ya no la encontramos. Pasados dos años, en una cortijada de Campohermoso, la encontré de nuevo; aún no tenía pasaporte ni tarjeta sanitaria y seguía prostituyéndose en las mismas condiciones. Entonces ya tenía 18 años.



La identificación de víctimas de trata con fines de explotación sexual es un proceso difícil de realizar, principalmente porque las víctimas no denuncian a sus tratantes y explotadores, ya que se encuentran indefensas y constreñidas por el temor ante el daño que pueden hacerle a ellas, a su prole y resto de familiares, ya sea en el país de origen o destino. Aunque los agentes sociales de las diferentes asociaciones tengan claro los signos que dan cuenta de una situación de trata, cuando una persona es víctima de trata y explotación sexual, la Ley establece que, si no es la víctima quien denuncia, no puede romperse la cadena de explotación. Tampoco existen garantías reales que protejan a las víctimas de trata y explotación sexual. Los protocolos de protección son letra muerta en la gran mayoría de casos, los recursos económicos y sociales son escasos y la protección de la víctima de trata y explotación sexual, en muchas ocasiones, tiene que ser realizada por las organizaciones sociales; que lideran estos procesos, y siempre con escasos recursos.

Entre los colectivos de las mujeres subsaharianas, magrebíes y rumanas existen mayores posibilidades de encontrar mujeres víctimas de trata y explotación sexual. No es cierto que la inmensa mayoría de las personas que ejercen la prostitución sean víctimas de trata, pues prostitución no es igual a trata, aunque los escenarios de prostitución se alimenten de estas redes mafiosas. No hay cifras que demuestren que “todas” las personas son víctimas de trata pues no existe una voluntad política de perseguir este delito con el rigor que se requiere (Maqueda, 2009), por lo que siguen siendo las organizaciones no gubernamentales las que enfrentan la tarea, en ocasiones sin el apoyo de las autoridades y entidades públicas que deberían liderar el proceso de identificación y posterior protección de las personas víctima de trata y explotación sexual.

Angue, se convirtió en una informante clave para el equipo operativo de MDM. Gracias a su experiencia personal y a la relación permanente que tiene con mujeres de origen nigeriano y ecuatoguineano nos ilustró acerca del funcionamiento, el sometimiento, la explotación y demás vejaciones a las que son sometidas estas mujeres en la provincia de Almería:

*Un amigo mío, el que me llama aquí ahora, su hermano abre ese bar, él me dice: “ve allí, todas son nigerianas, hablan inglés, tú español, no te van a molestar; me trae allí, con las nigerianas. Él me dice: “Aquí una mujer nigeriana, lleva aquí muchos años y tiene papeles, marcha a Nigeria, coge mujeres, compra mujeres como esclavas Las trae a Marruecos, o a Libia, o a Senegal, las deja allí; viene un barco o ella marcha con ellos, coge un papel, 50 mil euros, 60 mil euros, 70 mil euros, 80 mil 100... La misma mujer les cobra a las mujeres. Sí, como un jefe, un negocio. [...] Si, ellas sí que saben a lo que vienen, como debe ser, llegan en Patera, patera, o él marchan allí y coge un papel con firma (Angue, guineana, 32 años).*

Las mujeres nigerianas que ejercen la prostitución en las cortijadas deben entregar semanalmente de 300 euros; las condiciones de habitabilidad son precarias, viven hacinadas en cortijadas sin agua potable; los cuartos en los que ejercen la prostitución no poseen ventilación y son poco higiénicos, además de la inadecuada alimentación. El dinero que recaudan a través del ejercicio de la prostitución es destinado a pagar la deuda adquirida para venir a España, sin que puedan hacer uso de este para otros gastos personales o familiares.

*¿Qué les queda a ellas? ¡Ja ja ja! ¡Nada, tú tienes que trabajar obligatorio! [...] Las mujeres tienen miedo; tienen que pagar 50 cada día, para su jefe 300 cada semana, y los sacan del bar. Yo tenía que dar en el bar 50 euros diarios, diarios. Yo a la semana yo puedo ganar 200 euros para mí; algunas semanas yo estoy en mi casa en Vera, me tiro unas dos semanas allí (Angue, guineana, 32 años).*

La atención continuada a estos espacios de prostitución por parte de las diferentes asociaciones, ofreciendo los diferentes servicios sanitarios y sociales, son el único contacto que tienen las mujeres migrantes extranjeras que ejercen en estas condiciones. El equipo de MDM, del que yo hacía parte, en una de las visitas a un cortijo en el municipio de Campohermoso, sufrió la agresión de un varón nigeriano; al acercarnos a la cortijada para saludar a las mujeres y ver las condiciones de ejercicio de prostitución, limitó el acceso al equipo con un cuchillo en su mano, mientras, de manera desafiante, gritaba en inglés: *¡Stop, can come up here!*, Atender a estos colectivos en dichos escenarios también constituye un riesgo para los profesionales y voluntarios que intervienen, como ha sido descrito. El equipo de MDM en Almería ante dicha circunstancia estudia la situación y, con la precaución necesaria en estos casos, pasados veinte días, retorna al lugar para continuar con la escucha de las necesidades sanitarias y sociales de las mujeres. Al plantearle a Angue (que en ese momento ejercía en el mencionado cortijo) que, tal vez, no regresaríamos si las condiciones de seguridad no se daban para el equipo, su reacción fue la siguiente:

*¡No, no, no! Tú sabes, eso es para ayudarlas, ellos no tienen derecho a sacar una navaja. Ellos las mantienen con miedo, Yo les dije a vosotros: “ellas tienen miedo”. Ellos tienen miedo cuando ven a vosotros, piensan que con vosotros las mujeres van a hablar, van a hablar, quieren hablar. Tienen miedo, mucho miedo, les dicen primero que no hable, de cómo han venido aquí, como llevan la vida aquí, ¿entiendes? Si dicen yo estoy como esclava, ayudarme, tú vas a llamar la policía, viene allí, lo pilla y lo saca, ¿entiendes? Si ellas su madre, su familia ha cogido dinero de jefe, tiene que pagar obligatorio. ¡Uff! Mucho, mucho....Cincuenta mil euros, tú lo puedes sacar allí toda la semana, ¿Cuándo vas a tener 40 mil euros follando? (se ríe) No comen, no ponen ropa, ¿tú has visto la ropa?, están así temblando. [...] Alexandra ¿cómo, cómo, cómo? Cómo va a comprar, primero*

*comer, ¿cómo va a comer? Un plato de arroz para 4 personas, un pescado, lo cortan trocito, trocito, trocito. Porque si saca 10 euros, le quedan 290 euros para pagar al jefe, si no pagan la cogen y la llevan a otro sitio, o la ponen en la calle, las mueven; si no trabajan allí, la llevan a la calle, la tiran a la carretera (Angue, guineana, 32 años).*

El miedo es un sentimiento latente que percibimos al estar en contacto con este colectivo de nigerianas en las cortijadas o “bares-cortijos”. La intervención con ellas se dificulta por la desconfianza que padecen, les cuesta manifestar sus necesidades personales y sanitarias. Generalmente no poseen ningún tipo de documentación, cambian de nombre constantemente; dependiendo de la zona de la provincia donde la encontremos, un día puede llamarse “Beauty” y, a los dos meses, “Happy”, lo que dificulta aún más el seguimiento de su salud. El idioma es fundamental para poder llegar a ganar su confianza: muchas saben castellano, pero prefieren comunicarse en inglés. Los 3 años de observación participante, las charlas informales, la atención dentro del programa de reducción de daños y las entrevistas realizadas en profundidad para esta investigación me permiten constatar que las personas que ejercen la prostitución no permanecen más de dos meses en un mismo escenario de prostitución; más aún, como estrategia violenta, las mujeres víctimas de trata y explotación sexual son movilizadas por las redes mafiosas para prevenir que se vinculen con alguna asociación o con alguna persona que pueda facilitarles la salida de la red de explotación.

#### 6.2.4. Redes coercitivas de trata y explotación sexual.

Las redes de trata y explotación sexual se alimentan de la debilidad o inexistencia de grupo doméstico en los países de origen, donde las mujeres y población infantil son los más vulnerables a este tipo de explotación. Mary, menor de edad, de origen nigeriano, fue derivada a MDM para atención psicológica debido a que había sido rescatada de una red de trata de mujeres con fines de explotación sexual en la provincia de Córdoba. Con 16 años relata su dramática experiencia, que va haciendo consciente a medida que realiza el proceso de terapia. Su historia personal da cuenta de cómo la disfuncionalidad del grupo doméstico es utilizada por las redes organizadas de tráfico y trata que captan a estas personas en los países africanos. Mary, la tercera de 6 hijos, nacida en Edo, un pueblo nigeriano y perteneciente a la etnia Uromi, solo recuerda vagas imágenes de su madre, quien abandonó el hogar y dejó a sus hijos con el padre, unido a otra mujer.

*Mi madre se fue de casa cuando yo tenía 6 años. Yo no la recuerdo, mi padre nos dijo que nos abandonó a mí y a mis 6 hermanos. Él se casó de nuevo con otra mujer, pero ni él ni ella nos atendían; yo me fui para el poblado vecino donde tenía una amiga en la escuela, ella me llevo a su casa, allí estuve con ella hasta que su familia me dijo que ya no podían tenerme. Tenía 13 años, creo. Como me tenía que ir de su casa, mi amiga Jessica me dijo que nos fuéramos juntas; entonces un hombre nos dijo que podríamos venir con él a España para estudiar y trabajar empacando tomates, y nos fuimos con él (Mary, nigeriana, 16 años).*

Ante el abandono de su familia, las niñas creyeron al hombre que inició con ellas una larga travesía por varios países africanos. Mary no era consciente del proceso migratorio que estaba llevando a cabo; ella solo quería ir a la escuela. Su viaje hasta Europa, de varios meses, es narrado así por Mary:

*De Urumi salimos en coche, atravesamos gran parte de África. En diferentes países y en cada lugar el hombre recoge personas; yo veo que ellos pagan a él. Éramos como 25 personas en una camioneta, solo nos daban pan con agua. Luego llegamos a Marruecos; allí nos dejaron varios meses hasta que nos llevaron a Nador y cruzamos el mar en una patera. ¡Muchos, muchos en la patera... 75 o más!, nos dijeron que éramos familia si nos cogía la policía (Mary, nigeriana, 16 años).*

Mary no es consciente del viaje que ha realizado, del tiempo que ha empleado en todo el recorrido, de los países que han cruzado; solo destaca que pasaron mucha hambre y calor. Siguiendo su relato, en Marruecos, cada mujer y niña era entregada a un varón, “un novio”. Cuando llega en patera a la costa de Almería en patera en 2008, Mary contaba 14 años de edad.

*En Marruecos nos llevaron a un pueblo, no recuerdo el nombre. Allí nos llevaron a un lugar y nos dijeron: “en esta habitación hay un hombre para ti, que te da casa, comida y te protege de los otros hombres”. Allí en Marruecos cada una tiene un novio que no elegimos; era a dedo y cuando tú dices; ¡no!, pegan a la mujer, te amarran de las manos y te ponen al sol dos horas si no quieres irte con el novio. Y si dices sí, te llevan al cuarto con un hombre mayor. Mi novio tenía como 30 años y yo tenía 14 años, y esa fue la primera relación sexual. Habían muchas niñas en embarazo; yo tuve un embarazo en Marruecos, ellos me dieron pastillas para botar bebe, el mismo hombre con el que vivía. En Marruecos estuve dos meses (Mary, nigeriana, 16 años).*

Aunque el relato es desgarrador, ella ha intentado quitarle peso afectivo a los recuerdos. El proceso de trabajo con Mary, otras mujeres migrantes extranjeras y también autóctonas, en menor medida, es acompañarla en su propio proceso, y comprender y simbolizar sus experiencias traumáticas frente al delito del que han sido víctimas para poder enfrentarse a las consecuencias de los hechos traumáticos que han experimentado. En muchas ocasiones desconocen que todo el proceso de trata con fines de explotación sexual es un delito penado en los países receptores, también en España. Con 14 años Mary ya ha sido víctima de explotación sexual, de abusos sexuales, vendida al mejor postor y sometida al ejercicio de la prostitución en diferentes provincias españolas, entre ellas: Barcelona, Ibiza, Málaga y Córdoba. El inadecuado funcionamiento de los protocolos que deben proteger a las personas menores migrantes que llegan a España hace que casos como el de Mary sean recurrentes. En su caso, tras llegar a territorio almeriense se la emplazó en la Casa de Acogida y, estando allí, fue entregada a sus captores que se hicieron pasar por familiares en España, favoreciendo así la explotación sexual de las menores:

*En Almería nos dejaron un día, nos llevaron a centro de menores a Málaga; allí pasamos dos semanas, hasta que llegó una amiga de Robert, el hombre que nos trajo a España y nos sacó de la casa y nos llevó a Barcelona. Allí fue horrible, nos ponían en la calle a trabajar con tíos. Un día yo me enferme mucho, mucho, y una de ellas me llevo al doctor y yo quería decirle al doctor lo que hacían conmigo porque a mí no me gustaba ese trabajo, pero no podía, porque yo no hablar español solo inglés (Mary, nigeriana, 16 años).*

La barrera del idioma que le impide expresar su situación le constriñe la posibilidad de escapar de sus secuestradores. Mary expresa cómo el dinero que ganaba ejerciendo la prostitución se lo daba a los varones que la explotaban: “En una semana daba entre 70 y 100 euros”. Con su amiga Jessica logra escapar hacia Córdoba, donde ésta tenía un novio. También este las obliga a ejercer la prostitución y recaudaba todo su dinero. Hasta que decide abandonar a Jessica y su novio:

*En la calle hay personas que dan café y yo me acerco a una mujer y le pido ayuda porque yo no quiero trabajar así. Cuando yo vuelvo a casa de mi amiga y su novio, su novio no quería dejarme salir de casa, me golpea y yo llamo a la policía (Mary, nigeriana, 16 años).*

La asociación cordobesa que ayudó a Mary a liberarse de la red de trata la ubica de nuevo en una casa de acogida en Almería, donde es atendida y derivada a diversos recursos sociales y legales. El desconocimiento de algunos agentes sociales acerca del delito de trata y explotación sexual hace que pierda la posibilidad de denunciar y acogerse a los beneficios de dicha denuncia; aun así, ahora tiene su tarjeta de residencia y está en espera de conseguir un contrato

de trabajo que le posibilite una opción diferente a la prostitución, dentro del mercado laboral de la provincia. Actualmente se encuentra en la casa de acogida del Proyecto Encuentro liderado por las comunidades religiosas Oblatas y Adoratrices.

Las redes de trata y explotación sexual se aprovechan cada vez más de la condición de las mujeres en países pobres, principalmente los africanos. Algunas mujeres nigerianas que atendemos en los cortijos nos relatan que vienen con su prole en la patera, hijos e hijas que han sido concebidos durante el viaje hacia Europa y que, llegados a España, son retenidos por las redes mafiosas a cambio de pagar la deuda. Esta situación ha sido denunciada por varias asociaciones en diferentes foros sociales porque es alarmante la dimensión que está adquiriendo este crimen que convierte a bebés, niños y niñas en moneda de cambio para el tráfico de personas y para la trata (Women's Link Worldwide, 2014). No existen dispositivos ni protocolos que realicen un seguimiento a las madres migrantes extranjeras quienes, después de ser atendidas en los servicios sanitarios, se desplazan a las diferentes provincias españolas. Esta es una problemática que debe ser más estudiada y atendida por los servicios sociales que se encargan de la atención de menores inmigrantes en territorio español.

#### 6.2.5. Redes de trata y explotación doméstico-sexual.

Existen otras redes de trata que no se originan en el país de origen sino que aprovechan la vulnerabilidad de las mujeres migrantes extranjeras en el país receptor, como es el caso de las mujeres magrebíes que han llegado de manera legal a territorio español, principalmente por el programa de contingentes para el trabajo en la agricultura. Este programa realiza el reclutamiento de las mujeres en Marruecos, cumpliendo los lineamientos y condiciones que extranjería requiere para esto. Así nos relata Najat su experiencia:

*Un español fue a Marruecos para contratar a las mujeres allí para venir a embalar las frutas y las verduras en Huelva; entonces vio las mujeres que podían y las trajo. El contrato fue en principio de tres meses, si va bien te lo amplían y si no te devuelven. Al final no me ampliaron el contrato, pero me quedé. De 150 que vinimos solo 20 volvieron a Marruecos, las demás se han quedado. Principalmente estoy por mi hija, porque todo lo que he ganado allá se lo quedan mis padres, entonces prefiero estar acá independiente, ellos no saben si trabajo o no trabajo (Najat, marroquí, 32 años).*

Uno de los requisitos para ser parte del contingente de mujeres marroquíes que viajan a Huelva a recoger la fresa es que estén casadas y tengan hijos en Marruecos, de este modo se “aseguran” su retorno cuando acabe el contrato.

A pesar del elevado número de restricciones, los trabajadores inmigrantes de temporada han aumentado de manera extraordinaria en el último decenio. Se espera que las personas que entran en el país lo abandonen en un plazo determinado, son muchos los trabajadores que permanecen en éste más allá del plazo estipulado [...] entro los que trabajan con el tipo de contrato más estable, el de seis meses o menos, el 75% pertenece al Magreb y el otro 25% restante al África Subsahariana (Sacristán, 2006: 3-5).

Pero, tal y como explica Najat, el propósito estatal queda muy lejos de cumplirse: de las mujeres de su contingente, y a pesar de tener todas prole en Marruecos, solo veinte regresaron; las mujeres magrebíes restantes permanecieron en la provincia de Huelva, a la espera de la siguiente temporada agrícola o a que algún empresario de la zona renueve su contrato laboral. Es entonces cuando aparecen las redes oportunistas que he denominado *redes de trata y explotación doméstico-sexual*, convergiendo con la tipología propuesta por Juliano (2004). Generalmente se trata de varones magrebíes que captan a mujeres compatriotas que se han quedado sin trabajo en Huelva, les ofrecen un puesto de trabajo en los invernaderos almerienses, en los almacenes donde se empaca la verdura. Ante la posibilidad de prolongar su estancia legal en España, ellas acceden a venirse desde Huelva a Almería pero, al llegar acá, encuentran que no hay tal puesto de trabajo, que no tienen dónde vivir; entonces, una de las opciones es la figura del “novio”, el varón magrebí que le ofrece “comida, protección y techo” a cambio de su atención doméstica y sexual. La mayoría de estos varones se encuentran en condición irregular, trabajan por temporada en los invernaderos de la provincia, residen en cortijadas y asentamientos de inmigrantes, lugares resultados de la segregación espacial y exclusión social. El asentamiento ubicado en el Poniente almeriense Tierras de Almería es donde reside Najat, hace ya 4 años y, junto a ella, una treintena de mujeres magrebíes que se enfrentan día a día a situaciones extremas de pobreza, vulneración de sus derechos, permanente violencia de género, expresada en diferentes formas de violencia sexual, agresiones físicas, violaciones, estafas por parte de sus novios. Junto a las mujeres subsaharianas, las magrebíes que residen en estos espacios de segregación espacial son las migrantes cuyas condiciones de vida están más degradadas, sin recurso económico alguno, totalmente dependientes de sus “novios”, sujetas a la barrera del idioma y sin posibilidades de aprenderlo. En varias ocasiones la chabola -así como el resto del asentamiento- donde daba clases de castellano un voluntario de Cruz Roja se ha incendiado dos veces.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> Así lo describe el diario *El País*: “Dos décadas de miseria en El Ejido”. Disponible en [http://elpais.com/diario/2011/08/15/andalucia/1313360531\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2011/08/15/andalucia/1313360531_850215.html) Accedido el 08/08/2012

Estas mujeres entonces, ¿son prostitutas, son mujeres en riesgo, son mujeres víctimas de trata....qué son? ¿O es, como anota la investigadora Isabel Holgado, “es la sexualidad al servicio de la supervivencia”?<sup>50</sup>. Según la organización *Women’s Link Worldwide*, a cuyos miembros la organización MDM acompañó en una exploratoria dentro de la provincia de Almería en 2010, “las mujeres inmigrantes magrebíes del asentamiento son mujeres víctimas de trata y explotación sexual” (Diario de campo, Asentamiento Tierras de Almería, 2010)<sup>51</sup>. Pero, la pregunta que se impone es ¿para qué tanta identificación si las mujeres siguen allí dependientes, siendo abusadas, sin posibilidades de cambiar su destino? Su situación es de invisibilidad total, no cuentan para las entidades públicas de la zona, solo algunas organizaciones como Cruz Roja o MDM movilizan los recursos a su alcance para paliar los efectos de una migración extremadamente desigual y con efectos nocivos para la salud bio-psico-social de estas mujeres.

Las diferentes asociaciones que han participado en esta investigación tienen su propio posicionamiento político-moral ante la prostitución y la trata de personas con fines de explotación sexual, y dicha ideología se manifiesta en la intervención que realizan con los diferentes colectivos de personas que ejercen la prostitución. En relación a la trata, algunas agentes sociales claramente abolicionistas consideran que

*Trata si hay en la mayoría de las veces; si no hay ahora la hubo antes, en la mayoría de los casos, la mayoría de las mujeres lo reportan, quizás las brasileñas menos, pero incluso dentro de ellas, siempre hay alguna que ha conseguido salir, ha pagado su deuda, pero se queda en la prostitución. Normalmente hacemos acompañamientos policiales, informamos sobre el tipo de denuncia que pueden hacer, si una está motivada se le acompaña en todo el proceso, si no quiere denunciar se le intenta ayudar a salir. Lo mismo que te estoy diciendo que casi todas vienen de trata, entonces me dirás: ¿entonces cómo lo haces? Es bastante complicado porque muchas tienen familias amenazadas y hace que no quieran denunciar (Agente social, AIMUR).*

Otras organizaciones como la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA), con una postura más reglamentista y a favor del reconocimiento de la diversidad en la prostitución, consideran que no existe trata en los casos de mujeres subsaharianas. La agente social de esta asociación así lo describía:

---

<sup>50</sup> En conversación informal acerca de la función de cuidadoras de las mujeres trabajadoras del sexo, con la investigadora Isabel Holgado, en la Universidad de Granada.

<sup>51</sup> *Los derechos de las mujeres migrantes: Almería, la historia que nadie cuenta* recoge los resultados de la investigación ya citada, realizada por la organización *Women’s Link Worldwide* en 2011. donde se destaca la vulneración de los derechos humanos de las mujeres que ejercen la prostitución y son víctimas de trata y explotación sexual. Editado por la organización.



*No todas las mujeres que ejercen prostitución son tratadas. Ellas tienen una deuda por su viaje, que tienen que pagar, así como tú y yo pagamos la hipoteca de nuestra casa al banco (Agente social, APDHA).*

El país de procedencia y la tipología de las redes migratorias que utilizan las personas para entrar al territorio español marca las dificultades y posibles estrategias que encontrarán para enfrentarse a su proceso migratorio en los contextos de prostitución. Así lo describe el agente social de MDM:

*Sí, porque dependiendo de donde vengan, vienen de una forma o de otra, vienen con deudas previas, desarraigos familiares, vienen con menos desarraigo familiar y cada una requiere pues una ayuda diferente. Pues yo también las agruparía, en lo que se aproxima más a las necesidades que puedan tener las que vienen de Europa del Este, que también se han dejado a sus familias en los países de origen, necesitan de ellas para poder subsistir en esos países; entonces también tienen descubiertos muchos aspectos en el ámbito de lo que es las emociones y la necesidad de ayuda psicológica (Agente social, MDM).*

Recapitulando, las mujeres migrantes extranjeras de esta investigación han utilizado las diferentes tipologías de redes migratorias para llegar a España. Carmen y demás mujeres de su grupo familiar han utilizado *las redes de tipo comercial y de tráfico de inmigrantes*, que están compuestas por prestamistas particulares, empresarios, agencias de viajes. La función es financiar el viaje hacia el país de destino; también, en ocasiones, proporcionar allí un puesto de trabajo e incluso alojamiento. El problema fundamental es que la deuda se incrementa notablemente y las mujeres una vez en el destino son engañadas, extorsionadas y explotadas (Juliano, 2004). Marian *ha utilizado la red de tipo familiar o de vecindad* y, a su vez, ella se ha sido un eslabón de la cadena migratoria. Compuestas por familiares o amigos de la persona que emigra, suelen empeñar sus propiedades para posibilitar la salida de la persona en cuestión y queda establecido el retorno de la deuda. Esta circunstancia aumenta la perentoriedad por conseguir dinero, para pagar la deuda y liberar de la difícil situación a la familia (Juliano, 2004). Angue y Roxana, como muchas mujeres de origen africano y rumano, han sido víctimas de *las redes coercitivas de tipo familiar*, en las que se utiliza la proximidad con la mujer para engañarla con la promesa de un trabajo en España y posteriormente explotarlas sexual y laboralmente (Juliano, 2004). Por su parte, Mary, nigeriana, ha sido víctima de *redes coercitivas de trata y explotación sexual*, grupos organizados a nivel internacional, dedicados a varias actividades ilegales, “como el tráfico de estupefacientes y armas, además del tráfico de personas, son bastante violentas, llevando a cabo incluso asesinatos” (Juliano; 2004). Y, por último, Najat, que ha sido víctima de *redes de trata y explotación doméstico sexual*. Este tipo de red comparte la características que Juliano denomina “grupos de base étnica”, dedicados a captar jóvenes de

zonas rurales o marginales con escasa formación, les prometen un trabajo en el país de destino en el campo de la hostelería o similar y, una vez allí, son obligadas a prostituirse con amenazas, violencia física sobre ellas y sus familias (Juliano, 2004).

### 6.3. Los cuerpos de la prostitución

*Él dice yo tengo que acostar con él, porque la tradición de África, cuando tú tienes un hijo con un hombre tu eres una esclava, él te puede hacer lo que quiera.*

Angue, guineana, 32 años.



*Montañas. Débora Arango.*

Este apartado gira en relación a la temática de los cuerpos, a las sexualidades de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen prostitución. El objetivo es dar cuenta, a través de sus voces, de cómo nuestros cuerpos están atravesados por el lenguaje, por los discursos del sistema de género en el que las mujeres han descubierto, vivenciado y expresado su sexualidad; de cómo “las diferencias biológicas son un juicio de valor que se utiliza para legitimar relaciones sexistas y racistas existentes. La representación corporal no es un hecho biológico sino social” (Bock, 1991:55-77). Y, en cuanto social, transcurre por un proceso de socialización en el que la educación es uno de los ejes centrales que mantiene las representaciones que se producen de los cuerpos de las mujeres, dentro del grupo doméstico y la sociedad a la cual pertenezcan. Categorías e ideales del “deber ser”, que construyen y perpetúan relaciones desiguales entre varones y mujeres, muy diferente de lo que las mujeres construyen para sí mismas y el significado que para ellas tienen sus cuerpos y su sexualidad. En tanto que el cuerpo “es un referente moral sobre el que supervisar la buena educación de las mujeres” (Robles, 2007:109), se convierte en herramienta de control sexual, mediante el cual, el grupo doméstico y la

comunidad controlan el comportamiento de las mujeres “de bien”, es decir, las casaderas y cuidadoras.

Por el cuerpo yo puedo ser para los demás presencia, reconocimiento, comunicación. Las cosas son o no son, y nada más; en cambio el hombre se acerca, se aleja, reprocha, acepta, sonríe, rechaza, etc. Todo eso gracias al cuerpo y su lenguaje verbal y actitudinal (Restrepo. 1993: 33).

El cuerpo como el escenario donde se representan y expresan tanto afectos como conflictos ha sido, para las teorías feministas (Brook, 1999; Butler, 2002, Esteban, 2004; Valls, 2011), una de las principales categorías de análisis sometida a la deconstrucción. Como fue descrito en el marco teórico, las diferentes teorías feministas han realizado importantes aportes a la salud de las mujeres al posibilitar la formulación del concepto de género en salud y la subsiguiente crítica al androcentrismo y otros sesgos discriminatorios del sistema sanitario.

Especialmente desde la antropología feminista y de género, denuncia la construcción histórica del cuerpo de la mujer como locus de control social en el sistema patriarcal de dominación de género [...]. El cuerpo y la sexualidad se convierten en locus de control social a través de una serie de discursos de poder (científico-médico, legal, social y religioso) (Venegas. 2007: 212-213).

### 6.3.1. ¿Virgen o puta?

El valor de los cuerpos de las mujeres, el reconocimiento de su sexualidad y su disfrute está marcado en muchas culturas por las relaciones desiguales de poder que se establecen entre varones y mujeres. El mandato discriminatorio que recoge el dicho popular “*la mujer es de la casa y el varón de la calle*<sup>52</sup>” delimitaba los espacios no solo para la distribución de los roles y el acceso a los recursos socio-económicos, sino también para el disfrute del cuerpo y la vivencia de la sexualidad. Sin embargo, a veces las mujeres son de la calle o son obligadas a serlo y, al ser mujeres que no permanecen en el espacio privado, ya no gozan de la misma posición y valoración social que los varones. Angue, desde pequeña, veía como su madre era llevada por su tío en una bicicleta y la ofrecía a los varones del poblado; la prostituía para el sostenimiento de su economía familiar. Carmen, igual que su madre, reconoce cómo tuvo que irse a trabajar a “*una residencia... así le llaman a esos sitios de mala muerte*”, para poder educar y mantener a sus hijas en Colombia. Aun así, se les exigía “buena conducta” dentro del grupo familiar. Cuando Marian habla de su historia sexual y de cómo fue víctima de abuso sexual por parte de

---

<sup>52</sup> Dicho popular Colombiano.

su novio, en nombre de un supuesto “amor” que no respetó su decisión y deseo, es cuando empieza su peregrinaje a la prostitución, al devaluarse la imagen de sí misma ante su familia y entrar en una crisis de angustia que la llevó a refugiarse varios años en un convento:

*La primera vez yo tenía 15 años, y él siempre intentaba y yo le decía que: ¡No!, que mi madre siempre me enseñaba que no sería así, que tenía que casarme primero, porque mi familia es muy antigua, ¿me entiende? Que yo tenía que casar primero y todas esas cosas...Entonces cuando empecé tenía 15 y él tenía como 24 y siempre intentaba y yo que no y no. Un día me ha acogido en la escuela, y mi novio le dijo a mi directora que yo estaba muy malita, que tenía que salir; él tenía una moto y me llevo a un sitio y ahí mismo me dijo que tenía que hacer y qué no tenía que hacer, ¿sabes que me violó? Yo lo quería pero no quería hacerlo, porque yo pensaba en lo que me tenía dicho mi madre. Luego me dejo ahí y se ha ido... Después de esto que me pasó. yo me puse muy triste en una semana y no comía, mi madre me pregunto: “¿Qué pasa?,” yo he dicho: Nada, y ella me dijo: “¡No, tú tienes que decir qué pasa porque algo raro pasa contigo!, Entonces empecé a llorar delante de ella porque antes yo lloraba solo escondida, lo que había pasado, y ella se ha ido hablar con la madre del chico y el chico dijo que: ¡ No, que no había pasado nada! Entonces yo, ya no tenía alegría más por eso que me pasó, mi madre me dijo: “¡Tu vida ahora acabó!, ¿qué va hacer de ti?” Yo he dicho: ¡Me voy a vivir a un convento! y allí me fui a vivir en un convento con monjas. Pensaba que yo no valía como mujer, por no ser virgen ya, por lo que pasó conmigo, yo no tenía pasado. Yo pensaba que esto tenía una importancia muy grande, para la vida de una mujer, que una persona no aceptaría a la otra bien, si no era virgen. Porque mi madre me había educado así. Yo sufrí mucho por eso, bueno me pasó una cosa muy fea, pero yo lo pude haber superado mejor, si yo viera, que no por eso, iba a dejar de ser una persona de respeto (Marian, brasileña, 32 años).*

El poder del discurso religioso marca la normativización del cuerpo y la sexualidad femenina y masculina. En los países de tradición religiosa, católica, musulmana u ortodoxa, a las niñas se les enseña el importante valor de la virginidad, llegar virgen al matrimonio como el bien máspreciado para su esposo, estructurándose así la futura vida de la mujer a costa de su libertad sexual, ejerciéndose un control familiar y social a través del cuerpo de las mujeres y la salvación de su “honra personal y familiar” con el matrimonio. Marian, al no poder casarse, decide irse al convento, por lo tanto, es doblemente castigada: Víctima de abuso sexual y confinada al aislamiento, sin vocación para ello.

Para muchas mujeres africanas, la prostitución solo representa una actividad lucrativa dentro de su trayectoria migratoria; no es concebida más que el pago por una actividad que en sus países de origen está naturalizada sin que medie algún beneficio para ellas. En culturas en

las que el sistema sexo-género es profundamente rígido y se enfatiza en la desigualdad y el poder ejercido por los varones sobre las mujeres, ¿no es el varón quien cosifica el cuerpo de la mujer, negándole la expresión del deseo sexual y la capacidad de agencia de su cuerpo, primando la dominación de los cuerpos femeninos, a través de la violencia sexual vinculada al “supuesto” afecto?

*Él dice yo tengo que acostar con él, porque en África, la tradición de África, cuando tú tienes un hijo con un hombre, tú eres una esclava, él te puede hacer lo que quiera. Si el niño necesita algo, tiene que acostar conmigo y luego me olvida, cuando vas a ver la denuncia lo vas a ver, está dentro, él habla así en la policía delante del juez (Angue, guineana, 32 años).*

Algunas mujeres, sin embargo, han encontrado en su sexualidad el medio para tener poder y acceso a los recursos económicos que le permitirán alcanzar otros objetivos personales o familiares. ¿Prostitución o “la sexualidad al servicio de la supervivencia”?:

*Sí, yo a los veintitrés años, en el tiempo en el que hacía riegos, yo compraba los frascos en una chatarrería. Yo los lavaba y... pues era un proceso... Entonces yo conocí a un señor que yo le iba a comprar. Yo lo conocía hacía mucho tiempo. Él tenía cincuenta años. Y yo me acuerdo que él empezaba y me decía cosas, y me decía cosas, y me decía cosas. Y yo le decía: Que pues que no, que me respetara, pero resulta que él me conseguía ya los frascos más baratos y encima porque él estaba como echándome el guante, como que todo me lo regalaba. Yo me acuerdo que al año, él ya me ofrecía plata. Él me decía que me iba a dar plata, yo creo que yo llegué a los veinticuatro años cuando yo le dije, pues que sí. Al ver la situación de mi hermana, al ver la situación en mi casa. Yo no tuve que aguantar más. Pero no teníamos para comprar unos pantalones. Mi hermana no tenía muchas veces para comprarles la leche a los niños. Entonces, pues... Yo más que todo fue... como eso lo que me impulsó a hacerlo, ¿no?... Y yo le dije sí. Y me acuerdo que él me dio cinco mil pesos. Y fue como a la tercera o cuarta vez que ya hubo una penetración. Pero a la tercera o cuarta vez, sí, ya me había dado mucha plata. Y yo seguí con él hasta mis veinticinco años que yo me vine para acá. Y ya surgió, yo no me sentí como prostituta, pero de igual forma yo tuve una relación con él durante dos años. O sea, yo solamente estuve con él... Mi vida económica y en mi casa cambió. O sea, me daba tanta plata que yo no sabía cómo justificarla en la casa. Yo de pronto a mi hermana le decía: “Coja esto”, pero igual mi hermana decía: “¿Y usted de dónde está sacando tanta plata?”. Ahí fue cuando yo me salí de mi casa... Tuve la oportunidad económica de salirme de mi casa, luego de irme para un apartamento y así, poco a poco... Ya mi mamá empezó como a sospechar, mi hermana empezó como a sospechar... hasta que yo cogí a mi hermana y le*

dije: “Esto es lo que está pasando; él me está dando plata; yo no puedo seguir regalándosela a mis amigos; yo tengo que meterla aquí a la casa” y ya la situación cambió (Carmen, colombiana, 37 años).

Algunas mujeres tienen claro lo que significa su cuerpo en el momento de ejercer la prostitución. Para ellas el cuerpo está desprovisto de significación moral, es un instrumento más para el trabajo. ¿Quién no se gana la vida a través de su cuerpo?

*¿Qué significa mi cuerpo?... ¡Umm! Una moneda de cambio... No sé, no sé decirte qué ha sido. Es que tampoco lo piensas, muchas veces también, yo, me da la risa, porque tú entras, entras con un hombre y piensas de todo menos en lo que estás haciendo (risa). Si, te lo juro, pero hay mujeres que tenemos esta capacidad y otras que no la tienen. Es como todo, yo puedo quedarme en blanco sin problema, ¿sabes?, que en el fondo pienso y digo mira... Y otras que no quiero ni pasar, no paso ni quiero que me vean, no quiero trabajar, no me apetece, ¿vale? Tengo esa capacidad y puedo estar ocupada trabajando y a lo mejor estoy pensando en lo que voy a hacer de comer mañana, sin ningún problema. Pero eso te lo da la vida, ¿sabes? Pero mi cuerpo lo tengo que tener hasta que me muera, así que tú verás... Habrá que cuidarlo, ¿no? (Eva, española, 29 años).*

La imagen del cuerpo, es decir, la representación, el significado y el valor que tenga el cuerpo para las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución es fundamental para entender la relación que establecen consigo mismas, a través del autocuidado, el modo de vincularse y amar a los otros, sus estrategias de inclusión y participación social con la sociedad. A través de la salud, la enfermedad y los cambios propios de la edad, el cuerpo de las mujeres refleja las consecuencias del ejercicio de la prostitución. Tal como lo describe Carmen:

*¿Mi cuerpo?... Mi cuerpo me sirve a mí... pues es una herramienta, ¿cómo qué?... Mi cuerpo es una herramienta, no sé... cómo ¿qué?, es que a causa de mi trabajo mi cuerpo se ha debilitado. O sea, pero yo no asimilo de que cuando yo tenía veinticinco años, yo tenía un cuerpo atlético porque era que yo me la pasaba en la en la calle corriendo, detrás de una pelota. Entonces yo tenía un cuerpo atlético. Ahora yo, mirarme en un espejo, y ver que mi cuerpo ya es diferente... Entonces yo no asimilo eso con la edad, yo no asimilo que a mí me llegaron los treinta y ocho años,... Yo simplemente le echo la culpa a mi trabajo (Carmen, colombiana, 37 años).*

La diferente manera de entender el trabajo sexual, de vivenciar el cuerpo y la sexualidad, la refieren constantemente las mujeres migrantes extranjeras; ellas tienen claro qué es sexualidad

en pareja y qué es “sexo de pago”, es decir, su trabajo. Roxana, describe cómo percibe la diferencia entre la sexualidad de deseo y entrega suya a alguien a quien ella elige para ser su pareja y la sexualidad cuando ella está con un cliente:

*Las mujeres que trabajan por placer le gusta acostarse con todos los clientes, pero yo no me voy a correr con ellos, ni todas esas cosas. Yo no siento placer porque este es mi trabajo, lo hago por dinero no más (Roxana, rumana, 29 años).*

*Me gusta con quien me gusta, con quien me tiene que gustar. De resto... Me da igual. O sea, aquí dentro, yo estoy por dinero, no para eso. Me gusta, ¡hombre!, si conoces a alguien, típico, o conoces a alguien que te gustó y... Ahí sí me gusta...sino, no (Eva, española, 29 años).*

Roxana y Eva, así como muchas otras mujeres en prostitución, tienen capacidad de agencia y poder de decisión sobre su cuerpo y el uso que hacen de él. Las mujeres migrantes extranjeras realizan un proceso de deconstrucción del significado de su cuerpo, un proceso muy valioso e interesante de profundizar, que difiere en gran medida del denominado proceso psicopatológico de despersonalización. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), la despersonalización son las “Experiencias de irrealidad, distanciamiento o de ser un observador externo respecto a los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones, el cuerpo o las acciones de uno mismo (ej.: alteraciones de la percepción, sentido distorsionado del tiempo, irrealidad o ausencia del yo, embotamiento emocional y/o físico)” (DSM V, 2013, p.177). A diferencia de un trastorno de despersonalización, las personas en prostitución resignifican, de-construyen el significado que para ellas tienen sus cuerpos, para poderse enfrentar al ejercicio de la prostitución. Son conscientes de sus circunstancias, tienen sentido de la realidad y están vinculadas a sí mismas y a sus familias.

La deconstrucción de los cuerpos de las mujeres y la denuncia de su naturalización social han sido uno de los ejes centrales del quehacer feminista, con efectos directos en el ámbito de la salud, como lo describe Esteban (2006):

Dos ejes centrales del quehacer feminista a lo largo de las últimas décadas, con efectos directos en el ámbito de la salud, han sido la denuncia de la naturalización social de las mujeres, así como la distinción de los conceptos de sexo y género (...) Cuando hablamos de naturalización nos referimos a una percepción absolutamente esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de ciertos cuerpos humanos, que afecta a distintos colectivos (mujeres, negros, homosexuales...), y que lleva implícita su



marginación social por razones biológicas y anula toda posibilidad de cambio. En el caso concreto de las mujeres supone teorizar, por ejemplo, que la responsabilización de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas o enfermos, una división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, se explica por una biología y una psicología diferencial que, en último extremo, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina (Esteban, 2006: 11).

Los cuerpos de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución no son solo cuerpos para el control de infecciones de transmisión sexual. Son cuerpos que sufren las vicisitudes de un proceso migratorio, cuerpos amantes de sus parejas y familias; son cuerpos-personas que luchan por tener cada día una mejor posibilidad para sí mismas y los suyos.

#### 6.4. Situación administrativa, vulnerabilidad y prostitución

Las mujeres migrantes extranjeras que han participado en esta investigación presentan una situación muy variable en relación a su situación administrativa, tal como lo describí en el Capítulo 5 (epígrafe 5.4.6).

La falta de oportunidades laborales para las mujeres negras en la provincia dificulta tener un trabajo en el sector servicios o agrícola, como almacenes o invernaderos. Sector que aunque emplea a muchas mujeres, también es un sector principalmente masculino, como lo menciona Ación (2010): “Y es que, para trabajos eventuales de recogida u otras labores agrícolas, entre un hombre o una mujer, los agricultores suelen preferir al primero, y ellas deben buscar su sustento en otras actividades” (p. 20). Joy, la mujer nigeriana de 43 años, lo describe del siguiente modo:

*No me resulta nada de trabajo, me he caminado todos los almacenes a ver si me cogen, yo tengo mis papeles en regla, trabajo.... ¡Todo bien!, y dicen que me van a llamar, que me van a llamar... ¡ay nada!, luego veo que a los chicos y a las marroquinas (sic) sí las llaman, pero a mí, no (Joy. Diario de campo. Cuevas del Almanzora. 2011).*

Las mujeres magrebíes de la zona de asentamientos ubicados en pleno núcleo de invernaderos poseen un permiso de trabajo y residencia caducado, por lo que, en la actual situación de crisis, no encuentran oferta de trabajo que les permita permanecer legalmente en

España, quedando excluidas del mercado laboral de la provincia; algunas mujeres, arriesgándose a que el empleador no pague su día de trabajo, logran trabajar días sueltos en los invernaderos cercanos a los asentamientos.

El número de mujeres de origen latinoamericano que se encuentran en los escenarios de prostitución con documentación en regla -permiso de trabajo y residencia, permisos comunitarios obtenidos por vía matrimonial- va en aumento. Hay también un importante número de mujeres en situación irregular, solo con el pasaporte y en espera de cumplir tres años de permanencia para optar a la residencia por arraigo. Mientras se enfrentan al escollo de la documentación hay que sobrevivir y darle forma al proyecto migratorio.

Un grupo significativo de mujeres migrantes extranjeras relata haber iniciado el ejercicio de la prostitución en España; manifiestan que en sus países de origen, en la medida en que las condiciones socio-económicas de sus países se lo permitían, tuvieron otro tipo de actividades laborales, tales como cuidadoras, limpiadoras, operarias de fábrica, secretarias, vendedoras, etc. Roxana nos enseña cómo una de las puertas de entrada a la prostitución es la vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres migrantes extranjeras cuando llegan al país receptor, sin redes sociales de apoyo, enfrentadas a la barrera de idioma, sin posibilidad de retorno inmediato a su país de origen:

*Era la primera vez que trabajaba en un club, en el sexo, en Rumania, nunca había trabajado en esto. Me asuste, como yo no sabía antes cómo era ese sitio, empecé a ver cómo era la cosa, tenía miedo, porque estaba sola, sin familia, sin nadie, sin saber hablar el español, No pensé en regresar a Rumania, porque allí en Rumania, falta trabajo, falta dinero. Aquí es difícil para mí, pero voy a tener dinero (Roxana, rumana, 29 años).*

Algunas mujeres tienen que enfrentarse solas al primer día de ejercicio en prostitución, afrontando sus temores, desconociendo el modo de interactuar con los varones que acuden a los escenarios de prostitución, sin conocer los métodos de prevención y reducción de riesgos en materia de salud. Las mujeres que llegan a través de redes de trata y explotación sexual tienen que enfrentar, además, situaciones de violencia física y psicológica y, desde el primer día, se dan cuenta de que el dinero que producen con su cuerpo no es para su propio beneficio, sino para el beneficio de la persona explotadora:

*Un hombre me pilló, me cogió la mano y me lleva abajo, mi prima le dice: "Toma goma". Vamos todos juntos, los tres, para enseñarme cómo se pone goma, y luego nos fuimos abajo, mi prima le pone goma y empieza a chuparla, y luego mi prima me dice: ¡Así le*

*tienes que hacer a todos los hombres! Ese hombre saco 10.000 pesetas, lo dio en el bar, para darle a la jefa y con 10.000 pesetas me tiene que dar 8 mil y 2 mil para la casa. [...] A mi prima le tenía que dar todo, porque era como mi cajero (Angue, guineana, 32 años).*

Portar documentación para poder acceder a un puesto de trabajo en España es un requisito fundamental que muchas mujeres desconocen o confían encontrar pronto al llegar. Como describí anteriormente, algunas redes migratorias ofrecen la posibilidad de obtener documentos acreditativos para residir y trabajar, pero tales documentos nunca aparecen o son falsos lo que, lejos de favorecer el acceso de las mujeres migrantes extranjeras al mercado laboral y a la integración social, se constituye en una importante barrera que hace más vulnerable su situación.

La ausencia de redes sociales, las dificultades para acceder al mercado laboral y el encontrarse en una situación de maternidad, como es el caso de Marian -quien a los pocos días de llegar a España supo de su embarazo- fueron factores que la condicionaron a ejercer la prostitución.

*No era una casa normal, pero la señora que yo conocí, cuando yo llegue me ha dicho: “¿Por qué no viene a trabajar ahí?” Porque yo no tenía la intención de trabajar en un club. He dicho que no, yo nunca he hecho eso, y ahora en embarazo menos, entonces me dijo: “Tú tienes que volver a tu país y ¿qué vas a hacer con tus hijas? porque en Brasil no se da el trabajo a embarazadas.” [...] Y yo seguí buscando y conseguí uno a través de una amiga brasileña, que no ha podido hacer un trabajo para cuidar a un señor mayor; ella no ha sido capaz, porque el señor tenía la boca podrida, y olía muy feo, y era un señor que tenía que ponerse pañales, porque yo ya hacia ese trabajo en Brasil. Eso lo hacía antes, eso era normal, pero la boca era muy difícil, olía a podrido, luego al señor se lo llevaron al norte y me quede sin trabajo, entonces me toco ir al club (Marian, brasileña, 32 años).*

Otras personas, como Carmen, eran conocedoras de la actividad que realizarían en España, sin que ello signifique que sea más fácil el primer contacto con los escenarios de prostitución, pues cada persona se enfrenta de diferente manera a dicha actividad, según su sistema de creencias, su sistema de valores, su relación con el cuerpo y la sexualidad. Así lo relata Carmen:

*Mi hermana me trajo hasta Huércal Overa. Yo sabía a qué venía, ahí empecé a trabajar. Ya te digo que yo en esa época era muy irresponsable. Yo llegué, me acuerdo que llegué un sábado a la madrugada y el domingo ya. Mi hermana me decía: “Usted descanse, conozca, que yo la ayudo a conocer”. “No, yo quiero la plata”. Me dice: “Nena, eso es muy*

duro”, y yo: “No sé si eso será bueno o no, pero yo quiero trabajar”. Y yo me acuerdo perfectamente que a mí me recogieron en una camioneta. Mi tía que ya murió. Era la camarera de ese club. El club se llamaba La Morena, en Huércal Overa. No sé si ustedes van por allá. Creo que ahora se llama: ¿El Chévere? Y me acuerdo que me recibieron en una furgoneta, “Ay”, y mi hermana iba conmigo, y mi hermana me miraba, y yo veía que todo el mundo me miraba, y la miraban a ella, ¿Sabes?, Yo, hoy en día, creo que mi hermana pensaría: “¿Cómo voy a llevar a mi hermanita allí? De igual manera yo llegué, me dieron un vestido, me dijeron: “¡Maquíllese!” Yo nunca me había maquillado, pues ahí me hicieron dudar, ¿sabe? Yo salí ¡Imagínese! ¡Si yo tenía veinticinco años en esa época y ya trabajaba como esto! La más joven era mi hermana, eso hace ya doce años. En el noventa y ocho, noventa y siete, por ahí. Yo me maquille, cuando yo salí y vi... Pues fue un salón y un poco de viejitos... Y pues a mí lo primero que me dijeron era que yo me iba a poner a llorar, que iba a ser muy duro, que esto y lo otro. Pues yo me acuerdo... ¡Pues como no me voy a acordar de aquella primera vez! Y me acuerdo que me llamo un viejito, ¡Uy!, un viejito como de ochenta años, y yo me senté ahí, él dijo que me pusieran una copa y mi tía le dijo: “¡Cuidado que ella es mi sobrina!”. Y entonces, él empezó a preguntarme cosas, pero yo en ese tiempo no les entendía a los españoles porque tienden a hablar muy rápido... Entonces me dijo que si era la primera vez y yo le dije que sí. Entonces me dijo que entrara con él. Entonces yo le dije que sí. O sea, yo no sentí... Sentí susto, pero yo no sentí eso que me decían todas, que me iba a poner a llorar, o en fin... Yo entré, y ese día me fue muy bien. Yo solamente pensé en la plata. Yo no pensé, ni que si había sido un viejito, y mi hermana por la noche me cogió y me dijo que yo cómo me había sentido y yo, que tranquila, que yo no tenía ningún problema (Carmen, colombiana, 37 años).

Dentro de esta investigación participa Eva, mujer española que ejerce la prostitución hace ya 10 años. Escapó de casa con 17 años debido a la situación disfuncional que vivía su familia, constituida por un padre con trastorno mental grave que intentaba abusar de ella sexualmente, por una madre que asumía las cargas familiares y el cuidado de las tres hijas comunes. Así relata ella su primer día en el ejercicio de la prostitución:

*A los 17 años me fui de casa, y no sabía ni a dónde. Me cogí mis cosas y me fui y agarré para dónde fuera, con 2.000 pesetas, me fui con eso, 12 euros, y no volví. No, ni para coger carrerilla. Estaba buscando trabajo, yo busqué por la prensa, pero como vi lo típico, necesitaban mujeres, para pisos de contacto, y yo digo: “Esto es dinero más rápido”, ¿no? Imagínate para lo que le da la cabeza a uno con 17 años, ¡por Dios!, que hoy lo pienso y yo no veo a mis hijos buscándose la vida de esa manera [...] ¿Vale? Y yo pensé: “De aquí a que consiga un trabajo, me muero del hambre; no voy a estar por la calle tirada. Antes de estar, prefiero meterme aquí”. Sí, pero todavía estuve un tiempo sin trabajar porque la mujer del piso se dio cuenta de que yo era menor, era virgen, y me estuvo ayudando a*

*buscar trabajo y todo. La verdad que muy bien, ¿eh? pero yo le dije: “Mira, no me busques más” porque ya estaba yo desesperada y eso de que me estén... Que me tengan que estar dando dinero yo lo llevo muy mal, muy mal porque no me gusta. Yo prefiero buscarme la vida y ya. Y le dije: “No, ya está, no buscamos más. ¡Qué coño, venga, ya que estoy aquí lo voy a hacer! Y ahí me puse a trabajar”. No se me olvida la cara del tío. (Risas) A mí me daba igual. Pero es que no me olvidaré de él en la puta vida. Es que es normal. Además me contaba que la mujer estaba embarazada y no le dejaba, ¿sabes? Entonces que por eso había ido él (Eva, española, 29 años).*

## 6.5 El significado de la prostitución para las mujeres

Dolores Juliano (2004) reivindica que a las mujeres que ejercen la prostitución es necesario considerarlas como interlocutoras válidas, en consonancia con la principal demanda del feminismo a favor de los derechos en el trabajo sexual (Osborne, 2004; Holgado, 2008; Maqueda, 2009), para lo que es necesario conocer qué significa para ellas el ejercicio de la prostitución. Roxana, por ejemplo, manifiesta que la prostitución es su trabajo y diferencia claramente los ámbitos laboral y personal.

*Mi vida de noche y mi vida real, mi vida más real, la de día, la vida de noche es de trabajo Hay mujeres que trabajan por placer otras por necesidad, yo trabajo por necesidad (Roxana, rumana, 29 años).*

Frente a una versión victimizadora de las personas que ejercen la prostitución, casi omnipresente presente en los medios de comunicación, las mujeres migrantes extranjeras reivindican que la actividad que realizan sea considerada como un trabajo, así como que las condiciones de explotación laboral a las que se exponen sean reducidas gracias a la regularización de su actividad. En una sesión de visita a un club del Levante almeriense, Mihaela, mujer rumana con 5 años de ejercicio de la prostitución, me explicaba su posición:

*Alexandra, ¿por qué los políticos no permiten que nuestro trabajo se reconozca, y que nos puedan hacer un contrato de trabajo, como todo el mundo, así nosotros podemos aportar a la economía y nos evitamos de tantos caprichos de los encargados, porque acá cada mes cambia de encargado y de mami, y cada rato te cambian las condiciones del trabajo. No es justo para nosotras (Mihaela, rumana, 30 años. Diario de campo. Club. 2011).*

En general, las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución se enfrentan a la estigmatización que conlleva el ejercicio de esta actividad, conocen el peso de tal estigma y viven a diario la discriminación que conlleva. Para muchas de ellas, el ejercicio de la prostitución está directamente vinculado con su proyecto migratorio en cuanto ejercen su oficio en España, fuera de su país, fuera de su entorno doméstico al que intentan proteger y conservar de todas las formas posibles. Por esto, plantearse dejar de ejercer la prostitución implica la finalización de su proyecto y su trayectoria migratoria, más aún cuando el cuerpo femenino va manifestado el cansancio y los cambios propios de la edad:

*¿Para mí? Pues yo supongo que ya será un refugio, ¿no?...Pues tantos años acá... Por la plata, y por todo...Yo no pienso quedarme toda la vida en España... ¡No, no, no, no! Ya te he dicho que me voy con mi hijo y con la mamá de mi hijo para Colombia y decidí plantearle unas largas temporadas a ver qué, qué empiezo a hacer allá porque... No es que ya esté cansada de esto, sino que no quiero llegar a ese punto de estar cansada de esto. No sé si me entiende... Y primero que todo, ya tengo treinta y ocho, más de treinta años, eso ya es vergonzoso...No... O sea... No, no... Es que no es lo mismo tener treinta y ocho y tener una vida, más o menos... a tener treinta y ocho y estar tú esforzando tu cuerpo, esforzándote mentalmente a...No. A eso es a lo que yo no quiero llegar, ¿me comprendes?. Yo no quiero llegar a ese punto... Quiero empezar un caminito por aquí... (Carmen, colombiana, 37 años).*

La actitud ante el ejercicio de la prostitución varía en las mujeres migrantes extranjeras, dependiendo de los años que lleven dedicadas a esta actividad, de su actitud personal, en la que influye su personalidad, intereses, deseos personales y familiares. Las mujeres que ejercen la prostitución no son un colectivo triste, sin esperanza, sin futuro, deprimidas, víctimas de las connotaciones propias del estigma social que conlleva la palabra “puta”; durante estos años de experiencia con muchas mujeres de diversas nacionalidades he encontrado mujeres entusiastas, alegres, que se ríen de sí mismas, con proyectos de futuro, con deseo de enamorarse, de ver progresar a sus hijos e hijas, de educarlos, de poder vivir junto a ellos/ellas, no solo para ellos/ellas. En el municipio de Garrucha, durante la visita quincenal a un piso habitado por mujeres brasileñas, ellas manifestaban no tener problemas al informar a su médico a qué labor se dedicaban. Así:

*Yo voy a mi centro de salud, donde mi médico, él me pregunta: ¿Pará que quieres otra citología?...¡Ja ja ja!...Yo le digo: ¡Porque soy empresaria del amor! (Renata, brasileña, 27 años. Diario de campo. 2009).*

La prostitución significa principalmente una salida económica a la difícil situación que enfrentan en los diferentes momentos o situaciones extremas vitales, al no encontrar otras fuentes de ingreso que les permitan hacer frente a sus responsabilidades familiares y personales. La prostitución no es la actividad que desearían realizar, las condiciones socio-económicas propias del contexto migratorio son los condicionantes para vehicular sus estrategias de sobrevivencia al ejercicio de la prostitución:

*En el 2008, cuando yo vi a vosotros allí, yo llevaba allí 2 meses, porque una amiga, Fina, me vino a decir: ¿cómo tú vas a morir aquí? La gente está ganando dinero fuera”. Yo digo: “¿Cómo ganar dinero?” Fina: “A trabajar hombre te folla”, yo no quiero meterme en eso, muy mal, por favor, me dice: “Tú vas a morir pobre, tú no tienes dinero, no tienes nada, tú aquí, tú buena mujer, aquí puedes ganar dinero”. Me trae su casa, yo dejo a los niños con ese demonio, cuando tú tienes hijos con una persona si la mujer busca la vida, el hombre se mantiene a los niños en casa, ni ducha la niña, ni da comida a la niña, ni ducha a Mauricio, ni da comida a Mauricio. La comida que yo traje, coge 5 ghaneses ponen música y ahí termina comida, yo compro comida para un mes para mis hijos, no paga el alquiler (Angue, guineana, 32 años).*

Después de romper el vínculo de explotación con su prima, Angue busca otras oportunidades laborales pero no tiene éxito debido a la carencia de documentación. En todos estos años ha tenido 3 hijos en España, el mayor de ellos en Guinea ecuatorial y dos menores, niño y niña, actualmente residentes en una casa de acogida de menores en Almería. La falta de apoyo de los padres de sus hijos, la carga familiar y las condiciones precarias de vivienda, fueron los detonantes para que Angue volviera a ejercer la prostitución en el asentamiento de Cuevas del Almanzora, lugar donde la conocí hace ya 5 años. Sus compañeros afectivos, padres de sus hijos con documentación, no le proporcionaron la posibilidad de regularizar su situación vía matrimonio. Angue perdió la oportunidad de regularizar su situación por la falta de información de los procesos extraordinarios que se dieron en los años 2002 y 2006. En la actualidad continúa en la misma situación de vulnerabilidad administrativa, pese a tener dos sentencias por violencia de género:

*Él me dijo: “Angue, vamos a casar...Vamos a casar..., Él me va hacer reagrupación, me va hacer reagrupación. En el 2000 había permiso de residencia sin trabajo, “¡deja, no metete!, yo tengo permiso de residencia, te voy a hacer reagrupación”. Eso me decía él pero nunca lo hizo {...] Aquí nadie me entiende, ni ayuda ni nada, todos los días he gritado al gobierno, como el miércoles pasado tuve juicio aquí, por malos tratos, yo digo: “¿por qué no me escucháis un poco?”, ¿por qué me olvidas? Vivo aquí desde el 99, 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 escenarios donde ejercen la prostitución las mujeres migrantes extranjeras constituyen su espacio de seguridad y trabajo, en el que también transcurre su cotidianidad, al no tener redes sociales ni familiares en España. Pasado el tiempo pueden vincularse con otras personas que les permitan entrar al tejido social de la provincia y participar en otros contextos sociales donde encuentren nuevas posibilidades. La ausencia de redes de apoyo familiar provoca que muchas mujeres, antes de encontrarse en la calle, como personas sin hogar, prefieran residir en un escenario de prostitución.

*Yo vivía en el club porque me quedé haciendo la plaza. Tú llegas allí, comes, te duchas, trabajas, todo allí, haces tu vida allí y te quedas 21 días; cuando se cumplen los 21 días si quieres te quedas allí, o te vas a trabajar a otro club, te vas una semana y después de una semana vuelves, generalmente cuando empieza la regla uno cumple los 21 días. Yo pagaba allí por vivir 50 euros el día, había días que se trabajaba bien, otros días que no se hacía nada, depende, 300 a 500 euros* (Roxana, rumana, 29 años).

Antes que empezara la crisis económica en España, las mujeres migrantes extranjeras percibían altos ingresos económicos por el ejercicio de la prostitución, lo que les permitía en un plazo razonable conseguir un piso de alquiler y diferenciar los espacios de vida y trabajo, aunque muchas otras residen en otras provincias diferentes a la que trabajan.

*En una semana podría ganarme más de 6000 mil euros. Ahora en una semana 30 euros al día. Con el dinero que he ganado he ayudado a mi familia, he comprado cosas por ahí...Le he ayudado a mi madre, a mi padre, a mis hermanos, pero para mí nada...Nada* (Mary, Rumania, 29 años. Diario de campo. Club. 2010).

Generalmente, todos los ingresos económicos de la prostitución van destinados al grupo doméstico en el país de origen o en España. Muchas mujeres tienen claro que el dinero del sexo de pago les cuesta esfuerzo, desgaste físico y psicológico y lo deben invertir bien. Así daba cuenta un grupo de mujeres atendidas, una noche, en la unidad móvil en Campohermoso:

*Yo tengo dos autobuses en el Quindío en Colombia, y una finca de café, acá la cosa mami está muy dura, y antes de ponerme a trabajar en un almacén a empacar tomates por 900 euros al mes, yo si veo que ya no me gano lo mismo acá, pues me voy para Colombia. Yo*



*no voy a permitir que me exploten, porque para eso allí tengo lo que tengo (Clara, colombiana, 40 años. Diario de campo. Club, 2011).*

*Mis hijos ya están en la universidad y claro... uno tiene que hacer el esfuerzo hasta que pueda, ya sabes que allá la educación es muy costosa. Y, mientras ellos respondan, yo aguanto (Sara, colombiana, 34 años. Diario de campo. Propietaria Club, 2012).*

## 6.6. El anonimato de la actividad

A diferencia de cualquier otra actividad laboral, debido al fuerte estigma que conlleva y a los procesos de discriminación a que se enfrentan las personas, el anonimato del ejercicio de la prostitución es un elemento común. El cambio de identidad, de nombre, de ciudad, de país es un factor de protección a su intimidad que les permite tener una “vida privada”, proteger su imagen ante el grupo familiar y las redes sociales que posean. Soportar el anonimato y la clandestinidad de los lugares donde ejercen la prostitución supone otro importante factor de estrés que tienen que soportar y va haciendo mella en su salud mental y en las posibilidades de participación social.

*Mi madre nunca supo nada. No tenía valor, no tenía fuerzas para decírselo. Cuando tuve problemas con el padre de mi hijo, mi tía vino aquí, le expliqué todo, ella no me creía, decía que yo miento, y luego mi prima cogió a su madre para que marchara a trabajar en el club, ahí. Ella le dice: “el dinero que tú coges, el dinero, te voy a llevar donde se trabaja ese dinero”. Mi tía se entra, tú sabes cuándo se abre puerta así, las mujeres vienen para pillar a hombres, y hace mi tía: ¡Boom!, ¡Mi tía se desmayó!, dice que va a morir (se ríe) ¡¿qué es esto, qué es esto?! Y su hija: Aquí es donde se trabaja el dinero y no dijo a su madre que yo le pagué (Angue, guineana, 32 años).*

El ejercicio de la prostitución en otro país, para muchas de ellas, es garantía de protección de su intimidad; en la mayoría de ocasiones, dentro del mismo escenario de prostitución, las compañeras de trabajo no conocen los nombres reales de las demás mujeres, a no ser que exista una relación de amistad y de confianza entre ellas, lo cual es poco común, porque se presentan rivalidades fuertes. Cuando hay pocos clientes crece la competencia, originándose tensiones y conflictos, ya sea entre ellas, dentro del mismo club, el piso, el asentamiento o la cortijada.

La constante movilidad geográfica entre provincias, regiones o países, así como el cambio de identidad, conforman la barrera protectora de su intimidad ante quienes quieran cuestionar su trabajo. La movilidad es una constante en el ejercicio de la prostitución, en relación también, a las condiciones en las que se ejerce y el beneficio económico que se obtenga, según el escenario de prostitución.

Las personas que ejercen la prostitución voluntaria y libremente eligen escenarios para trabajar en prostitución principalmente donde la oferta económica sea más alta y acudan más clientes, conocedoras de diferentes escenarios de prostitución, de tal manera que, no solo en diversas provincias sino en varios países, son conocedoras en profundidad de las ventajas de unos y otros espacios. Así lo relatan Eva, Cristina y Lorena:

*Pues es que ya te digo, yo he estado en un club dos veces, una de camarera y otra en una plaza. Nunca más [...] ¿Y en la calle? Nunca. Pero es que tú no sabes el frío que hace en Asturias... (Risas). No, fuera de broma... Nunca he estado en la calle. Después de Almería me voy a Italia, una amiga rumana me ha dicho que allí se gana muy bien en pisos (Eva, española, 29 años).*

*Yo me estuve acá en el 2010, es que me fui a vivir con mi novio a Italia pero allí me aburro mucho porque él es camionero internacional, y entonces cuando él no está yo me busco la vida en Suiza, pero allí es muy difícil porque si nos pillan nos dan orden de expulsión y no me puedo arriesgar; entonces vine este verano para acá, pero no hay nada que hacer con la crisis (Cristina, brasileña, 30 años. Diario de campo. Club. 2011).*

*Yo me cansé de trabajar para pisos y clubes, yo tengo dos niños, Alexandra, que atender, ¿Quién me los cuida mientras yo trabajo?, ¡nadie!, encima siempre te explotan, te quitan la mitad de lo que trabajas, y ¿Quién lo trabaja? Yo con mi cuerpo, así que he decidido irme con una amiga, ya tenemos visto el lugar en El Ejido, y en la furgoneta vamos a trabajar (Lorena, colombiana, 36 años. Diario de campo. Sede MDM. 2010).*

Esta constante movilidad dificulta el seguimiento de los casos a nivel sanitario y social. Dentro del programa de Médicos del Mundo, les informábamos que para los trámites con instituciones sanitarias y sociales públicas era fundamental su identificación real, por ejemplo, para realizar la tarjeta sanitaria y asignación del médico o para la realización de serologías y demás actividades de salud. Para estos asuntos se respetaban las indicaciones.

La mayoría de los clubes de alterne tienen licencia de apertura como cafeterías, bares, hostales o moteles, lo que permite que encubriendo su trabajo bajo otra denominación las personas que ejercen la prostitución puedan ocultar su actividad. Camarera de piso, camarera, cocinera, encargada, limpiadora, etc., son las ocupaciones más utilizadas para tal finalidad:

*Ahora vivo con mi novio y mi suegra, ella no sabe que trabajo en esto, le he dicho que soy camarera, a nosotros no nos falta casarnos, para qué papel, mejor así, si la cosa va mal cada uno coge su camino. Lo importante es que no haga falta dinero para vivir (Roxana, rumana, 29 años).*

Pocas mujeres reconocen ante su familia la actividad a la que se dedican; sin embargo, algunas, como Carmen, lo reconocen abiertamente ante las personas más significativas para ella:

*Mi mamá siempre... mi mamá siempre supo lo que estábamos haciendo. Pues le daba mucha tristeza... Pero no fue como... ¿Cómo te digo?... Como que resignación... O sea, ella sabía que ya no podía hacer nada. Entonces cómo caernos encima. Ella veía que... O sea, ya no tenía poder sobre nosotras. Era una decisión que ya estaba tomada (Carmen, colombiana, 37 años).*

## 6.7. De la iniciación en la prostitución a empresarias de la Industria del sexo

En los cuatro años de trabajo con mujeres migrantes extranjeras he conocido a varias de ellas que han hecho de la prostitución su puesto de trabajo y generado puestos de trabajo para otras mujeres, así como también para varones. Las mujeres de origen latinoamericano son más emprendedoras en el momento de impulsar y gestionar su propia industria del sexo. Algunas mujeres gestionan pisos privados, donde no admiten chulos ni proxenetas; otras ejerciendo autonomía en cuanto a espacio y horarios; algunas son empresarias de club y organizan, gestionan y hacen frente a las normativas para abrir un espacio que, como ya ha sido indicado, se esconde con licencia de bar, cafetería o cualquier otra fórmula vinculada a la hostelería. Destaco principalmente a Sara, mujer colombiana y hermana de Carmen quien, tras una trayectoria migratoria encaminada a la prostitución, se ha posicionado como empresaria de su propio club.

Sara lleva 15 años en España, llegó como su tía y hermana, a través de una red de tráfico de inmigrantes. Siempre ha estado vinculada al ejercicio de la prostitución y, con tantos años de experiencia, ya sabe diferenciar cuándo las mujeres son obligadas a ejercer o están en prostitución por otros motivos, al tener un “chulo”. Así se expresa:

*Yo no entiendo cómo todavía hay mujeres que trabajan en esto para darle el dinero al chulo; con los riesgos que tiene este trabajo y acá todavía tengo mujeres que se dejan el cuerpo trabajando para otros (Sara, colombiana, 36 años. Diario de campo. Club. 2011).*

Después de recorrer varios escenarios de prostitución, Sara decide abrir su propio club, el primero de ellos, y alquila un antiguo local de alterne. En las entrevistas realizadas indica que la actividad económica le “va bien”, tanto a ella como a las demás mujeres. No obstante, narra cómo su local fue incendiado una noche de diciembre, lo que significó perder su lugar de trabajo y el de otras mujeres. A pesar de ello, con ayuda de su hermana, abre una “cafetería” tiempo después en un polígono agrícola de la zona de Campohermoso. La mayoría de los clientes son de origen africano: subsaharianos y magrebíes. Es uno de los lugares donde el “pase” es más económico (palabra con la cual las mujeres hacen referencia a entrar con el cliente en la habitación. Así le llaman las mujeres a los 5 minutos de “sexo de pago”). En su bar no hay alcohol, solo bebidas refrescantes y agua. Está dirigido principalmente a musulmanes aunque en menor medida, también suelen ir autóctonos. A pesar de la crisis económica, Sara expresa que se sostiene económicamente:

*Antes ganábamos mucho dinero, pero ahora con la crisis la cosa esta muy mala, a mí me dicen mucho, cobre en la entrada 5 euros, venda alcohol, pero ¿para qué?, los marroquíes son nuestros mayores clientes, son limpios, no beben, vienen a lo que vienen y listo. Ganamos más cobrándoles 10 euros por los 5 minutos y mantenemos los clientes. Alexandra, digan lo que digan, con el sexo una mujer gana mucho dinero (Sara, colombiana, 36 años. Diario de campo. Club. 2012).*

Sara reconoce que su empresa le ha generado buenas posibilidades para ella, su familia y las mujeres que allí trabajan. Las mujeres que trabajan en su local son libres de ir y venir y cobran 3 euros de los 10 que paga el cliente. Sara afirma que dicha actividad no es a la que aspira el resto de su vida:

*La última vez estuve 6 meses en Colombia, ¡qué alegría! Con mis hijos que ya están allí, porque ya uno de ellos me empieza medicina en la capital, yo estoy contenta, ya para mí eso es un logro. Imagínese yo que vivía en una habitación con mi mamá, mi*

*hermana y mis dos bebés, y ahora ya tengo mi casa en Colombia. Quiero arrendar el negocio e irme a estar cerca a mis hijos, porque después de la muerte de mi madre, están muy solos” (Sara, colombiana, 36 años. Diario de campo. Club. 2012).*

Angue también tuvo la oportunidad de gestionar su propio negocio, que no prosperó debido a las dificultades en sus relaciones de pareja. En primer lugar, la violencia ejercida por su primera pareja que no respetó la orden de alejamiento impuesta por el juez y, en segundo lugar, el abuso de su posterior pareja que hacía uso de sus beneficios. Empezó con un bar de alterne, en la zona de Roquetas de Mar. Más tarde se desplazó a otra localidad de la provincia. Angue, nos narra su experiencia:

*No, como restaurante, yo preparo comida africana y las mujeres vienen a comer. Uno puede ligar con un hombre, lo llevan, pero no trabajan en mi bar, ¡no, no!, Porque estaba mi hijo...si viene la policía y no encuentra el niño va pensar que es un club de mujeres. Mi novio me dijo: coge una casa, en Olula hay muchas empresas, muchos morenos allí, tú puedes hacer eso allí, puedes vender cervezas baratas, allí puedes ganar más dinero. Como el juez me había dicho que yo tenía que abandonar el sitio, porque ese hombre me ha hecho eso, volverá para hacer peor, allí donde yo vivía, casi matan dos personas, dos ghanesas allí, él puede venir hacer algo, para que la policía me culpe a mí y diga que yo lo he matado. Tenía miedo, me fui a Olula (Angue, guineana, 32 años).*

Al fallar el negocio y la nueva relación de pareja, Angue se ve de nuevo con dos hijos, sin trabajo, con una pareja que la explota económicamente y no colabora con las tareas del hogar, acosada por denuncias de algunos vecinos por “desatención” de los menores. Reproducido en tierra española el modelo de relación de pareja africano que ella había vivido en origen, desesperada, vuelve a la prostitución.

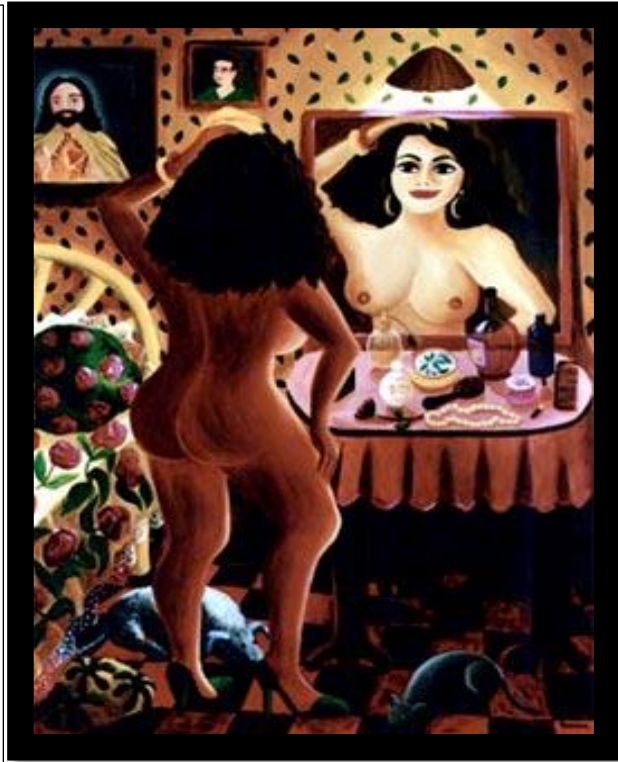
En conclusión, muchas son las motivaciones y los significados que para las mujeres migrantes extranjeras tiene el ejercicio de la prostitución. Todas comparten un contexto migratorio y deseo de alcanzar los objetivos personales que se han propuesto para su grupo familiar y para sí mismas. Sus cuerpos son una “herramienta de trabajo”, como lo relata Carmen, “una moneda de cambio”, como lo describe Eva, para lograr su propósito. El cuerpo les posibilita obtener ingresos en la industria del sexo y poder ser protagonistas y proveedoras; esclavizadas o no, explotadas o no, motivadas o no, es la estrategia que utilizan.

## 6.8. El territorio: Escenarios de la prostitución y efectos para la salud

*Hay club donde se hacen  
plazas ahora, igual que antes,  
igual que había pisos  
también en los que ibas el  
tiempo que querías.*

*Sólo era de día, además,  
donde yo estaba, no se  
trabajaba de noche. Eran  
pisos de día siempre. Y yo me  
quedaba el tiempo que  
quería. Si quieres, te vas a  
otro sitio.*

Eva, española, 29 años.



*Desnudo. Débora Arango.*

El territorio donde habitan y trabajan las mujeres migrantes extranjeras es según la teoría de las desigualdades sociales en salud, un determinante estructural en salud. ¿Cómo es el territorio donde habitan y trabajan las mujeres migrantes extranjeras?, ¿cómo influyen los escenarios de prostitución en los procesos de salud/enfermedad y el acceso a los recursos sanitarios y sociales?, ¿cuál es la situación residencial de las mujeres migrantes extranjeras y cómo impacta esta situación en su proceso de inclusión e integración social?

En este apartado realizaré un análisis de las diferentes características de la provincia de Almería con relación a los escenarios de prostitución, ampliando la descripción que inicié sobre la industria del sexo en la provincia (ver capítulo 5; epígrafe 5.3), con la visión de las mujeres participantes y las diferentes asociaciones entrevistadas.

El sociólogo Juan Carlos Checa realizó en 2007 una investigación centrada en los procesos de acomodación de los inmigrados en la provincia de Almería, en materia laboral y residencial. En ella destaca:

La población extranjera asentada en la provincia de Almería habita en dos modos o sistemas habitacionales diferentes: por un lado, nos encontramos los diseminados (cortijos, almacenes, chabolas, etc.) que son alojamientos disjuntos y esparcidos por todo el campo, o lo que es igual, fuera de cualquier núcleo urbano entre invernaderos y, por otro, la residencia en ámbitos urbanos, bien en las mismas ciudades o municipios, bien dentro de las múltiples entidades locales que componen los diferentes términos (Checa. 2007: 48).

La residencia en estos sistemas habitacionales para las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución depende principalmente no solo de la capacidad económica para rentar un piso en la zona urbana, sino del espacio de prostitución en el cual trabajan y, también, del perfil de potenciales clientes presentes en el territorio.

*Imagen 5. Poniente almeriense. Invernaderos vecinos a escenarios de prostitución. 2012.*



Fuente: José S. Gutiérrez (2012).

La provincia de Almería es conocida en todo el mundo principalmente por “la expansión agrícola intensiva bajo plástico, que provoca desde el comienzo de los años noventa del siglo pasado, una segunda oleada migratoria, esta vez de población extranjera” (Checa. 2007: 37). La población extranjera inmigrada eran originariamente africana: subsaharianos y del Magreb, más recientemente, llegan personas de origen latinoamericano y de Europa del Este, en su mayoría población masculina. En la provincia de Almería conviven más de 100 nacionalidades diferentes; las personas inmigradas empezaron a ubicarse cerca de las zonas donde tenían mayor oportunidad de trabajar. En las zonas de invernaderos residen los varones inmigrantes que también se empleaban en construcción y hostelería, a lo largo del litoral costero de la provincia, la segunda fuente laboral y económica de la provincia. El turismo y la restauración a él asociado, es la segunda fuente laboral y económica de la provincia.

El auge económico de la provincia, deja su huella en la construcción de viviendas a lo largo de la línea del mar, donde se centra el turismo. En las décadas de los ochenta y noventa, los escenarios de la prostitución eran las denominadas “whiskerías” (también llamados clubs, boîtes o puti-clubs) que se ubicaban en las salidas de las diferentes localidades y que, en la actualidad, se han transformado en diferentes escenarios de prostitución. Al expandirse la construcción y las pequeñas localidades ir creciendo, muchos de esos escenarios de prostitución se han ido integrando a los centros de los municipios.

Algunos de estos escenarios de prostitución integrados o no dentro de las zonas urbanas son el lugar de residencia constante o provisional de las mujeres migrantes extranjeras. La inserción residencial de las mujeres migrantes extranjeras que trabajan en prostitución en la provincia de Almería, la ocupación del espacio público y los efectos de estos lugares de residencia-trabajo, son factores importantes a tener en cuenta en el proceso de salud/enfermedad de las mujeres, al igual que en su proceso de inclusión e integración social.

Las mujeres migrantes extranjeras se encuentran segregadas espacialmente en razón de su país de procedencia, de su clase social y de las relaciones de género que establecen con varones compatriotas y autóctonos. Las mujeres y varones africanos -subsaharianos y magrebíes-, sin posibilidades de acceder a una vivienda (a diferencia de la población latinoamericana y del Este de Europa, con mayor presencia en las zonas urbanas), son los que residen más alejados de los centros urbanos, principalmente en los diseminados.



La ubicación de las viviendas es una variable crucial para el rumbo de los procesos de integración y participación social. Las mujeres subsaharianas residen y trabajan en las zonas donde se concentra la mayor población subsahariana de la provincia, municipios del Poniente y Levante almeriense, ubicados principalmente en zona de invernaderos; sus viviendas se convierten en “bares-cortijos”, algunas zonas de segregación residencial como las 200 viviendas en Roquetas de Mar, donde reside un gran número de africanos subsaharianos, ofrecen pisos regentados por mujeres guineanas y nigerianas. Estas mujeres, principalmente las de origen nigeriano, guineano, ghanés y algunas malienses, se movilizan por toda la provincia para ejercer la prostitución. También existe una importante comunidad senegalesa en la provincia; las mujeres de Senegal no son apenas representativas en los escenarios de prostitución, debido a que llegaron a España principalmente reagrupadas por sus maridos, los principales proveedores económicos del grupo doméstico.

Estefanía Ación (2010), en su investigación sobre mujeres nigerianas en el trabajo sexual en el Poniente almeriense, realiza una detallada descripción de las “casas-bares” o “bares-cortijos”:

Las casas-bares se encuentran divididas entre espacios públicos y privados. Los primeros son, básicamente, el salón y los pasillos. El salón se acondiciona como bar (suele contar con una barra de bar, mesas y sillas de plástico, sillones y sofás, una televisión y un equipo de música) y se decora con motivos navideños –coloridos y baratos– y carteles de actos co-étnicos locales, fotos de revistas, elementos del país de origen... Los dormitorios, que son espacios mixtos, entre públicos y privados (donde se descansa y se trabaja), suelen contar con varias camas, separadas entre sí por cortinas estampadas en colores vivos. Los únicos espacios que son totalmente privados la mayoría de las veces son la cocina y los baños –aunque éstos son usados, evidentemente, por los clientes también–. A pesar de ser equipamientos muy viejos y descuidados, las habitantes se encargan de que estén siempre ordenados, limpios y provistos (Ación, 2010: 3-4).

Las mujeres de origen magrebí, reagrupadas por sus maridos, residen en las zonas urbanas con su grupo doméstico. Algunas asociaciones reconocen que se encuentran pisos de mujeres magrebíes que ejercen prostitución en los barrios marginales de la ciudad de Almería, en los que se asienta la población marroquí, pero precisan que dichos espacios de prostitución son minoría. Las mujeres que, como describí anteriormente, han llegado a través de contingente, esto es, a través de procesos migratorios propios, son las que, debido a su vulnerabilidad personal y social, encontramos principalmente en las infraviviendas diseminadas y asentamientos. Estas mujeres, segregadas y excluidas social y espacialmente, son las que se encuentran más alejadas de los recursos sanitarios y sociales debido a:

- La barrera del idioma.
- Una marcada dependencia de la relación doméstico-sexual para su supervivencia.
- La lejanía de sus chabolas y el aislamiento, que las aísla de los recursos existentes.
- Las zonas de residencia sin asfaltar, sin iluminación, con alto grado de contaminación ambiental por los fitosanitarios que utilizan los agricultores en los invernaderos.
- La carencia de agua potable y de energía eléctrica.

Esta situación residencial las hace más dependientes del varón, supuesto proveedor de seguridad y estabilidad, y les imposibilita establecer relaciones sociales y nuevos vínculos humanos, lo que aumenta la situación de riesgo y la posibilidad de ser víctimas de violencia de género.

*Imagen 6. Chabolas entre invernaderos, residencia de mujeres y varones magrebíes.*

*Poniente almeriense. 2011.*



Fuente: MDM Almería (2011).

Las mujeres rumanas y latinas comparten algunas características relativas al nivel residencial y a su ubicación espacial dentro del territorio: Si se encuentran solas, generalmente residen dentro del club o piso de prostitución porque esto les permite ahorrar dinero, hacer su plaza de 21 días y cambiar de escenario de prostitución, si así lo desean. Quienes residen en la provincia con el tiempo alquilan un piso, compartiendo los gastos con compañeras del club –y no solo de la misma nacionalidad- que constituyen las primeras redes de intercambio y apoyo que establecen; suele encontrarse mujeres rumanas y latinas compartiendo pisos fuera del escenario de prostitución, principalmente ecuatorianas y colombianas que se convierten en profesoras de castellano para las mujeres rumanas. Algunas veces he preguntado a supuestas mujeres colombianas de qué parte de Colombia son y me he encontrado con la sorpresa - como me sucedió con Tania - de que me responden: “yo soy rumana”.

*No mami, yo no soy colombiana, soy rumana de Alexandria, es que acá comparto el piso en Huércal con una colombiana, entonces se me ha pegado su acento, vamos al mercadillo juntas el día del descanso, hasta las novelas que ya las dan en castellano latino en Rumania... (Ríe)... ¡Claro mami! (Tania, rumana, 34 años. Diario de campo. Club. 2010).*

Para la población rumana, la capacidad de aprender el castellano, constituye una gran ventaja para sortear las dificultades de adaptación al nuevo contexto, pues la posibilidad de comunicación abre las puertas a la vinculación e integración social; lo que no ocurre con las mujeres de origen africano, específicamente nigerianas y magrebíes, confinadas a espacios sociales en los que solo tienen contacto con los compatriotas con los cuales se prostituyen.

La ubicación geográfica y espacial de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia también nos indica su posición y clase social dentro del tejido social almeriense, los recursos sociales y sanitarios a los cuales tienen acceso, de sus dificultades para la participación e integración social. La segregación espacial de las mujeres en función de su país de procedencia, género y clase social, evidencia cómo se conforman guetos habitacionales y ocupacionales que dificultan el proceso de normalización e integración social. En una conversación informal con un guardia civil que atiende a población inmigrante de la provincia me manifestaba: “Nosotros también atendemos a las prostitutas de los inmigrantes”. Interpreto dicha afirmación atendiendo a la oferta de la prostitución en la provincia: los diferentes escenarios de prostitución se dinamizan principalmente en función del origen de los varones migrantes extranjeros, pues son ellos quienes se emplean formal o informalmente y poseen el dinero para pagar por sexo a las mujeres de su propia nacionalidad o de otras nacionalidades. Así, las mujeres subsaharianas se prostituyen principalmente con sus compatriotas y también con autóctonos, las mujeres magrebíes se asientan dónde están los varones magrebíes, las

mujeres latinas y rumanas, son las que más ejercen en pisos y clubes a donde acceden principalmente clientes españoles y extranjeros de diversos orígenes. A ello me he referido al hacer notar cómo algunas mujeres que trabajan en la industria del sexo han diversificado la oferta para los colectivos de varones inmigrantes, como en el caso del club, cuya propietaria es Sara.

*Imagen 7. Varones subsaharianos residentes en el asentamiento de cuevas del Almanzora.*

**2012.**



Fuente: José S. Gutiérrez (2012).

La prostitución en espacio público es uno de los escenarios donde mayores riesgos existen para las personas que ejercen la prostitución, en este caso, en carreteras nacionales de Almería. La prostitución en el espacio público es atendida en la provincia de Almería por todas las asociaciones que han participado en esta investigación. En Almería capital existen sectores públicos de actividad y carreteras nacionales identificados por realizarse allí prostitución todo el año, entre ellos, Bayyana (espacio público tradicional de prostitución en la ciudad), la carretera Sierra Alhamilla y el sector de Pescadería. En el Poniente almeriense, la prostitución en espacio público se ubica principalmente en las entradas del municipio de El Ejido y las personas que ejercen en dichos sectores aprovechan la cercanía de los invernaderos para

ejercer en los alrededores. En la zona del Levante almeriense la prostitución fuera de establecimiento es mínima, se visibiliza sólo durante la temporada de verano, principalmente en las zonas turísticas de Vera Playa. En los últimos tiempos, debido a las presiones del ayuntamiento<sup>53</sup> y del vecindario<sup>54</sup>, las mujeres se han buscado otros espacios cerrados.

Existen diferentes percepciones del riesgo que acarrearán a la salud los escenarios de prostitución, según las asociaciones que atienden a este colectivo:

*Quizás en el club este un poco más regulado pues porque le puede abastecer de preservativos, tienen más, y en la calle digamos, que ellas buscan donde conseguirlos pero en ambos sitios tienen sus riesgos (Agente social, APRAMP).*

*Considero que el cuerpo no está separado de la persona y la situación de riesgo tiene que ver con las condiciones en las que realizan el trabajo sexual: Poca higiene, poca privacidad, presión o violencia por parte de algunos clientes, desinformación respecto a los riesgos (Agente social, APDHA).*

Como plantea la agente social de APDHA las situaciones de riesgo y vulnerabilidad dentro de los escenarios de prostitución están relacionadas con las condiciones en las que se realiza el trabajo sexual, por lo que existen riesgos ligados a los distintos escenarios, espacios abiertos, como la calle; o cerrados, como el bar-cortijo, los pisos, clubes o zona de asentamientos:

*No creo que haya escenarios específicos, creo que lo que afecta es encontrarse en esa situación en particular, estar en la calle, dicen que las que están en la calle están más desprotegidas, no considero yo que las que estén en la calle estén desprotegidas, hay de todo, hay mujeres que a mí me cuentan que no pueden salir a la calle más de tres horas al día, en los pisos también tienen limitaciones, el riesgo que se corre, da igual estar en la calle, bajo mi punto de vista y por lo que yo veo considero que la actividad afecta la salud por igual (Agente social, AIMUR).*

---

<sup>53</sup> En el artículo de prensa: "Apagón a las prostitutas", la periodista María Victoria Revilla del diario El Almería.es, da cuenta de la problemática de la prostitución en espacio abierto en la provincia: "El equipo de Gobierno, no obstante, aún no se ha sentado con los grupos de la oposición para limar el contenido de algunos artículos relativos a la prostitución callejera conflictivos, que hicieron al alcalde retirar del orden del día plenario la nueva ordenanza en aras de alcanzar un consenso". Disponible en <http://www.elalmeria.es/article/almeria/1077288/apagon/las/prostitutas.html>. Accedido el 06/5/06/2014.

<sup>54</sup> El diario Ideal de Almería publica el 23/01/2013 una nota de prensa que evidencia la inconformidad de los vecinos en relación a la prostitución. "El barrio de Oliveros de Almería, cansado de la prostitución. Miembros de la asociación de vecinos Mediterráneo-Oliveros mantendrán próximamente un encuentro con el alcalde de Almería: «con el objetivo de buscar soluciones que permitan erradicar la prostitución en nuestro barrio». Disponible en <http://www.ideal.es/jaen/20130125/local/almeria/barrio-oliveros-almeria-cansado-201301251320.html> Accedido el 05/06/2014.

Como describe la Agente Social de AIMUR existen condiciones difíciles que las mujeres migrantes extranjeras tienen que asumir en los espacios cerrados de prostitución, no solo x el deterioro de la habitabilidad en los pisos, clubes, chabolas o cortijos-bar sino también a las presiones laborales, sean mujeres coaccionadas o no, a las que deben someterse: una mujer puede ejercer en un piso en plena zona urbana pero encontrarse aislada, limitada a nivel espacial y controlada por redes de trata y explotación sexual que aprovechan las comunidades de vecinos para camuflar su delito. Una mujer africana puede ejercer en un bar-cortijo, donde las habitaciones para el pase con los clientes se comparten con dos o tres personas más, sin agua potable, sin energía eléctrica, la cocina compartida por una veintena de mujeres subsaharianas, donde solo se cocina arroz y el poco pescado que compran, porque todo el dinero va destinado a pagar la deuda del viaje a España. Una mujer rumana puede trabajar más de 10 horas al día de pie, con solo una comida al día. Una mujer marroquí puede soportar vivir bajo el plástico de su chabola, soportando el calor intenso del verano o el frío del invierno, esperando la próxima paliza de *su cliente-novio* y mitigando su dolor mientras ve las fotografías de los hijos que ha dejado en Marruecos. Así, sucesivamente, se suman factores que influyen en la salud de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución.

*El escenario facilita que pueda pasar por más enfermedades y más virulentas, o más fuertes. Pues sobre todo en aquellas que no tienen ningún tipo de higiene invernaderos, zonas de calle donde no pueden lavarse y después tener la relación sexual (Agente social, MDM).*

En la atención realizada a las mujeres magrebíes de los asentamientos detectamos cómo la mayoría de ellas padecían de hongos vaginales y de otras infecciones de transmisión sexual que no remitían a pesar del tratamiento farmacológico; luego comprobamos que el agua no potable que consumen de los estanques de los invernaderos era el agua con el cuál realizaba su higiene íntima, razón por la cual, los hongos vaginales en lugar de desaparecer se mantenían.

Además de los numerosos riesgos físicos y psicológicos, existen también riesgos sociales:

*El riesgo en la salud sexual y reproductiva está asociado, también, al número de varones que atienden cada día: “En una noche como 10 como 12, tú sabes, como 12 personas, uno puede pagar, 15 mil, 20 mil, 30 mil pesetas, por una joven” (Angue, guineana, 32 años).*

*Claro que sí, tiene efectos en el ámbito de la salud. Tienen más capacidad de obtener enfermedades ya no solo a nivel de enfermedades infecciosas sino que, al tener muchas relaciones, el flujo lo tienen mucho más alterado, y más capacidad de tener otro tipo de infección (Agente social, MDM).*

Recientemente, Lorena, mujer colombiana que atiende a sus clientes en su furgoneta, me contaba cómo el día que finalizó el Ramadán se ganó 400 euros, al realizar servicios sexuales a 40 varones. Así lo narraba:

*Yo pensaba que el día iba a ser malo, porque con el Ramadán ellos poco hacen, pero llegue a las 7 de la tarde hasta las 2:30 de la noche, tuve 40 tíos. Tuve que parar porque ya me dolía el chocho, pero tenía que aprovechar (Lorena, colombiana, 37 años. Diario de campo. Sede MDM, 2012).*

En su furgoneta-escenario de prostitución no tiene agua potable, utiliza toallas húmedas para limpiar a sus clientes, siempre usa preservativo y el acto sexual no dura más de 5 minutos. Para ella, en su propia valoración, la ganancia económica es más relevante que el malestar que su cuerpo pueda presentar por el exceso de esfuerzo físico. Debido a las malas condiciones en las que ejercen la prostitución propicia un alto riesgo para su salud y seguridad personal.

Tanto en los clubes como en los pisos, las mujeres realizan un sistema de plaza, marcado por el ciclo menstrual de cada cual, principalmente de 21 días, así tan pronto llega la regla, “se descansa” y, pasada una semana, inicia su actividad en otra plaza, dentro del mismo club o en otro diferente de la provincia o de España:

*Tú llegas allí, comes, te duchas, trabajas, todo allí por 21 días. Cuando se cumplen los 21 días si quieres te quedas allí, o te vas a trabajar a otro club, te vas una semana y después de una semana vuelves. Generalmente cuando empieza la regla uno cumple los 21 días, cada día pagas 50 euros (Roxana, rumana, 29 años).*

Siempre que se habla de prostitución, independientemente del escenario donde tenga lugar, la persona que se prostituye aparece asociada a la figura del varón proxeneta o chulo que la obliga a prostituirse y recauda la mayoría de los ingresos. Aunque pocas mujeres refieren tener chulo - algunas refieren tener pareja, esposo, novio- la situación de explotación laboral y relaciones abusivas está marcada por las condiciones en las que tienen que trabajar las personas en prostitución, sometidas a que la persona encargada del piso, club, o cualquier otro escenario, abuse económicamente. Las mujeres migrantes extranjeras, en pisos privados y clubes, deben

pagar a diario por la alimentación, la estancia, el pase con los clientes. Antes de la crisis, cada “pase” significaba 50 euros de media; en la actualidad se ha reducido a 25 euros. Igualmente, las personas que trabajan en los pisos privados deben aceptar las condiciones que impone la persona responsable del piso. Eva se plantea abrir su propio piso en Asturias pero trabajando solo ella, ya que le parecen abusivas las condiciones de explotación a las que las mujeres deben someterse.

*Yo voy a llegar a Asturias... Me está buscando mi hermana local ya, para abrir un negocio; la tengo buscando local, mirándomelo todo, ¿vale? A darme de alta. Que tengo que coger un piso para el apoyo mientras que empieza a arrancar, me cojo un piso y trabajo sola para sacar mi meta, en lo que me viene el permiso para sacar el negocio. Pero... Si mucho un año hasta que me empiece a arrancar lo otro. Más no. Y trabajaré para mí, no para nadie. Y tampoco quiero mujeres trabajando para mí... Porque lo que no quiero que me hagan a mí, no se lo hago a nadie. Me parece un abuso, lo que hacen en los pisos. El dinero que se llevan, porque ahí nadie está poniendo el cuerpo, ahí nadie está aguantando; están aguantando las mujeres. Yo es algo que no haría, aparte que es algo ilegal... ¿Sabes? Hombre, es algo ilegal. Tú no puedes ganar dinero a costa de otra mujer, eso es ilegal. Tú puedes vender tu cuerpo, lo que quieras, pero no poner a otras mujeres. Eso es ilegal, claro... Ponle que me paga un cliente cien euros (Eva, española, 37 años).*

En conclusión, los escenarios de prostitución son diversos y variables. Diversos en cuanto a que pueden ser espacios cerrados como clubes, pisos, chalets o los bares-cortijo; y espacio abiertos como son las calles, carreteras, alrededores de polígonos industriales, invernaderos o zona de infraviviendas diseminadas. Y los escenarios son variables en relación a su ubicación dentro del territorio, ya que algunos como los espacios cerrados- permanecen estables y otros son más móviles en función de las amenazas o riesgos para las personas que ejercen.

Para la salud de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución existen diferentes riesgos, como hemos podido leer a través de las protagonistas y los agentes sociales entrevistados. Cada escenario tiene determinadas condiciones que nos desvelan la vulnerabilidad de las personas que en ellos no solo ejercen, sino que, generalmente también habitan. Las condiciones inalterables y que son común denominador, independientemente del escenario son la exclusión social y la marginación del colectivo, las condiciones de situación de irregularidad administrativa que nos les permite acceder a otros recursos laborales y sociales (Amaro, 2010).



## 6.9. El dinero de la prostitución

*Vienen clientes de todo tipo, españoles por supuesto de todas las edades, los negritos que trabajan cerca en los invernaderos, marroquíes que junto con los negritos son los más limpios. Entonces vienen de todos los colores y sabores, unos no los vuelves a ver, otros se convierten en clientes más constantes y hasta terminan teniendo relaciones estables con chicas de acá, algunas hasta se casan o se van a vivir con ellos.*

Sara, colombiana, 34 años.



*Los que entran y los que salen. Débora Arango.*

Los clientes de la prostitución femenina, en su mayoría varones, son los que dinamizan la industria del sexo en la provincia, ligada a los sectores económicos de la agricultura bajo plástico, el turismo y la construcción, afectada en gran medida, esta última, por la actual situación de crisis. Para las mujeres en situación de prostitución, la crisis económica ha marcado un antes y un después en la industria del sexo, en la provincia de Almería<sup>55</sup> y en España en general, dado que la caída vertiginosa de la construcción ha impactado el mercado de la prostitución.

Las conductas de alto riesgo sexual arrojan una mayor incidencia en esta época de crisis económica, debido a que las mujeres deben atender a más clientes para obtener los mismos ingresos que antes de la crisis. La perentoriedad económica se traduce en que, muchas de ellas bajan la guardia respecto a las conductas de sexo seguro. Asimismo, la movilidad geográfica de

---

<sup>55</sup> “Las prostitutas tienen menos clientes y han tenido que abaratar, además, sus servicios. Son víctimas también de la crisis económica que afecta a todos los sectores. Según Mercedes Díaz, presidenta de Aimur (Asociación para la Atención Integral de Mujeres en Riesgo Social), las prostitutas “se quejan mucho” de que tienen menos trabajo y de que han tenido que bajar el precio, lo que complica aún más la vida a muchas de ellas.” Artículo: “La crisis obliga a las prostitutas a cobrar menos por sus servicios” (17/03/2013). Disponible en <http://www.lavozdealmeria.es/vernoticia.asp?IdNoticia=39780&IdSeccion=2> Accedido el 05/06/2014.

las migrantes extranjeras se ha incrementado, a la búsqueda de territorios donde haya clientes con mayor poder adquisitivo para el sexo de pago.

Algunas mujeres migrantes extranjeras nos ejemplifican las cantidades de dinero que se movilizaban antes del impacto de la crisis en la prostitución:

*Yo he ganado mucho dinero, claro, pero no ahora tanto. Antes, se ganaba mucho más. Con el tema de la crisis, normal, lógico, pero sí, siempre gano dinero, en este tiempo en Almería, he ganado como 3.500 euros, que para el tiempo que estamos está muy bien, trabajando 24 horas, toda la noche. 24 horas relativas, si me quiero echar a dormir, duermo. En otras épocas te hubieras ganado 7000, por lo menos... ahora me voy a Italia, porque una amiga rumana, estuvo allí y ganó. ¿Te digo cuánto ganó?... En 2 semanas, 2 mil euros. A mil euros por semana, ponle, que está bastante bien (Eva, española, 29 años).*

Existen importantes diferencias entre el trabajo que se ejerce en los clubes y los pisos privados; la más destacada, es que el club tiene una zona social, de alterne, donde se da el encuentro entre las mujeres y los clientes. En este escenario, solo la mujer y el cliente son los “actores” encargados de negociar el pase. En ese acto, antes de entrar a la habitación la mujer y el cliente ya han consumido varias copas, que significan elevadas ganancias para el dueño del club. Así nos los relata Roxana:

*Si, te puedes encontrar que hay personas buenas y malas en este trabajo, muchas veces parece personas buenas en la barra pero cuando entras en la habitación es una persona mala, yo siempre hablo con el cliente fuera, para que sepa que hago dentro de la habitación (Roxana, rumana, 29 años).*

En un piso el contacto con las mujeres se ha realizado previamente por vía telefónica, ellas han concertado con su cliente al que esperan para el sexo de pago; también existe la modalidad en la que el cliente es conocedor de que en ese piso se ejerce la prostitución y acuden, la mami o madame se encarga de presentar a las mujeres y el cliente elige con cuál irse:

*Un club no me gusta. A mí eso de tener que estar...qué va, qué va. Es bastante jodido: que te pagan y tú que entras, y al tío estás mintiendo, dorándole la píldora a un mongo. Que a lo mejor ni se queda contigo. Umm, jno! Y aquí donde me ves, soy muy soberbia, eh, muy soberbia, yo lo reconozco. Soy muy soberbia. Yo, mira, estar, lo que te digo, aguantando a un mongo es que ni lo conoces de nada y encima después para que no te*

*vaya a pagar, pues no. Aquí vienen y si te gusta te quedas y si no: chao. ¿Me entiendes? Aparte yo soy muy tajante, soy muy cortante (Eva, española, 29 años).*

Los bares-cortijos donde ejercen las mujeres subsaharianas funcionan generalmente como los clubes, se consume alcohol y varias mujeres están a la disposición de los clientes, a diferencia de los asentamientos donde ya sabemos que las mujeres magrebíes tienen su cliente-novio, (véase el caso del asentamiento de Cuevas del Almanzora ya descrito, en el cual, los clientes subsaharianos y autóctonos tienen sexo de pago con la mujer que elijan, y se les cobra según la categoría del cliente). Así no los refiere Angue:

*Sí, claro, cada mes nos cobran 150 por la habitación, a los chicos se les cobran 10 euros por 15 minutos, si son africanos, porque también van guardia civil, policía local, vienen todos [...] ¡Umm...si! a los españoles les cobramos 30, 50 euros. Salí de allí porque Tina tiene carácter muy feo, quiere mandar, ser superiora, ella se sienta y dice: ¡haz eso, haz eso, ella se sienta, tú cocinas, tú haces de todo, pero ella está como un jefe! (Angue, guineana, 32 años).*

Como relata Angue, las mujeres tienen que someterse a las condiciones del piso, donde prima la explotación laboral y donde quien asume la representación y autoridad abusa de su poder, por lo que las mujeres tienen que someterse o movilizarse a otros escenarios; donde aminorar los costes personales de la prostitución.

La figura del cliente es importante para las mujeres migrantes extranjeras en cuanto proveedores económicos; sin clientes no hay trabajo, ni hay dinero para hacer frente a las economías del grupo doméstico, ni para cubrir las necesidades de los hijos e hijas en el país de origen. El territorio también determina el tipo de clientes que acuden a la prostitución, de esto son conocedoras las mujeres migrantes extranjeras que eligen prostituirse en función de la procedencia de los clientes. Encontramos que las mujeres subsaharianas se prostituyen con sus compatriotas y uno que otro autóctono que se acerque a los bares-cortijos; las rumanas y latinoamericanas suelen encontrarse en escenarios de prostitución donde los clientes son principalmente españoles. Así describe Carmen cómo ve a sus clientes:

*¿A mis clientes? Yo los veo como... yo he cambiado como la visión, antes veía: "Estos hijueputas, voy a sacarles plata". Hoy en día por lo menos yo trabajo con marroquíes y ellos tienen que salir a la calle a asolearse; trabajaban ocho horas para ganarse treinta euros, pero nada más en el Acuario yo me ganaba cuarenta euros media hora. En ese tiempo yo decía: y ahora, ellos tienen que asolearse ocho horas para ganarse treinta euros*

*y yo aquí en media hora me gano cuarenta. Entonces yo los miro como: “Qué pesar... ahora yo tengo que hacer que esta media hora para ellos valga la pena”. O sea, ya no los miro como: “Esos hijueputas”, sino como que les agradezco me escogen a mí y les doy un trato diferente. ¿Me entiendes lo que estoy diciendo?” (Carmen, colombiana, 37 años).*

Carmen se siente trabajadora, tiene conciencia de clase. Reconoce que tantos años en prostitución le han llevado a cambiar la opinión en relación a sus clientes, lo que le permite ganar en una hora lo que ellos ganan en un día de trabajo.

*Pues mira, si a mí, en estos momentos, me llegan a decir: “Vete a un club a trabajar por cincuenta euros, a trabajar con españoles”, yo me quedo acá. Porque es muy fácil. O sea, yo ya te digo que tiene la mala suerte de que está el que se queda cinco, siete, ocho minutos. Por lo menos, tengo esa mentalidad... me ayuda mucho a decir: “¿Cómo voy a estar con este hombre que tiene diez euros para invertirlos en comida, se los va a venir a gastar conmigo y venga: ¡rápido!...y...?. No, yo no soy así...Porque yo en la situación con ellos, vuelvo y te repito, soy muy tranquila, soy muy cariñosa, y por eso, a lo que se dice el trabajo físico, ya no me cuesta nada, o sea, lo que sería la penetración. Entonces, si vamos a comparar: no es lo mismo que una rumana se gane veinticinco a que yo me gane veinticinco; porque una rumana se hace veinticinco hasta las tres de la mañana. Yo me hago veinticinco a la una y media. Porque ellas no tienen esa conciencia de pronto que tengo... pienso yo... Ellas son: cogen el dinero, le ponen la goma y se acuestan... y a ellos hay que estimularlos. Primero, que ellos son muy calientes por naturaleza y, en el momento, si tú los abrazas, los acaricias, entonces automáticamente, cuando ya... Eso es cuestión de abrir y cerrar los ojos. Entonces, mientras ellas se están haciendo uno, yo ya me he hecho tres. Ellos me dicen: “¿Usted por qué es tan rápida?”. Yo le digo: “Porque es que yo no le entro, le quito la plata y los trato como una porquería”. O sea, ellos son tan humanos como lo soy yo. Entonces por esa actitud me vuelven a escoger (Carmen, colombiana, 37 años).*

Para otras mujeres, como Eva, los clientes solo representan dinero y no se debe tener muchas consideraciones con ellos.

*Depende, los hay de unas maneras y los hay de otras maneras, como en todo. Pero suelen ser muy pesados, intensos, y vienen a contar historias y, claro, tú no estás con ellos porque tú quieras, no es un amigo, ¿me entiendes? Si tú estás con un amigo, tomándote unas copas en un bar, estás de puta madre, ¿no? Pero estás con alguien con quien no quieres estar y a quien tampoco quieres escuchar. ¿A mí qué cojones me importa lo que me está*

*contando este, si yo lo que quiero es...?* (plaf, plaf: sonidos de mano) (Eva, española, 29 años).

En los cuatro años de trabajo con personas en prostitución, principalmente mujeres, me ha llamado profundamente la atención su entrega y dedicación al grupo doméstico, los sacrificios personales que realizan para que las necesidades de su familia, padres, hijos e hijas y demás parientes estén cubiertas. De hecho, la responsabilidad frente a su familia ha sido siempre una de las motivaciones principales para recurrir a la prostitución como estrategia económica. Unas pocas reconocen tener chulos, haber sido víctimas de trata; otras callan por temor y solo ellas saben los motivos de su silencio pero las mujeres seguimos siendo esencialmente cuidadoras y este imperativo de género también se evidencia en las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, “la mujer prostituta es cuidadora de los suyos y del cliente”. A ella se le encomienda el cuidado de la salud de sus clientes, a ella van destinados los programas de salud, el control sanitario de su cuerpo, convirtiéndolas en chivos expiatorios de la salud de los varones de la comunidad; a través de ellas se completa el rompecabezas y se conocen los riesgos de salud pública en relación con las infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades que afectan a la sociedad en general, pero las personas clientes raras veces son diana de las políticas públicas sanitarias, en consonancia con la moral sexual discriminatoria para con las mujeres.

**Capítulo 7. HABLAN LAS PROTAGONISTAS. RESULTADOS Y ANÁLISIS II:  
La salud biológica, psicológica y social en el ejercicio de la prostitución**

---

*No, ellos sí que no tienen, yo no sé, ellos no se contagian, ellos no se contagian, el padre de mi hijo se hace los análisis, no se contagia, y el padre de mi hija tampoco.*

Angue, guineana, 32 años.



*Madona del silencio. Débora Arango.*

## 7.1. Los riesgos para la salud biológica

En este Capítulo se abordan los riesgos que el ejercicio de la prostitución puede tener para la salud bio-psico-social y las enfermedades padecidas por las mujeres migrantes extranjeras. En un primer momento, realizo un análisis de los riesgos para la salud física y biológica centrados, principalmente, en la salud sexual y reproductiva (y ampliada a otras enfermedades que no entran dentro de los programas de salud dirigidos a este colectivo). Describo igualmente los riesgos laborales a los que se enfrentan las mujeres migrantes extranjeras según el escenario de prostitución. En un segundo momento, referido a la salud psicológica, profundizo en algunos riesgos asociados al proceso migratorio en contextos de prostitución, siguiendo la teoría de las desigualdades sociales en salud. En un tercer momento, abordo los riesgos para la salud social, donde profundizo acerca del acceso y uso de los recursos sanitarios y sociales. Igualmente abordo el estigma y la discriminación que dificultan grandemente, los procesos de inclusión e integración social de las mujeres migrantes extranjeras (Garaizábal, 2007; Holgado, 2013).

### 7.1.1. Salud sexual y reproductiva.

#### **a) Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/SIDA).**

Las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, son las protagonistas de las campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dentro del colectivo de personas en prostitución. Los esfuerzos de la Delegación de Salud de Almería y de las asociaciones que trabajan con el colectivo tienen como finalidad facilitar el acceso al sistema sanitario y realizar control, prevención y atención de las posibles infecciones de transmisión sexual. Los grandes recortes en los fondos del Plan Nacional de Lucha contra el SIDA realizados por el gobierno han repercutido principalmente en la atención a personas inmigrantes VIH-positivas, sin documentación, que se quedan sin posibilidad de tratamiento en la mayoría de las provincias en España (MDM, 2014). Tal y como se recoge el European AIDS Treatment Group (2014) “Con carácter general se puede afirmar que la reducción económica por parte del gobierno central a políticas de salud pública en VIH/SIDA ha sido cercana al 90%, la relevancia de organismos cruciales para la respuesta a la pandemia, como el Plan Nacional del SIDA, se ha visto mermada al ser suprimido su rango de Secretaría en la administración” (EATG, 2014:2).

Según datos oficiales de la Dirección General de Salud Pública, en su informe de evaluación del Plan multisectorial del VIH/SIDA 2008-2012, entre los años 2009 y 2011 la cantidad

destinada por el gobierno a las comunidades autónomas para atender proyectos relacionados con el VIH/SIDA se mantuvo estable, en torno a los 4.327.000€; así mismo durante el mismo periodo 4.405.000€ se destinaban anualmente al mantenimiento y proyectos del Sistema Público Nacional de Salud y la convocatoria de subvenciones para proyectos ejecutados por ONGs ascendía en el periodo 2009-2011 a 3.736.800 (2009-2010) y 3.860.000 en 2011. En 2012, esta fuente de financiación se eliminó, pasando esta partida a ser incluida dentro de los “Fondos de Cohesión” que se destinan a las CCAA. “La cantidad asignada para el Plan Nacional del SIDA fue de 3.052.820 € y el monto destinado dicho año para proyectos ejecutados por ONGs fue de 1.000.000 €” (EATG, 2014: 8).

Como profesional e investigadora podría documentar un centenar de historias en relación a las ITS y el VIH que pudieran dar lugar a otra investigación pero, en contra de la opinión generalizada, no todas provienen de la atención a mujeres migrantes extranjeras en prostitución; muchos de los “positivos” en ITS/VIH son de varones que tienen sexo con varones y de personas que no ejercen la prostitución. Un ejemplo más de la influencia del estigma en la construcción del estereotipo negativo que identifica a las personas en prostitución como portadoras de virus y enfermedades, por tanto, “un peligro” para la Salud pública. Esta falacia se deriva de los diferentes discursos, en especial el biomédico, centrado en controlar sus cuerpos a través de los programas de prevención de ITS/VIH. Se ha evidenciado en la revisión de la literatura más actual cómo, a pesar de las dificultades para acceder a los servicios y controles de salud, las personas trabajadoras sexuales inmigrantes se encuentran en mejor estado de salud que las trabajadoras sexuales autóctonas. Sobre las inmigrantes suramericanas en Argentina (Bautista et al., 2008); sobre las mujeres migrantes trabajadoras sexuales en Inglaterra (Mc Granth, Marsh, Hughes, Ward, 2014); en Estados Unidos (Muftic y Finn, 2013); en España (Folch et al., 2009; Fernández, 2011); en Grecia (Papadogeorgaki, et al., 2005). La Net Work of Sex Work Project (NSWP), la plataforma mundial más importante en el mundo a favor de los derechos sanitarios para el colectivo de personas en la industria del sexo, lo recoge año tras año en sus documentos informativos.<sup>56</sup> Así, la prevalencia de infecciones de ITS/VIH en personas en prostitución es baja, lo que quiere decir que predominan las conductas de autocuidado. Así lo reporta la guía de servicios de salud, dirigida a las personas trabajadoras del sexo, elaborada por la agencia europea EUROPAP:

---

<sup>56</sup> Estado de la Cuestión acerca del Acceso a Medicación. “¡No comercien con sus vidas! (2014); *Haciendo el trabajo sexual seguro* (1996) Disponibles en [www.nswp.org](http://www.nswp.org) Accedidos el 21/01/2015.



El riesgo de sufrir una ITS ejerciendo la prostitución varía mucho en Europa. Los estudios epidemiológicos europeos muestran que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) no es más prevalente en estos colectivos. Hay dos excepciones: las personas que además consumen drogas inyectables, que corren un alto riesgo al compartir las jeringuillas y los trabajadores sexuales de países donde el VIH es endémico y que se infectaron en su país de origen, antes de venir a Europa. Los datos sobre otras ITS son menos unívocos. Numerosos estudios nos enseñan que el riesgo de sufrir ITS para los trabajadores sexuales está más relacionado con el sexo no seguro en la relación privada que con la prostitución. Las circunstancias de trabajo y alojamiento desfavorables pueden influir en el comportamiento arriesgado. Además existen los riesgos propios de la prostitución. La ruptura del condón no es excepcional, así el trabajador sexual entra en contacto con líquidos corporales de una persona infectada por una ITS. En la atención sanitaria se consideran las ITS un riesgo profesional (EUROPAP, 2009: 20).

Igualmente el Ministerio de Sanidad español reconoce la vulnerabilidad de las personas en prostitución frente al VIH:

La mayor vulnerabilidad frente al VIH en ocasiones se debe a la privación de derechos humanos fundamentales, que favorece condiciones de insalubridad, indefensión, violencia, precariedad económica y social, estigma, marginalidad y exclusión social. Además, la vulnerabilidad al VIH puede verse incrementada por aspectos como la falta de acceso a los servicios de salud, sociales y jurídicos, la carencia de información, aptitudes, poder o espacios seguros para negociar el uso del preservativo, las limitaciones en el acceso a las medidas preventivas o factores asociados al estilo de vida como el consumo de drogas y la movilidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008: 55).

*Imagen 8. Vacunación de una mujer subsahariana por personal sanitario de MDM. 2012.*



Fuente: José S. Gutiérrez.

En 2008, en el asentamiento de Cuevas del Almanzora, encontramos a un grupo de 4 mujeres subsaharianas que se prostituían para un grupo de 100 varones. Las condiciones de la prostitución eran alarmantes: vivían hacinadas en un cuarto sin agua potable donde tenían sexo de pago; allí fue donde conocí a Angue, y donde, mediante analítica, se diagnosticaron las enfermedades que portaban las mujeres: hepatitis B, sífilis y VIH. A partir de entonces, se realizó todo un proceso de acompañamiento a la médica de referencia del centro de salud de Cuevas de Almanzora, participante en nuestro programa. A las mujeres se les explicó los efectos de las enfermedades y la importancia del uso del material preventivo (condón masculino, condón femenino y lubricantes); poco tiempo después, determinamos que era importante extender el programa a los varones subsaharianos clientes quienes. Además de ser personas inmigrantes sin recursos, constituían un factor de riesgo para la salud de las mujeres que allí residían y trabajaban.

En 2010, en diferentes escenarios de prostitución, detectamos varios casos de sífilis entre las mujeres migrantes extranjeras residentes en la localidad de Huércal Overa. Irina, una de las mujeres rumanas a quienes comunicamos un resultado positivo, entró en estado de angustia al saberlo; le explicamos que el tratamiento era sencillo pero era necesario ir al médico e informar a su pareja para que ambos tomaran el tratamiento. Un mes duró el seguimiento de Irina; no convencida de asistir al médico, le ofrecimos realizar un acompañamiento hasta que, en conversación dentro del club con ella, Irina plantea su verdadero temor:

*Yo no sé cómo me pegaron esta enfermedad porque yo siempre uso goma con los clientes. Yo cómo voy a decir a mi marido que tengo sífilis, él me va a matar a mí, porque tengo sífilis, no sé cómo decírselo” (Irina, rumana, 26 años. Diario de campo. 2010).*

La angustia de Irina estaba centrada no en los efectos que conlleva una ITS para sí misma y su pareja, sino en el “miedo a su pareja”, conocedor de la actividad que ella realiza en el club. En muchas ocasiones, las mujeres migrantes extranjeras tienen escrupuloso cuidado con su cuerpo y con el del cliente y bajan la guardia con sus parejas afectivas; algunos contagios provienen más de las parejas estables que del ejercicio de la prostitución (Gaines, Rudolph, Brouwer, Strathdee, et al 2013; Jackson, Augusta, Burwash, Karabanow, Robertson y Sowinski, 2009; Wong, Chan, Tan, Yong, Lee, Cutter, Tay y Koh, 2012).<sup>57</sup>

En relación con los contagios de infecciones por parte de sus parejas, con las que generalmente no toman precauciones, Chinchá nos relata:

*¡En tantos años trabajando en esto, y nunca ningún cliente me ha pegado nada porque yo siempre trabajo con goma, ni un francés hago sin goma! ¡Y es tu novio, tu marido, ese con el que vives, es él que te pega las enfermedades...! ¡Ay! 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 Rumania, por culpa de mi marido que tenía la sífilis. ¡Mi niña recibió toda la enfermedad y nació hasta deforme! (Chinchá, rumana, 30 años. Diario de campo, 2011).*

La entrega gratuita de material preventivo es un factor de protección importante para las personas en prostitución y el argumento perfecto para establecer vínculos y comunicación con este colectivo; las mujeres se acercan a las diferentes asociaciones, en busca del material o, cuando las asociaciones visitan los diferentes escenarios de prostitución en la provincia, las

---

<sup>57</sup> Disponible en [http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw\\_toolkit/haciendo\\_el\\_trabajo\\_sexual\\_seguro.pdf](http://www.who.int/hiv/topics/vct/sw_toolkit/haciendo_el_trabajo_sexual_seguro.pdf)

mujeres demandan preservativos o “gomas” (como las llaman comúnmente). Así lo refiere una Agente social de APRAMP:

*De hecho muchas de ellas que han llegado allí, han venido con problemas de hongos, sífilis y gonorrea. Y pienso que sí les ha afectado, digamos, a su salud. No sé si por desconocimiento a la hora de utilizar el preservativo, pero yo creo que sí, les ha afectado a su salud, y lo que si he notado mucho desconocimiento en el correcto uso del preservativo femenino, que está muy demandado por ellas, que muchas de ellas me han dicho que se lo venden entre ellas... de los que repartimos entre ellas, se lo venden, entonces pienso que directamente o indirectamente, sí que ha afectado a su salud. Hablando de salud también me refiero de forma psicológica. Digamos las que están un poco más obligadas... Sí que les afecta, tanto psicológicamente como para su salud física (Agente social, APRAMP).*

**Imagen 9. Entrega de material preventivo en unidad móvil de MDM. 2012.**



Fuente: José S. Gutiérrez (2012).

La entrega de material preventivo es una de las tareas de las asociaciones que trabajan con el colectivo. El material es gratuito ya que la Consejería de Salud subvenciona preservativos masculinos, preservativos femeninos y lubricantes. En 2009 y 2010 se estuvo entregando el “*dental dan*”, específico para el sexo oral; sin embargo, algunas organizaciones, como Proyecto Encuentro, de acuerdo con su concepción e ideología acerca de la prostitución, no entregan el material a todas las personas en prostitución:

*Nosotras no le entregamos preservativos a todas, a las de la calle sí. Pero a las mujeres de los clubs no les damos porque allí les venden; además si tienen chulo, ¿le vamos a economizar al chulo dinero? Que se lo gasten en preservativos (Agente social, Proyecto Encuentro).*

El uso adecuado del material preventivo ha sido un objetivo permanente entre las asociaciones que trabajan con personas en prostitución. Los programas de reducción de daños tienen efectos positivos en el control de las infecciones de transmisión sexual, tal y como lo subraya el estudio titulado *Impacto de una posible normalización profesional de la prostitución en la viabilidad y sostenibilidad futura del sistema de pensiones de protección social*, de 2006 y realizado por el equipo de investigación ESCODE, a solicitud del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales español.

Numerosas investigaciones en España han constatado la baja incidencia de VIH/SIDA entre las mujeres extranjeras que realizan servicios sexuales (MDM, 2002; Meneses, 2003). Por otro lado, parece haber mayor incidencia de patologías dérmicas nerviosas (hongos, etc.) que ETS en general (...) Pero la expansión de los programas de prevención y de reducción de riesgos en España es otro de los factores que han contribuido a ello. Esta expansión se debe a una política sanitaria que tiende, cada vez más, a delegar en las entidades sin fines de lucro dichas funciones. Y también a la posibilidad existente de que las personas extranjeras, independientemente de su situación legal, puedan acceder al sistema de salud público que cuenta con una amplia red estatal y regional (ESCODE, 2006: 60).

El uso del preservativo está muy extendido entre las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en Almería. Un reciente estudio, titulado *Infecciones de transmisión sexual en mujeres que ejercen la prostitución en la provincia de Almería* y realizado por Cabrerizo, Barroso y Rodríguez (2013), ha concluido que:

En general, la baja prevalencia de ITS encontrada por nosotros coincide con lo descrito para otras ciudades de países desarrollados. Hay que tener en cuenta que en Almería, el trabajo realizado por las anteriormente citadas asociaciones y otras como Médicos del Mundo y Pro-Derechos Humanos, en coordinación con los centros asistenciales, facilita el acceso a los recursos sanitarios de la comunidad, promueve el uso del preservativo y fomenta iniciativas para la reducción de exclusión social de las prostitutas:

En el adecuado uso del material preventivo, también influyen las creencias y significados culturales en relación a la sexualidad; como ocurre con el lubricante, que se entrega dentro del material preventivo. Algunas mujeres no hacen uso de él, incluso algunas mujeres subsaharianas, dependiendo del país de procedencia, nos expresaban que las mujeres africanas no deben estar “mojadas” en el momento de la relación sexual con un varón, porque estar mojada es sinónimo de “puta”, es decir, el cuerpo de la mujer no puede expresar deseo y placer por el encuentro sexual, hasta el punto de introducirse plantas para generar la resequedad vaginal, lo que implica riesgos mayores para el contagio de ITS, al encontrarse la vagina sin lubricación natural o artificial. Este aspecto lo describiré más adelante en los efectos ginecológicos que genera el ejercicio de la prostitución (Cabrerizo, Barroso y Rodríguez, 2013: 77).

Ejercer la prostitución bajo condiciones de presión aumenta los riesgos de contagio de enfermedades entre las mujeres, principalmente para las personas que están en redes de trata y explotación sexual, niñas y jóvenes sin ninguna o poca experiencia sexual. La presión de la deuda y las consecuencias de la actual situación de crisis económica son factores determinantes en ocasiones para que las mujeres migrantes extranjeras, debido a la necesidad apremiante de dinero inmediato, accedan a tener relaciones sexuales sin protección. Angue relata cómo descubre que es portadora del VIH, enfermedad sobrevenida en los años que vivió explotada sexual y laboralmente por su prima.

*Me fui de Madrid a Logroño con mi novio, yo estaba ya embarazada. Empezó con tratamiento, revisiones de embarazo con él, cogimos una habitación primero, yo ya no tenía relación con mi prima, yo en Logroño, con tratamiento, con análisis, con todo, y después...y después ¿qué pasa?, me hacen unos análisis y el médico primero empezaron a cambiar la cara cuando ya...El médico se pone triste y me mira y yo le digo: “pero ¿qué pasa?” Yo no tenía que llamar a mi prima, nada, yo estoy muy tranquila, que si ese hombre me va a hacer mal aquí en España con un hijo, el gobierno te puede ayudar. Él compraba cuna, ropa de niño, y allí que ya faltaban 3 meses para dar a luz, el médico me dice: “Angue, tú tienes VIH” ¿Qué?, “¡Sí. Sí tienes el virus! ¿¡Cómo!?” Yo me tire de la cama y empecé a darle golpes a mi barriga en el suelo, el médico me dice: “el niño va a morir si*

*tú golpeas tu barriga en el suelo. Eso hay arreglo, tú no estás en tu país, te vamos a proteger, te vamos a hacer tratamientos". Allí, en el hospital de Logroño, se llama la Rioja, que tratan todas las enfermedades y me empezaron tratamiento... Gente de Cruz Roja, Cáritas...empezaron a ayudarme, me ayudan pero mi cabeza no está; yo pienso que voy a morir, voy a morir, ¡voy a morir! El médico me dice: "tú no vas a morir, tú tienes vida como los demás pero hay que cuidarse" Pero, ¿cómo me voy a cuidar si estoy a punto de morir ya? [...]Dios mío, me empezó a entrar odio sobre mi prima, jodio, odio, odio, odio, hasta hoy! Odio, Odio....Odio, yo no quiero verla, ha gastado mi vida, gastó mi juventud, siempre estoy pensando "MAL" [...] Quiero disfrutar de mis hijos, alguna vez digo: ¡Quiero morir!, porque ¿cuándo voy a estar yo feliz? ¿En la tumba? En la tumba, cuando voy a morir, porque dicen que ahí está la gente de otra manera diferente, pero la vida que yo he tenido aquí en este mundo... para sufrir... sin mi madre, sin mi padre, no sé ni quien es mi padre, no sé mi madre, quien la embarazó de mí, no sé qué paso con la vida de mi madre cuando era chiquita. Hasta ahora yo no sé en qué mundo estoy, no sé, a veces pienso, si yo tomo algo me voy de una vez... (Angue, guineana, 32 años).*

Angue retomó su tratamiento con retrovirales en 2008, cuando comenzó a participar en el programa de MDM, en el asentamiento de Cuevas del Almanzora. Su deseo de morir había hecho que dejara la medicación para el tratamiento del virus durante un año; apareció entonces en su cuerpo el *sarcoma de Kaposi*, un tumor maligno de los vasos sanguíneos ubicados en la piel, propio del SIDA. Fue decisivo el seguimiento y el acompañamiento constante que se le ofreció, por parte de MDM y APRAMP, para que su situación personal y social mejorara. Sin embargo, el ser mujer inmigrante, indocumentada, víctima de violencia de género y con una solicitud de permiso de residencia y trabajo por razones humanitarias -al ser portadora del virus sobrevenido en España y sin tratamiento en su país de origen-, no han sido razones suficientes todavía para que Angue tenga otras oportunidades.

Angue continúa ejerciendo la prostitución porque -según relata- es el único medio que tiene para ganarse la vida. En junio de 2012 estuvo ingresada un mes en el hospital del Poniente, en El Ejido, debido al contagio de tuberculosis<sup>58</sup>. Esta realidad se agravó aún más cuando entró en vigor el Real Decreto-Ley 16/2012, instaurado por el gobierno del Partido Popular. Hasta entonces, Angue y muchas personas como ella tenían acceso en condiciones de igualdad al tratamiento de su enfermedad. Ahora, tras el nuevo reglamento que recorta el derecho a la sanidad universal para la población inmigrante sin su documentación en regla, la incertidumbre convive en todas las personas que no podrán seguir accediendo a atención médica y tratamiento gratuito de antirretrovirales, quedando en una situación de exclusión sanitaria y

---

<sup>58</sup> Cabe destacar que las diferentes asociaciones y los agentes sociales que trabajan en territorio tienen un alto riesgo de contraer dicha enfermedad al estar en contacto directo con las potenciales personas portadoras en los programas que llevan a cabo.

social que aumentará el riesgo de desarrollar el SIDA y de infectar a otras personas con quienes mantengan relaciones sexuales.

El temor a las enfermedades opera como factor de protección ante el riesgo que conlleva ejercer la prostitución; de esto son conocedoras las mujeres migrantes extranjeras que llevan ejerciendo varios años. Así lo relata Carmen:

*Los efectos de esto para la salud... El miedo a enfermarme. Hasta ahora a mí me ha dado tuberculosis y yo tengo metido en la cabeza que es por mi trabajo... ¡eh!... Bueno, de pronto sí lo de la menstruación. Creo que te lo había comentado, a mí la menstruación tampoco me viene. Yo no sé si será normal que a mí la menstruación no me venga. Me viene un día, luego no me viene... pero tengo miedo a enfermar por mi trabajo... [...] Me empezó un dolor acá, como un viento, como un viento que se está metiendo. Y yo trabajé así como un mes... y las muchachas en el trabajo me decían, "Vaya donde el médico, vaya a donde el médico"; y yo: "No, esto es un viento, esto es un viento, esto es un viento". Pues resulta que fui a donde el médico y yo le expliqué todo y me salió la tuberculosis y yo le dije: "¿Esto de dónde sale?" Yo fui por urgencias al Torrecárdenas porque estaba mal, mal, mal, mal y me tomaron una radiografía y me vieron líquido. O sea, cuando me dijeron: "Usted tiene líquido en los pulmones y vamos a ver si lo que tú tienes es tuberculosis; a causa de la tuberculosis te afectó los pulmones", yo pensé: "¡Me voy a morir!" Pues me salió la tuberculosis positiva. Yo estuve quince días en el hospital en una habitación aislada y ahí fue donde me hacían cosas, yo veía a ese médico y yo le decía que me hiciera el examen de SIDA... o sea, como entraban varios médicos... Yo: "hágame el examen de SIDA, hágame el examen del SIDA, hágame el examen de SIDA". (Carmen, colombiana, 37 años).*

Las mujeres que tienen varios años de experiencia en prostitución tienen clara conciencia de los efectos en su cuerpo y mente. Sus conductas de autocuidado son constantes y regulares, al punto de exagerar algunos hábitos de higiene íntima y autocuidado; entonces, la tarea de los agentes sanitarios es desmontar los rituales excesivos de limpieza. Por ejemplo, el uso excesivo de geles de ducha en la higiene íntima, las duchas vaginales, que aumentan la sequedad vaginal y acaban con la flora vaginal encargada de la autodepuración. Al resecaarse la vagina, se producen grietas internas que aumentan el riesgo de infección de ITS y de dolor vaginal en las relaciones sexuales, debido a que no se produce naturalmente la lubricación. Con muchas mujeres es una tarea continua el recordarles que una adecuada limpieza exterior y el uso correcto del preservativo es lo único necesario. En caso de la presencia de algún signo diferente es necesario acudir al/la profesional sanitario; sin embargo, he podido comprobar que el exceso de limpieza íntima va ligado al factor psicológico de tener sensación de "suciedad"; el estigma



por el ejercicio de la prostitución les lleva a que interioricen prejuicios y culpas, en consonancia con el efecto discapacitador del estigma ya referido (Holgado, 2013).

*¡Nunca me he quedado en embarazo! Hombre, en aquel tiempo, ya te digo, uno era irresponsable. Hoy en día, hasta hace cosa de seis meses, se me rompió un preservativo. Ahí sí, cuando a mí se me rompe un preservativo, a mí me da algo, ¿me entiende?... Yo siento que mi cuerpo se ha contaminado; yo no pienso en un embarazo. De pronto ahí pienso como un tirano, ¿no?... como que, como que algo del hombre cayó..., cuando se me rompió ese preservativo siento ira, siento rabia (Carmen, colombiana, 37 años).*

La obsesión por el ritual de limpieza no solo es respecto a su persona sino también a los clientes. Algunas de las mujeres hacen que estos se limpien sus genitales y revisan exteriormente que no existan signos de enfermedades infecciosas. Así lo relatan Renata y Gina:

*Yo muy cariñosamente le mando a lavar y, si es necesario en el bidé, yo misma le lavo y aprovecho para mirar que no tenga nada raro, como en las fotos horribles que nos mostraste la otra vez de enfermedades de los hombres. Un día vino uno, que le eché hasta lejía (ríe)...no veas el pobre como gritaba del ardor” (Renata, brasileña, 27 años. Diario de campo. Club. 2010).*

Algunas mujeres muestran predilección por los clientes en función de su país de procedencia porque consideran que esto influye en su higiene personal. Así lo relata Gina:

*Los españoles son los más sucios... ¡Calla, calla! Te vienen sudados, llenos de pelos y oliendo terrible; en cambio los marroquíes y los negritos son los más limpios, no tienen ni un pelo, y siempre limpios abajo (ríe), porque por su religión ellos se asean mucho sus partes; es mucho mejor claro (Gina, rumana, 29 años. Diario de campo. Club. 2011).*

Algunas mujeres prefieren acudir a los controles sanitarios a nivel privado porque se sienten mejor atendidas y a la vez garantizan el anonimato de su actividad. En España el médico/a de referencia suele ser el médico/a del grupo familiar y ellas prefieren tener bajo control dicha información.

El control sanitario no se escapa de la comercialización de la industria del sexo, en cuanto es un elemento de control por parte de los empresarios de esta industria que utilizan la salud de las mujeres como elemento discriminatorio y de selección de personal. Para que un espacio

cerrado de prostitución pueda beneficiarse del programa de MDM, uno de los requisitos innegociables para los propietarios es que las actuaciones son gratuitas -dirigidas a las personas que ejercen la prostitución- y confidenciales, por lo que no pueden pretender solicitar y acceder a los datos personales. Alina nos comenta el abuso de poder y la extorsión económica por parte de profesionales de la salud del ámbito privado, sin ética ni 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 también cada mes una citología, dentro del mismo club. A mí me parece excesivo porque con vosotros es cada seis meses ¿no? Además 40 euros cada mes...Ya me iba a arruinar y como está la cosa... ¡sin cliente! Pero es que el encargando nos pide mensualmente los análisis” (Gina, rumana, 29 años. Diario de campo. Club. 2011).*

Está claro que el interés del empresario del sexo no es la salud de las mujeres sino el “aval” sanitario de su establecimiento, para favorecer a los clientes, no tener problemas burocráticos y extender el lucro con la labor de las mujeres a otros ámbitos, tanto para el propietario como para agentes sanitarios autónomos, que acuden a realizar actuaciones sanitarias que no obedecen a ningún protocolo, ya que es excesivo someter a las mujeres a una citología y a una serología mensual, cuando las mujeres utilizan protección y los periodos ventana<sup>59</sup> de las posibles ITS/VIH, ni siquiera se ha tenido en cuenta. Las mujeres son conocedoras de todo esto pero el temor a perder su lugar de trabajo les obliga a someterse a dichas imposiciones.

En varios lugares hemos encontrado empresarios del sexo que nos solicitan los resultados analíticos de las mujeres con total naturalidad para presionar y controlar a las mujeres:

*Doctora, yo quiero que me diga como salió los resultados de lona, porque hay comentarios de las mujeres que puede tener una enfermedad y necesito tener seguro el lugar (Empresario del sexo. Diario de campo. Club. 2010).*

El trabajo de empoderamiento con las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución empieza por informar clara y objetivamente sobre los riesgos para su salud física y sexual, información que les permita tomar las decisiones necesarias en relación a su salud, asumiendo el cuidado de su cuerpo, más allá de las condiciones del escenario donde ejercen.

---

<sup>59</sup> En medicina, "Periodo ventana", es el periodo de tiempo que va desde la infección de un virus hasta que se detecta la presencia de anticuerpos asociados al virus. Durante el período ventana la cantidad de anticuerpos que fabrica el cuerpo son insuficientes y no se detecta la presencia del virus al realizar un análisis de sangre. Disponible en <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/periodo-ventana>. Accedido el 14/02/2014.

Es fundamental aconsejar a estas personas que determinen sus propios límites, máxime sabiendo los riesgos que corren en el plano de la salud mental y física cuando son otros los que les obligan a traspasar esos límites. Hay que tratar de retener los siguientes mensajes centrales: evitar técnicas sexuales peligrosas, consultar al médico para un examen de salud, decidir la conveniencia de llevar a cabo vacunaciones o pedir ayuda médica en caso de signos o síntomas sospechosos... todas son decisiones que exigen cierto poder de decisión por parte de la persona que está en prostitución” (EUROPAP, 2009: 7).

### ***b) Las enfermedades ginecológicas.***

Con la finalidad de prevenir enfermedades propias de las mujeres una de las actividades preventivas en las que se hace mayor hincapié al colectivo de mujeres en prostitución, independientemente de su origen, es la consulta ginecológica. Entre los servicios disponibles, resalto la prevención del cáncer de cérvix, considerado enfermedad de transmisión sexual (ETS) por su relación con el Virus del Papiloma Humano (VPH). La citología cervicovaginal sirve de *cribado*<sup>60</sup> para las ITS y para la detección precoz del cáncer cervical, realizada en los centros de salud de la provincia. “La citología cérvico vaginal sigue siendo el método diagnóstico de mayor valor para detectar neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y carcinoma en estadio precoz en grandes masas de población, por la sencillez en su realización y su alta eficacia. Lo realmente eficaz ante el diagnóstico del cáncer de cérvix es establecerlo en una etapa precoz” (Cabezas, Cutié, Santisteban 2006: 162). Por su parte, Cabrerizo, Barroso y Rodríguez (2013), en su estudio realizado en Almería –en el que el 88’9% del total eran mujeres migrantes extranjeras- advierten cómo un alto porcentaje de las infecciones detectadas no son debidas necesariamente a un contacto sexual:

Se realizó un exudado vaginal a 86 mujeres: en 33 ocasiones (38,4% de los casos) presentaron un resultado patológico siendo en 27 de ellas, infecciones genitales no necesariamente de transmisión sexual. En las seis restantes, que sí requirieron un contacto sexual, siendo el agente responsable la *Trichomonas vaginalis*. Asimismo 74 mujeres se sometieron a una citología cérvicovaginal. En 27 de ellas se encontraron resultados patológicos que en su mayoría, 21 casos, correspondían a procesos genitales

---

<sup>60</sup>El cribado, en el marco de los sistemas sanitarios, se refiere a la realización de pruebas diagnósticas a personas, en principio sanas, para distinguir aquellas que probablemente estén enfermas de las que probablemente no lo están. En principio se trata de una actividad de prevención secundaria, cuyo objetivo es la detección precoz de una determinada enfermedad con el fin de mejorar su pronóstico y evitar la mortalidad prematura o la discapacidad asociada a ella. Además, si también es posible detectar lesiones o situaciones previas a la aparición de la enfermedad en cuestión, su tratamiento permitirá reducir el número de enfermos (Ascunce, 2013: 369).

que no precisan un contacto sexual para su desarrollo, entre los que destacó un caso de atipia de células escamosas de cuello uterino de significado incierto (ASCUS) con VPH negativo. Dentro de los 6 restantes procesos, de estricto mecanismo de transmisión sexual, se encontraron 3 casos de vaginitis por *Trichomonas vaginalis*, uno por *Chlamydia trachomatis*, otro por virus del herpes simple tipo 2 y un caso de neoplasia cervical intraepitelial (CIN) con positividad al virus del papiloma humano (VPH)” (2013: 75-76).

Las infecciones urinarias son frecuentes en las mujeres que ejercen la prostitución, principalmente causadas por la “*Chlamydia trachomatis*”, uno de los agentes más importantes en las enfermedades de transmisión sexual (ETS), causante de un amplio espectro de enfermedades, desde uretritis en el varón a endocervicitis en la mujer. Este tipo de endocervicitis generalmente es asintomático, haciéndose necesario el control ginecológico regular: la endocervicitis provoca inflamación pélvica, que puede producir infertilidad y embarazos ectópicos en la mujer. De manera recurrente, las mujeres migrantes extranjeras en prostitución se quejan de dolores pélvicos pero no acuden a los servicios ginecológicos cuando los síntomas son apremiantes. Muchas de ellas temen los procedimientos realizados en las citologías y demás pruebas ginecológicas, sienten vergüenza ante los profesionales o temor a la discriminación del personal sanitario. Así lo expresa Luz:

*Mija, es que yo fui al médico de familia y le pedí la citología, y ¿sabe qué me dijo?, que para qué tanta citología si hacía un año me la había hecho, que ya me tocaba a los dos años; entonces claro, a mí me dio vergüenza decirle en qué trabajo. Al final me tocó ir a una clínica privada porque no preguntan tanto, sino que uno paga y ya, porque no me aguantaba el escozor* (Luz, colombiana, 31 años. Diario de campo. Club. 2010).

Los rituales obsesivos de limpieza que describía anteriormente se convierten en factor de riesgo para la aparición de enfermedades ginecológicas, sumado al uso incorrecto de esponjas vaginales que utilizan con la menstruación para tener sexo con los clientes. Las esponjas reglamentarias se consiguen en algunas farmacias o bien las compran en internet;<sup>61</sup> otras mujeres, debido a su difícil situación económica, utilizan toallas húmedas o espumas de lavar utensilios de cocina, lo que altera la fisiología vaginal con el consiguiente perjuicio. Algunos riesgos químicos para las mujeres los encontramos no solo en el medio ambiente donde ejercen sino en los productos comercializados para la industria del sexo, como sustancias químicas y duchas vaginales, “algunas mujeres usan productos químicos para limpiar su vagina después de

---

<sup>61</sup> Para obtener más información sobre las esponjas vaginales, consultar: <http://www.tuscondones.com/tienda/10-esponjas-menstruacion>

un contacto sexual, para secarla antes de mantener relaciones o para mantenerla cerrada. Algunos productos irritan la mucosa vaginal y promueven la infección” (Europap, 2009: 31).

Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución tienen mayor riesgo de enfermar por las condiciones en que viven y trabajan, además del estrés generado por el proceso migratorio y el estigma social que enfrentan. Durante estos años de trabajo con ellas, realizando todo tipo de acompañamientos médicos, he sido testigo de diferentes procesos de enfermedad como cáncer de mama, trastornos de alimentación y diferentes psicopatologías a las que me referiré con más detenimiento en el apartado de salud mental.

### ***c) Métodos anticonceptivos y prostitución.***

El método más popular y utilizado por las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución es el preservativo masculino. Algunas mujeres utilizan otros métodos anticonceptivos como píldoras, métodos inyectables, dispositivo intrauterino (DIU), anillo vaginal y parches, etc., sobre todo si tienen pareja y no desean un embarazo; si no tienen pareja suelen utilizar únicamente el preservativo masculino.

Sobre la prevención de embarazo también se hace intervención educativa entre el colectivo, con el fin de que las mujeres no se sometan a constantes interrupciones del embarazo (IVE/abortos) que, a largo plazo, conllevan peores consecuencias para su salud mental y sexual. En relación a la utilización de métodos anticonceptivos, existen diferencias relevantes según la región de procedencia de las mujeres migrantes extranjeras. En la relación  *cuerpo-anticoncepción* influye en gran medida el sistema de valores religiosos de la mujer, su concepción de la maternidad, su conciencia de autocuidado ante posibles infecciones y embarazos no deseados. Estos elementos también influyen directamente en las actividades educativas que tienen el objetivo de informar y formar hábitos de vida sexual más saludables.

*Es más fácil a nivel de formación hacer una mejor explicación cuanto mayor capacidad cultural tenga la persona que va a recibirlo; hay mujeres que, debido a la situación en la que vino, no ha tenido ningún tipo de oportunidad a nivel educativo y cultural y le cuesta más a lo mejor asimilar conceptos; también el idioma, pues hace que se pueda explicar mejor porque, aunque se pueda hablar en inglés o en francés, hay muchas que no conocen nuestro idioma, sino que entre ellas hablan su propio dialecto, como lo hacen las subsaharianas que utilizan los dialectos que ellas tienen y a lo mejor el inglés y el francés lo hablan pero a un bajo nivel (Agente social, MDM).*

Entre las mujeres latinoamericanas la eficacia en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad es sensiblemente mayor ya que el idioma posibilita una mejor comunicación con los profesionales sanitarios. Apoyadas en la cultura preventiva que tienen algunos países de Latinoamérica, las mujeres latinoamericanas conocen los métodos de anticoncepción, tienen capacidad de agencia en relación a su uso y al cuidado de su cuerpo. Entre ellas, la realización de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) también es menos frecuente; la mayoría de las mujeres, con hijas e hijos engendrados en sus lugares de origen o destino, se cuidan de no tener embarazos de clientes. Cuando las mujeres migrantes extranjeras en prostitución deciden proseguir con su embarazo en los contextos de prostitución es porque para ellas ese embarazo tiene un significado importante o porque los valores religiosos aprendidos en su grupo doméstico influyen en la toma de decisión acerca de la práctica o el rechazo del aborto. Así nos lo relata Marian:

*Yo usaba preservativo con él y cuando he dicho que venía a España, él me ha dicho: “déjame meter un poquito y no pasa nada, tú tranquila” y luego ya vi, que yo tenía algo dentro; entonces ya empecé a tomar pastillas, pero ya era muy tarde. Cuando llegue a España dejé de tomar las pastillas y tenía que bajar la regla y no bajó; entonces yo pensé: “será por el trastorno, el cuerpo está muy asustado”. Entonces yo con cuatro días nada, con cinco yo lo llamé, hice una broma con él, de que estaba embarazada: “eh, que mi regla no bajó”, pero de broma y al final sí estaba embarazada [...] Ha sido la única familia que me ha dicho no haga un aborto porque toda las personas me decían “haz un aborto, que eso te va a dar mucho trabajo”... pero cuando yo pensaba hacer el aborto, lloraba más... ¡Lloraba! porque yo en mi vida yo he dicho: “¡No voy a prostituir, no voy a robar, no voy a matar!” ¿Me entiende?, entonces si me quitaban un niño de aquí, yo me sentía matando a alguien (Marian, brasileña, 32 años).*

Las mujeres de origen subsahariano utilizan mayoritariamente el preservativo masculino. Siendo conocedoras de los métodos de anticoncepción, no poseen recursos económicos para pagar mensualmente un anticonceptivo. Aunque para ellas la maternidad es importante, son conscientes de la dificultad que trae tener una criatura en un contexto de prostitución. El trabajo realizado con este colectivo se centra en que no solo conozcan los recursos existentes para acceder a un IVE en condiciones idóneas, dentro del sistema nacional de salud español, sino también acerca de las consecuencias negativas para la salud de las mujeres la realización de abortos clandestinos, utilizando métodos naturales, como plantas introducidas en la vagina, para provocar, según ellas, el aborto espontáneo o el consumo indiscriminado de medicamentos, como el *citotec* (misoprostol) y otras sustancias auto medicadas. Estos no son métodos anticonceptivos y pueden tener secuelas importantes en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Se les informa, además, sobre la importancia del autocuidado del cuerpo y del

uso adecuado de un método anticonceptivo, pues el aborto no es un método de anticoncepción.

Uno de los criterios para realizar un IVE es la existencia de riesgo para la vida de la mujer; sin embargo, el control del varón asumiendo el poder decisorio sobre la mujer hace que ellas pierdan la perspectiva sobre su situación, sus necesidades e intereses y apenas tengan capacidad de agencia que les posibilite la resolución de su situación de embarazo. Algunas mujeres tienen la idea de que el parir una criatura puede abrirles otras perspectivas y mejorar su vida, aunque ponga en riesgo su salud, tal y como lo ilustra Angue en su historia de vida:

*¡Ayyyyyyyy! Fui tonta, porque mi médica de cabecera Ana me dijo... “yo puedo darte un papel para ir bola azul para abortar en la clínica allí, en donde se hacen los abortos; allí puedes abortar por tu enfermedad, para que tú no sufras, porque cuando tú estás embarazada tus defensas están mal, muy mal”. (Yo pensé) si yo lo hago ahora, yo no sé, ese hombre qué condena me va a hacer; pueda ser que ese hombre me pueda ayudar, pueda ser que ese hombre me pueda dejar que yo tenga papel. Y la médica tenía razón, tenía razón de abortar; él que ha sido el peor de los hombres que he visto hasta ahora en mi vida (Angue, guineana, 32 años).*

Los determinantes sociales en salud como el territorio, el apoyo social, la educación, las creencias religiosas, la cultura de origen de las mujeres y su situación socioeconómica, están directamente relacionados con el cuidado (o no) que realizan las mujeres de su salud sexual y reproductiva. Las actividades de prevención y detección de las ITS/VIH deben tener en cuenta las circunstancias de cada colectivo de mujeres migrantes extranjeras en contextos de prostitución (Río, Rebagliato, Bolúmar et al., 2010; Decker et al. 2013; Zurriaga et al. 2009; Rodríguez, Lorca, López y Gómez, 2008).

Por ejemplo, desde MDM, con las mujeres magrebíes de los asentamientos de inmigrantes, se realizó un trabajo individual y colectivo de educación sexual. Para acceder al programa, el principal inconveniente que tienen es el aislamiento y la lejanía de los centros de salud de su lugar de residencia; la distancia como determinante se suma al hecho de que las mujeres, pese a llevar varios años en España, no hablan castellano, lo que dificulta la comunicación con el personal sanitario. Esta realidad llevó a MDM a implementar un sistema de acompañamiento a las citas médicas. Alrededor de una veintena de mujeres magrebíes se han beneficiado del programa, que ha permitido realizar detecciones precoces de ITS/VIH, así como de otras enfermedades propias de las mujeres. La presencia de las mediadoras magrebíes en el programa ha sido crucial ya que multiplicaba la confianza y mejoraba la comunicación (y, por tanto, el conocimiento) de la vivencia de la sexualidad relacionada con su cultura musulmana.

Durante el año 2010 y 2011 se realizaron varios acompañamientos a IVE de mujeres magrebíes, Los resultados de los acompañamientos médicos en los que participé arrojaron datos alarmantes sobre infecciones de transmisión sexual entre las mujeres magrebíes, con presencia de hongos vaginales e infecciones de transmisión sexual imposibles de determinar sin una citología. Se hallaron mujeres con *gardnerella vaginalis*, *trichomonas vaginalis*, una mujer VIH-positiva y otra con sífilis.

Las mujeres magrebíes nos referían frecuente dolor pélvico y dolor vaginal, propios de relaciones sexuales sin consentimiento; ellas explicaban que no siempre había deseo sexual hacia sus “cliente-novio” y era común la resequedad de la vagina y la falta de lubricación que hace que la relación sexual sea más dolorosa para las mujeres. Teniendo en cuenta las condiciones económicas de estas mujeres y en colaboración con el distrito sanitario de la zona, se puso en marcha la difusión sobre una píldora anticonceptiva cuyo valor mensual es de 60 céntimos, con la finalidad de que las mujeres tuvieran la posibilidad de controlar su salud reproductiva.

En el año 2012, MDM Almería puso en marcha una propuesta de trabajo que abordara no solo la salud sexual sino también la salud emocional dentro de la actividad sexual, principalmente entre el colectivo de mujeres y varones magrebíes residentes en los asentamientos de inmigrantes, donde las condiciones de deterioro habitacional y vulnerabilidad son mayores, y donde la relación *doméstico-sexual* se alarga en el tiempo. El objetivo es empoderar a las mujeres en relación con su propio cuerpo y vivencia de la sexualidad y sensibilizar a los varones magrebíes sobre la importancia de reconocer a las mujeres como protagonistas activas del encuentro sexual.

Según datos oficiales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en 2012 el 62,44% de las mujeres que abortaron eran mujeres españolas. De las mujeres extranjeras (37'56%), el grupo más numeroso procede de América del Sur (17'01%), seguido de la Unión Europea (8.41%), África (5'10%), América Central (3,38%), Asia (2,29%) y resto de Europa (1'16%) (2014: 22).

Las mujeres de origen rumano que ejercen la prostitución son el colectivo que más ocasiones demanda la realización de un IVE; de manera general, para ellas la interrupción de embarazo es un método *más* de anticoncepción. Algunas mujeres rumanas en la veintena ya tienen en su historia personal diez o más abortos realizados. Este hecho dificulta la promoción de la 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?* (Ioana, rumana, 35 años. Diario de campo. Club, 2010).

A partir de la promulgación de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, las mujeres migrantes extranjeras podían acceder a un IVE expresando su deseo a su médico de referencia, quien las derivaba a los centros concertados para ese menester.

En la actualidad, los recortes económicos introducidos por el gobierno del Partido Popular en el Sistema Nacional de Salud afectan la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en especial la de las mujeres migrantes extranjeras sin documentación, ni recursos económicos. El 12 de junio de 2012, el diario *El País* informaba sobre las limitaciones al acceso sanitario, principalmente en relación con el aborto voluntario.

Tampoco el aborto se libra del recorte en la asistencia sanitaria a los extranjeros en situación irregular en España. Cuando entren en vigor las limitaciones, el 1 de septiembre las inmigrantes sin papeles perderán el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo de forma gratuita en las primeras 14 semanas (tal como establece la Ley de Salud Sexual y Reproductiva). Desde entonces, esas mujeres solo podrán acceder sin coste a esa prestación —ahora en la cartera básica que debe ofrecer la sanidad pública— cuando se deba a motivos terapéuticos, asegura una portavoz del Ministerio de Sanidad. Así, las extranjeras en situación irregular solo podrán abortar sin coste económico para ellas “por malformación del feto o peligro para la salud de la madre”, concreta la portavoz. Cree que también podría seguir siendo gratuito cuando el embarazo sea fruto de violación. Lo que sí está decidido es que quede fuera de la financiación pública para las mujeres en situación irregular el aborto gratuito debido, en exclusiva, a la voluntad de la madre.<sup>62</sup>

#### **d) El valor de la maternidad.**

La experiencia de la maternidad, independientemente de la situación personal y social de las mujeres migrantes extranjeras, es una posibilidad que se plantean a pesar de encontrarse en un contexto de prostitución. El valor de la maternidad se encuentra fuertemente sustentado en las creencias culturales y religiosas. Principalmente para las mujeres subsaharianas, la

---

<sup>62</sup> Disponible en [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/06/06/actualidad/1339004866\\_690377.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/06/06/actualidad/1339004866_690377.html). Accedido el 10/11/2013.

maternidad, cuanto a más temprana edad se dé, mucho mejor, ya que otorga un valor especial a las mujeres ante la comunidad.

*Cuando yo mantenía mi familia, los hijos de mi prima, me dicen (que) yo soy estéril, yo gastando mi cuerpo por ellos y me insultan: ¡Estéril! [...] Porque su madre los tuvo a ellos con los 14 y ahora yo tengo 15 y 16 y no tengo hijos, y me decían que yo soy estéril y luego mi madre, ¿cómo yo puedo vivir con una persona y dice que soy estéril, que yo no puedo tener hijos? ¿Cuándo voy a tener hijos? (Angue, guineana, 32 años).*

*Yo ya tengo 16 años, y no tengo hijos...Si estuviera en Nigeria, ya tendría como dos o tres niños pero yo he visto que acá las jóvenes primero van al colegio y luego si quieren se casan. Yo primero quiero estudiar antes de tener niños (Mary, nigeriana, 16 años).*

“Ser madre” sigue siendo para algunas mujeres subsaharianas un valor esencial que, según ellas, te define como mujer. Para muchas mujeres, el aborto no es una opción: no tener la regla o tener una enfermedad como el VIH es una tragedia que las condena a no poder realizar el deseo de tener descendencia, pues aunque en España las criaturas de madres VIH-positivas nacen sin el virus, muchas mujeres de origen subsahariano temen que suceda igual que en sus países, donde aún no existe el control y atención necesarios a madres gestantes seropositivas.

*En Barcelona sí. En la clínica allí me dieron un medicamento para el VIH que yo tomé y pase dos meses sin ver la regla, ¡Dios mío!, ¿Cómo puede una mujer dos meses sin ver la regla? La regla limpia el sucio que está dentro. Tenía cita luego para ponerme algo para no quedarme en embarazo, pero mi novio dice que no, que esas cosas no dejan que la mujer pueda tener hijos (Luisa, guineana, 29 años. Diario de campo. San Isidro, 2010).*

El trabajo en prostitución no garantiza que las mujeres migrantes extranjeras sean conocedoras de todo lo relacionado con su cuerpo: nuestros órganos reproductivos, el ciclo menstrual, los métodos de anticoncepción, el autocuidado y limpieza; sin embargo, mientras más jóvenes sean las mujeres y menos tiempo lleven en el ejercicio de la prostitución, más vulnerables son a los procesos patológicos.

Para algunas mujeres en prostitución que tienen pareja y desean ser madres, la concepción se dificulta, entre otras cuestiones, por el estilo de vida y los horarios impuestos a las mujeres. Además, otros factores a tener en cuenta son la constante movilidad geográfica y el tiempo prolongado de ausencia de la pareja. Recordemos que si la mujer hace una plaza de 21 días, regresa con su pareja cuando tiene la regla, es decir, cuando es menos probable, pero

no imposible, quedarse embarazada; La ansiedad, el estrés en su itinerario migratorio, las cargas familiares en origen, la inadecuada alimentación, el cansancio físico por jornadas larguísimas, el trabajo nocturno, el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, etc... son todos aspectos que pueden sumar para dificultar el embarazo.

Otras mujeres con experiencia de largos años en prostitución no solamente reconocen, valoran y cuidan su cuerpo, sino que sus hijos son fruto del deseo de ser madres, tal como nos lo explica la mujer española entrevistada:

*Yo siempre me cuidé de todo. Cuando quise tener mi hijo, el mayor, dejé la píldora. Y cuando quise tener al pequeño, después de que nació Pedro me puse un DIU, y lo tuve hasta antes del Nico. Me lo quité, tuve al Nico, y me puse otro, que se me cayó, y me lo tengo que ir a poner (risas). No, qué va, nunca (por sorpresa), para eso tuve bastante cuidado (Eva, española, 29 años).*

A diferencia de Eva, mujer española con familia y capital social, la gran mayoría de mujeres migrantes extranjeras que están en la industria del sexo y se quedan embarazadas de los clientes realizan un aborto, principalmente porque no es un embarazo fruto del deseo y el amor de una pareja; y porque, en un contexto de migración, en el que han dejado a su prole en los países de origen para poder mejorar sus vidas, no conciben tener más hijos.

Durante estos años de trabajo con las mujeres en los diferentes espacios de prostitución, he encontrado algunas que ejercen embarazadas, hasta que su proceso de gestación y salud se lo ha permitido. Esta imagen no deja de resultar extraña y, a la vez, enternecedora, pero fundamentalmente es una situación de sufrimiento para las mujeres migrantes extranjeras porque, cuando deciden trabajar embarazadas, su condición las hace más vulnerables a posibles riesgos para su salud y la de su futura criatura. Cuando conocí a Marian tenía 3 meses de embarazo, lloraba frecuentemente y cada quincena, cuando iba a visitarla al club, me llamaba poderosamente la atención su fortaleza y deseo de superación.

*Yo entré por la cocina y la señora estaba haciendo café y yo quería devolver, entonces con 8 días que yo estaba en España, compré un test de embarazo, lo hice y vi que estaba embarazada; entonces me ha dado el desespero de saber que estaba embarazada y ¿dónde iba a trabajar yo? Llevando "currículum" a todos sitios, ¿y para qué? Si no me han llamado y con el papel de trabajo que no era mío. [...] Así que me toco venirme a trabajar en esto. Mi familia antes no supo que yo estaba embarazada, ahora sí, antes no, han sabido cuando la niña tenía un mes de nacida. Ellos creían que era broma mía, que sería*

*de una amiga, porque yo he dicho a mi madre: “mira, voy a entrar en internet, que tengo algo para decirte”. Ella pensó que le iba a decir que me iba a casar, y cuando me mira, yo le he dicho. No he dicho antes porque yo sabía que iba a morir de preocupación; sabía que mi madre no iba a dormir por la noche porque yo sé cómo es mi madre. Yo le dije: “te voy a decir que la familia está más grande, que tengo una hija”, y ella me decía: “¡NO, NO, que es de tu amiga, que estás de broma conmigo!, Y yo le decía que es mía, “¡No, no, que es broma!” me decía ella. “Bueno, te envió las fotos del embarazo” y se las envió por internet. Entonces la segunda hija lloró mucho porque estaba lejos de mí y yo aquí con una hija. No sé qué pensaría ella, yo le preguntaba y me decía, no sé, no sé (Marian, brasileña, 32 años).*

Cuando Marian dejó a su familia de origen y a sus dos pequeñas hijas en Brasil sin conocer su incipiente embarazo; aun así, hizo frente a su nuevo embarazo en condiciones difíciles, de adaptación a un nuevo medio social: sin hablar el castellano, sin documentación, sin redes sociales,... El ejercicio de la prostitución fue para ella la única puerta que se abrió en ese momento de su trayectoria migratoria, asumiendo con entereza los costes personales del proceso migratorio y, por encima de su propia salud mental y física, la preservación de su grupo familiar.

Marian ejerció la prostitución hasta bien entrado el séptimo mes de embarazo, debiendo ahorrar dinero para los posteriores meses dedicada al cuidado de su hija. Dejó de vivir en el club para alquilarse un piso en Huércal Overa y poder pasar tiempo con su hija; tras el nacimiento retorna a la prostitución, logra presentar su documentación por arraigo social y, en 2012, puede viajar a Brasil a visitar a sus dos hijas y a sus padres, llevando a su nueva pequeña, a quien dejó en Brasil al cuidado de los abuelos. Su deseo es poder regresar pronto con sus hijas, cuando termine de construir su casa en Brasil.

Roxana, también participante en las entrevistas en profundidad, me comunicó que estaba embarazada. En un primer momento me solicitó que tramitáramos el IVE ante la Seguridad Social y, a la semana siguiente, regresó a comunicarme que había decidido tener el hijo, a pesar de lo que suponía ser madre en estos contextos de prostitución. Decide retirarse del club, donde trabajaba, e irse a un piso privado, cerca de la capital. La razón principal que argumenta es el cambio en los horarios de ejercicio y la no exigencia del consumo de alcohol. Trabajó, igualmente, hasta los 7 meses de gestación. En su caso, tuvo que estar más pendiente de su proceso materno debido a un problema de *preeclampsia* que se hizo presente. Recuperada del parto, regresó a la prostitución y su suegra cuida al bebé.

El deseo de ser madre no solo se gesta en las relaciones heterosexuales sino también en las relaciones homosexuales. En esta investigación doy cuenta de mujeres migrantes extranjeras cuya elección de pareja es homosexual y donde el deseo de tener un hijo supera cualquier obstáculo biológico. A pesar de una relación tormentosa -en la que también se da violencia de género-. Carmen y su pareja tienen un hijo:

*Y como a los quince días me llamó Elena y me dice: “Venga”, y yo: “¿Usted está loca?, ¡Usted casi me pega una puñalada!”, y dice: “No, ¡cómo se le ocurre!, ¡venga!, ¡perdóneme! ¡Venga “para acá”...!” Pues yo ya le tenía miedo... Cuando yo fui, cuando ella me saca la prueba de embarazo y positivo: se había quedado embarazada. Entonces me dijo: “Eso era lo que usted quería, vamos a arreglar las cosas, vuelva a la casa que la vida nos va a cambiar...”. Y pues yo medité las cosas: “Yo tengo miedo a quedarme con ella, pero cómo voy a ser irresponsable y dejar a Elena tirada...” y me fui con ella. Me vine “pa” Almería y mi hermana: “Usted tranquila, yo la apoyo”, porque mi hermana siempre ha sido muy sinvergüenza conmigo. Y yo le decía: “No, Elena está embarazada”. Y me dice: “No, usted le sigue ayudando económicamente... pero ¿cómo se va a aguantar a esa pelada?” (Carmen, colombiana, 37 años).*

Muchas parejas homosexuales viven impedimentos sociales, legales, éticos, etc., para ser madres o padres, pero Carmen y Elena se aprovechan del mundo de la prostitución para quedarse embarazadas. Elena elige un cliente de la prostitución y comunica a Carmen que está embarazada. Hoy su hijo cuenta 10 años y ambas comparten maternidad.

#### 7.1.2. Factores de riesgo que pueden generar enfermedades profesionales por el ejercicio de la prostitución.

El equipo de ESCODE (2006), en la investigación antes mencionada, realizó una descripción y análisis pormenorizado del monto económico que supondría para el gobierno español la regularización de la prostitución y el reconocimiento de los derechos laborales de quienes la realizan. En el mismo estudio se abordan los riesgos de la actividad en prostitución y los efectos para la salud, en apenas unas pocas líneas describen los riesgos asociados a su seguridad personal de la prostitución en espacio público y en clubes de alterne en relación con su seguridad personal, resaltando cómo gestionan las mujeres dichos riesgos. En materia de salud, las autoras del informe citan el acceso sanitario de las personas en prostitución y el consumo de sustancias psicoactivas; sin embargo aunque se recoge ampliamente el impacto de la regularización de la prostitución sobre los ingresos fiscales, el sistema de pensiones y la Seguridad Social, no aparece ningún apartado acerca de los riesgos profesionales en salud para las personas que ejercen el trabajo sexual, en función de los escenarios de prostitución.

En este apartado presentaré los posibles riesgos laborales a los que se enfrentan las mujeres migrantes extranjeras en los escenarios de prostitución, analizando las condiciones de vida y de trabajo de este colectivo en Almería, a través de sus propios relatos en las entrevistas en profundidad y de la observación participante, que vienen a sumarse a mis cuatro años de trabajo sociosanitario con este colectivo.

Se trata de un intento de construir las categorías de riesgos profesionales para las personas trabajadoras sexuales, siguiendo las recomendaciones realizadas por los investigadores Ross, Crujiente, Mansson y Hawkes (2012), para lo cual reviso las definiciones de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (BOE nº 269 10-10-1995) que sufrió algunas modificaciones que se recogen en la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. Me interesa principalmente resaltar el artículo 4 que recoge las siguientes definiciones:

#### “Artículo 4: Definiciones

Se entenderá por "prevención" el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. Se entenderá como "riesgo laboral" la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Para calificar un riesgo desde el punto de vista de su gravedad, se valorarán conjuntamente la probabilidad de que se produzca el daño y la severidad del mismo. Se considerarán como "daños derivados del trabajo" las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo. Se entenderá como "riesgo laboral grave e inminente" aquel que resulte probable racionalmente que se materialice en un futuro inmediato y pueda suponer un daño grave para la salud de los trabajadores” (BOE nº 269, 1995:7). 1995: 7).

En la siguiente tabla, de elaboración propia, presento los riesgos laborales a los cuales se enfrentan las personas que ejercen la prostitución en la provincia de Almería, en los escenarios abordados para este estudio (clubes, pisos, bares-cortijos, asentamientos y calle), siguiendo los riesgos que especifica la Ley de prevención de riesgos laborales, estos son: riesgos físicos, riesgos biológicos, riesgos químicos, riesgos ergonómicos, riesgos psicosociales y riesgos para la seguridad personal. Presento la frecuencia de exposición al riesgo: ausencia, riesgo bajo, riesgo medio y alto riesgo. Asimismo, en los riesgos que denomino “los elementos generadores de

inseguridad”<sup>63</sup>, destaco los elementos que identifico para las personas que trabajan en prostitución, siguiendo la propuesta de los investigadores de Ados consulting (2008).

Primera identificación de elementos generadores de inseguridad: -Clientela (principal y mayoritariamente hombres), tanto en lo referente a las agresiones físicas como psicológicas.- Dueños-empresarios de clubes, pisos, etc. y proxenetas.- Policía, sobre todo para las personas inmigrantes en situación irregular - Redes de tráfico de personas (Ados consulting, 2008: 43).

Dentro de la Tabla 6, con (\*) Se destaca la exposición de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en asentamiento a los riesgos químicos, ya que la residencia en asentamientos y entre invernaderos las expone a sustancias nocivas como los fitosanitarios, utilizados por los agricultores bajo plástico, así como la contaminación de las aguas que consumen, -alta en nitritos-, que, a largo plazo, pueden generar cáncer en las personas; también destacar los riesgos físicos, compartidos con las personas que ejercen en espacios abiertos: exposición extrema a temperaturas altas en verano y bajas en invierno, radiaciones solares.

---

<sup>63</sup> Término utilizado por la empresa vasca Ados consulting, encargada de consultoría e investigación social, presenta en su informe: “Diagnóstico y propuestas preliminares en el ámbito de la prostitución en Euskadi” (2008).

Tabla 6. Posibles factores de riesgo laboral para las personas que trabajan en prostitución.

| Riesgo/Factores de riesgo                    | Clubes                            | Piso                 | Bar-Cortijo               | Asentamiento                      | Calle                                |
|--|-----------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>1.Riesgo físico*</b>                      |                                   |                      |                           |                                   |                                      |
| <b>Ruido</b>                                 | Alto volumen de música            | Ausente              | Ausente                   | Ausente                           | Exposición constante *               |
| <b>Temperatura</b>                           | Controlada                        | Controlada           | Exposición a frío y calor | Elevadas temperaturas Frio/calor* | Exposición constante a temperatura * |
| <b>Iluminación</b>                           | Poca iluminación-riesgo de caídas | Adecuada iluminación | Poca/ ausente             | Ausente iluminación               | Iluminación de vías                  |
| <b>2.Riesgos Biológicos</b>                  |                                   |                      |                           |                                   |                                      |
| <b>Infecciones de transmisión sexual</b>     | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Enfermedades humanas trasmisibles</b>     | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Enfermedades infecciosas ambientales</b>  | Controlada                        | Controlada           | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>3.Riesgos Químicos*</b>                   | Ausente                           | Ausente              | Riesgo Medio              | Riesgo Alto*                      | Riesgo Alto*                         |
| <b>4.Riesgos Ergonómicos</b>                 |                                   |                      |                           |                                   |                                      |
| <b>Posturas inadecuadas</b>                  | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Esfuerzo físico/carga</b>                 | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Largas horas de pie</b>                   | Riesgo Alto                       | Riesgo bajo          | Riesgo bajo               | Riesgo bajo                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Calzado inadecuado/alto</b>               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo bajo               | Riesgo bajo                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Horas de trabajo</b>                      | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo alto               | Riesgo alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Riesgo de caídas</b>                      | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo bajo               | Riesgo alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>5.Riesgos Psicosociales</b>               |                                   |                      |                           |                                   |                                      |
| <b>Estrés laboral</b>                        | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Efectos psicológicos</b>                  | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Efectos sociales</b>                      | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Efectos conductuales</b>                  | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Efectos fisiológicos</b>                  | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Efectos estructurales</b>                 | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>6. Riesgos Seguridad Personal</b>         |                                   |                      |                           |                                   |                                      |
| <b>Agresiones físicas</b>                    | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Agresiones psicológicas</b>               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Atropellamiento</b>                       | Ausente                           | Ausente              | Riesgo medio              | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>Robos</b>                                 | Riesgo bajo                       | Riesgo bajo          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |
| <b>*Elementos generadores de Inseguridad</b> | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto          | Riesgo Alto               | Riesgo Alto                       | Riesgo Alto                          |

Elaboración propia.



## 7.2. La salud psicológica de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución.

*Mira, este trabajo lo que hace es no tanto físicamente sino de aquí (señala su cabeza), te consume, porque yo, no llego a marcharme, no llego a dejar esto y a mí me internan, te lo juro, te lo juro que sí. Y esto te trae problemas médicos y psiquiátricos, a mí me daban crisis de ansiedad, angustia. De esto que te paralizas, que te ahogas. Estuve mucho tiempo en tratamiento.*

Eva, española, 29 años.



*Esquizofrenia en la cárcel. Débora Arango.*

Las mujeres migrantes extranjeras se enfrentan a múltiples factores de estrés, derivados de su trayectoria migratoria en contextos de prostitución, que ponen a prueba su salud mental (Jackson, Bennett y Sowinski, 2007; Instituto de la Mujer, 2007; Hossain et al., 2010; Fernández, 2011; Muftic y Finn 2013; Weine, Golobof, Bahromov; Kashuba, Kalandarov y Jonbekov 2013). El proceso y duelo migratorio (Achóstegui, 2006; Sayed-Beirut, 2008) inevitable es vivenciado por este colectivo desde una actividad que estigmatiza a quienes la realizan, dificultándoles así una adecuada inclusión y participación social. Las desigualdades sociales en salud influyen directamente en la salud mental de las personas.

### 7.2.1. En relación a los estilos de vida de las mujeres y sus condiciones vitales.

¿Qué estilo de vida puede tener una “mujer, migrante, extranjera y prostituta”? Muy lejos queda la falsa idea de que son mujeres *libertinas, de la vida fácil*. En este colectivo de mujeres preside la heterogeneidad, una gran riqueza cultural, lingüística, de historias de vida; pero el ejercicio de la prostitución (en esos escenarios) las homogeneiza, pues no hay estilos de vida ni condiciones de vida propicias para la salud y la felicidad. No llevan vidas fáciles y libertinas. Se enfrentan a situaciones de vidas estresantes y frustrantes, a cadenas constantes de explotación laboral, económica, afectiva, etc. No son prostitutas de clase media ni de clase alta que disponen libremente de su tiempo y de sus ingresos económicos. Son mujeres muy pobres, que acumulan exclusiones previas, viven proyectos migratorios frustrados, estancados por las condiciones de irregularidad que no les permite ser ciudadanas ni acceder a recursos fundamentales.

Ella comenta cómo es su día a día, y cómo su estilo de vida está alterando su alimentación:

*Me levanto de 1:00 a 1:30 de la tarde, ya no desayuno porque directamente paso a la comida; muchas veces lo que hago es que cuando llego a casa a las 5:00 de la madrugada o así, me tomo un cola cao para acostarme, ya me pongo a ver la tele un rato, hasta que es la hora de que me recojan, dependiendo de la temporada; si es verano, voy más tarde pero si es invierno toca que me recojan antes que se haga de noche y me llevo mi bolsa con la ropa de trabajo. Si me ves en la calle no me reconoces porque no me maquillo; y así, día tras día. ¿Tiempo libre?... (Ríe) Al mercadillo con amigas, o al locutorio a llamar a mi familia (Ella, rumana 26 años. Diario de campo. Club. 2010).*

Renata, mujer brasileña, vivía en un club del Levante almeriense con un grupo de mujeres migrantes extranjeras, por no tener redes familiares o de amistad dentro de la provincia o por preferir hacerlo para no tener responsabilidades domésticas. Así nos describe su día a día dentro del club:

*Yo mira, vivo acá en el club. Para mí es mejor porque no tengo familia en este país. Acá me dan mi comida, solo almuerzo y cena, porque no desayuno, me levanto tarde, y a veces ni ceno, porque si los clientes empiezan a llegar pronto... Claro, como yo vivo acá con algunas más, soy la primera que tengo que estar guapa para recibirlos. ¿Diversión? ¡Claro! Uno siempre tiene un cliente especial, ¿sabes?, de esos que ya te invitan por ahí a cenar, o tomar una copa fuera del club o de tu horario de trabajo; aunque me cuesta*

*mucho levantarme para salir a la calle, pero hay uno que me está ayudando con un contrato de trabajo” (Renata, brasileña, 24 años. Diario de campo. Club. 2010).*

En la salud de las mujeres migrantes extranjeras hacen mella las horas de trabajo nocturno, la inadecuada alimentación, el consumo de alcohol y otras sustancias, la exposición a altos decibelios por la música; los altos tacones de plataforma que llevan toda la noche para estilizar su figura también suelen ser un riesgo para su salud, sobre todo si dentro del club existen escaleras que diferencian la zona de bar de la zona de las habitaciones.

*Es que no puedo bajarme de estos tacones, tengo que trabajar así, nena, y claro, es toda la noche de pie esperando que llegue alguno para poderte bajar de ellos. Me duele mucho la espalda por eso. Y la música... ¡Uff! Creo que estoy perdiendo el oído, como la ponen tan fuerte (Jenny, ecuatoriana, 29 años. Diario de campo. Club. 2011).*

*Me caí por estas putas escaleras....Imagínate mami, como yo no sé manejar estos zapatos, bajaba con un cliente y ¡plop!...Me caí en todo el esternón. A ver si tu compañero me mira porque me duele mucho cuando respiro (Lina, colombiana, 24 años. Diario de campo. Club. 2011).*

Los estilos de vida de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución y sus condiciones de vida las he ido detallando a lo largo de todo el trabajo de investigación, a través de sus testimonios, la observación participante, el acompañamiento y el seguimiento de sus procesos de enfermedad y salud, así como la vinculación y trabajo conjunto con otras asociaciones que trabajan directamente con este colectivo.

Recordemos que iniciaron un proceso migratorio y están pasando por las diferentes etapas del mismo, con todo lo que esto implica a nivel macro y micro social, sumado al impacto de las rupturas y pérdidas afectivas en sus países de origen. Ellas 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. Algunas mujeres que desean continuar en la prostitución, ésta situación no se daría si se les reconocieran los derechos de trabajadora autónoma. El estigma y la exclusión social del que son objeto y la soledad y el encontrarse lejos de la familia (Agente social, APDHA).*

La Universidad de Valencia y el Instituto de la Mujer, durante 2003-2007, realizó una investigación acerca de los aspectos psicosociales y la salud mental en la prostitución femenina, enfocado principalmente a la migración y prostitución. Destaco dos importantes conclusiones en relación al estrés y el ejercicio de la prostitución:

En nuestra investigación, hemos podido comprobar que las mujeres que ejercen la prostitución puntúan más alto en patología mental y estrés vital percibido. [...] Puede decirse que los tres grupos de mujeres inmigrantes presentan un volumen de malestar psicológico notablemente mayor que las autóctonas. Incluidas las escalas de depresión y ansiedad. [...] Las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución padecerán un mayor grado de estrés que las otras mujeres. El grado de depresión y ansiedad será mayor en el grupo de mujeres que ejercen la prostitución y en las inmigrantes no prostitutas que en las autóctonas (IAM, 2007: 8-9).

La estigmatización, la exclusión social y el alejamiento de sus redes familiares y sociales influyen en la relación consigo mismas y con su autoestima; en los casos más extremos, al no tener interés por sí misma, da igual lo que pase con su cuerpo, con su mente, con lo que exista a su alrededor; para muchas mujeres, la fuerza interior les viene del hecho de saber que los familiares que dejaron en su país de origen se encuentran bien, especialmente para quienes son madres y su prole permanece allí.

Las agentes sociales de APRAMP y Proyecto Encuentro coinciden en describir estos elementos como factores que influyen en su salud mental:

*Una baja de autoestima total. Y de valoración hacia ellas mismas, cero. Eso a nivel psicológico. Y de físico: pues no sé, el contagio de enfermedades de transmisión sexual. Y no sé, ya en otros casos especiales cuando ya ha habido maltrato, pero básicamente, vamos, mi poca experiencia, en la parte psicológica baja autoestima, y valoración como persona, parte física riesgo de transmisión de enfermedad sexual y maltrato (Agente social, APRAMP).*

*Pues yo creo que es el tema de la familia, que las pobres vienen buscando mejorar la situación de su familia. Todas ellas expresan esto, también el tema de la documentación. Nosotros las apoyamos, informarlas y derivarlas a centros de salud y otros servicios sociales, y acompañarlas. Tenemos una voluntaria psicóloga, que esta acá en la casa haciendo prácticas. También acompañamos en temas de denuncias. Soportan demasiadas cosas; con tal de ganar dinero encontramos muchas mujeres con depresión,*

*con problemas mentales y psicológicos, además de los problemas de salud física. (Agente social, Proyecto Encuentro).*

Las mujeres migrantes extranjeras, cuando encuentran una persona que les escucha y es confiable, depositan en ella todo su malestar e inconformidad aunque, en general, son mujeres psicológicamente fuertes, capaces de soportar las condiciones de explotación laboral a las que son sometidas, que poco o nada se diferencian de su estilo de vida. A pesar esta fortaleza, cuando conocen la posibilidad, suelen demandar la escucha y atención psicológica; pero sus horarios de trabajo en prostitución les dificulta cumplir las citas acordadas fuera del escenario de prostitución, al no poderse mover libremente, es decir, están confinadas y obligadas a permanecer en dicho escenario, lo que les imposibilita establecer vínculos sociales y poder salir de su situación. La agente social de AIMUR describe de manera acertada cómo la salud mental, el aspecto que más urge abordar con este colectivo, es a la vez el más difícil de abordar dada su complejidad:

*Primero en la salud mental, tienen cuadros depresivos, ansiosos, trastornos de alimentación. La salud mental la tienen bastante deteriorada; ahora, la salud física, la enfermedad de inflamación pélvica, todas (la tienen) aunque no se cataloguen ellas con la enfermedad. Todas te dicen que tienen dolores pélvicos, dolores de cabeza, porque no duermen bien. Muchas veces hablando con ellas aparecen los síntomas aunque ellas no son tan conscientes de la enfermedad. La prostitución afecta bastante, sobre todo la salud mental; aunque la física es importante, la física es más fácil de recuperar que la mental. Una mujer que se ha encontrado en la prostitución es mucho más difícil mantener una buena salud mental; es difícil mantener una pareja, una familia, una estabilidad... la física quizá con una regularidad, con una alimentación sana, un sueño prolongado, pues es más fácil de recuperar y estabilizarse. Ellas demandan terapia, aunque a veces llegas a un club y ese día están bajas de ánimo y ahí mismo casi que tienes que hacer intervención, apoyo psicológico y de autoestima un poco; luego las terapias individuales, las que ya están mal, que no pueden... La verdad es que no podemos dar, atender a toda la demanda. Muchas veces el día que se vienen abajo te la solicitan pero cuando llega el día de la cita no vienen, les cuesta retomar el tema (Agente social, AIMUR).*

Los trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad y la depresión, ligados al consumo de sustancias psicoactivas, son los que más frecuentemente aparecen en este colectivo, como nos relata Eva:

*Una vez aquí en Almería, que se me fue un poco la mano con las drogas y me pusieron suero. Pero ¿sabes que fue? No tanto fue que me pasara con las drogas, no fue tanto eso. Porque yo no más llegué, aparte de lavarme, me pusieron ansiolíticos. Fue que 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, un cuadro de ansiedad fuerte, pero claro, con el agravante de que yo estaba drogada. Entonces fue peor (Eva, española, 29 años).*

### 7.2.2. En relación al estrés dentro del proceso migratorio.

Dedicarse a una actividad fuertemente estigmatizada socialmente, incrementa en las mujeres migrantes extranjeras el estrés dentro del proceso migratorio, haciendo mella en su salud psicológica (Achostegui, 2004; Sayed-Ahmad, 2008; Bhugra, Gupta, Bhuik y Craig, 2011; Begum, et al., 2013). Como nos recuerda Juliano: “El coste psicológico puede ser tan alto, que explica que el inicio en esta actividad sea algunas veces forzado, y que aún en los casos en que no lo sea, se atribuya a presiones externas fuera del control propio, más que a una opción laboral” (Juliano, 2002: 12).

Los diferentes agentes sociales que han participado en esta investigación reconocen igualmente las diferencias respecto al género, la clase social, la etnia/raza, el país de origen, entre otros, que se ponen en juego y van a favorecer o a dificultar la trayectoria migratoria de las mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución, situaciones psicosociales complejas que no son originadas por el ejercicio de la prostitución.

*La verdad es que, como atendemos diferentes colectivos, por ejemplo, si nos basamos en las mujeres de África subsahariana, un nivel de estrés muy agudizado debido a la situación en la que se encuentran: tienen una deuda previa, familia en sus países de origen, tienen como una ruptura total con el vínculo familiar, por tanto, tienen dañado todo lo que es el aspecto de la salud psicológica. Si nos basamos en las mujeres de Europa del Este pues también sufren lo que es la ruptura familiar pues dejan sus hijos y también necesitan ayuda psicológica. Cada una de ellas tiene una necesidad distinta en niveles distintos para ser cubierta en el ámbito de la psicología. Son mujeres que, debido a la situación en la que se encuentran, la Junta de Andalucía retiene a sus hijos, o están enfermas por estar retiradas de sus propios hijos, o tienen una situación complicada debido a la situación que ahora mismo estamos viviendo, y no pueden tampoco hacerse cargo de los hijos que tienen; por todos estos aspectos necesitan ayuda psicológica (Agente social, MDM).*

*Yo pienso que existen recursos, pero que a las mujeres extranjeras por el hecho de serlo, lo tienen más complicado; el tema de los papeles, las mujeres africanas pues peor, las mujeres europeas, como las rumanas, las del Europa del Este, tienen documentación, pero las africanas encima son negras: una mujer africana lo tiene más difícil. Pienso que las rumanas son más abiertas, nos cuentan cómo las mujeres están muy sometidas en su país a los hombres. Con las africanas ellas dicen: eso es así y no lo puedes cambiar (Agente social, proyecto Encuentro).*

La condición de irregularidad administrativa, la obligación de ser proveedoras económicas tanto en origen como en destino para cubrir las necesidades básicas de su grupo doméstico, en el contexto de la actual crisis económica, aumenta la fragilidad emocional y predispone a trastornos psicológicos (Björngren, 2010; Brabant y Raynault, 2012; Bianchi, Reisen, González, Arroyo, Zea y Poppen, 2013). Así lo reporta el agente social de MDM:

*Las situaciones sociales que más preocupan a las mujeres y afectan su estado de ánimo son variadas. En la actualidad, como nos encontramos en una crisis muy profunda, no solamente se encuentran ejerciendo prostitución sino que ni siquiera cubren las necesidades que ellas tienen para ayudar a los familiares que se encuentran en los países de donde proceden, sino que las que están de forma irregular y necesitan arreglar sus papeles y las que están de forma regular pero debido a la crisis en la que estamos, van ejerciendo la prostitución, ya que no tienen el dinero que necesitan para mantener a sus familias, y necesitan ayuda en el ámbito de lo que es el vestir, en lo que es la alimentación... Algunos de los colectivos que nosotros atendemos, como son las mujeres de África Subsahariana, ya que el dinero que ellas ganan durante la semana, tienen que entregárselo a la persona con la que contrajeron la deuda para poder venir al país (Agente social, MDM).*

Son múltiples, entonces, los factores de estrés que tienen que enfrentar las mujeres migrantes extranjeras en contextos de prostitución. El trabajo a nivel psicológico con ellas no solo se centra en una escucha activa de sus dificultades, sino que debe ir acompañado de actuaciones a nivel social. Esto es, ayudarles a buscar opciones a su situación, acompañarlas en el proceso de analizar su condición de mujeres migrantes extranjeras, definiendo las condiciones macro estructurales que dificultan o posibilitan el cambio de su situación personal, principalmente de su situación administrativa, que le permitirá otras posibilidades residenciales, económicas, laborales, sociales.

### 7.2.3. En relación a su empleo y condiciones de trabajo.

Un elemento importante a destacar son los mecanismos psicológicos que, a pesar de las duras condiciones de vida y de trabajo, favorecen el fenómeno de que las mujeres migrantes extranjeras soporten por años las situaciones dramáticas que viven (Gentil, 2009). Algunos de esos mecanismos que operan de manera inconsciente son la compensación, la racionalización, la negación, la formación reactiva, el aislamiento, la disociación y la fantasía.

Las relaciones que se instauran en el marco de la industria sexual son relaciones teatralizadas donde sus actores (trabajadoras sexuales y clientes) despliegan un escenario de fantasía que mucho tiene que ver con las representaciones sociales sobre el género masculino y femenino y sobre el sexo (Barahona y García, 2003; Vega, 2003; Juliano, 1998; Lipovetsky, 1999). En efecto, las trabajadoras sexuales hacen alusión a ese componente de teatralidad en el que deben “hacerse pasar” por amantes y donde los clientes deben imaginarse “que son amados” (ESCODE. 2006: 64).

Pero, para desplegar esa fantasía, las personas también despliegan el mecanismo de disociación que les permite entrar en el juego teatral y asumir el rol solicitado por el cliente.

La disociación es un mecanismo que es usado de manera consciente por las trabajadoras sexuales para defenderse de los aspectos negativos de su empleo. La división de su persona en dos partes, o disociación, la usan para defenderse de las agresiones simbólicas de la sociedad -es decir, el estigma- y para defenderse de la explotación que viven de parte de los clientes. Las trabajadoras sexuales organizan su existencia alrededor de la idea de tener dos vidas: una vida profesional, donde son una persona, y una vida privada donde son otra” (Allen, Arana, Ortiz-Aguirre y De Caso, 2002: 48).

Así describen los agentes sociales de MDM y Proyecto Encuentro cómo las mujeres migrantes extranjeras utilizan mecanismos de defensa como la disociación y la fantasía, para la relación sexo-comercial y como mecanismo de defensa psicológico:

*Pues a nivel psicológico llega un momento en que pierden la perspectiva real de todo, sobre todo algunas de ellas... porque están como teniendo que desempeñar un teatro continuo y algunas de ellas sin ninguna gana de hacerlo, por lo tanto, pueden entrar en un círculo un poco complicado, por lo que ellas nos cuentan, pues imagina cada cliente tiene que hacer sentir que el tiempo que están con ellas... son los príncipes del mundo, por lo tanto tienen que desempeñar un teatro, tienen que hacer un papel con ellos, y que ellos*



*sean capaces de creer que realmente están como príncipes del mundo durante el tiempo que están con las mujeres, que ejercen prostitución. Entonces llega un momento que ya pierden la perspectiva real, incluso de la realidad propia que ellas tienen, y todo eso hace que puedan estar afectadas psicológicamente. Es bastante complicado (Agente social, MDM).*

*Ellas se ponen como una doble protección, como si tuvieran doble personalidad; para el trabajo se ponen de una manera y en su vida privada de otra manera. Ellas no quieren este trabajo, la mayoría lo dicen, pero sin embargo allí te las encuentras (Agente social, Proyecto Encuentro).*

Los mecanismos de negación de la realidad y de aislamiento los encontramos claramente en el anonimato frente a la actividad que realizan, la alta movilidad geográfica que les permite salvaguardar su intimidad, el cambio de nombre dentro de los diferentes escenarios de prostitución. Estos factores de protección también se convierten en armas de doble filo, pues generan estrés a las mujeres migrantes extranjeras. Así lo describe Angue:

*Yo, mira, algunas veces yo no sé dónde estoy. Algunas veces yo pierdo el conocimiento, algunas veces no sé dónde estoy: una persona me viene a buscar, me paga 100 mil pesetas, me lleva a su casa y yo no sé, no sé (su voz se entristece) (Angue, guineana, 32 años).*

La negación también está muy presente en las mujeres migrantes extranjeras que han sido víctimas de trata y explotación sexual. Frente a los diferentes hechos traumáticos vividos, niegan las situaciones y borran las escenas más dolorosas, como sucede con las mujeres de origen africano que han entrado a Europa a través de redes de tráfico de inmigrantes. Así lo narraba Beauty:

*Yo llegué en patera, después de un largo viaje casi de un año...muy duro...muy doloroso, pero es mejor no recordar, yo no pienso en eso, como si no existió, lo he borrado de mi mente (Beauty, nigeriana, 25 años. Diario de campo. Bar-Cortijo, 2011).*

Por otra parte, el mecanismo de racionalización permite que algunas mujeres encuentren un argumento aceptable a la situación de vulnerabilidad y ansiedad que viven en contextos de prostitución; para ellas el bienestar de su grupo familiar y de sus hijos e hijas justifica las vicisitudes que deben enfrentar dentro su proceso migratorio: aunque ellas sufran, lo importante es la felicidad de los otros.

*Mi hijo no sabe lo que hago acá en España, yo hago lo que sea con tal que él esté bien, ¡que no le falte de nada, para eso yo me vine a este país! Ya que no tiene su madre con él, al menos que tenga todo lo que necesita, aunque a veces me pide más de lo que puedo darle. La he pasado mal con el cáncer, porque he estado sola con mi enfermedad, no podía enviarle todo el dinero que mi madre y él necesitan (Isabel, rumana, 36 años. Diario de campo. Club, 2011).*

Dentro de los escenarios de prostitución, principalmente en los clubes, en el espacio público y los pisos, las mujeres migrantes extranjeras asumen conductas que compensan su inseguridad personal frente a la actividad que tienen que realizar. En varias ocasiones, en diversos escenarios, encontré mujeres rumanas que tan solo llevaban dos días, una semana, un mes en la prostitución... En sus rostros se notaba la ingenuidad ante el mundo desconocido al que se enfrentaban. Con el paso del tiempo, esa inseguridad y esos temores se compensaron con una actitud de “mujer dura”, conocedora del mundo nocturno, para la que el maquillaje, los altos tacones de plataforma, los vestidos seductores, ayudan a configurar el personaje que ellas necesitan reflejar sobre sí mismas y la que los clientes esperan encontrar en ellas. El mecanismo de compensación también puede derivar hacia hábitos más perjudiciales para su salud, dado que las mujeres se refugian en diferentes adicciones a sustancias psicoactivas o en relaciones de pareja dependientes.

Otro mecanismo defensivo es la “vuelta sobre sí”, a través de este, el afecto negativo que la mujer debe dirigir hacia otros lo dirige contra sí misma, con conductas de autodestrucción que pueden generar en psicopatologías como trastornos de alimentación y de estado de ánimo, ansiedad y depresión, entre otros. Eva da cuenta de cómo la educación recibida en las diferentes culturas para enfrentar los conflictos familiares influye grandemente en el hecho de que algunas mujeres migrantes extranjeras ejerzan la prostitución y les cueste dejar la actividad.

*Yo soy diferente. A mí, en mi casa me han dado por el culo y yo no voy a rendir pleitesías a nadie. ¡A ellas los padres les dan por el culo y están ahí! Y... “No, porque es mi madre, porque es mi padre”. Yo digo: “¡ya, pero porque sean tu padre y tu madre no tienen derecho a hundirte la vida!”; es que no es así, por mucho que sean tu madre o tu padre. No tienen ningún derecho: tú no pediste estar aquí. Es que es así. Pero ellas no, aguantan lo que sea, aguantan lo que sea y sin poder irse... Y me quejo yo. Bueno, ¡bah!, me quejo, si me da la gana (Eva, española, 29 años).*

Las creencias religiosas y los valores de las diferentes religiones que profesan las mujeres migrantes extranjeras en prostitución constituyen una tabla de salvación a la que ellas se aferran y en la que ponen la esperanza de que su situación personal cambie. Así lo expresaban Joy y Tina:

*Llevo 11 años en España, no tengo hijos, no tengo a nadie con quien hablar, esperando que mi situación mejore. Pienso, pienso mucho y de tanto pensar me duele la cabeza, ¿cuándo voy a tener mis papeles? Solo dios sabe, él es mi única esperanza, mi único amigo, con el que puedo hablar* (Joy, nigeriana, 36 años. Diario de campo. Campohermoso, 2012).

*Dios sabe que yo estoy acá no porque quiera sino porque me toca. Yo le pido mucho a Dios, que me proteja, por eso me cuido mucho. Yo sin preservativo no hago nada. ¡Imagínese! Uno por acá bien lejos de la casa y para luego llegar enferma. No, ahí está mi Diosito* (Tina, ecuatoriana, 28 años. Diario de campo. Club, 2009).

#### 7.2.4. En relación al apoyo social.

Como describí en el Capítulo V, epígrafe 2.2.1, los escenarios donde se ejerce la prostitución, sea que las mujeres residan en ellos o no, van a marcar las pautas para determinados estilos de vida, condiciones de trabajo y posibilidad de disfrute del tiempo libre. Estos factores no solo dan cuenta de su salud mental, sino del acceso a otros recursos sociales, a las redes humanas a las que pertenecen y a otras pautas diferenciadas de comportamiento y relaciones interpersonales que se establecen fuera del espacio de prostitución. En definitiva, a la posibilidad de romper el aislamiento y la soledad a través del apoyo social.

Una dimensión clave para comprender la interpretación psicosocial de las desigualdades sociales en salud es la del apoyo social (...) Según Stansfeld (1999) se trata del conjunto de recursos provistos por otras personas o la información que conduce a los individuos a pensar que son queridos, cuidados, estimados y valorados, así como pertenecientes a una red social de comunicación y mutua obligación (Bacigalupe, 2007: 31).

Igualmente, para los agentes sociales que trabajan en la identificación de víctimas de trata y explotación sexual, les resulta importante conocer cómo gestiona la persona su tiempo libre y su vinculación a redes sociales diferentes a las de su escenario de prostitución. El aislamiento,

la soledad y la falta de apoyo social son unos de los principales factores psicosociales que repercuten tanto en la salud mental como física de las mujeres migrantes extranjeras (Fernández, 2011; Bungay, Halpin, Jonhston y Patrick, 2012; Choundhury, Angalde y Park; 2013). En una frase lo describe Vera, guineana, de 26 años y trabajadora en un bar-cortijo: “Yo ya me acostumbré a llorar sola en la casa”.

Las relaciones interpersonales y el disfrute del tiempo libre de las mujeres subsaharianas que ejercen en los bares-cortijos entre invernaderos, en la zona de Campohermoso o Cuevas del Almanzora, suele tener lugar entre sus compatriotas. Nigerianas con nigerianas, guineanas con guineanas; entre ellas, pocas veces comparten, aunque residan y ejerzan en el mismo lugar. Las mujeres de origen guineano suelen ser más abiertas con personas de otras nacionalidades. En este sentido, el hecho de haber sido colonia española y no tener la barrera del idioma les facilita las relaciones interpersonales. Por su parte, las mujeres de origen nigeriano son más recelosas de su intimidad; aunque sepan hablar el castellano hablan en inglés para evitar que profundices en su vida y condiciones de trabajo. Las relaciones de este colectivo con personas autóctonas es escaso, limitándose a los espacios de ejercicio de prostitución y a sus lugares de residencia. Por otra parte, son ellas quienes tienen mayor movilidad dentro y fuera de la provincia, generalmente viajan de Almería a Madrid y a Zaragoza. Suelen ir juntas a la compra y “al mercadillo”, espacios de esparcimiento por ellas descritos.

*De acá a veces vamos al mercadillo, otras a la discoteca, pero hace mucho tiempo no voy a una discoteca. ¡Ya ni me acuerdo! Creo que más de un año, solo es trabajar, esperar a ver si llega el dinero (Silvia, nigeriana, 34 años. Diario de campo. Bar-cortijo Campohermoso. 2011).*

Con las mujeres de origen magrebí que residen en los asentamientos o en algunas cortijadas sucede algo similar: la barrera del idioma y el aislamiento que padecen las fuerza a establecer vínculos sólo con sus compatriotas. No conocen los recursos sociales y sanitarios existentes en su municipio; acuden a ellos cuando es urgente y estrictamente necesario y nunca solas, casi siempre en compañía de alguna compañera o de un hombre.

Las mujeres de origen rumano, si no residen en el club, suelen disponer de mayores estrategias de integración social, aprenden pronto el castellano y buscan los recursos sociales y sanitarios que requieran. Si tienen familia en la provincia, el apoyo social está centrado en su grupo doméstico o las redes sociales que dicho grupo pueda facilitar.

Las mujeres de origen latinoamericano poseen mayores habilidades sociales y comunicativas, lo que les facilita el acceso a los recursos existentes en su zona. Si no residen en el club -porque tienen hijos e hijas a cargo residiendo en la provincia-. Prefieren estar en casa con su familia y trabajar de noche aunque esto implique un sobre esfuerzo; respetan su plaza y hacen su descanso obligatorio. Son más dadas a establecer relaciones interpersonales dentro o fuera de los espacios de prostitución porque entienden, entre otras razones, que las relaciones son oportunidades cuando se es mujer migrante extranjera.

*Para mí es muy difícil, porque salgo de casa sobre las 6:00 de la tarde para el club, dejo a mi niña con mi novio. Él se queda con ella hasta que yo llegue a la madrugada, sobre las 5:00 de la mañana; duermo tres horitas porque tengo que levantarme a las 8:00 para llevar a la niña al cole. Allí la dejo, me voy a hacer la compra y dejar todo listo para que la nena encuentre la comida en casa y ya, cuando ella llega, repaso con ella los deberes, ¡así me toca! Y luego otra vez a trabajar. Tengo una hermana pero vive en Valencia y mi niña cree que yo trabajo de camarera en un pub (Lina, colombiana, 28 años. Diario de campo. Club. 2009).*

Al margen de la solidaridad que pueda existir entre las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución los únicos actores que constituyen un apoyo social constante son las diferentes organizaciones que trabajan con este colectivo. Esas organizaciones son el vínculo con la sociedad de día y, a través de los diferentes programas, la pieza clave son los y las agentes sociales, verdaderos mediadores interculturales, promotores de salud física, mental y social. No solo son aceptadas y reconocidas por el numeroso colectivo de personas en prostitución. También las propias asociaciones reconocen esta importante tarea.

*Las ONG (se ríe) porque somos las que nos molestamos en informales, en darle a conocer sus derechos, somos las que nos preocupamos por ellas, en infórmalas, somos el puente, el vínculo de acceso (Agente social, AIMUR).*

#### 7.2.5. En relación a las adicciones.

El ejercicio de la prostitución no está asociado al perfil “consumo de drogas o alcohol”, excepto en perfiles muy concretos, como el de las mujeres autóctonas que ejercen en espacios públicos (Fernández, 2011; Fernández y Agoff 2012). La frecuencia del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, es diferente y varía según la modalidad de ejercicio (Fernández, 2011). La agente social de Proyecto Encuentro da cuenta de esta situación:

*Puedes ver el consumo del alcohol, ves drogas pero que disimulan mejor. Quienes más consumen drogas son los clientes, según cuentan ellas; drogas más selectivas, más costosas, de pronto esas drogas, sí (Agente social, Proyecto Encuentro).*

El uso y abuso de sustancias psicoactivas es frecuente en los escenarios de prostitución: desde el consumo de alcohol (reclamo principal de un cliente a una mujer trabajadora sexual para entablar contacto con ella) hasta el consumo de tabaco, de marihuana y coca. Se consumen otras muchas más drogas ilegales pero estas son las que más comúnmente refieren las personas que ejercen prostitución. En 2010, desde MDM realizamos una investigación en relación al consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias en el ámbito de la prostitución en Andalucía y, entre las conclusiones, se destacaba:

El ámbito de la prostitución supone un contexto de alto riesgo para iniciarse y mantenerse en el consumo de drogas. Las tasas de consumo de ciertas sustancias son extremadamente elevadas en comparación con el consumo de las mujeres andaluzas en general. Muchas mujeres se inician en él porque una gran mayoría de clientes toman cocaína y las invitan o les exigen consumir con ellos durante las prácticas sexuales. La mayoría de las mujeres se han iniciado en el consumo de drogas una vez que han empezado a ejercer la prostitución y dentro de este ámbito. Muchas mujeres no consumen fuera de él. El consumo se realiza en un porcentaje importante para ayudarles a soportar la dureza física y mental de esta actividad, así como su estigma, con prácticas sexuales con numerosos clientes, a veces con situaciones violentas, muchas horas de trabajo de pie y en horario nocturno. Estas razones, junto con las mencionadas para el inicio contribuyen también a que se mantengan en el consumo de drogas (MDM, 2010: 24).

A excepción de las mujeres magrebíes en zona de asentamientos el consumo de sustancias legales e ilegales es frecuente en los escenarios descritos en este estudio. La mayoría de las mujeres migrantes extranjeras entrevistadas para el programa de MDM consumían alcohol motivado por las características y condiciones en que se realiza el trabajo sexual: hacer que el cliente consuma varias copas antes del pase forma parte de su trabajo porque esto genera ganancias a los dueños del escenario de prostitución. No es frecuente que te confirmen en la primera entrevista que consumen sustancias ilegales, sobre todo si dicho consumo es ocasional; para muchas de ellas dar a conocer su consumo que, en ocasiones se realiza por invitación de los clientes) estigmatiza aún más su condición.

Las mujeres que ejercen la prostitución para mantener la adicción al consumo de drogas suelen ser claras al responder la pregunta pues son conocedoras de que los resultados de determinadas actividades sanitarias, como pruebas de orina o serologías realizadas en el programa, pueden alterarse por el consumo.

*Yo quiero hacerme la analítica porque ya han pasado más de seis meses, pero eso sí te digo: voy de coca hasta el culo. ¿Eso influye, va a salir que tengo coca en el cuerpo?, porque si no, otro día (Alina, rumana, 26 años. Diario de campo. Club. 2011).*

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, coca, hachís.

*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. Diario de campo. Bar-cortijo San Isidro. 2012).*

En los clubes, las adicciones sin sustancias son también frecuentes. Los tiempos muertos sin clientes y la obligación de permanecer en el local a la espera de estos incita a las mujeres al consumo. Por ejemplo, la adicción a las “tragaperras” y a otras máquinas durante la noche.

*Toda la noche esperando acá, no vale la pena, voy a terminar yonqui, no hay clientes. Voy de la barra a la tragaperras; ya debo más por los cigarros que me fumo en una noche que por los pases que hago (Mihaela, rumana, 25 años. Diario de campo. 2009).*

Paradójicamente, la adicción al sexo no es muy referida. En cuatro años de trabajo pocas personas en prostitución manifiestan trabajar en el sexo por adicción. Solo a mediados de 2012, atendimos a una mujer rumana en la sede de MDM que manifestó su deseo al trabajar en prostitución dada dicha adicción.

*Desde los quince años mi deseo pleno era ser prostituta, y yo no puedo creer que existan mujeres que estén obligadas a prostituirse. Yo soy muy viciosa y me encanta el sexo con mis clientes, disfruto mucho y esto me da para vivir muy bien (Ene, rumana, 28 años. Diario de campo. Sede MDM. 2012).*

Las drogas están presentes antes, durante y después del encuentro con el cliente, mediatizan la relación comercial (Meneses, 2010). Algunas mujeres saben el riesgo de ejercer en estas condiciones y aplican sus estrategias para limitar el consumo, pues en ocasiones no depende de ellas sino del dueño del club y de los clientes. Así relataban algunas mujeres sus estrategias para evitar el consumo:

*La camarera sabe que a mí no me gusta beber, entonces cuando viene el cliente ella me pone un "Nestea" con hielo y limón... ¡ja ja ja! Y yo digo al cliente: "¡Si rey, yo bebo contigo!" Y si me toca beberme 5 refrescos, me los bebo, total, se los cobran como una copa (Ella, rumana, 28 años. Diario de campo. Club. 2010).*

*No puedo perder un cliente por no consumir coca, yo me hago la que consumo, una tiene sus técnicas. A veces, les digo que me da vergüenza que no me mire cuando (me) la meto, entonces ahí aprovecho para esconderla y tirarla al baño (Claudia, ecuatoriana, 24 años. Diario de campo. Club. 2010).*

Las difíciles condiciones de vida, el ejercicio de la prostitución en ocasiones involuntario, las situaciones del estrés propias del duro proceso migratorio, son factores de riesgo que derivan fácilmente en el abuso y la adicción a sustancias ilegales. En el caso de Carmen y su pareja, ambas lesbianas y trabajadoras del sexo con varones, Carmen nos relata la iniciación al consumo de bebida de su pareja:

*Tú sabes que en los clubs hay de todo. Entonces cuando mi novia llega acá, ella utilizó eso -bueno, pienso yo, cada persona-, que como a mí no me dio mayor cosa, pienso que a todo mundo también. Y ella se refugió... fue como en el alcohol. O sea, ella me dio a entender a mí de que ese trauma de haberse metido allá y el saber que yo estaba tan cerca trabajando en otro sitio... entonces ella se refugió en el alcohol y yo nunca la juzgué. O sea, yo le dije: "Usted tuvo la opción de decir no". Todos los días llegaba borracha y pues normal, a mí no me gustaba borracha (Carmen, colombiana, 37 años).*

Eva, la mujer de origen asturiano participante de esta investigación, relata cómo en la provincia de Almería el consumo de sustancias ilegales es de gran alcance entre los clientes; reconoce que fue adicta a la coca por varios años y que vivió un proceso de recuperación y tratamiento psiquiátrico. Expresa también que, para muchas mujeres en prostitución, el consumo de sustancias ilegales es necesario para soportar a los clientes:



*Y aparte aquí, trabajando 24 horas, siempre hay muchos clientes, muchísimos, que vienen metiéndose coca. Entonces, por aguantarlos o por lo que fuera, tú... Porque yo el tiempo que estaba con él ¡no! De hecho ni me hacía falta. Pero el hecho de estar ahí, tener que aguantar a tal cliente, que está tantas horas, que no sé qué, es que te la acabas metiendo a la fuerza porque no los aguantas, son insoportables, es que es normal. Y ahora mismo veo a las mujeres que lo hacen y lo siguen haciendo, y yo les digo: “Es que es normal, es que no los aguantas, no los aguantas. Yo antes consumía cocaína solamente, yo ¡nunca! consumía otra droga, solamente cuando estaba con clientes, yo, en mi vida. Aquí fue donde más problema tuve yo con la droga, fue aquí, porque es que no te puedes imaginar ¡la cantidad de clientes que hay aquí! Que vienen y se pasan horas y horas y metiendo rayas y bebiendo y de todo, ¡es que es increíble! Pero, ¿qué pasa en Almería?, ¿por qué vine aquí? Porque aquí era seguro el dinero, yo sé que aquí voy a trabajar, ¿sabes? (Eva, española, 29 años).*

Durante el año 2012 nos encontramos con un nuevo componente en relación al consumo de cocaína, especialmente en el interior de los clubs. Hasta entonces, eran los clientes principalmente los que introducían la cocaína y su consumo dentro de la relación trabajadora sexual-cliente. El consumo de sustancias ilegales y de alcohol, pagado por los clientes, es obligatorio en muchos de los escenarios de la prostitución, y constituye otra dinámica de poder, por la cual, las personas que ejercen la prostitución deben pasar si desean obtener beneficios económicos con su actividad (Fernández y Agoff, 2012). Esta situación está cambiando; ahora también es la mujer la que ofrece el consumo de cocaína como un servicio más, incluso como un reclamo para conseguir o mantener clientes. El factor que introduce el consumo de cocaína cambia, pero no las consecuencias, que van más allá de perder un cliente. Anoto las siguientes:

**Complicaciones legales.** Son ellas las que compran la cocaína y la que transportan al club. Dependiendo de la cantidad que lleven y las circunstancias (cantidad alta de sustancia, dinero en efectivo, reincidencia, actitud subjetiva del agente, etc.) en las que se encuentren podrían enfrentarse a sanciones desde una multa de 300 euros a la privación de libertad.

**Riesgo de consumo/abuso.** Hasta ese momento, que un cliente ofreciera droga era una situación minoritaria, pero ahora también es mujer la que posee la sustancia y la ofrece al cliente. Dependiendo del número de clientes, así consume. Las mujeres nos hablan de una media de consumo de “dos a tres rayas de cocaína” al día, lo que se estima un consumo elevado. Con el hábito, aumentan el factor de tolerancia, más necesidad y posibilidades de consumo (incluso en su tiempo de ocio, pues ya las tiene consigo), añadiéndose otro problema más, la mala calidad de las sustancias. Algunas de las mujeres entrevistadas nos cuentan que compran “por 35 euros un gramo”, cuando su valor al por menor, en la calle, es entre 50 y 70 euros el gramo. No es difícil imaginar la calidad que posee la cocaína comprada por estas mujeres, el

cúmulo de sustancias para “cortar” la cocaína y la interacción entre ellas es desconocida, al igual que las consecuencias que producen en el cuerpo humano (Energy Control, 2013)<sup>64</sup>.

Según Energy Control, el consumo de cocaína en los siguientes casos debe evitarse: mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, personas con enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, aneurismas arteriales, trastornos del ritmo). Problemas del hígado y/o del riñón. Cuando se tienen problemas psicológicos (ansiedad, trastorno bipolar, depresión, psicosis o esquizofrenia) o se está atravesando un mal momento.

**Riesgos médicos.** Debido a la mala calidad de la sustancia y su alto consumo, no solo impacta negativamente a nivel físico sino también en la salud mental y anímica, ya afectada de por sí por las condiciones en que ejercen prostitución. En caso de consumo alto, pueden no prestar la debida atención a la prevención de ITS, al realizar prácticas de riesgo.

**Pérdidas económicas.** Son las trabajadoras las que tienen que asumir el gasto, menguando la posible ganancia, ya de por sí baja, por la falta de trabajo y excesiva competencia entre ellas mismas. Así lo describe Dorina:

*Yo le ofrezco la raya al cliente porque si yo no le ofrezco, él se va con otra; y la situación está muy difícil, así que es un servicio más (Dorina, rumana, 27 años. Diario de campo. Club. 2012).*

El estilo y las condiciones de vida de las mujeres migrantes extranjeras, las condiciones en las que se desarrollan sus trayectorias migratorias en los diferentes escenarios de prostitución en la provincia de Almería, la alta movilidad geográfica, tanto dentro como por fuera de la misma, la carencia, escasez o debilidad de redes sociales de apoyo de las mujeres migrantes extranjeras- independientemente de la fortaleza psicológica y de la estructura de personalidad que posean- repercuten en su salud mental y física.

---

<sup>64</sup> Energy Control es un proyecto de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD). Surgió en Barcelona en 1997 como un proyecto pionero en España en el ámbito de la reducción de los riesgos asociados al consumo recreativo de drogas, habiendo recibido desde entonces el reconocimiento de numerosas administraciones (europeas, estatales, comunitarias y locales) así como el apoyo y colaboración del propio sector del ocio nocturno.

### 7.3. La salud social

*Las ONGs hacen captación, inclusión en el sistema sanitario que les permite normalizar su situación de salud, para su mejor asistencia sanitaria. Las ONGs son las que hacen este trabajo, si ellas no lo hacen, sinceramente no sé quién lo haría, porque nosotros no vamos a salir a captar a estas personas, desde los centros sanitarios esto no se hace.*

Responsable de programas de salud. Diario de campo. 2010.



*La huida del convento. Débora Arango.*

#### 7.3.1. El acceso a los recursos sanitarios en la provincia de Almería.

Por lo general, las mujeres migrantes extranjeras son cuidadosas de su cuerpo y de su salud (Papadogeorgaki, et al., 2005; Nigro et al., 2006; Bautista et al., 2008; Bianchi et al., 2013; Decker, et al., 2013; Folch et al. 2009; Fernández, 2011; Gaines, et al., 2013; Mc Granth et al., 2014; Muftic y Finn, 2013; Ross, Crisp, Mansson, y Hawkes, 2012; Wong et al 2012; Zermiani et al., 2012; Soohoo, et al., 2013; Weine et al., 2013; Abel, 2014). El programa de la Consejería de salud de Andalucía en varias provincias<sup>65</sup>, a través de un convenio de colaboración con las asociaciones que trabajan con el colectivo de personas en prostitución, permite que las mujeres tengan información explícita sobre los recursos y procesos de enfermedad y salud propios del ejercicio de la prostitución. La decisión que apoyó la implementación de este programa se basó en la

<sup>65</sup> Orden de 16 de mayo de 2008, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio de colaboración entre la Consejería y Asociaciones que trabajan para el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de Salud Pública. BOJA nº 119.

aprobación del I Plan integral para la Inmigración en Andalucía 2001-2004; el primer convenio de Prostitución de la Consejería de Salud con las ONG se firmó el 18 de febrero de 2003, en el que se recogía la necesidad de las organizaciones no gubernamentales para la intervención pública.

El trabajo de campo realizado para esta investigación, tanto con las mujeres participantes como con los diferentes agentes sociales entrevistados, ha sido previo al cambio realizado por el actual gobierno del Partido Popular. Desafortunadamente, hay que recordar que, antes de la promulgación de la última Ley, la asistencia sanitaria a extranjeros era gratuita. En la actualidad, como he descrito en anteriores capítulos, esta situación cambió salvo, afortunadamente, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que no ha realizado los cambios ordenados por la ley y continúa atendiendo a personas inmigrantes en situación irregular. Gracias al programa de atención a la prostitución las organizaciones que son mediadoras entre el colectivo de mujeres y el sistema público de salud, estas tienen prioridad en el momento del trámite de la tarjeta sanitaria y el acceso a la atención primaria y especializada en centros de salud.

Excepción hecha de las siguientes comunidades autónomas españolas, País Vasco, Cataluña, Andalucía y Asturias, en el resto del estado español, las mujeres no comunitarias sin permiso de residencia y trabajo solo serán atendidas a través de urgencia. Exceptuados los casos de embarazo, ante la solicitud de un IVE se ha empezado a no tramitar y derivar a centros privados previo pago, lo que indica que aumentará la realización de IVES clandestinos. Las mujeres comunitarias deberán poseer la tarjeta europea de salud que deben tramitar en sus países de origen o en los consulados de países miembros. Por su parte, el colectivo de mujeres rumanas en prostitución no posee dicha tarjeta porque no tienen un trabajo en el país de origen para solicitarla, ni encuentran personas que se hagan cargo de su trámite. Es decir, la actual legislación ha abierto una brecha más de desigualdad y acceso a los recursos sanitarios en función de minoría étnica, clase social y ciudadanía. Si antes, existiendo plenas garantías, era complicado realizar un proceso de sensibilización para que este colectivo se acercara a los servicios sanitarios de su localidad, la situación se torna aún más compleja con la nueva reforma en salud. Así lo refiere el agente social de MDM:

*Yo creo que sí, que sí que hay diferencia en aquellas mujeres que no se sienten con papeles o que no están regulares y tienen miedo, de algún modo a tocar la puerta de la salud pública por miedo a ser expulsadas; [...] no creo que haya ninguna diferencia entre las mujeres que ejercen prostitución que sean españolas y las mujeres que ejercen prostitución y están de forma regular. Sí, porque algunas de ellas aunque en España la salud es gratuita; al no tener la documentación ellas creen que si van al centro de salud el miedo que les da, de ir a ser deportadas o detenidas yo creo, que les hace que incluso*

*en estado de salud complicado no acudan al centro de salud, ni a los hospitales de referencia (Agente social, MDM).*

*Pues yo que sé, yo no sé si esto funciona, pero sí que pienso que a estas alturas todo el mundo tiene información, saben que todo mundo tiene derecho a la salud, se comunican entre ellas (Agente social, Proyecto Encuentro).*

Las condiciones de ejercicio de la prostitución influyen en el acceso a los servicios de salud, pues los horarios de atención en los centros de salud y demás servicios sanitarios especializados son diurnos y a las mujeres les cuesta cumplir con dichas citas, ya sea por cansancio físico, por desconocimiento de los lugares a dónde acudir, o por las restricciones de algunas redes de trata y explotación sexual que no permiten que las mujeres se movilicen libremente. Así lo refiere la Agente social de AIMUR:

*No....hombre hay algunas, no todas, no puedo decir, que no es cierto, que no acuden tanto a la salud pública, por el miedo, por el rechazo. Prefieren pagar en un sitio hacer una revisión e irse: "Si te he visto no me acuerdo" para no quedar con el cliché; y encuentras también las que llevan un año sin hacerse una revisión o las que llevan más, bueno también hay que considerar el nivel de esclavitud a las que están sometidas y el nivel de acceso al sistema sanitario; por lo general se cuidan más, quizás lo que menos se cuidan sean los clientes (Agente social, AIMUR).*

### 7.3.2. Modelo de salud en país de origen.

Acerca del modelo de salud en sus países de origen, las mujeres migrantes extranjeras lo que principalmente refieren es que hay que pagar los servicios si quieres tener una buena atención médica; a mayores ingresos económicos del grupo doméstico, mejor acceso, atención y servicios sanitarios, principalmente en países latinoamericanos, Rumania y Marruecos. En países como Guinea Ecuatorial y Nigeria la precariedad del sistema de salud hace más complejo el acceso de las personas con menores recursos económicos.

*¡Imagínate en un hospital en Colombia! Qué hubiese pasado después de que yo tuve esto y salí del hospital, yo quedé muy traumatizada, o sea, a mí cualquier cosa me molestaba, no sé. Y resulta de que yo estuve en un hospital en Colombia ¡Uy, qué horror!, ¡ese olor a sangre!, me hubiera tocado hospitalizarme el olor me mataba y la atención es horrible. O*

*sea, en Colombia es horrible, por lo menos en Buga... horrible la atención. Pues yo pienso que, no sé, que hubiera sido muy difícil allá, ¿no? Aquí fue maravilloso. Todo, todo, todo fue muy bien, gracias a Dios (Carmen, colombiana, 37 años).*

Las mujeres rumanas refieren que en su país también es necesario tener dinero para ser bien atendido en los servicios de salud y, paradójicamente, aunque son conocedoras de que a través del programa de Delegación de salud son atendidas en los centros de salud cercanos a su residencia, muchas mujeres continúan reproduciendo el modelo de su país, pagando por los servicios de salud a nivel privado o viajando a su país para abortos y revisiones médicas periódicas.

*“En Rumania si pagas al médico te atiende, si no te dejan morir”*

(Roxana, rumana, 29 años).

*“En Rumania si no pagas, el médico ni te mira, te trata como un perro”*

(Micaela., rumana, 34 años. Diario de campo. Club, 2011).

En el mismo sentido anotaba la agente social de Proyecto Encuentro:

*Sí, claro, claro; hay gente que tienen enfermedades muy crónicas, por ejemplo las rumanas; ellas te cuentan que en su país tienen que pagarlo todo, y no es porque no lo cubra la seguridad social de allí, sino que debe ser la cosa muy precaria, porque tienen que pasar dinero, para comprar incluso la sábana. Allí tienes que pagar por todo, como antes acá en España, que para que el médico te atendiera bien tú tenías que llevarle un regalo. Tenías que pagarle de alguna manera” (Agente social, Proyecto Encuentro).*

Algunas mujeres migrantes extranjeras ejercen la prostitución para ayudar a pagar tratamientos médicos de sus hijos e hijas, de su familia o de ellas mismas, en los países de origen. Así lo describen las agentes sociales de APDHA y AIMUR:

*Sólo y exclusivamente por esta razón, no. Dentro del colectivo de inmigrantes con el que he trabajado, que está en situación irregular, algunas mujeres expresan que en su familia hay algún familiar enfermo y tiene que enviar dinero para el coste de tratamiento, además del dinero que envían para el mantenimiento familiar (Agente social, APDHA).*

*Sí que costean tratamientos médicos para familiares, porque están malos del corazón, de los pulmones, en países de origen sí... costean tratamientos médicos para familiares que están en destino también, que se quieren costear cirugía estética también, también existe la mujer, que para mí también es víctima, es víctima de ella misma de la sociedad, que por falta de cariño, de autoestima, son las menos desde luego pero quieren hacerse operaciones de pecho, labios y cirugías estéticas. Casi todas costean a la familia o están pendiente de la salud de sus miembros (Agente social, AIMUR).*

No son los casos más frecuentes, pero sí he encontrado esta motivación en mujeres brasileñas, rumanas y magrebíes. Así lo relataban Luisa, Roberta, Najat y Ramona:

*Me han dicho que tengo la enfermedad del queratocono, que me voy a quedar ciega, ya he ido al médico de la seguridad social pero él dice que como soy extranjera no pueden operarme acá, entonces estoy trabajando a ver si puedo recoger el dinero de la operación, porque estoy muy joven para perder la visión. Pero no es fácil ahorrar porque mi familia tiene muchas necesidades en mi país, y cuando tengo algo, me toca enviarlo para que solucionen sus cosas allí (Luisa, brasileña. 28 años. Diario de campo. Piso privado, 2009).*

Con Proyecto Encuentro, por razones humanitarias, estuvimos realizando gestiones para tramitar la documentación de Luisa quien, además de la enfermedad sobrevenida en España, padecía de una enfermedad de la córnea que, progresivamente, la dejaría sin visión. El expediente de solicitud fue denegado en extranjería debido a que en Brasil puede hacerse la cirugía.

Roberta, transexual brasileña, que ejerce también en un piso privado, estaba a la espera de que su médico la derivara a la Unidad de trastornos de identidad de género en la provincia de Málaga para iniciar su proceso de cambio de sexo.

*Para mí es muy difícil, yo quiero empezar este proceso de cambiar de sexo, sé que es un proceso lento, pero ya que estoy en España, quiero hacérmelo, porque yo no quiero tener pene (Roberta, brasileña, 29 años. Diario de campo. Piso privado. 2010).*

La situación de las personas transexuales en prostitución es mucho más compleja; en su gran mayoría se trata de varones extranjeros migrantes, de origen latinoamericano, cuya presencia en la provincia de Almería es mayor en pisos privados y se caracteriza por un alto grado de estigmatización y exclusión social.

*Me quedé en España porque mi hija nació sordomuda y quiero poder ahorrar para pagarle la cirugía en Marruecos, porque allí es muy costoso y no pudimos hacerle todos los tratamientos que necesita, yo estoy separada, mi familia es pobre y su padre poco se preocupa (Najat, marroquí, 30 años).*

Al igual que Najat, Ramona, de origen rumano, encuentra en el trabajo de la prostitución una posibilidad para pagar el viaje a su hijo, enfermo de una pierna, en Rumania.

*Tengo que ahorrar para poder traerme a mi hijo para que acá lo revisen, nació con un problema en la pierna derecha, y en Rumania el tratamiento es costoso. Yo ahorro mientras mi madre me lo cuida allí, espero traerlo pronto” (Ramona, rumana, 36 años. Diario de campo. Club. 2010).*

### 7.3.3. Conocimiento y percepción de acceso al modelo de salud español.

Las diferentes asociaciones que trabajan en la provincia con el colectivo de personas en prostitución refieren que las mujeres migrantes extranjeras no conocen el modelo de salud en España en el momento de llegar al país, lo que les dificulta el acceso a los diferentes servicios y el cuidado de su salud.

*Las mujeres inmigrantes no tienen conocimiento del modelo de salud español hasta que llevan un tiempo en el país y se encuentran con personas que se lo explican y acompañan a los centros de salud, hospitales. Las estrategias que utilizan mujeres inmigrantes para acceder a los servicios socio-sanitarios son la mediación de otras compatriotas o de la mediadora, acuden a urgencias y también a clínicas privadas (Agente social, APDHA).*

El acercamiento a los servicios de salud está relacionado con la auto-percepción de las mujeres sobre salud; ellas conocen que el ejercicio de la prostitución trae consigo mayores riesgos para la salud sexual y reproductiva y saben que si las conductas de riesgo sexual aumentan también aumenta la posibilidad de una enfermedad, por lo que realizan sus controles semestrales necesarios, y en ocasiones hasta exageran la conducta de autocuidado de su salud física y sexual (Mc Granth et al., 2014; Abel, 2014).



Como refiere la agente social de Proyecto Encuentro, entre las mujeres autóctonas en prostitución y las mujeres migrantes extranjeras, también existen diferencias en el acceso al sistema sanitario:

*Nosotros trabajamos con las mujeres españolas prostitutas, que son las drogodependientes, que están en la calle, no hay ninguna dificultad entre una y otras, porque sanidad ofrece para todas igual, lo que pasa es que para las españolas, controlan todo, no tienen seguimiento ni control, pueden tener preservativos, pero ellas trabajan sin preservativo y por cualquier precio (Agente social, Proyecto Encuentro).*

*Las españolas para acceder a la salud, lo saben, dificultades pueden tener, lo mismo que tengo yo y tú, las listas de espera, las extranjeras por desconocimiento del idioma, del entorno que les rodea, del sistema, de todo (Agente social, AIMUR).*

Es importante destacar que para el colectivo de mujeres migrantes extranjeras, el trabajo tiene más importancia que el cuidado de su salud. Aunque sin salud el trabajo no se ejerce de la misma manera, prima el interés por obtener recursos económicos, no solamente en las personas migrantes que ejercen prostitución sino en un alto porcentaje de personas que han llegado a España por motivaciones económicas, hasta el punto de que en muchas ocasiones solo acuden al centro de salud por situaciones de urgencia.

*Pues gran parte de ellas sí se preocupan por su salud y atienden mucho cuando se da algún tipo de taller para saber prevenir en caso de necesidad, pero otras debido a la situación en la que viven, lo que menos les importa es el estado de salud en el que se encuentran, sino sacar adelante la situación que tienen. Hay colectivos que vienen con una deuda ya desde el país de origen que tienen que pagar, y por tanto tienen que recaudar el dinero que tienen que pagar durante la semana, de la forma que sea. Poniendo en peligro su propia salud. Y otras porque tienen hijos en los países de origen y tienen que alimentarlos y educarlos, por tanto también se arriesgan a relaciones de más riesgo con posibilidades de más contagio. Hay algunas que sí son más conscientes y acuden al sistema público de salud sin ningún tipo problema, hay otras que no, entonces lo que hacemos nosotros es acercar a esas personas que no tienen esa conciencia de hacer uso del sistema público de salud (Agente social, MDM).*

*Las personas jóvenes creo que se preocupan poco por su salud, ellas dicen que sí que se preocupan pero, yo creo que no porque al sentirse bien no se preocupan mucho. La prioridad es el trabajo antes que la salud. Yo creo que sí, dicen que ya no lo necesitan, que*

*no se sienten mal; te quedan mal con las citas, hay que darles más posibilidades de días, de citas, no es su prioridad, lo prioritario para ellas es el trabajar” (Agente social, Proyecto Encuentro).*

#### 7.3.4. Actores que dificultan y facilitan el acceso a la salud.

Antes del Real decreto Ley 16/2012, la atención sanitaria gratuita para todas las personas en España, sin importar su origen, clase social o situación administrativa, era la principal garantía para el acceso sanitario en igualdad de condiciones con la población autóctona. Ahora, el Real Decreto Ley se ha convertido en el principal límite para la atención en salud de la población migrante indocumentada en España, a pesar de que las mujeres migrantes extranjeras en prostitución siguen teniendo la facilidad de acceso gracias al programa de la Consejería de Salud, por lo que respecta a Andalucía.

La principal tarea de las asociaciones vinculadas al programa de atención a la prostitución de la Consejería de Salud en Andalucía es realizar un proceso de sensibilización y acompañamiento y facilitar el acceso sanitario a las personas en prostitución. Este proceso se paraliza si las personas que administran los servicios de salud en la provincia no conocen el funcionamiento del programa.

*Normalmente no te lo dicen ellas, eso cuando tú te acercas y ves la situación que tienen, les orientas, le dices: mira, deberías ir al médico, existe este programa, está Cruz Roja, está Proyecto Hombre... las vamos informando, orientándolas, motivándolas. Es difícil, el otro día había una en Sierra Alhamilla que está hecha polvo, muy desanimada, decepcionada del sistema sanitario, que porque estaba en lista de espera y no la llamaban, también está en Proyecto Hombre con seguimiento; entonces esa experiencia de otros influye en las mujeres (Agente social, Proyecto Encuentro).*

En cada distrito de salud existe un protocolo de atención para el colectivo de personas en prostitución. La provincia de Almería tiene tres distritos de salud: distrito centro, ubicado en la capital; distrito de salud del Poniente, ubicado en el municipio de El Ejido; distrito Norte, ubicado en el municipio de Huércal Overa. Médicos del Mundo llegó con su programa en 2008, ubicándose en este último distrito. Por la lejanía con la capital, ninguna de las tres asociaciones existentes que participaban en el programa se desplazaba hasta estos municipios, pues ello implicaba mayores recursos económicos para poner en marcha programas que permitieran llegar a un mayor número de personas en prostitución sin cobertura sanitaria y social. Cada asociación se ajusta al protocolo de atención del distrito que apoya, cuyo objetivo común es

facilitar el acceso sanitario a la población en prostitución, sin perjuicio de que cada asociación participante despliegue, no solo sus diferentes servicios sociales y de salud, sino también su propia ideología de trabajo.

*Nosotros tramitamos la solicitud de tarjeta sanitaria, rellenamos todos los datos y las llevamos al distrito de salud, allí nos las entregan y se las damos a las mujeres y luego acompañamientos médicos, tanto en las primeras analíticas como en las siguientes, que son a los 3 o a los 6 meses. Después del primero, otro a los 3 meses y a los seis, pero después del primero es fácil que se nos pierdan las mujeres y ahora últimamente los acompañamientos son pocos. Ya no quieren tantas mujeres en los clubs, por el tema de la crisis y algunos están cerrados por las redadas (Agente de salud. Proyecto Encuentro).*

En cada distrito existe un funcionario responsable del programa que coordina las acciones de cada asociación y facilita la comunicación entre el colectivo en prostitución, los agentes sociales y el personal sanitario a quienes se derivan las diferentes personas derivadas. Dichos profesionales son personas voluntarias, es decir, no están designados por su distrito sino que voluntariamente el personal médico se ofrece a participar, sea por simpatía con el programa, por conciencia social o por intereses profesionales, aspecto que no deja de llamar la atención de las asociaciones, ya que algunos profesionales voluntarios han recibido quejas por parte de las mujeres migrantes extranjeras que son atendidas. No es posible el cambio de médico, al ser este el designado por cada distrito de salud al programa específico<sup>66</sup>.

*La ONG lo primero que hace es detectar que existan posibles patologías, en el caso de que se detecten las patologías, lo que se hace es derivar a los médicos de atención primaria, en cada uno de los centros de salud con los que nosotros trabajamos, y en cada uno de los centros de salud hay un médico de referencia que se encarga de las mujeres que nosotros derivamos, y si es preciso, porque la patología sea más complicada y hay que derivarla a un especialista, se llevará a medicina interna, ya sea para un virus como el VIH o para realizar pruebas más específicas; y se acompaña al médico que sea preciso, en las primeras visitas, tanto en atención primaria como al médico especialista (Agente social, MDM).*

---

<sup>66</sup> Cuando me refiero al programa, es importante indicar que las mujeres que aceptan ser atendidas por las asociaciones tienen la libertad de ir por sus propios medios y elegir otro profesional sanitario; sin embargo, el profesional asignado en cada centro de salud de los diferentes municipios lleva el control sanitario de esta población en prostitución para los intereses públicos.

La voluntariedad del profesional médico para participar en el programa en ocasiones es una barrera para el mismo; aunque por lo general son profesionales sensibles a la situación de las personas en prostitución, existen algunos cuyo trato es discriminatorio para con las personas migrantes, sean prostitutas o no.

*Pues, barreras también según de los profesionales que puedan atenderlas, yo creo que efectivamente las barreras las encuentran aquellas personas que se encuentran de forma irregular, y claro, los problemas son cuando van al centro de salud público y los profesionales que les atienden, ejercen discriminación con estas personas que también se da igual que en todos los colectivos. Pero yo creo que, a nivel general pues... Pueden tener un acceso adecuado siempre y cuando sepan usarlo (Agente social, MDM).*

*Quiero que me cambies de médico, colócame con otro, este señor me trata mal, me hace sentir una mierda, dice que agradezca que me atiende, que ya en septiembre se me va acabar el chollo. Yo como persona merezco respeto, aunque sea una puta (Ionela, rumana, 30 años).*

Una de las fortalezas del programa, hasta que entrara en vigencia el Real decreto Ley y modificara el acceso de las personas inmigrantes indocumentados, era descrita así por la Agente Social de APDHA:

*La gratuidad de la salud primaria y hospitalaria, la accesibilidad a la medicación gratuita en el VIH y tuberculosis. La mediación y el acompañamiento con ellas a los centros de salud y la información que les damos personalmente. Los programas de salud de los distritos de salud de Almería, en concreto del Poniente. El acceso a la tarjeta de salud para todos los inmigrantes en Andalucía. El Protocolo de ITS de Almería y del Poniente y los equipos de medicina tropical, tuberculosis etc. La buena disposición de algunos profesionales sanitarios y de la Administración (Agente social, APDHA).*

Las mujeres refieren a los diferentes agentes sociales que el idioma es una de las principales barreras para el acceso, de aquí la importancia de mediadores sanitarios e interculturales que facilitan no solo la comunicación entre profesionales médicos y las mujeres migrantes extranjeras sino también que permiten la mediación de valores en salud, entendimiento de la cultura de las mujeres en relación al cuidado y significado de su cuerpo. La figura de la mediación intercultural es fundamental para que el proceso de captación, acceso y atención, así como el proceso de formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sean un éxito.

Como describe la Agente Social de APDHA y de MDM, las personas mediadoras ayudan a saltar las siguientes barreras para el acceso sanitario:

*Las barreras que refieren las mujeres inmigrantes del modelo de salud español son el idioma, la burocracia y el desconocimiento de su funcionamiento (Agente social, APDHA).*

*Hombre..., yo creo que, es preciso saber el origen de las muchachas que se van a atender porque cada una tiene una forma a nivel cultural y a nivel de lo que es la comunidad de donde ella procede; tienen pues cierta forma de ver lo que es la sexualidad, a diferencia de otras. Por ejemplo, en África Subsahariana para ellas la mujer que tiene el flujo muy abundante puede ser... "que es más puta". [...] Por eso es que hay que ver, a qué clase de mujer se está atendiendo para de alguna forma acoplar la forma de darle la educación sexual para la salud dependiendo del colectivo al cual se va a dar esta educación (Agente social, MDM).*

La ampliación de servicios es una de las demandas de las diferentes asociaciones que trabajan con el colectivo de personas en prostitución, así también como la necesidad de

*Mediadores remunerados desde las ONG facilitadores de la información sobre el funcionamiento del sistema sanitario y acompañamiento a los mismos. Que la atención en los centros sanitarios fuera dentro del cupo de pacientes de cada médico/a no voluntario. Mejorar el funcionamiento de las comisiones de salud existentes entre el personal sanitario, mediadores y asociaciones de los colectivos de inmigrantes (Agente social, APDHA).*

El trabajo de las diferentes asociaciones no solo consiste en realizar tarjetas sanitarias, acompañar a los centros de salud y vigilar que las mujeres realicen sus controles sanitarios, existen muchos otros recursos y servicios sociales, jurídicos, psicológicos, formativos que cada asociación lleva a cabo. Que las mujeres migrantes extranjeras acudan o no, no depende solo del proceso de inclusión e información de los diferentes programas, sino también de la motivación de las mujeres migrantes extranjeras, de su formación, habilidades sociales y capacidad de agencia. Así lo describe un agente social de AIMUR:

*Es cierto, que algunas acceden de alguna manera diferente a otras, el contacto es diferente, cada grupo dependiendo del país de origen es diferente acceder; por ejemplo las mujeres latinas son más cercanas en el trato, por el tipo de creencias que tienen en salud, los ritos, les puedes hablar más de tú a tú, con más claridad; las mujeres rusas son más complicadas, a lo mejor vienen con estudio, entonces que llegues tú a explicarles, se sienten mal, es complicado (Agente social, AIMUR).*

Algunas asociaciones como Médicos del Mundo (MDM) no solo realiza captación y atención sanitaria directa en los espacios de prostitución como analíticas, pruebas rápidas de VIH, test de embarazo, también realizan atención psicológica, principalmente atención en crisis y escucha psico-social que permita detectar posibles crisis del estado de ánimo y otros trastornos psicológicos. Dentro del programa de atención a la población inmigrante también se profundiza en la sensibilización y el conocimiento de los efectos psicológicos del duelo migratorio en contextos de prostitución.

*En la ONG que yo trabajo y en la sede en que nosotros estamos, hay una psicóloga de referencia y también hay voluntarias que son psicólogas y que atienden a las mujeres que necesitan de la ayuda psicológica, pero las atienden durante la noche en el momento que se hace la atención y salida de la Unidad móvil, si alguna requiere otra intervención se deriva a otros recursos de la provincia (Agente social, MDM).*

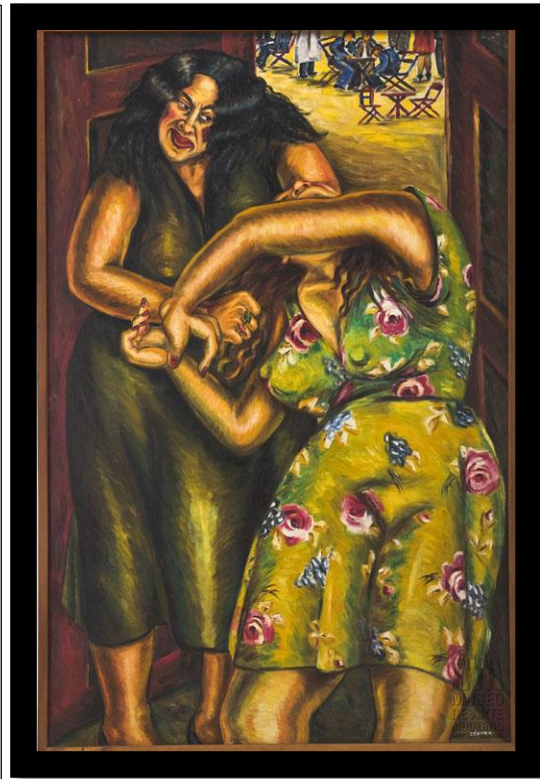
La alta movilidad geográfica de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución constituye una amenaza para su atención y para dar continuación a la asistencia que requieren las mujeres en relación a su salud integral. Así lo describe la agente social de AIMUR:

*La lentitud, claro, el tema de la movilidad geográfica es un problema que las afecta a todas ellas; si tú pides una cita, una citología por ejemplo para el ginecólogo y se te tarda tres meses, a lo mejor ya no estás en la ciudad donde la has solicitado; unas se movilizan para acudir a la cita y otras no, la mayoría no. Entonces por eso solicitábamos el circuito único, muchas de ellas hablan de los centros que hay en otras ciudades, como en Granada, que entran al hospital San Juan de Dios, donde entran y se les hace todo. Aquí en Almería por lo visto en un centro de salud, por no identificar a la gente que entra el centro como toxicómano, prostituta, se quería que llegaran por unos cauces normales que eso está muy bien que accedan por cauces normales, pero es un colectivo con necesidades especiales, y para atender esas necesidades especiales debería agilizarse la cosa, aunque sea por los cauces normales” (Agente social, AIMUR).*

Un factor que acompaña los diferentes escenarios de prostitución y que tiene efectos devastadores para la salud de las personas es la violencia. Presento en el siguiente apartado, las diferentes situaciones de violencia que enfrentan las mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución y sus efectos en la salud bio-psico-social.

## 7.4. Viviendo entre violencias

*¿Sabes lo que me llama la atención mucho en ellas?: que cosas como que te maltraten lo ven lógico, normal, ¿sabes?, y yo no lo veo. He visto mucho, que han sido violadas por los padres y como que es normal para ellas... No sé, cada uno tiene su opinión de la vida, pero, sí, he visto muchas cosas que para mí, según me he educado aquí, no me parecen ni medio normales, pero ellas las veían como algo normal. Y, aparte, lo que veo más de las mujeres del Este, las propias mujeres son machistas. Ahí en vez de defenderse las unas a las otras, se matan. Porque yo te digo una cosa, si una tiene marido y se mete otra por el medio, ella no le pide explicaciones al marido, se va a tirarse a la otra. No sé, yo soy diferente en ese sentido. A mí, las explicaciones me las tiene que dar mi marido, no la otra mujer, que a lo mejor ni sabe que está casado. No sé, las veo diferentes en ese sentido a mí (Eva, española, 29 años).*



*La lucha del destino. Débora Arango.*

### 7.4.1. Relaciones de pareja y violencia de género.

La violencia ha hecho parte de la historia personal de muchas mujeres migrantes extranjeras que he conocido durante estos cuatro años de trabajo con ellas. Violencia dentro de su grupo doméstico, violencia ejercida por sus padres, hermanos, novios, parejas, esposos, en definitiva las violencias física, psicológica y social ejercida por los varones de la comunidad de origen y de destino, donde ha transcurrido la vida de estas mujeres. Relaciones desiguales en las que el poder y el control de los varones son ejercidos a través de la fuerza hacia las mujeres (Bletzer, 2003; Farley, Cotton, Lynne, Zumbeck, et al., 2003; Weine, et al., 2013). Y lo más paradójico de todo, es que no solo las personas que están en prostitución son víctimas de estas formas de violencia, sino que ser mujer migrante extranjera aumenta el riesgo de ser víctima de la violencia de



género. Así lo evidencian los resultados de la macro encuesta realizada por el Instituto Andaluz de la Mujer en 2006 y los estudios de la misma entidad y la Universidad de Valencia en 2007:

La incidencia del maltrato es mayor entre las mujeres extranjeras residentes en España de 18 y más años que entre las mujeres españolas de esa edad. El 7.0% de las mujeres extranjeras declara haber sido víctima de malos tratos durante el último año, por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su novio, aunque no conviva con la mujer (mujeres Tipo B); este porcentaje es el doble del obtenido entre las mujeres españolas (3.5%) y el doble que entre el conjunto de las mujeres residentes en España (3.6%), siendo la diferencia con el total estadísticamente significativa (IAM, 2006).

También las mujeres que se prostituyen sufrirán violencia (...) En nuestro trabajo, el 57% de las mujeres que ejercen la prostitución han sufrido malos tratos por parte de los clientes, las amigas/os o el novio. Además, si nos centramos en concreto en la relación con el cliente, un 32% de las mujeres han tenido problemas con los clientes en el último mes. Estos problemas consistieron en: golpes, robos, negarse a pagar, insultos u otros (como resultar amenazada con un perro o arrastrada por un coche) (IAM. 2007).

La posición vulnerable de las mujeres migrantes extranjeras que son víctimas de violencia de género, está relacionada con factores propios del contexto migratorio, tales como la barrera del idioma, la situación de irregularidad en el país receptor, la ausencia de redes familiares y sociales en el contexto migratorio y el difícil acceso al mundo laboral. Si eres prostituta o trabajadora del sexo, como quieran llamarlo, las dificultades para acceder a recursos sociales por el estigma que conlleva el ejercicio de la prostitución, se convierte en un factor de vulnerabilidad y discriminación, ya que en ocasiones, el pertenecer a este colectivo dificulta la posibilidad de acceder a los recursos sociales existentes para salvar tu situación, porque como mujer prostituta eres “otra categoría de mujer”.

Es en este momento cuando la prostitución se transforma en un “estigma” en el sentido proporcionado por Goffman (1970), es decir como una *diferencia indeseable* que modifica la identidad social de la persona y dificulta su aceptación por parte de los demás. El estigma genera una gran vulnerabilidad social (Lamas, 1999), porque constituye una violencia simbólica. En muchas ocasiones, el ser mujer prostituta no te hace digna de entrar en determinados servicios sociales o sanitarios que en un momento crítico en la experiencia vital de una mujer puede cambiar el rumbo de su vida.

Algunas instituciones que deben velar por la integridad de las mujeres, son en ocasiones excluyentes por razones de clase social, país de origen o actividad laboral. Así, en varias oportunidades, lo referían las trabajadoras del Instituto Andaluz de la Mujer en Almería.

*Es que las mujeres prostitutas, tienen asociados otros problemas, como drogas, violencia por bandas, y no podemos mezclar a estas mujeres con las mujeres víctimas de violencia de género, son problemáticas diferentes (IAM. Diario de campo. Seminario de mujeres inmigrantes en 2010/ 2011. Almería).*

La principal forma de violencia es la negación de la existencia del otro/a, la falta de reconocimiento de sus derechos como ser humano, la violencia denominada “violencia estructural” (Jiménez, 2012). Algunas mujeres en prostitución, presentan problemáticas de adicción a sustancias ilegales, situación que las obliga a estar en la prostitución y deteriora su salud bio-psico-social. La problemática asociada al consumo, dificulta la inclusión social de estas mujeres, debido a que diferentes instituciones privadas o públicas, limitan el acceso a los programas que ofrecen a mujeres en riesgo social, si éstas se dedican a la prostitución y son consumidoras de drogas; lo que dificulta igualmente la tarea de los agentes sociales, en el acompañamiento y fortalecimiento del lazo social de estas personas con su comunidad.

*Es muy difícil, tu llevas un proceso con la mujer, ves que ella tiene la necesidad, el deseo de salir adelante, pero en algunas asociaciones se les niega la entrada, cuando conocen que son consumidoras de droga y prostitutas, nos quedamos con las manos atadas, y la verdad hay pocas salidas que ofrecerles (Agentes social, APRAMP).*

Existen muchas formas de violencia contra este colectivo y una de las principales es la indiferencia de las instituciones públicas, la violencia institucional que excluye a las mujeres migrantes extranjeras trabajadoras del sexo, prostitutas, en riesgo, da igual el calificativo, pues se trata solo de una categoría más de exclusión de los recursos y de la tan publicitada integración social.

### **“¿Dependencia emocional le llaman?”**

Hay historias de vida de las personas en prostitución cuyo hilo conductor es la violencia en todas sus formas y manifestaciones, como el caso de Angue y Mary, ambas de origen subsahariano, en los que la estructura del grupo doméstico y el abandono familiar son el caldo de cultivo para la acción de los proxenetas. Hay historias de violencia de género en países de origen, como la de Marian y las de muchas otras mujeres migrantes extranjeras, en relaciones

de pareja que maltratan, repetidas en el país de destino; vínculos afectivos marcados por la dependencia emocional de las mujeres respecto a sus varones o parejas homosexuales, como es el caso de Carmen; parejas y familias que se convierten en proxenetas, chulos, empresarios del sexo, en definitiva, explotadores y comerciantes de la vida de las mujeres migrantes extranjeras. Muchas serían las historias, comentarios, que sirven como ejemplo de 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, si la hay, es la violencia de género.

El abandono en la infancia y las relaciones de violencia dentro del grupo doméstico son factores de riesgo que hacen más vulnerables a las mujeres migrantes extranjeras, haciéndolas parte de las cadenas de explotación sexual y posteriores relaciones en las que se repite el abandono y la violencia. Mary lo relata así:

*Mi madre murió cuando yo tenía 6 años, eso dice mi padre, en el poblado se decía que él la mató, pero yo y mis hermanos éramos pequeños. Mi padre se volvió a casar con otra mujer, tuvo más hijos, muchos más. Él no cuidaba de nosotros, yo me fui a vivir a casa de mi amiga, con la que iba a la escuela, hasta que sus padres no pudieron tenerme más y entonces fue ahí cuando escapamos con el hombre que nos prometió trabajo en España (Mary, nigeriana, 16 años).*

Así como no todas las mujeres migrantes extranjeras, son mujeres víctima de trata y explotación sexual, no todas ejercen la prostitución por haber sido abusadas sexualmente en su infancia. Existen otras formas de maltrato físico y psicológico, otras formas de ejercicio del control y el poder que marcan las desigualdades de género. En la bibliografía revisada, principalmente de mujeres españolas que ejercen prostitución, es común la violencia intrafamiliar como factor desencadenante del abandono del hogar a temprana edad y el ejercicio de la prostitución asociado a relaciones de pareja con marcada dependencia emocional y violencia. Así lo reporta Eva.

*Yo conocí a un hombre mayor. 45 años, traficante, en fin. Al poco de llegar yo allí. Y además me daba palizas y de todo. ¡Fatal! No sé porque estaba con él. ¿Dependencia emocional le llaman?, me fui a vivir con él, dos años. Él no trabajaba nada. Traficaba y se lo metía todo, ¿qué iba a trabajar? Pero como te decía, hacía poco que había llegado allí. Lo conocí y como a los dos años hablando con él, así, decidimos bajar para Málaga. Pero yo decidí bajar para Málaga para poder escaparme de él, ¿sabes? Es que después me estuvo amenazando y mis hermanas eran pequeñas, eran menores, y estaba*

*amenazando, me decía que iba a ir por las niñas y que les iba a hacer de todo. No te voy a explicar qué. Que las iba a matar. ¿Pero ya sabes por qué? Para retenerme. Porque realmente no lo iba a hacer, porque el maltratador es así. Tira, tira y tira, a ver hasta dónde puede llegar, hasta dónde tú le dejas llegar. Hasta que un día lo amenacé. Yo le dije: “Mira: Voy al juzgado, voy allí, aquí, hago esto, hago lo otro. A ver...qué tanto vas a hacer”. Pues se me hincharon los huevos y ya quedé hasta el culo de él. Normal. Una aguanta golpes hasta que ya no puede aguantar más. Me pasó lo mismo en mi casa. ¡¿Qué iba a hacer?, ¿a seguir aguantando lo mismo?! No (Eva, española, 29 años).*

Las mujeres migrantes extranjeras son objetos, cuerpos para el comercio, monedas de cambio para el soporte y sostenimiento del grupo doméstico. Retomo un fragmento de un grupo de mujeres rumanas en el que no solo se evidencia la actividad de las redes de explotación sino también la manera como las relaciones familiares e interpersonales están marcadas por la violencia y la agresión a varios niveles que afectan y reproducen en los hijos/hijas estos modos de relación.

*Mi cuñada, esa que trabaja en el club, esa yo misma le tuve que pagar a su tío dos mil euros para que la dejara libre, porque ella trabajaba para él y su familia, estuvo con nosotros y mi hermano, hasta que tuvo su niña, y ahora que, vive metiendo droga, no se interesa por su hija, por eso mi hermano se la quitó y ahora está con nosotros (Tina, rumana. 30 años. Diario de campo. Club Chévere. 2011).*

*Mi exnovio, junto con mis cuñadas, me han quitado a mi niña, dice que no me la entregan, acá vinieron ellas a hacerme un escándalo, yo por eso no vuelvo al Club, allí están ellas trabajando, y su hermano, sabes que me ha dicho: “que le de mil euros si quiero ver la niña”, estoy fatal, ya hablé con el abogado que me presentó el dueño del club, que es muy bueno conmigo, pero cómo me van a quitar mi hija, y también fui a la policía pero de águilas porque de Cuevas me da miedo de esa familia (Giorgia, rumana 28 años. Diario de campo. Club. 2011).*

Tanto en origen como en destino las relaciones de las mujeres migrantes extranjeras se han caracterizado por ser ellas las proveedoras económicas, afectivas, el soporte de su grupo doméstico, los varones a los cuales se han unido, han descargado toda la responsabilidad en ellas, de modo que no solo no contribuían a sostener el grupo familiar sino que limitaban el progreso de sus parejas, afectado el futuro del grupo familiar. En las historias de Marian, Eva y Angue, tenemos algunos ejemplos:

*...Entonces yo pagaba el alquiler, compraba las cosas de casa, las niñas iba a la guardería en la mañana y por la tarde las recogía, llegaba a casa y él no estaba, llegaba a la casa borracho, a la 1 o 2 de la madrugada, vomitando sangre, porque como no comía y bebía. Yo siempre hablaba con las personas, para arreglar trabajo para mi marido, luego me daba vergüenza que no apareciera, que se negara a trabajar y entonces me salió un trabajo para una finca, yo pensé que era bueno, porque allí él no se iba a emborrachar, ni buscar mujeres y eso era muy malo para mí. Entonces me fui dando cuenta que él no quería nada, entonces cuando salió el trabajo en la finca me fui, dejé el trabajo que tenía, donde llevaba casi un año, porque pensé, allí no hay bebida, hay trabajo, estoy yo con él, y va a tener más motivos para trabajar, y cuando teníamos dos semanas allí, él dice: ¡Vamos! Y yo le dije: ¡No, no voy!, siempre he hecho lo que tu querías, pero esta vez, no, y él pensaba que si él se iba, yo me iba también, porque siempre lo dejaba todo por él: Deje mi trabajo que tenía en la granja por él, porque era un trabajo que podía haber conservado y estudiar, porque tenía una furgoneta que pasaba por ahí para que la gente estudiara de noche. Porque mi hija estaba un poquito grande ya no necesitaba tanto de mí, pero lo dejé (Marian, brasileña, 32 años).*

*Estuve de dependienta, de camarera de pisos, en restaurantes. Lo que pasa es que era muy complicado con él porque me cagó 3 trabajos. Entonces, claro, no podía mantener un trabajo bien. Ese era el problema; que si no era por uno era por otro, y venía hasta el culo de todo. Yo no le voy a dejar al niño estando así. Cuando llegaba, yo cogía al niño y me iba para la calle. Pasaba de tener problemas, ¿me entiendes? Porque aparte, era él típico que dice como son, que te dicen: “Ah, que me mato, que me tiro por la ventana”. Entonces no pude con ello, no puedo con ello, porque me enerva, a mí eso me enerva. Yo no puedo con la gente así. Si te quieres matar, mátrate, vete y mátrate, pero no me toques los cojones. Y a mí... Yo con eso no puedo, ni con la gente que va de víctima, porque yo he pasado de todo y nunca le he ido a llorar a nadie, ¿sabes? Y yo con eso no puedo. Y él era así, el típico “que yo me tiro, que me mato”. Y yo, ¡venga! No lo avises tanto. (...) ¡Que va!, no quería ni divorciarse ni nada. ¿Pero dónde iba a estar mejor?, si andaba con 50 mil. Y tenía la comida, todo hecho, en casa. Tenía casa, tenía de todo, tenía papeles y andaba tomándolas por donde iba y siempre tenía dónde dormir y dónde le dieran de comer. Normal, así también quiero yo, claro (Eva, española, 29 años).*

Angue con tres sentencias por violencia de género, aún después de más de una década en España, sigue sin documentación, a pesar de que la ley contra la violencia de género recoge que las mujeres migrantes extranjeras, con sentencia de violencia, tendrán derecho a un permiso de residencia; pero, una vez más, la ceguera institucional aplica para su caso. En su relato nos refiere cómo su pareja de origen maliense la explotaba laboralmente, hasta el punto de intentar contra su vida:

*Cuando nació Mauricio, empezó mal, su familia le llama desde Mali amenazando que van a matar a Mauricio, que si él no ha venido a España para tener hijos sino para buscarse la vida, como va a tener hijos con una mujer cualquiera, tiene que seguir con su tradición, tiene que ir a Malí a casar, empezó a abandonarme, a no darme dinero, peor, peor, con el poco dinero que tenía yo misma me abrí un negocio, un bar cocinando comida, Mauricio pequeño en la cuna, y luego, la gente viene a comer yo gano poco dinero, yo pago el alquiler de la casa, un día sobre las nueve de la noche, el padre de Mauricio llega, marcha donde yo guardo el dinero, coge todo el dinero, mete todo el dinero en los bolsillos, sale, yo llamo la policía y digo ese hombre ha robado mi dinero, no me da dinero, no me mantiene ni nada y encima me coge lo mismo, la policía lo coge y le da orden de alejamiento, la gente del Congo no sabe lo que se llama alejamiento, ¡cómo no van a la escuela!, no saben lo que se llama alejamiento, tú no tienes que ir donde esta esa persona, te van a detener o te mandan a tu país, o te meten en la cárcel, otras veces, de noche cuando estoy durmiendo tira piedras en las ventanas para romper los cristales, hasta que un día viene a casa a hacerme escándalo, yo salgo a la calle y él me tira una piedra en la cabeza, me quede inconsciente, fue el niño que aviso a las vecinas, por poco me mata (Angue, guineana, 32 años).*

*Ellos decían que como no pueden darme lo que yo necesito, que yo hago lo que me pega la gana, yo digo: vosotros porque no me queréis si me queréis me van a quitar de esa mala vida, porque yo no merezco estar así, ¿Qué me hace falta Alexandra de los hombres que son los padres de mis hijos?, si no me hacen nada, me usan y me tiran a la basura como un trapo, solo tengo los hijos, para que yo me los haga para mí, como si lo he visto en la calle, un regalo, lo cojo lo llevo, no tienen nada del padre, yo llevo cruz de hombres que me hagan bien, no llevo suerte para hombres, es el maldecido que Dios me ha dado en la vida (Angue, guineana, 32 años).*

#### 7.4.2. La violencia dentro del club no es violencia de género.

Paradójicamente, para las feministas abolicionistas (Carracedo, 2003; Díez, 2012) la prostitución es una de las formas de violencia de género donde más se degrada a la mujer, como ha sido expuesto en el capítulo 1. Y digo paradójicamente, porque a pesar de ser un postulado fundamental de este posicionamiento, abanderado por algunas instituciones públicas y privadas, a las mujeres prostitutas no se les reconocen sus derechos como víctimas<sup>67</sup>. Considero

---

<sup>67</sup> El Gobierno precisa que asesinar a una prostituta no es violencia de género, al no existir un vínculo afectivo entre víctima y

que éste es un discurso victimista que no reconoce a la víctima como “interlocutora válida” en un acto de agresión y violencia hacia ella.

En los diferentes escenarios de prostitución en Almería donde he realizado el trabajo de campo, también se ejerce la violencia contra las personas en prostitución: violencia en las calles (robos, atropellos, violaciones etc.), contra las prostitutas que se sitúan en las diferentes vías de la ciudad; violencia en los asentamientos, cuando la mujer magrebí no accede al deseo de su “cliente-novio”, en repetidas ocasiones el equipo de MDM hemos realizado intervención de urgencia ante casos de violencia de género en los asentamientos. Igualmente algunas mujeres africanas han comentado: “*También vienen policías y nos intimidan si no estamos con ellos*”; violencia y explotación laboral en los pisos privados donde la “madame” se lleva el 50% del trabajo de la noche de una de sus mujeres, bajo amenaza de denunciarlas a la policía por no tener documentación. Así me lo comentó Marian en una de las visitas al club:

*Ahora resulta que tengo que pagarle a la mami por la redada que hubo hace dos semanas en el club, le han puesto una multa a ella y dice que como me escondió para que no me lleve la policía, que debo yo pagarle esa multa, pero no fui la única que escondió, había más mujeres sin papeles. ¿Sabes, Alexandra, cuánto significa eso?, retrasar más tiempo el regreso a mi país para ver a mis hijas (llora)* (Marian, brasilera, 32 años. Diario de campo. Club, 2011).

En 2010 en Huércal Overa, una de las pocas mujeres magrebíes que he encontrado en un club “Siham” me tomó de la mano y me dijo: “calla, calla que quiero que veas algo”. Me condujo por un pasillo oscuro que lleva a las habitaciones, y al abrir la puerta encontramos a Roberta, una mujer brasileña de 25 años, tirada en la cama, totalmente golpeada, su rostro morado, al igual que su cuerpo no tenía un espacio sin contusiones. Roberta se asustó al verme y empezó a llorar, me relató cómo hacía dos noches, un varón magrebí, con el cual ella solía pasar e incluso salir a tomar café, la arrastró por todo el pasillo del club hasta sacarle del establecimiento y golpearla constantemente con patadas. Las demás mujeres se acercaron a ayudarla mientras la encargada, de origen colombiano, llamaba a la policía. Renata no quería denunciar por temor a que fuera expulsada ya que se encuentra indocumentada. Finalmente denunció pero al no ser el verdugo su pareja, todo pasó a ser un delito de lesiones.

---

agresor; Europa Press. Disponible en [http://www.europapress.es/nacional/noticia-gobierno-precisa-asesinar-prostituta-no-violencia-genero-20140323113949.html#.U7Gi2sRm\\_qd.facebook](http://www.europapress.es/nacional/noticia-gobierno-precisa-asesinar-prostituta-no-violencia-genero-20140323113949.html#.U7Gi2sRm_qd.facebook) Accedido el 06/07/2014.

La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Artículo 1. Pág. 3).

Las relaciones de violencia de género no son exclusivas de la relación entre mujer y varón, también existe violencia de género en relaciones de pareja homosexual, las cuales, como hemos ejemplificado a través de la voz de Carmen, también se dan en el ámbito de la prostitución. Es por esto que la Confederación de Asociaciones de lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (Colegas), después de detectar varios casos de violencia entre parejas homosexuales ha solicitado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad reformar la ley de violencia de género para incluir también como víctimas a los homosexuales. Así se recogía la noticia en el portal digital de El Mundo<sup>68</sup> el pasado mes de marzo de 2012. Carmen nos relata una de las múltiples escenas de violencia entre ella y su pareja:

*Sí, todo iba bien hasta que conocí a esta niña. Eso fue cosa de cinco meses después de que encargamos lo del niño. Y conocí a esta niña. Pues me volqué en ella, porque yo estaba aquí tan mal que... y ella era maravillosa. Y a la semana de yo estar en esta fechoría, Elena me pilló. Me echó mi ropa a la calle, ¡fue horrible! Entonces yo me fui para donde una amiga. Yo tenía un carrito y eso me bajaba las llantas... ¡Es que era loca!... Esa me hizo la vida imposible yo le tenía miedo porque ella era muy agresiva. Pues mami, ¿yo cómo le digo?, yo no había aceptado de que mi relación con mi pareja se hubiera acabado. Ella me cogió el móvil me lo tiró a la calle, luego me tiró con el cuchillo cuando me pilló con las llamadas para la otra. Entonces yo le cogí miedo. Y yo dije: “Yo con esta loca no vuelvo (Carmen, colombiana, 37 años).*

Los efectos de la violencia de género en la salud de las mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución es una alarmante situación. La violencia contra la mujer en la pareja es actualmente un problema importante de salud pública. (...) La bibliografía muestra consistentemente que las víctimas de la llamada «violencia doméstica» padecen, en comparación con las que no la sufren, más problemas crónicos de salud

---

<sup>68</sup> “Colegas ha considerado necesario la modificación de la ley para ampliar las medidas de protección a las parejas homosexuales y **contar con herramientas** que permitan analizar la **violencia que se produce en las relaciones sentimentales del colectivo**”. En <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/03/25/espana/1332687563.html> Última consulta el 10/12/2013



como fibromialgia, trastornos gastrointestinales como el síndrome de colon irritable y ginecológico como enfermedades de transmisión sexual, así como trastorno por estrés postraumático, ansiedad y trastornos depresivos, entre otros. El amplio rango de trastornos asociados al maltrato hace pensar que las víctimas harán uso de diferentes servicios sanitarios, desde los cuales se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a estas mujeres y remitirlas a los recursos asistenciales pertinentes (Plazaola y Ruiz, 2004: 461).

Múltiples son los efectos de la violencia de género en la salud bio-psico-social de las mujeres y de toda persona que la sufra, basta con detenerse en los datos de mujeres muertas por su pareja en los últimos años en España. Según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>69</sup>, a diciembre 31 de 2013, 54 mujeres han muerto a manos de sus parejas; en 2013, de las 54 mujeres asesinadas, 34 eran españolas y 15 mujeres extranjeras.

No solamente quedan cicatrices en los cuerpos de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen prostitución y son víctimas de violencia de género, sino que las cicatrices emocionales y psicológicas son las más difíciles de sanar, la violencia genera personas más dependientes del agresor, ya que disminuye su autoestima y la capacidad de toma de decisiones y resolución de conflictos.

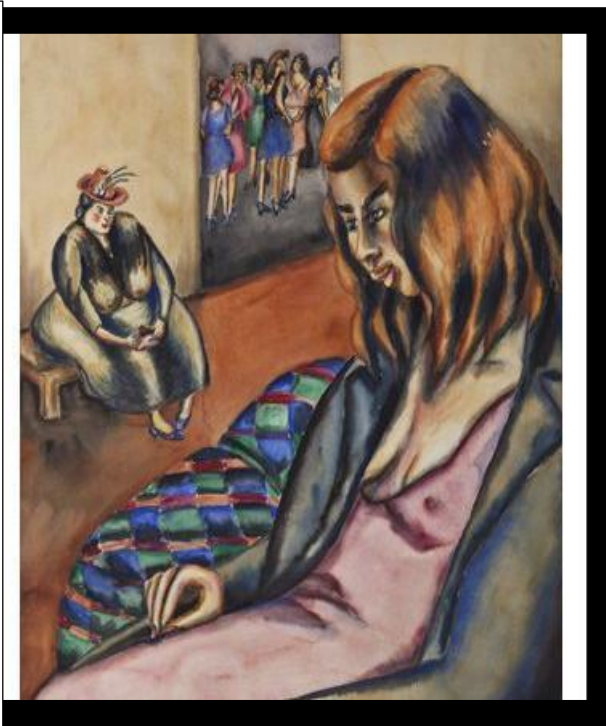
---

<sup>69</sup> Disponible en [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana_2013.pdf)  
Accedido el 08/06/2014.

## 7.5. Conocimiento y percepción de acceso a servicios sociales en la provincia.

*Todos los días he gritado al gobierno, como el miércoles pasado tuve juicio aquí, por malos tratos, yo digo: ¿por qué no me escucháis un poco?, ¡por qué me olvidan!, vivo aquí desde el 99 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.



*Mujer sentada. Débora Arango.*

Las principales actividades de aplicación de recursos sociales para el colectivo de personas en prostitución las llevan a cabo las asociaciones participantes en esta investigación. Así describe cada una de las entidades los servicios sociales y sanitarios que llevan a cabo en la provincia al aplicar recursos especializados para el colectivo<sup>70</sup>.

*AIMUR, interviene en la capital de Almería, en las calles, clubs y los pisos y en el Poniente de Almería, intervenimos desde: Aguadulce que lo llamamos ya Poniente, hasta El Ejido que es lo más lejos que llegamos hasta Pampanico yendo para Berja, no entramos a cortijadas. En el equipo de trabajo tenemos una abogada, una psicóloga, ahora hemos abierto una oficina nueva en Roquetas, el fijo: dos personas asesoras jurídicas abogadas, una asesora laboral y las personas que van en la unidad móvil varían: una mediadora*

<sup>70</sup> Las siguientes son las direcciones electrónicas de las organizaciones de la provincia de Almería donde se puede profundizar en la atención que realizan: [www.aimur.org](http://www.aimur.org), [www.apramp.org](http://www.apramp.org), [www.apdha.com](http://www.apdha.com), [www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org), [www.adoratricesalmeria.org](http://www.adoratricesalmeria.org).

*rusa, otra árabe y una orientadora laboral, y una coordinadora para la formación y otra orientadora laboral que están en Roquetas, la oficina se abrió en diciembre. Pues realizamos intervención jurídica, en cuanto a ley de extranjería y ley contra la trata y seres humanos en explotación, sobre todo eso, aunque siempre viene algo de derecho de familia, sobre todo es: ley de extranjería, para solucionar papeles de arraigo y trata, luego violencia de género también, eso en el tema jurídico, atención psicológica: tema de autoestima y luego hay sesiones individuales con la psicóloga, en el tema laboral: atención laboral, derivaciones a empresas, un poco de mediación con empresas y organización de cursos también, aparte de derivar a cursos que ya se organizan, ahora estamos con la homologación de títulos, porque muchas veces, en el 50% de los casos de las usuarias que tenemos aquí, no traen los títulos aunque hayan estudiado, entonces los homologamos porque si no pueden acceder a ningún tipo de cursos, eso es una de las prioridades, estamos en eso. En la unidad móvil hacemos atención socio sanitaria, trasladamos un poco el trabajo de la oficina a la unidad móvil, aparte del tema sanitario: de hacer tarjetas sanitarias, de entregar el material preventivo, charlas de ITS, de planificación familiar y solicitud de tarjetas sanitarias, pues intentamos trasladar un poco el tema de la oficina, pues lo mismo tengo que informar un arraigo, el tema de la solicitud de visados, cartas de invitación para un familiar, hago un poco de todo, normalmente lo que tratamos es captar a las mujeres para que acudan, no suelo dar toda la información para que puedan venir aquí, y entonces empiecen una rutina para salir del club (Agente social, AIMUR).*

El desarrollo de las actividades y servicios que ofrecen, depende en gran medida de las subvenciones públicas que las entidades solicitan a través de diferentes proyectos, de lo contrario pelagra la actividad y continuidad de atención especializada. En el caso de AIMUR, a finales del 2011, por falta de recursos para su sostenimiento cerraron la oficina ubicada en Roquetas de Mar. Aunque APRAMP no está dentro del programa de Consejería de Salud participa activamente en la identificación de víctimas de trata y explotación sexual y en la atención y seguimiento jurídico de personas en prostitución, víctimas de trata y mujeres en riesgo social. Así describe su agente social las actividades que llevan a cabo.

*Buscar los beneficios, recursos y necesidades de las mujeres que vienen de trata de blancas, prostitución, y están en la calle y facilitarles todo tipo de recursos. Asesoramiento jurídico, psicológico, búsqueda de recursos sociales, sanitarios. Se realizan actividades, bueno en función del presupuesto que haya ese año y, se les intenta reinsertar a la mujer que quiere, a través de la búsqueda activa de empleo, la preparación de un currículum (Agente social, APDHA).*

APDHA está activa en toda la provincia de Almería, pero su trabajo en prostitución se centra principalmente en el Poniente almeriense y Almería capital.

*La APDHA es una asociación que defiende los derechos humanos, no es una asociación que atienda a problemas de salud como tal u ONG sanitaria sino que deriva a los recursos públicos sanitarios. Nuestra asociación es de defensa y denuncia de los Derechos Humanos en el ámbito nacional e internacional: Inmigración, cárceles, Marruecos, violencia de género. Los servicios que presta a las personas que ejercen la prostitución: Orientación, asesoramiento, acompañamiento, mediación y defensa de sus derechos, atendemos tanto a personas nacionales y extranjeras, mujeres, varones y transexuales (Agente social, APDHA).*

Proyecto Encuentro es la asociación de dos comunidades religiosas con más trayectoria y trabajo con el colectivo de personas en prostitución.

*Proyecto Encuentro, de las instituciones Oblatas y Adoratrices, tienen los pisos de acogida. El servicio más importante y prioritario es la información, acompañamientos a centros de salud y casa de acogida, tenemos 10 plazas y las mujeres pueden permanecer hasta 6 meses. El Proyecto Encuentro interviene en Almería, toda la zona donde están las mujeres ejerciendo la prostitución en la calle: hay diferentes lugares, lo que es Bayyana, Sierra Alhamilla, el Parque Nicolás Salmerón y Pescadería, preferentemente la zona de Urende, el Puche, eso es la prostitución de calle. Luego está la prostitución de club que estamos visitando 34 clubs, que está en la zona de Roquetas, de Almería centro y periferia hasta Retamar. Club y pisos de alterne, que estamos visitando 4 y luego está lo que son cortijos e invernaderos en la zona del Poniente. Somos 12 o 14 personas, son religiosas y voluntariado, para los club y el resto es gente voluntaria, que nos vamos turnando lo que son las rutas establecidas, tanto club, carretera. Los voluntarios que llegan unos son trabajadores sociales, otro mediadora e intérprete, gente de carrera: socióloga, trabajadora social, informático, auxiliares de enfermería, en este momento no está el enfermero, suelen estar bastante permanentes, hay gente que lleva ya 8 años, la que más varia es la intérprete (Agente Social, Proyecto Encuentro).*

Médicos del Mundo (1994-2014) lleva 20 años de trabajo con colectivos en riesgo de exclusión social, entre ellos *las personas en situación de prostitución*. En el momento actual atiende también a colectivos de inmigrantes en riesgo de exclusión en toda la provincia. Es la única organización que realiza actividades propiamente sanitarias, tanto de promoción de la salud como prevención de la enfermedad en los escenarios de prostitución.

*El equipo de trabajo de la ONG en Almería está conformado por una psicóloga que es coordinadora de los programas, trabajadora social que es la mediadora sanitaria y yo el enfermero y personal voluntario sanitario: médicos, enfermeros, trabajo social etc. La intervención que realizamos es sanitaria, psicológica y social. Análisis de VIH, bioquímicas, serologías, para detectar enfermedades infecciosas y trabajamos también en colaboración con otras ONG. Todo lo que tiene que ver con la salud y derivamos los casos que requieren atención social (Agente Social, MDM).*

A mediados de 2011, MDM propuso a las demás organizaciones de la provincia conformar una mesa de prostitución que coordine acciones, represente a las personas en prostitución, vele por sus derechos y desde la cual, las dificultades sean solventadas a partir del trabajo en red y la incidencia política que la mesa pueda realizar, pues, paradójicamente, una de las barreras para el acceso a los recursos sociales era principalmente la atención segmentada que cada organización realizaba dentro de la provincia, lo cual provocaba conflictos entre asociaciones. Así lo describe, la Agente social de APRAMP:

*Y con Oblatas no, no, porque en todos los casos que se ha necesitado piso de acogida, no me lo han posibilitado, y hablar con Adoratrices, nunca, nunca han estado allí para nada, ósea, las llamas, les cuentas todo lo que ha pasado, una vez que les cuentas todo dicen, no, aquí no. Ósea que ayuda... cero... yo por esa parte... una decepción, vamos, porque tanta ONG, que tanto luchamos por el bien común, por el bien de estas mujeres, hay una competencia... Sí. De hecho la primera vez que nosotros nos reunimos con Oblatas, lo primero que nos dijeron fue, nosotros salimos por esta zona, por esta, y por esta, no os queremos ver por ahí entonces, ya de entrada te choca, dices, vais vosotros pero si por ahí... si vamos nosotros y ofrecemos algo que carecéis vosotros, o por el contrario, nosotros no tenemos piso de acogida y si se da el caso que tienen que pasar una noche allí, ósea, de esta forma ni pedir ayuda (Agente social, APRAMP).*

La llegada de MDM fue vista con recelo por las asociaciones, dado que el dinero de la subvención pública tiene que distribuirse entre las entidades participantes.

*Igual más facilidad de acceso a las citas, que existan otros horarios, que hay creo que hay posibilidades, pero también las entiendo, es que también es importante que la gente se integre en lo que hay, yo no estoy de acuerdo, disiento en lo que es prioritario vuestro, que la atención se haga en los puntos donde están trabajando, como las analíticas, porque hay que motivar a la gente que vaya a los sitios que se integren, si no se marginan mucho más, son guetos mucho más cerrados, que salgan de ese entorno, porque son lugares muy cerrados, con la hipótesis además que yo tengo que hay gente que está*

*sufriendo violencia de género, y que están un poco obligadas o hay mafias detrás (Agente social, Proyecto Encuentro).*

Las diferentes actividades educativas, preventivas, de apertura e inclusión social que llevan a cabo las asociaciones que trabajan con el colectivo de personas en prostitución, posibilitan que las personas tengan la información e instrumentos necesarios para desplegar su capacidad de agencia. Independientemente del posicionamiento ideológico en relación a la prostitución; que cada asociación tenga. La mesa de prostitución de la provincia ha permitido elevar la voz de las personas en prostitución como personas con capacidad de agencia e interlocutoras válidas.

#### 7.5.1 Actores que dificultan y facilitan el acceso a los servicios sociales.

Según las diferentes entidades, las mujeres migrantes extranjeras tienen diferentes demandas a nivel social, pero la principal demanda que realizan es una fuente laboral diferente.

*Lo que más demandan, es trabajo, las que no tienen papeles trabajo y atención jurídica, nosotras también les llevamos información sobre actividades de ocio en la provincia, es muy difícil que acudan a ellas por la autoestima y por estar recluidas tienen poco tiempo para salir, es muy difícil que accedan al ocio, pero se les va informando para que cuando puedan acudan a ella, pero sobre todo trabajo (Agente social, AIMUR).*

La agente social de APDHA que tiene una amplia trayectoria en el trabajo con mujeres subsaharianas, principalmente nigerianas y guineanas, nos describe las demandas que éstas realizan también a nivel social.

*Su situación de irregularidad (sin permiso de residencia y de empleo) no les permite acceder a otro trabajo remunerado y como consecuencia viven en exclusión social, ocupando las viviendas que otros no quieren, siendo estigmatizadas por el trabajo y por los lugares en los que viven, sin tener acceso a prestaciones sociales. Ellas demandan; si tienen hijos, guarderías para los más pequeños y luego la escuela. Abogados para solucionar su situación de irregularidad y acceder a otros trabajos. Asistencia social como ayuda económica para dejar la prostitución, por ejemplo acuden a Cáritas-cuando necesitan alimentos y ropas para bebés, también a la policía cuando se dan situaciones de violencia, además de contratos de trabajo (Agente social, APDHA).*

La demanda de trabajo se presenta entre el colectivo de mujeres migrantes extranjeras, pero también las que tienen cargas familiares en la provincia y buscan ayuda para su grupo familiar y para su formación

*¿A nivel social? Pues si tienen hijos ayudas para los hijos, eh... asesoramiento jurídico, por cosas de sus papeles, y muchas de ellas quieren abandonar y te piden, no sé, como elaborar un currículum ir a más y buscarles empleo que sea ajeno a la prostitución, también buscan formación a través de los cursos que hayan salido. Básicamente, como asesoramiento jurídico y de los servicios sociales existentes o ayudas económicas y la elaboración de un currículum para la búsqueda de empleo (Agente social, APRAMP).*

Las redes sociales que ellas establecen entre sus compatriotas o compañeras en los espacios de prostitución les permiten ir descubriendo los diferentes recursos sociales de la provincia donde pueden gestionar sus demandas, aunque, como lo refiere la Agente Social de AIMUR, el acceso a algunos servicios sociales o prestaciones son difíciles de entender y gestionar, incluso para los autóctonos:

*Generalmente necesitan ser acompañadas, pero algunas de las que llegan se apoyan en las amigas, entonces se comunican y van. Las demás pues porque lleven ya mucho tiempo, o por los vecinos, si no saben ni lo que es una unidad de intervención comunitaria, las prestaciones económicas, las ayudas que hay, las desconoce por el idioma y el aislamiento. Hay ya españoles que las desconoce y nos es mucho más fácil, imagínate una mujer extranjera, que aunque hable español, porque hay latinas, que aunque hablen español, desconocen a lo mejor la terminología o desconocen que existen los recursos. Creo que las maneras que tienen las instituciones para darse a conocer no son las adecuadas (Agente social, AIMUR).*

Las asociaciones que trabajan en los diferentes escenarios de prostitución de la provincia, reconocen las dificultades de acceso por parte de las personas a los recursos sociales que generalmente se encuentran en los centros urbanos de los municipios. Por esto la principal estrategia de las asociaciones es el acercamiento a dichos espacios de prostitución y la realización de las diferentes actividades en dichos lugares.

*Pues llevamos toda la información de recursos sociales, que las podemos ir derivando o acompañando y el apoyo psicológico lo hacemos también aquí con las mujeres de los pisos. También realizamos talleres móviles, hacemos tertulias, tomamos el té, talleres hemos hecho con la gente de los cortijos en el Poniente, pero notamos mucha motivación por el dinero, no por el tema directo de la salud (Agente social, Proyecto Encuentro).*

El proceso de empoderamiento es una tarea constante y necesaria con el colectivo de mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución. Esa tarea, que asumen y realizan los diferentes agentes sociales que entran a los espacios de prostitución, no consiste en tratar de mantener una dependencia afectivo-social entre la entidad y la persona que demanda la atención; el objetivo es empoderar a las mujeres, promoviendo su capacidad de agencia y transformación social. Este proceso de empoderamiento no es fácil, depende de múltiples variables, una de las cuales es la constancia, a través del acompañamiento.

*Las mujeres sí acuden a los servicios cuando se ha hecho con ellas un proceso de acompañamiento y de mediación, pero muchos de los servicios deben mejorarse, como: atención personal e individualizada, el acompañamiento y la información de los recursos disponibles, el aprendizaje de la lengua para que pueda acceder a los recursos con autonomía y realizar campañas de concienciación social para que no siga afectando a este colectivo de mujeres el estigma y la exclusión (Agente social, APDHA).*

Las personas que ejercen prostitución, reconocen la importancia de la formación para sí mismas y su compañera/ros; y se comprometen con las actividades que se diseñan en base a sus necesidades. La formación en diferentes temáticas relativas a la actividad que realizan, al contexto social en el que viven y se llevan a cabo sus proyectos migratorios, es una tarea fundamental que brinda instrumentos para el empoderamiento. Tarea que se dificulta por las circunstancias en las que se desarrolla su cotidianidad.



**Imagen 10. Participantes al curso “Agentes de Salud en Escenarios de Prostitución”. MDM Almería. 2011.**



Fuente: MDM Almería (2011).

Este proceso de empoderamiento conlleva la formación en habilidades sociales y comunicativas, la ubicación en el contexto social, geográfico y político, dado que las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en ocasiones al llegar a España solo conocen el espacio donde residen y ejercen, aumentando su aislamiento el desconocimiento del idioma, por lo que el proceso de inclusión social empieza por pequeño pasos, simples y obvios pero trascendentales para la integración social de una persona migrante en contexto de prostitución. De esto me doy cuenta con Mary, la joven nigeriana, víctima de trata y explotación sexual, en una sesión de entrevista, donde con una herramienta tan simple en estos tiempos como el ordenador, el internet y “Google Maps”, reconstruimos el itinerario al que fue sometida por los tratantes para llegar a Europa.

*-Mira tú atravesaste los siguientes países: Nigeria, Níger, Mali, Mauritania, Marruecos, acá me comentas que te quedaste unos meses y luego atravesaste el mar Mediterráneo en patera hasta llegar a esta costa de España.*

*-¡Oh...yo hice todo ese viaje!, ¡oh...oh...! Si fue mucho tiempo, en una camioneta, mucho calor...estoy muy lejos de mi hermana (Mary, nigeriana, 16 años).*

*Ellas no conocen, hay mucho desconocimiento de los recursos y los servicios sociales, de las ayudas, de los derechos que ellas tienen, entonces cuando vienen a APRAMP a raíz de lo que demanden o de las necesidades que vayan buscando, se les hace una lista o se les acompaña al recurso que más le convenga, pero existe un gran desconocimiento del recurso social, de hecho una de ellas no sabía ni que podía ir al médico, ella pensaba que era extranjera y demás y que no tenía acceso a hacerse la tarjeta sanitaria, y acudir a la seguridad social. “¿A nivel social?... eh...una formación en la elaboración del currículum, eh, también asesoramiento en la búsqueda activa de empleo, de cómo buscar trabajo como Andalucía Orienta, a través de Internet, del ordenador, también una formación en habilidades sociales ...no sé a nivel psicológico lo primordial actividades enfocadas a la autoestima (Agente social, APRAMP).*

El proceso de acompañamiento a los diferentes recursos, la posibilidad de una mediación que transmita información clara y, posteriormente, la toma de decisiones por parte de la mujer migrante extranjera, sitúa como valor el capital intelectual que ella posee, como es el caso de quienes llegan de sus países de origen con formación profesional y universitaria y fortalecen su autoestima y capacidad de agencia.

*Pues mira el último caso así más reciente una mujer rusa. Era Ingeniera Agrónoma de no sé ahora mismo que especialidad, y le estamos ayudando con la homologación de su titulación, muchas de ellas sobre todo el colectivo ruso, viene con estudios de su país. Y no tienen porque, porque hayan ejercido la prostitución ser más difícil a la hora de reinsertarlas a ellas, se les prepara su currículum y se les dice más o menos de cómo se prepara la entrevista de trabajo, se la acompaña, y ya pues depende, de la suerte que tengan (Agente social, APRAMP).*

Igual que para el acceso a los recursos sanitarios, la informalidad en el momento de cumplir citas y compromisos con instituciones públicas relacionadas con recursos sociales, es una de las principales barreras que operan en contra del colectivo, ya que debido al exceso de cansancio físico que acumulan, y a los horarios de sueño, a las mujeres se les dificulta cumplir los compromisos adquiridos. Las asociaciones ya tienen en cuenta este aspecto como una variable a manejar, cuando se realizan procesos de mediación social.

*Sí, muchas de ellas vienen y hacen la primera valoración intentan buscarles los recursos más adecuados a ellas, le buscas los recursos, a muchas de ellas...una cita... y muchas de ellas no acuden. ¡Mira vamos, es que estoy curada de espanto!, porque es que siempre...para que sea tanto la visita al médico, como para la visita a un psicólogo que te peleas con la institución porque...supuestamente siempre hay mucha lista de espera o...siempre la institución busca un perfil que sea mujeres maltratadas, que sean mujeres maltratadas no que ejerzan la prostitución. Que tengan un perfil maltratadas, vamos que te preocupas en buscarles una serie de recursos que luego ellas....por su actitudes no lo valoran y...vamos que es para ellas, que es lo que decíamos antes (Agente social, APRAMP).*

La Agente Social de APRAMP nos confirma cómo los recursos existentes para las mujeres en la actualidad están diseñados en función del perfil que atienden las instituciones públicas. No deja de ser paradójico, pero la persona prostituta debe conformarse con la ayuda de las asociaciones benéficas diseñadas para atenderlas o puede acudir a otros servicios públicos, pero debe ocultar su actividad de "prostituta" si quiere ser atendida:

*Sí. ¡Bueno! Me dijeron que si era maltratada y demás y siempre buscan tanto el Instituto Andaluz de la Mujer como el Consejo Provincial de la Mujer porque la concejalía de políticas de igualdad que supuestamente tienen asesoramiento psicológico y demás, nada... siempre... siempre que llamo... no, es que ahora mismo la psicóloga no está, o es que este de baja y demás, ósea que... me olvido del ayuntamiento, del ayuntamiento me olvido, del Instituto de la Mujer si es más difícil, porque buscan un perfil de mujer maltratada, que luego... te hacen insistir y demás, si te atienden, y... pero básicamente el perfil que buscan es ese. Pues yo no lo veo nada bien, pues es una mujer que ejerce la prostitución que aunque no sea maltratada pero también tiene, no sé, tiene derecho a ser escuchada y a que le presten una ayuda, pues por parte de un profesional, y no lo veo bien, de hecho siempre que llamo me peleo con la que sea... porque siempre me van derivando, si la mujer es de la parte del Levante, me van derivando a recursos sociales de esa parte (Agente social, APRAMP).*

*Estuve realizando un mapa de recursos de la provincia para las mujeres en prostitución en Almería, y me he quedado sorprendida, cuando en el centro de la mujer me han dicho, que si la mujer es prostituta, allí no hay atención a este colectivo... ¿entonces a dónde van a ir? Será mejor que no digan que son trabajadoras del sexo si necesitan la asesoría de ese centro (Catalina. Estudiante en prácticas en MDM. Diario de campo. 2010).*

¿Cómo, entonces, se puede perseguir el delito de trata y explotación sexual, si a la supuesta víctima se le niega la posibilidad de ser escuchada por un recurso social público diseñado para mujeres en riesgo de exclusión social? Si para algunas instituciones públicas todas las prostitutas son víctimas de violencia de género y de trata, ¿por qué se les niega y/o dificulta la atención?, ¿de qué manera, entonces, identificar una víctima de trata, si no es a través de la escucha de su realidad personal y social? Si esta tarea se le deja a las asociaciones que trabajan con estos colectivos ¿por qué se les dificulta el trabajo, en vez de facilitar el acceso a los recursos existentes? Desafortunadamente los recursos para las víctimas de trata y explotación sexual son escasos, lo que dificulta que las mujeres que son víctimas de este delito desconfíen de las oportunidades que tienen si deciden denunciar a sus agresores. En la provincia de Almería, AIMUR y APRAMP, son las entidades que mayor experiencia tienen en el trabajo de identificación y atención a las víctimas de trata y explotación sexual, por lo que otras asociaciones de la provincia se apoyan en ellas.

*Sí, sí. Los casos así que nos llama UCRIF... o policía judicial también y ya a raíz de allí muchas de ellas han puesto denuncias, han tenido que ir a juicio, y demás, ósea, vienen explotadas y demás y si se actúa, se le buscan los recursos, se la deriva a un piso de acogida, allí en Madrid es donde hacen protocolo de actuación. No...muchos casos la verdad en los tres o cuatro años que llevo se han dado cinco o seis casos (Agente social, APRAMP).*

La denuncia de las personas víctimas de trata y explotación sexual, es fundamental para iniciar no solo el proceso judicial sino para acceder a las ayudas económicas, a la regularización de su situación administrativa, si es migrante extranjera, a la protección de su seguridad; pero, como nos informaba la Agente Social de APRAMP, son pocas las mujeres que se acogen a este proceso. Aunque el discurso de organizaciones abolicionistas insista en victimizar a todas las personas en prostitución, la realidad es que por temor a las mafias, por desconocimiento y por desconfianza en las entidades públicas, judiciales o no, las mujeres no denuncian; muchas de ellas, que están en redes de trata no pueden siquiera acudir a los centros de salud. Angue víctima de trata y explotación sexual, de violencia de género, de injusticia social, es el principal ejemplo de esta ceguera institucional.

*En Logroño yo fui feliz, me dieron 300 euros por clasificar una ropa en Cáritas, si cogían a las mujeres, madres solteras sin documentación, estaba con marroquíes, colombianas, muchos países, ayudaban a las mujeres, hacen cursos: camareras, de coser, de planchar, de cocinar comida española, diferente que aquí, aquí nadie me entiende, ni ayuda ni nada (Angue, guineana, 32 años).*

Las mujeres migrantes extranjeras que se acercan a los servicios sociales existentes y asumen el compromiso de gestionar los recursos sociales para ellas y su familia, reconocen al final la ayuda de los diferentes agentes sociales y el beneficio del esfuerzo conjunto. Así lo relatan Angie, Claudia y Lorena:

*La abogada de ustedes me ayudó a rellenar los papeles para presentar en el SAE, pues con la sentencia de violencia de género, yo no sabía que podía solicitar la ayuda, tu sabes por ser rumana, y parece que me la van a dar, no es mucho, pero al menos para pagar una mujer que se quede con el niño en las noches, cuando yo vaya a trabajar, algo me quedará después de tanto golpe de ese cabrón (Angie, rumana, 33 años. Diario de campo. Sede MDM. 2011).*

*Estoy muy contenta porque terminé un curso de nóminas y estoy pendiente de que en septiembre empiece otro por UGT de auxiliar administrativo, he aprendido mucho y puedo seguir trabajando en esto mientras me resulta algo, y si no al menos aprendo, algún día me servirá...digo yo (Claudia, colombiana, 28 años. Diario de campo Club. 2011).*

*Vengo a contarte que estoy muy contenta, porque gracias a la mujer de APRAMP, donde tú me enviaste, y después de un año mi querida, de estar dando vueltas y llevando papeles y papelitos, ya mi hijo tiene la pensión para toda la vida por su enfermedad... (Ríe), imagínate ahora lo cuidamos más, porque es quien me va ayudar a mí a entrar la comida a la casa (Lorena, colombiana, 37 años. Diario de campo. Sede MDM. 2012).*

## 7.6. Acerca de su participación e integración social

*Yo soy una puta... ¿quién me va a escuchar a mí?, solo soy eso.*

Madalina, rumana, 24 años.  
Diario de campo. Club, 2009.



*Mirándose al Espejo. Débora Arango.*

Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería constituyen un colectivo socialmente excluido, el proceso de participación e inclusión social y laboral de las mujeres migrantes extranjeras pasa por el tipo de trabajo que desempeña en la sociedad de acogida y las condiciones en que éste se realiza (García-Cano, 2004). Desde esta perspectiva y según las condiciones de vida y de trabajo de las mujeres migrantes extranjeras que han participado en esta investigación y que se han descrito en los apartados anteriores, se alejan mucho del ideal de trabajo que cualquier persona desearía tener, el oficio que realizan hace parte de la imparable industria del sexo, pero de la cual no queda ningún tipo de registro, sólo el que da la prensa sensacionalista que vincula la prostitución con la delincuencia, el desorden callejero, la mala imagen que dan las prostitutas a las ciudades cuando ejercen en lugares públicos como polígonos y carreteras comarcales o nacionales; al menos, de estas prostitutas callejeras se habla; de las casi 2000 mujeres migrantes extranjeras que, según la directora de programas de salud de la Delegación provincial de Almería, ejercen la prostitución, y de las que registran a diario como atendidas por las diferentes asociaciones que participaron en esta investigación, nadie habla.

La prostitución hace parte de las llamadas actividades económicas sumergidas.

En suma, la economía sumergida es un lastre. Frena el crecimiento económico. Significa una permanente inestabilidad. No se pueden planificar actividades a medio y largo plazo. Está cerrado el acceso a créditos y ayudas. No da derecho a pensiones de jubilación o invalidez, ni protección por enfermedad o accidente (ESCODE, 2006: 6).

Entonces, ¿cómo podemos hablar de integración social de las mujeres migrantes extranjeras, cuando realizan una actividad que no está regulada, encontrándose en una situación de “alegalidad”? Recordemos que la prostitución en España no está penalizada, por lo que existe no solo un vacío legal sino también un desconocimiento de las reales condiciones en las que las diferentes personas ejercen la prostitución dentro de un silenciamiento sistemático sobre las protagonistas de la prostitución. Dicho vacío legal es aprovechado por las diferentes mafias vinculadas a la trata de personas con fines de explotación sexual que aprovechan las redes irregulares de tráfico de inmigrantes para fortalecer su creciente industria del sexo, endureciendo las condiciones del ejercicio de la prostitución, al incrementar la violencia, la explotación y la violación de los derechos de las mujeres migrantes extranjeras.

La prostitución de las mujeres migrantes extranjeras, no sólo constituye una estrategia económica, sino también un intento de vincularse a un tejido social que no las desea, que las invisibiliza, que las calla. 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.

La pobreza, un determinante secundario de la teoría de las desigualdades en salud, es un factor común entre las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería. Estas mujeres son pobres, son prostitutas de clase baja, principalmente las subsaharianas y marroquíes; las latinoamericanas y las mujeres procedentes de Europa del Este, vendrían a ser parte de una incipiente clase baja-media. Estas categorías dentro de la posición social, no les permiten muchas posibilidades sociales, al contrario, aumentan su “frustración social (...) y sobre todo, su permanencia en el mercado del sexo” (ESCODE, 2006). Las mujeres migrantes extranjeras que se encuentran en los diferentes escenarios de la prostitución, emprendieron un proyecto migratorio principalmente económico, al que se suman otras motivaciones; muchas de ellas han encontrado condiciones de vida más inhumanas y miserables que las que han dejado en sus países de origen, como es el caso de las mujeres subsaharianas y marroquíes. Angue, nos comenta una vez más, cómo a pesar de más de una

década de permanencia en territorio español, su situación de pobreza no ha cambiado, y a pesar de todos sus esfuerzos, reproduce lo que vivió con su hijo en su país de origen, Guinea ecuatorial:

*Todos los días yo mando dinero, si mando ropa la venden a otra persona, mi niño anda sin ropa, sin zapatos. Si yo mando zapatos lo da a sus nietos, los hijos de mi prima, yo mando dinero y no mantiene a mi niño, hasta hoy, lo que yo pido a Dios que me da papeles porque mi niño está allí y yo la estoy pasando mal, ¿cómo yo voy a mandar dinero si no es para curar a mi hijo?, si yo mando ropa, si mi hijo no va a poner ropa, la van a vender a otras personas, el niño anda sucio, la gente que lo ve me dice: el niño está sucio, el niño no está en buen mantenimiento, cómo voy a estar yo bien, solo que yo pido, dejar otros aquí, me voy lo cojo y venimos, aquí en España hay gente huérfanos, viven mejor (Angue, guineana, 32 años).*

Las personas que han tenido la oportunidad de entrar en el mundo de la prostitución - al que hay múltiples formas de entrar y ser testigo de su realidad- hemos podido escuchar de la voz de sus protagonistas, sus historias de vida, su realidad, conocer de cerca las situaciones de discriminación y exclusión social que sufren, al igual que la riqueza humana que albergan los escenarios de prostitución, la lucha de las mujeres migrantes extranjeras por salir victoriosas de contextos migratorios gravemente hostiles, aún a costa de su salud y de sus vidas.

*Pues yo pienso que muchas de ellas no están allí por el amor al arte. Ósea que detrás de esa mujer hay una historia tremenda. Y que bueno dentro de eso hay que ayudarlas en lo que sea, en lo que sea, porque es muy duro, es muy duro, porque,... después de tanto tiempo que estuve en APRAMP y he escuchado miles de historias pues te llevas las manos a la cabeza. Y digamos, la satisfacción que te hace luchar día a día, salir a trabajar, es la satisfacción que te vas a llevar a tu casa. De intentar ayudarlas intentar llevarles otro tipo de recursos y si puedes quitarlas de la calle pues mejor (Agente social, APRAMP).*

La prostitución constituye para estas mujeres una alternativa para hacer de sus proyectos migratorios, proyectos productivos, principalmente para sus grupos domésticos y, luego, si algo queda, para sí mismas. El aislamiento, el anonimato, la alta movilidad geográfica, no les permite ni siquiera elaborar el duelo migratorio, viven en un constante ir y venir, no tienen tiempo ni para el descanso, mucho menos van a tenerlo para generar vínculos interpersonales que les permitan el acceso a recursos laborales y sociales diferentes a aquellos en que se mueven en su mundo de limitadas oportunidades.



Para muchas mujeres migrantes extranjeras, principalmente latinas y rumanas (las rumanas porque son europeas y blancas, las latinas porque proceden de países que fueron colonia española y por cierta proximidad cultural con los nacionales), sus proyectos de integración están aplazados en el tiempo y proyectados, paradójicamente, en una idea de retorno a sus países.

*Ya me queda poco para volver definitivamente a mi país, la casa en Rumania pronto la termino, este verano voy que hay poco trabajo acá para comprar otros materiales, esto me tiene contenta y pese a todo, hace que valga la pena estar acá, porque pronto estaré con mis hijos (Florina, rumana, 33 años. Diario de campo. Club. 2011).*

*Claro... Porque es que yo toda la vida no me puedo quedar aquí. Y yo ahora estoy ganando muy buena plata. Incluso te puedo decir, con los años que tengo, con la mentalidad que hoy en día tengo -no sé si será para usted buena, para usted mala-, pero para mí pienso que he evolucionado. Y con todo eso, estoy en el momento perfecto porque estoy ganando buena plata, estoy ahorrando. Entonces es en este momento cuando yo digo: "Si me quedo dos años más...". Pues hombre, con este ritmo de trabajo significa que... Pues yo me voy para Colombia... ¿Por qué tengo que esperar dos años más? Pues inicialmente quiero ir a comprarme un taxi. Eh... Por otro lado quiero montar una discoteca (Carmen, colombiana, 37 años).*

Las mujeres de origen africano en prostitución dentro de la provincia de Almería viven en una mayor encrucijada en cuanto a la llamada integración social, son mujeres migrantes, de clase social baja, negras, musulmanas, y prostitutas, lo que aumenta su dificultad para integrarse socialmente.

Las desigualdades étnico-culturales y religiosas entre los inmigrados y los nacionales casi siguen intactas; o lo que es igual, los derechos comunitarios no están garantizados para la población inmigrada. De aquí que la fractura entre inmigrados y nacionales siga abierta y la integración social plena no sea posible (Checa, 2003: 123).

Pero aún dentro de las peores condiciones de vida, muchas de ellas encuentran motivos para continuar con su trayectoria migratoria, y no dejan de intentar el logro sus objetivos personales y familiares, antes que pensar en un retorno al país de origen.

*Yo quisiera volver, pero para una mujer separada como yo, en Marruecos es difícil la vida, allí se ve muy mal a las mujeres divorciadas, acá me siento más libre, puedo ir tranquila por las calles (Najat, marroquí, 30 años).*

### 7.6.1. Prostitución, estigma y discriminación.

Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución son mujeres que han llegado sanas al país de acogida, mantienen conductas de autocuidado y protección de su salud, a pesar del tópico, de que son vectores directos de infecciones de transmisión sexual, y a pesar también, de estar excluidas en muchos países del sistema público de salud y de otros servicios sociales (Nigro, et al., 2006; Fernández, 2011; Mc Granth, et al., 2014).

El discurso sobre la prostitución esta por una parte muy simplificado y por otra parte muy victimizado, es decir transformando toda la prostitución en delito, toda la prostitución en esclavitud, toda la prostitución en degradación, cuando realmente el tema de la prostitución es bastante más amplio (Juliano, 2010)<sup>71</sup>

Dicho discurso no posibilita reconocer las verdaderas necesidades que tienen las personas, principalmente las mujeres migrantes extranjeras, que utilizan la prostitución como una alternativa de supervivencia. Diferentes investigadoras españolas como Rodríguez (2006), Garaizábal (2007), Holgado (2008, 2013), Juliano (2010), reconocen en la prostitución una estrategia de empoderamiento personal e integración social de las mujeres migrantes extranjeras:

El trabajo sexual es en muchos casos una estrategia alternativa a la constitución de delitos, la prostitución, es de alguna manera una de las estrategias que les permite a las mujeres solucionar sus problemas sin necesidad de robar, por ejemplo, esto me suena conocido, esto es lo que dicen ellas siempre, muchas prostitutas dicen: ¡Qué nos recriminan!, ¿qué les molesta? , ¡Mejor es esto que robar!, Nosotros no estamos delinquiendo, esto no le hace daño a nadie” (Juliano, 2010: 143).

Desde nuestro punto de vista las mujeres inmigrantes que trabajan en esta industria desarrollan estrategias y habilidades en los márgenes de la sociedad, en una industria informal y en un contexto general de falta de reconocimiento social, tanto de su actividad económica, como de ellas mismas (Rodríguez, 2008:42).

---

71 Conferencia de la Antropóloga Dolores Juliano, en la provincia de Málaga a la que fue invitada por la Organización Médicos del Mundo, el 14/01/2010.

La prostitución, como queda patente en esta investigación, expresa también las legítimas estrategias de vida de muchas mujeres, estrategias que les proporciona mayores ingresos y mayor independencia económica que la que alcanzarían en otros sectores laborales, en sociedades como la nuestra donde las mujeres ocupan los puestos de trabajo peor remunerados y más informales del mercado laboral. En definitiva, el conocimiento y el trabajo con mujeres prostitutas nos han enseñado cómo éstas pueden dar la vuelta y de hecho se la dan a estas situaciones de subordinación. Y esto depende, en gran medida, de las condiciones subjetivas (autoafirmación, seguridad en sí mismas, profesionalidad...) y objetivas en las que se mueven. Las conclusiones a las que llega esta investigación apuestan precisamente por mejorar las condiciones en las que hoy se desarrolla el trabajo sexual como forma de luchar contra la discriminación, la exclusión y el estigma que recae sobre las trabajadoras del sexo (Garaizábal, 2007: 26).

Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, no solo lo hacen en peores condiciones que los varones que se prostituyen, sino que están mayormente estigmatizadas y discriminadas que ellos

Obviamente la existencia de la prostitución y las condiciones en las que ésta se desarrolla tiene mucho que ver con la situación de subordinación de las mujeres en nuestra sociedades: no es casual que sea mayoritario el número de mujeres que ejercen la prostitución, muy por encima de los travestis o los chaperos; o que la mayoría de clientes sean siempre hombres. Asimismo, el estigma que recae sobre las prostitutas no es igual que el que recae sobre los chaperos o sobre los hombres que se prostituyen en el marco de las relaciones heterosexuales, a los que se nombra como gigolós, una palabra que no conlleva el estigma que sí tiene la palabra puta. Es decir, la prostitución, está en estrecha relación con la situación de subordinación social y laboral de las mujeres en nuestras sociedades (Garaizábal, 2007: 26).

Los diferentes discursos victimizadores acerca de la prostitución homogenizan a las mujeres migrantes extranjeras, limitando sus posibilidades en términos de derechos civiles y sociales: “el discurso victimizador y paternalista de los diferentes poderes disfraza la injusticia de déficit de derechos, la pasividad ante la explotación y la violencia institucional especialmente dirigida contra las mujeres migrantes” (Holgado, 2013: 233). Las mujeres migrantes extranjeras se encuentran desprotegidas dentro el marco de las políticas públicas que deberían encargarse de que sus condiciones de vida mejoren, de que tengan mejores posibilidades laborales, mayores canales de regularización de su situación administrativa, principal causa por la cual las mujeres migrantes extranjeras encuentran en la industria del sexo una estrategia de supervivencia. No solo no se encuentran representadas, ni son escuchadas en los diferentes estamentos públicos

sino que su estrategia de supervivencia es rechazada y constituye factor de discriminación, no solo social sino que, como he denunciado anteriormente, la violencia institucional no reconoce sus necesidades reales y limita el acceso a los recursos existentes.

Entonces tenemos que conocer y respetar las estrategias alternativas a la de cometer delitos y facilitar que estas tengan el menor coste posible para las implicadas, si las mujeres hacen esfuerzos, grandes, importantes sistemáticos y continuados para evitar delinquir, es mejor ponerles las cosas más fáciles y no más difíciles, es mejor mejorar los servicios sociales, educativos y sanitarios para que no resulte todo tan caro, mejorar el mercado laboral y las opciones de vivienda para que no resulte todo tan difícil, es decir, mejorar las prestaciones sociales (Juliano, 2010, Ponencia Universidad de Málaga).

El mejoramiento y la posibilidad de acceso y normalización de los diferentes recursos sociales, sanitarios, laborales y jurídicos existentes, permitirán que las mujeres migrantes extranjeras puedan encontrar otras salidas a la encrucijada de sus trayectorias migratorias en contextos de prostitución, tan estigmatizadas. Incluso dentro del mismo programa de salud, ya establecido para este colectivo, existen actitudes de discriminación que dificultan no solo la captación sino también el mantenimiento normalizado de las personas en el sistema público de salud, como nos comenta la técnica de AIMUR:

*Cambiaría la sensibilización del personal sanitario, de la sociedad en general, pero como es en salud, cambiaría la sensibilización del personal sanitario, pues el hecho que la gente piense, que están ahí porque quieren, que si no están fregando escaleras es porque no quieren ellas, ¡no porque no quieran ellas! Que se hagan comentarios dentro del personal sanitario delante de ellas, no se conoce la prostitución de cerca, entonces que el personal sanitario las esté atendiendo y que sepa que existe el protocolo, no tienen un modo de actuación, desconozcan el mejor modo de actuación para acercarse a ellas, creo que incluso desconocen las repercusiones que puede tener a nivel físico y psicológico, no se hacen una idea (Agente social, AIMUR).*

El reconocimiento de las mujeres migrantes extranjeras como titulares de derechos, el trato igualitario por parte de los servicios sanitarios y sociales sería el comienzo de un proceso de inclusión e integración social, que podría dar salida a sus expectativas sanitarias, laborales y sociales, muchas de ellas al margen de la industria del sexo, como lo expresa Eva.

*Estos diez años de trabajo en prostitución me han servido para darme cuenta lo que quiero, lo que no quiero, lo que quiero llegar a conseguir, cuáles son mis metas. Quiero,*

*bueno, te he dicho, que ahora tengo unos exámenes y me tengo que matricular en bachiller, ¿vale? Aparte de yo abrirme mi negocito para trabajar, y aparte...Yo quería una tienda. Pero aparte de una tienda, no sé si pondré un bar también, pero, un bar, o sea, típico familiar, por el día, ¿me entiendes?, no un pub ni discotecas, algo tranquilo (Eva, española, 29 años).*

Eva, por ser española, puede movilizarse y dar la dirección que sea a su trayectoria laboral, no tiene las dificultades de documentación que tienen las mujeres migrantes extranjeras que las sitúa en una situación de vulnerabilidad social, tal como hemos visto en los fragmentos de historias de vida narrados por las protagonistas. El discurso victimizador acerca de la prostitución, agudiza aún más esta situación de vulnerabilidad y de estigma social, ya que homogeniza a todas las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, sin reconocer la riqueza y heterogeneidad del colectivo, como lo refleja Isabel Holgado:

No somos todas iguales, ni estamos todas situadas en el mismo lugar de la jerarquía social, si algo nos define, precisamente es la enorme diversidad, de realidades, deseos, valoraciones, necesidades, aspiraciones etc. La clase económica, la etnia, la edad, el origen nacional, el bagaje cultural o formativo, la visión de la sexualidad, la historia personal..., son factores que inciden en nuestra posición, en nuestras expectativas y en nuestros modos de enfrentar la vida (Holgado, 2008: 8).

Dentro de esa diversidad, las mujeres migrantes extranjeras tienen voces que reivindican mejor trato y mejores posibilidades, pues de nada les sirve saberse víctimas de la peor violencia de género, si en función de este discurso no son tenidas en cuenta en el diseño de programas dirigidos a su colectivo, si son excluidas de las posibilidades de acceso a recursos especializados que pueden ayudar a normalizar su situación y favorecer su integración social. Aún dentro el mismo colectivo de personas que ejercen la prostitución, existen posicionamientos diferentes en relación con la regularización o no de la prostitución, aspecto que también debe ser escuchado. Al respecto, esta es la impresión de Eva, mujer española, como la de Sara y Alejandra:

*Mira, yo en este momento estoy cobrando el salario social y aparte lo que gano aquí. Entonces, si me hacen contrato por este lado, me quitan el salario social. Para mí sería una cagada. Pero yo entiendo que habrá otras que lo necesiten (...) Yo no tendría un contrato donde dijera prostituta. ¡No, Nunca! O sea, ¿tú sabes cómo queda eso en currículum?, en un currículum no tanto porque tú lo puedes o no tapar. Pero cuando te piden una vida laboral...siempre existirá mucha discriminación, va a seguir siendo, tienen*

*que pasar muchos años, porque la gente es así, hija... ¿qué se le va a hacer?* (Eva, española, 29 años).

*Mucho trámite he tenido que hacer para abrir mi negocio, y ellos saben, los funcionarios y policías saben, en que trabajamos acá, que atendemos a los hombres y eso, hace un mes me llevaron presa, que porque les cobraba acá a las mujeres... ¿y cómo lo pueden demostrar?, sino me dan la posibilidad de tener mi negocio legal totalmente, ¿cómo pueden demostrar?, yo soy legal en la medida que ellos me lo permitan* (Sara, colombiana. Diario de campo. 2012).

*Yo odio trabajar en esto, lo odio, pero ¿qué hago? no me queda otra opción, ¿me pongo a pedir, me pongo a robar?, solo Dios sabe el esfuerzo que tengo que hacer para ganarme el dinero que me gano acá y encima de todo, ¡tu propio jefe, tu propia compañera de trabajo te putea!, ojalá nos hicieran contrato para poderles exigir más respeto* (Alejandra, brasileña, 28 años. Diario de campo. Club. 2011).

El estigma que recae sobre las personas que trabajan en prostitución hace que sus opiniones no sean escuchadas y que pedir la regularización de la prostitución y reivindicar derechos laborales y sociales sea perpetuar una forma de violencia de género, “alimentando el imaginario colectivo que ve a las prostitutas como víctimas sin capacidad de decisión sobre su vida, como seres indefensos que deben estar bajo la tutela institucional, sin que importe lo que sientan o piensen” (Garaizábal, 2007: 17).

Algunas de las propuestas para romper con el estigma y la exclusión social del colectivo son expresadas por las asociaciones que atienden al colectivo; algunas, como AIMUR, ponen el énfasis en la abolición de la prostitución, otras, en cambio, como APDHA, reivindican mejores condiciones para ejercer la actividad.

*Pues pensamos que la prostitución es una forma de violencia de género, pensamos que es la esclavitud del nuevo siglo, pensamos que debe abolirse, pensamos que los mitos que hay, los tabú: “que como ha existido siempre debe de existir”, muchas veces la sociedad dice: ¡si es que, se tiene que pagar impuestos!, si realmente el proxeneta, que las quiera dar de alta, las dará como camareras, bailarinas, dar de alta, las podría dar de alta, si ese no es el problema, eso no cambiaría nada, ¿Quién iría con el carnet de prostituta por la calle?* (Agente social, AIMUR).

*Detectar la vulneración de los derechos humanos en materia de salud, promover unas condiciones laborales dignas para que las mujeres que así lo deseen ejerzan la prostitución con dignidad, promover la salud integral, facilitando la tarjeta sanitaria, asesoramiento en higiene, talleres de prevención y de hábitos saludables. Asesorando, derivando y acompañando a los centros de salud y a los especialistas y hospitales cuando lo solicitan y talleres de español para inmigrantes porque sin el conocimiento de la lengua no pueden expresarse y manifestar sus necesidades y exigir sus derechos en ningún ámbito (Agente Social, APDHA).*

Sea cual sea el posicionamiento de las asociaciones que escuchan, atienden, acompañan, realizan el proceso de normalización e inclusión y promueven la integración social de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución, las convierte en la única estrategia de articulación al tejido social de la provincia de Almería. Así lo describe el Agente Social de MDM:

*Pues las barreras que sortean a nivel social, son a través de la ayuda que pueden tener de nosotros y de otras organizaciones para obtener los servicios, yo no conozco ninguna otra estrategia (Agente social MDM).*

## Capítulo 8. CONCLUSIONES

---

El objetivo principal de esta investigación *ha sido conocer y analizar la articulación de los sistemas de género, con el proceso salud-enfermedad, en el ejercicio de la prostitución practicado por las mujeres migrantes extranjeras y sus efectos en la salud y en la integración social*, ha permitido guiar el estudio y visibilizar las situaciones de inequidad en las cuales transcurre la vida de las mujeres migrantes extranjeras que apostaron por un proceso migratorio en contextos de vulnerabilidad y marginación social.

Las siguientes conclusiones presentan las crecientes desigualdades que enfrentan las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución. Tales desigualdades que se vienen perpetuando a lo largo del tiempo, en sistemas sociales androcéntricos, operantes en sus países de origen y en el país de destino, en nuestro caso España. Las conclusiones se presentan de forma particular para cada uno de los objetivos propuestos en la tesis doctoral. Se pretende con ello sintetizar los hallazgos más relevantes.

El primer objetivo de esta tesis ha sido *identificar los perfiles de los diferentes colectivos de mujeres extranjeras migrantes que ejercen la prostitución en la provincia de Almería*. Teniendo en cuenta el marco desde el cual se desarrollan la vida y las trayectorias migratorias de las participantes de esta investigación, describo los siguientes perfiles encontrados:

a) En la provincia de Almería predomina el ejercicio de la prostitución de mujeres migrantes extranjeras, aunque también se encuentran varones que ejercen la prostitución masculina, transexuales y mujeres españolas, que son minoría y no ejercen la prostitución en las mismas condiciones que las protagonistas de esta investigación. En términos numéricos y con relación al uso que ellas y ellos hacen de los programas de atención en el ejercicio de la prostitución, encontramos mayor presencia de mujeres rumanas, un segundo grupo de mujeres de origen subsahariano (nigerianas, guineanas y malienses), un tercer grupo de mujeres de origen latinoamericano y un cuarto grupo de mujeres magrebíes.



b) Las mujeres migrantes extranjeras que tomaron parte en esta investigación, han utilizado las diferentes tipologías de redes migratorias para llegar a España: Las redes de tipo comercial y de tráfico de inmigrantes, las de tipo familiar o de vecindad, las coercitivas de tipo familiar, las coercitivas de trata y explotación sexual, las de trata y explotación doméstico sexual (Juliano, 2004). Encontramos que no toda práctica de la prostitución está ligada a la trata de personas y a la explotación sexual; también existen proyectos migratorios relacionados con la prostitución voluntaria y autónoma, tal como hemos interpretado a partir de las distintas narraciones producidas en el campo. Independientemente del tipo de red, existe una característica común a estos procesos migratorios en contextos de prostitución: la vulnerabilidad de las mujeres en sus países de origen, la pobreza de su grupo familiar, la poca movilidad social debida a su pertenencia a clases sociales con dificultades económicas y al deseo de alcanzar los objetivos personales con la promesa de trabajo en un país extranjero.

c) La exploratoria etnográfica realizada permite concluir que existen varios datos comunes a la diversidad de perfiles encontrados, el principal de los cuales es la *alta vulnerabilidad y la violación de sus derechos fundamentales* (Solana, 2003; Juliano, 2004; Mestre, 2005; Arella et al., 2007; APDHA, 2008; Holgado, 2008; APRAMP, 2011; Fernández, 2011; Corbalán, 2012; MDM, 2014), seguido de *la alta movilidad geográfica* del colectivo, tanto a nivel nacional, como transnacional (Agustín, 2004; Pérez y Ortiz, 2006; TAMPEP, 2009). Igualmente, las mujeres migrantes extranjeras que han participado en esta investigación tienen en común la responsabilidad de su unidad familiar, principalmente en su país de origen. La motivación principal para emprender el proyecto migratorio ha sido económica, a la búsqueda de mejores posibilidades para sí mismas y para su grupo familiar, dato que evidencia la capacidad de agencia del colectivo frente a sus trayectorias migratorias. En general las mujeres que participaron en esta investigación están en edad productiva, son mujeres jóvenes y resilientes (Gentil, 2009) frente a las situaciones difíciles que se les plantean a diario. Las mujeres africanas tanto magrebíes como subsaharianas, además de tener que afrontar la barrera del idioma, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud y sociales de la provincia, son las que residen y ejercen la prostitución en situaciones más desfavorables para su salud bio-psico-social. Las

mujeres de Europa del Este y de Latinoamérica, tienen en común la competencia idiomática, lo cual les facilita el acceso a los recursos existentes.

d) En cuanto a los datos sociodemográficos dentro de los cuatro colectivos participantes, se han encontrado las siguientes diferencias: La franja de edad mayoritaria entre las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución y fueron atendidas por MDM Almería, entre los años 2009-2012, - principalmente de origen rumano y africano (subsaharianas y magrebíes),- se sitúa en la horquilla que va de los 18 a los 34 años. Las personas entre 35 y 55 años, principalmente de origen latinoamericano y africano (subsaharianas y magrebíes), se encuentran en segundo lugar. Con relación al estado civil, la mayoría de las mujeres solteras son rumanas y subsaharianas, y hay un grupo minoritario de magrebíes, que llevan cargas familiares en sus países de origen. Con relación a los demás estados civiles (casadas, parejas de hecho, separadas y divorciadas) existe una gran variabilidad en todos los colectivos de mujeres, en los que se destaca la minoría de mujeres viudas, principalmente rumanas y latinoamericanas. Éstas últimas, también destacan por su nivel de educación y de formación. A diferencia de las mujeres magrebíes y subsaharianas, cuyo nivel educativo no supera la primaria. Se evidencia mayor analfabetismo en las mujeres de origen rural, principalmente de Marruecos. Con relación a su situación jurídica dentro de España, las mujeres africanas se encuentran en condiciones de irregularidad documental, en espera de completar las pruebas para poder obtener el permiso de residencia y trabajo por arraigo social, a diferencia de las mujeres rumanas, que son ciudadanas de la Unión Europea, y tienen libertad de circulación y posibilidades de acceso a un empleo en todos los países miembros de la Comunidad Económica Europea. El estatuto jurídico que las protege, les permite no tener que tramitar permisos de residencia y trabajo, como deben hacerlo las mujeres de terceros países, entre ellas las latinoamericanas, que durante la realización de esta investigación, en un alto porcentaje, poseían permiso de residencia y trabajo. La distribución territorial con relación a su lugar de residencia y de escenario de ejercicio, varía según el colectivo de pertenencia; rumanas y latinas, se ubican en las zonas urbanas de la provincia, a diferencia de las mujeres africanas, un grupo minoritario de las cuales reside en barrios marginales de la provincia, mientras otro lo hace en entornos rurales cerca de las zonas agrícolas de la provincia.

El segundo objetivo ha sido *conocer las condiciones de ejercicio de la prostitución y sus efectos en la salud de las mujeres migrantes extranjeras*. Las conclusiones derivadas de este objetivo resaltan las características del *territorio* donde están situados los escenarios de prostitución, que pueden ser zonas urbanas o rurales de la provincia albergadas en escenarios tanto en interior -clubes, pisos privados, chalets, naves industriales, “bares-cortijos” y bares- como en exteriores -calles rurales y urbanas, carreteras nacionales, carreteras comarcales, cruces entre invernaderos y glorietas-. Ninguno de los cuatro colectivos de mujeres tiene un control total sobre las condiciones en las cuales ejercen la actividad dentro la industria del sexo. Los diferentes escenarios descritos en la tesis, dan cuenta de los ambientes estresantes en los cuales desarrollan la actividad y de los múltiples riesgos laborales que enfrentan. Se describen, en primer lugar, los principales riesgos para la salud biológica (física), y, en segundo lugar las desigualdades sociales que hacen mella en su salud bio-psico-social.

**Los principales riesgos para la salud biológica encontrados han sido los siguientes:**

a) Las mujeres que ejercen en escenarios de interiores están expuestas a riesgo físico, como el ruido constante, principalmente en los clubes y bares. La iluminación de los interiores, que afecta la salud visual de las mujeres que ejercen, ya que la escasa iluminación de estos lugares además de causar constantes caídas a las mujeres, constituye también una dificultad para la utilización adecuada del material preventivo con los clientes, al dificultar el uso del condón en el lugar donde se ejerce la prostitución (Gaines, et al. 2013). Los problemas de salud más referidos por las mujeres migrantes extranjeras que ejercen en interiores, son los relacionados con el sueño, la alimentación, la poca práctica del ejercicio físico, la soledad y la tristeza. Aunque las mujeres de origen latino y rumano no tienen dificultades con el acceso a la alimentación en clubes, pisos y chalets, debido a los horarios de ejercicio, su rutina alimentaria también se ve alterada, puesto que eliminan el desayuno y algunas mujeres solo hacen una comida principal durante el día. Las mujeres subsaharianas y magrebíes en interiores informan de más alteraciones en la alimentación, no tanto por la modificación en los horarios, sino por la falta de recursos económicos para la compra de alimentos. En los cuatro colectivos de mujeres, la práctica de un deporte u otra actividad física que contribuya a su bienestar, son rutinas inexistentes. La vida cotidiana para estas mujeres transcurre en escenarios de prostitución

urbanos o rurales, y los horarios y rutinas de ejercicio de la actividad no se compaginan, en muchos casos, con los horarios de la vida cotidiana de sus familiares y amigos/gas. Las relaciones interpersonales son escasas fuera de los escenarios de prostitución. La sensación constante de soledad y aislamiento va haciendo mella en su salud psicológica y en su vida afectiva teniendo en cuenta, además, todas las rupturas y el duelo migratorio que narran experimentar en los escenarios de prostitución.

b) Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en exteriores están expuestas a contaminantes en sus lugares de residencia y de trabajo, principalmente las de origen africano, subsaharianas y magrebíes que residen entre invernaderos, consumen agua no potable de las balsas y de los riegos de los sectores agrícolas. La exposición bajo plásticos, al intenso calor en el verano, y al frío en el invierno, deja huella en sus pieles. Las lesiones físicas de la piel son frecuentes también, en las personas que ejercen en exteriores como calles, carreteras comarcales y carreteras entre invernaderos expuestas, sin protección, a largas horas de luz solar y a diferentes inclemencias climáticas, según la estación del año.

c) Los riesgos para la seguridad personal -agresiones físicas, agresiones psicológicas, robos y otras actividades generadoras de inseguridad personal- son altos en los escenarios de interiores por parte de los clientes, de los empleadores y por parte de las mismas compañeras de escenario. A excepción del aumento de riesgo por atropellamiento vehicular, todos estos riesgos los comparten las trabajadoras en escenarios exteriores.<sup>72</sup>

d) Los riesgos ergonómicos, debidos a posturas inadecuadas, esfuerzo físico, carga constante y esfuerzo repetitivo, pueden causar lesiones físicas que a largo plazo originan dolores lumbares y musculares. Este riesgo ergonómico es alto en todos los escenarios de prostitución, debido a las condiciones en las cuales se ejerce el oficio. A pesar de su gran importancia para la salud femenina, tales riesgos no son considerados cuando se aborda el tema de la salud de las personas que ejercen la prostitución. Tanto en escenarios de interior como de exterior, las mujeres migrantes extranjeras pasan largas horas de pie, caminando en tacones altos, subiendo

---

<sup>72</sup> Ver Tabla 7: *Posibles Factores de Riesgo laborales para las personas que ejercen la prostitución*. Capítulo VI.

y bajando escaleras, por lo que son recurrente las caídas en los diferentes escenarios, principalmente en los de interior, cuando además se consume alcohol.

e) La mayoría de enfermedades prevalentes que afectan la salud física de las mujeres que ejercen no se transmite sexualmente, como la infección de orina y la inflamación pélvica (Mc Granth et al., 2014), dolencias muy frecuentes en los cuatro colectivos de mujeres que participaron en esta investigación. Es necesario facilitar el acceso a las consultas de anticoncepción y a la citología cervical, promover los controles ginecológicos para la detección precoz del cáncer de cervical (Cabrerizo, Barroso y Rodríguez, 2013; Mc Granth et al., 2014; Soohoo et al., 2013), y explorar otros potenciales problemas de salud de las mujeres, como infecciones de orina e inflamación pélvica.

f) El uso del preservativo es casi universal en los encuentros sexuales de las mujeres participantes en esta investigación, lo que indica que estas personas no son la única fuente importante de transmisión de ITS/VIH (Folch, Esteve, Sanclemente et al., 2009; Bianchi, et al., 2013), como se ha argumentado, a través de la literatura científica y del discurso de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen, son cuidadoras de su salud y de la de los demás (familias, hijos/jas, parejas y clientes). Las conductas de prevención frente a posibles infecciones de transmisión sexual y el VIH, se han convertido en factores de protección, tanto por el trabajo realizado por las asociaciones que hacen campañas de prevención y entregan material preventivo, como por la consciencia y responsabilidad de las personas que ejercen, ante la posibilidad de una infección sexual. Esta responsabilidad consigo mismas está íntimamente ligada a sus familias (Wong et al., 2012). En la provincia de Almería, encontramos que estas mujeres bajan la guardia con su pareja íntima y en muchas ocasiones son éstos los vectores directos de las ITS/VIH. Esta situación requiere de un trabajo de empoderamiento de las mujeres sobre el manejo y el control de sus relaciones con sus parejas íntimas (Jackson, et al., 2009); así como programas de prevención de las ITS/VIH, dirigidos a la población masculina de la provincia.

g) El ejercicio de la prostitución representa un riesgo importante para los embarazos no deseados, especialmente en mujeres migrantes extranjeras, que reciben escaso apoyo social, tienen bajo nivel educativo y económico, poco conocimiento del sistema de salud (Río, Rebagliato, Bolúmar et al., 2010) y carecen de competencia idiomática (Decker et al. 2013; Zurriaga et al. 2009; Rodríguez, Lorca, López y Gómez, 2008). Se necesita un mayor esfuerzo dirigido a la promoción del uso de métodos anticonceptivos adecuados, según las creencias culturales y religiosas de cada colectivo, sus conocimientos acerca de la salud femenina, su capacidad de acceso a los diferentes métodos que faciliten la utilización del sistema de planificación de la familia. Resulta clave sensibilizar al personal sanitario en los diferentes centros de salud de la provincia, para darle continuidad al trabajo realizado por las diferentes asociaciones.

h) En la provincia de Almería, la industria del sexo está organizada en función de la clase social, la ocupación, el origen de procedencia de los clientes y el territorio que habitan. Los escenarios de prostitución en interiores o exteriores, se encuentran segmentados en función de las posibilidades residenciales de las personas inmigrantes y la cercanía a posibles puestos de trabajo, en su mayoría de producción agrícola, hostelería o construcción. Esta ubicación geográfica y territorial marca también el tipo de clientes que acuden a determinados escenarios y realizan actividades de comercio sexual en función del origen de los varones extranjeros migrantes y de los varones nacionales, pues son ellos quienes se emplean formal o informalmente y poseen el dinero para pagar por sexo a las mujeres. A pesar de esta importante presencia de varones inmigrantes y autóctonos en los escenarios de prostitución, durante el desarrollo del trabajo de campo, no se conoció ningún programa de prevención de las ITS/VIH, destinado a los clientes de la industria sexual, lo que evidencia que las conductas de riesgo de ITS/VIH y protección inadecuada, han sido moldeadas por factores de género y poder, que se establecen en la relación asimétrica entre mujeres que ejercen la prostitución, parejas afectivas y clientes (Gaines et al., 2013; Wong et al., 2012).

**Desigualdades sociales en salud que conllevan efectos para la salud biológica, psicológica y social del colectivo.**

a) La segregación espacial de las mujeres en función de su país de procedencia, género y clase social, evidencia cómo se conforman guetos habitacionales y ocupacionales que dificultan el proceso de inclusión y participación social. El contexto social en el que las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, “se hallan inmersas, las define y predispone a la vulnerabilidad en áreas básicas como la salud, el acceso a los servicios de sociales y la ciudadanía” (Amaro, 2010:9). *El territorio y la vivienda*, son determinantes sociales que generan desigualdades en salud para las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución. La separación física del lugar de residencia y del escenario donde se ejerce, es fundamental para la salud integral, ya que opera una separación real que diferencia el espacio íntimo, familiar y de descanso, del espacio donde se comercia con el sexo. Promover esta diferenciación entre las mujeres migrantes extranjeras, implica empoderamiento y control de las condiciones en las cuales llevan a cabo sus vidas, lo cual repercutirá en su bienestar psicológico. Aunque parece simple, no es tan fácil para ellas, porque para lograrlo requieren de libertad para actuar (más en casos de trata y explotación); de mejores ingresos económicos, para arrendar una vivienda; de redes de apoyo social, y de un dominio básico del castellano, entre otras habilidades. Algunas de las mujeres migrantes extranjeras, prefieren residir y ejercer en los escenarios de interior, porque estar por fuera de éstos implicaría quedarse sin techo y estar expuestas a mayor vulnerabilidad y riesgo personal. Algunas mujeres obtienen ganancias económicas que les permiten esta independencia, pero a diferencia de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución forzadas por redes mafiosas u otras redes coercitivas, prefieren sacrificar su espacio íntimo en beneficio de proyectos personales o familiares a largo plazo. Estos elementos pueden orientar a los/las profesionales de la salud y a los/las agentes sociales, en los procesos de identificación de posibles víctimas de trata y explotación sexual.

b) *La posición social* de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería se diferencia claramente en función de su país de origen y del escenario donde ejercen la actividad. Las mujeres africanas-subsaharianas y magrebíes- tienen una posición más baja en la escala social que las mujeres de origen latino y rumano que ejercen. La

posición social afecta la salud y los procesos de integración social, debido a que determina el grado de control y de empoderamiento que las mujeres tienen sobre las circunstancias de sus vidas. Esta capacidad actúa como escudo contra procesos de enfermedad bio-psico-social.

c) *Los ingresos económicos* provenientes del ejercicio de la prostitución son más altos entre las mujeres latinas y rumanas, lo que les permite tener una mejor calidad de vida, que se ve reflejada en los proyectos familiares y personales a los que son destinados los recursos, sea en el país de origen o en el lugar de destino. Los ingresos económicos les permiten tener independencia económica, alquilar una vivienda mejor, que les posibilite intimidad y separación real entre el tiempo para el descanso y el tiempo para ejercer la actividad; un mayor control del tiempo libre, y la distribución de los recursos económicos para gastos destinados al cuidado de su salud integral. Los ingresos económicos de las mujeres africanas que ejercen la prostitución, son más bajos. Las mujeres nigerianas, dejando de invertir en otros proyectos personales o familiares, invierten gran cantidad de dinero obtenido, para el pago de la deuda del viaje a España. El beneficio económico de las mujeres magrebíes por el ejercicio de la prostitución, se destina principalmente al sostenimiento personal en la provincia y al de sus familias en Marruecos. Las mujeres magrebíes y subsaharianas ejercen la prostitución principalmente con sus compatriotas, clientes que también se encuentran en situación de precariedad laboral, por lo cual, el pago del servicio sexual es más bajo.

d) Las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución en la provincia de Almería, conviven con *múltiples estresores*, no solo por la inseguridad en la cual realizan el ejercicio de la prostitución (Bletzer, 2003), sino también por su condición de *migrantes extranjeras*. La situación de irregularidad documental, la ausencia de la familia, la situación de precariedad laboral, la discriminación social, la falta de redes sociales, el cansancio físico, la ausencia de horas de sueño, etc., son los factores constantes de estrés de estas personas. Presentan sintomatología asociada a la ansiedad y depresión, por el trauma acumulativo de estrés (Achóstegui, 2006). Esta sintomatología no es abordada por ningún programa de salud pública y la atención que realizan las organizaciones sin ánimo de lucro no cuenta con atención continuada. Para las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución, la familia opera como un factor de protección, que refuerza la conducta de autocuidado, ya que ellas son el



soporte económico de los proyectos familiares y su figura encarna la idea del retorno a su país de origen o el reencuentro con hijos e hijas reagrupados en España. Este elemento coincide con la investigación realizada en China por Wong et al., (2012).

e) Una importante conclusión que abarca a los diferentes colectivos de mujeres migrantes extranjeras que han participado en esta investigación, que coincide con otros estudios anteriormente realizados en España, es que la prostitución no está asociada al estereotipo “consumo de drogas o alcohol” (EDIS, 2004; Meneses 2010; Fernández, 2011). Igualmente se concluye que las mujeres migrantes extranjeras aplican estrategias para minimizar el consumo de alcohol y de drogas (Meneses 2010; Fernández, 2011; Fernández y Agoff 2012); que es dentro del contexto del comercio con el sexo donde se da el consumo, que involucra a personas que ejercen la prostitución y a clientes; que el consumo practicado en exceso, a largo plazo puede traer consecuencias nocivas para la salud (Ross, Crisp, Mansson y Hawkes, 2012). En la provincia de Almería, el consumo de alcohol y drogas, está principalmente asociado a los escenarios en interiores. El consumo elevado y constante de alcohol, y la falta de criterio en la selección de los clientes, pueden conducir, a largo plazo, a la generación de cánceres gastrointestinales, enfermedades cardíacas, obesidad, deterioro neuro-psicológico, y pancreatitis, entre otros (Ross, Crisp, Mansson, y Hawkes, 2012). Igualmente, la falta de control, sumada a las circunstancias personales de la mujer, puede llegar a convertirse en una conducta social habitual, adictiva y de abuso. Los programas de salud dirigidos a este colectivo, deben potenciar las estrategias de autocuidado en las personas que ejercen, y dirigir igualmente los programas de prevención del consumo de alcohol y drogas a los clientes de la industria sexual en la provincia.

f) La violencia en sus múltiples manifestaciones -estructural-simbólica-cultural- es uno de los riesgos transversales a cualquier escenario o contexto en el que las mujeres ejercen la prostitución (Choudhury, Anglade y Parque, 2013). Ninguna asociación sin ánimo de lucro, ni estatal, desarrolla actividades generadoras de empoderamiento de las mujeres frente a los diferentes actos de violencia física o psicológica, que puedan llegar a sufrir. La prostitución es considerada como una forma de violencia de género, pero tal enfoque se reduce a un discurso vacío, sin acciones concretas que protejan a las posibles víctimas. Incluso las presuntas víctimas

del delito de trata y explotación sexual se encuentran desprotegidas ante los organismos públicos que deben atender esta realidad, como lo relatan las/los diferentes agentes sociales y las propias mujeres que ejercen.

g) La ausencia de redes de apoyo y solidaridad, es común, incluso entre ellas mismas, entre las cuales, en algunas ocasiones prima la rivalidad, principalmente por el cliente. Además, la constante movilidad no les permite establecer redes de amistad duraderas. Su principal apoyo son las diferentes asociaciones que en los distintos escenarios de prostitución de la provincia se hacen presentes en sus actividades y programas, poniendo en marcha todas las estrategias para darles salida a las problemáticas que presenta el colectivo en materia de salud, jurídica, económica, administrativa y social.

h) Ejercer esta actividad en la provincia de Almería, genera un reconocimiento social desacreditador, impone una marca estigmatizante que acarrea una serie de problemáticas biológicas, psicológicas y sociales, frente a lo cual el anonimato cumple una doble función: *protege su identidad, y a la vez las invisibiliza* aún más, excluyéndolas de los circuitos sociales que les podrían posibilitar una vinculación con el tejido social y podrían ofrecerle otras opciones laborales al margen de la vulnerabilidad social. Como hemos podido constatar a través de los discursos de las personas protagonistas de esta investigación, el estigma asociado a la actividad es un eje transversal que impregna las trayectorias migratorias de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen esta actividad. Las diferentes estrategias con las cuales las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución sortean el estigma social, la exclusión y las desigualdades sociales en salud, van siendo un elemento de análisis fundamental para poder hablar de resiliencia en este colectivo, ya que desarrollan estrategias para afrontar situaciones traumáticas, como la trata y explotación sexual. Sin embargo, queda pendiente el determinar en este colectivo, a través de un diagnóstico adecuado, la incidencia de trastornos psicopatológicos como el de estrés postraumático (Farley, 2003; Hossain et al., 2010).

El tercer objetivo ha sido *conocer los diferentes conceptos de salud que manejan las mujeres migrantes extranjeras, según su país de procedencia y su clase social, y la repercusión de los mismos en el acceso a los servicios sanitarios y sociales de la provincia de Almería.*

a) Las mujeres migrantes extranjeras en prostitución son cuidadosas de sus cuerpos y de los cuerpos de sus clientes. Este es un común denominador en todos los colectivos. Para las personas en prostitución es importante el cuidado de sus cuerpos y de su salud, realizan un control de su salud física constante, para lo cual, aprovechan la atención gratuita que ofrece el programa de atención al colectivo dentro de la provincia de Almería. Reconocen que necesitan otros procesos de atención, principalmente en su salud mental, pero generalmente desconocen los mecanismos de acceso a estos servicios.

b) Se encuentran mujeres muy jóvenes en prostitución, que por su poca experiencia en la industria del sexo, afrontan dificultades y corren mayores riesgos frente a conductas de autocuidado, pero con el tiempo aprenden a mantener las conductas de higiene, cuidado y prevención en el sexo de pago. La dinámica del poder, que subyace en esta actividad, incluyendo el estatus socioeconómico (Ross, Crisp, Mansson, y Hawkes, 2012), actúa como factor de riesgo, en cuanto que existe una mayor competitividad entre las mujeres, ya que para ganar un poco más de dinero, algunas de ellas se arriesgan a tener relaciones sexuales sin preservativos, teniendo en cuenta las peticiones de los clientes.

c) Los colectivos de mujeres latinas llevan mayor tiempo de ejercicio de prostitución dentro de la provincia, las mujeres entrevistadas dicen proceder de una cultura de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, a pesar de las dificultades económicas en sus países de origen, los sistemas de salud ofrecen un amplio abanico de posibilidades de acceso a los servicios sanitarios públicos o privados; entonces la intervención en temas de salud, tanto física como psicológica y social, se facilita debido al idioma común, posibilitando que las diferentes temáticas desarrolladas dentro de los programas, así como las recomendaciones sean tenidas en cuenta y llevadas a cabo.

d) Las mujeres rumanas confían poco en el sistema de salud español, a pesar de que en su país “si no pagas no te atienden”, en muchas ocasiones ellas esperan a que lleguen las vacaciones para consultar en su país por diferentes patologías, principalmente prefieren realizar las IVE en su país. Específicamente, en el tema de métodos de planificación familiar, el aborto está muy extendido y sigue siendo uno de los principales temas de trabajo con este colectivo. La facilidad para aprender el idioma español contribuye a que la intervención educativa en temas de salud y sociales con el colectivo sea productiva.

e) Las mujeres de origen africano, principalmente las nigerianas, tardan más tiempo en confiar en los agentes sociales o de salud. Es necesario realizar un adecuado proceso de empatía que permita el establecimiento de la confianza, ya que este factor facilita o dificulta los procesos educativos y socio-sanitarios. Muchas de ellas, aunque entiendan y hablen el español, prefieren hablar en inglés, lo que dificulta el establecimiento de la relación si la persona agente social o sanitario no tiene esa habilidad lingüística. Aunque confían en el sistema sanitario español algunas de ellas prefieren ser acompañadas a los diferentes servicios socio-sanitarios, otras acuden solas y algunas aunque quieran acudir a las diferentes citas que se les gestionan, no pueden hacerlo debido al control y explotación al que están sometidas. Las mujeres de origen guineano, con las que hemos trabajado en esta investigación, tienen mayor disposición para acudir a algún servicio de salud o social, lo cual se facilita por su conocimiento del idioma español, que les permite tener autonomía frente a los procesos de salud/enfermedad y atención. Las mujeres de origen magrebí, a pesar del aislamiento en el que residen, lejos de todos los servicios sociales y de salud, confían en el sistema sanitario español, son conocedoras de los circuitos para acceder a los diferentes servicios. Valoran la intervención de los diferentes profesionales de la salud y agentes sociales. La dificultad principal, radica en su condición de irregularidad, en el temor de ser deportadas y en la falta de oportunidades para aprender el español.

El cuarto objetivo ha sido *Identificar las dificultades que encuentran las mujeres migrantes extranjeras para acceder a los servicios sanitarios y a otros programas sociales que mejoren su calidad de vida.*

a) Los reglamentos y políticas que promueven la salud y el bienestar de este colectivo a menudo lo hacen como un subproducto de los esfuerzos para proteger a la comunidad en general. Tratando de prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) a través del contacto con las personas que ejercen la prostitución, los diferentes estudios recomiendan la aplicación de programas de salud pública que tengan en cuenta las necesidades del colectivo, a la vez que reconozcan las diferencias culturales, adaptando los programas a las necesidades de los grupos de trabajadoras sexuales inmigrantes en sus regiones (Bautista et al., 2008; Bianchi et al. 2013; Decker, et al. 2013; Fernández 2011; Folch et al., 2009; Gaines, et al., 2013; Mc Granth et al., 2014; Muftic y Finn, 2013; Nigro et al., 2006; Papadogeorgaki, et al., 2005; Wong et al., 2012; Zermiani et al., 2012; Soohoo, et al., 2013; Weine et al., 2013).

b) Los programas de salud pública, al igual que las organizaciones no gubernamentales que trabajan con este colectivo y con otros en riesgo de exclusión social, realizan una importante labor a favor de la salud e inclusión social de estas personas. Sin embargo, es necesario replantearse el concepto de salud que tienen y cómo lo desarrollan, ya que en algunos casos realizan un trabajo sesgado, en el que prima una mirada biomédica, desde la cual sólo es relevante el control de las posibles ITS/VIH, quedando al margen procesos fundamentales que potenciarían la salud integral de estos colectivos. Para no perpetuar así las desigualdades de género, los programas y actividades de sensibilización, prevención de la enfermedad y promoción de la salud, deben ser llevados a todos los estamentos (empresarios/as, encargados/as, clientes, vendedores, trabajadores/ras sexuales etc.) que conforman la industria sexual en la provincia.

c) Los diferentes servicios de salud y servicios sociales que diseñan y ejecutan programas con el colectivo de personas en prostitución, destinados a mejorar las buenas prácticas o los estilos de vida de estas personas, deben tener en cuenta que dichos comportamientos no son solo elecciones individuales sino que están condicionados socialmente. Es necesario abrir los canales

de comunicación y de acceso a este colectivo, a través de la participación de las diferentes organizaciones no-gubernamentales como las que hacen presencia en la vida de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución en la provincia de Almería, quienes son el puente entre las instituciones públicas que diseñan las políticas de salud y sociales. Teniendo en cuenta que la especificidad de cada grupo, exige una respuesta de intervención específica y nunca homogénea (Fernández, 2011; Weine et al., 2013; Bautista et al., 2008), es necesario promover y facilitar la participación de las personas que pertenecen a este colectivo, en el desarrollo de los programas de salud y sociales, incluyéndolas en el diagnóstico, el análisis de sus problemáticas, y en la ejecución y evaluación de los programas. Ello potenciará el empoderamiento y la capacidad de agencia de las personas, y llevará a que los resultados de las intervenciones sean acordes a sus necesidades.

d) Las mujeres migrantes extranjeras con una situación administrativa sin definir-sin permiso de residencia y trabajo- poseen un acceso más limitado a los servicios sociales. Este estatus de ilegalidad aumenta su situación de vulnerabilidad social (Choudhury, Anglade y Parque, 2013; Bautista, 2008; Bletzer, 2003; Bungay, Halpin, Jonhston y Patrick, 2012; Fernández y Agoff, 2012; Fernández, 2011; Gaines et al. 2013; Muftic y Finn, 2013; Weine et al. 2013). El desconocimiento de los diferentes servicios sociales a los cuales pueden acudir dentro de la provincia, dificulta la posibilidad de un adecuado asesoramiento. Además, las prestaciones y servicios sociales no son diseñados teniendo en cuenta la situación real y diferencial del colectivo sino que se estructuran desde la homogeneidad de los estereotipos y prejuicios lesivos de las personas que ejercen la prostitución (Juliano, 2004, Holgado, 2008). Para mejorar la salud y el acceso a las prestaciones sociales de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución, las intervenciones deben centrarse en la disminución de las desigualdades sociales del colectivo, por medio de intervenciones multisectoriales. Es necesario el reconocimiento de estas personas como sujetos de derecho, el otorgamiento de una situación administrativa (para las no comunitarias) que les permita acceder a otras oportunidades formativas, laborales, sociales, de salud, dentro de estrategias de visibilidad y oportunidad, y no desde la marginalidad, como se hace hasta ahora.

e) Las personas inmigrantes con situación administrativa irregular, no tienen acceso al sistema de salud en igualdad de condiciones que los/las nacionales<sup>73</sup>. El desconocimiento de la manera cómo funciona el Sistema de Salud Español, de las comunidades autónomas donde tienen derecho a los diferentes servicios en salud, y de las comunidades donde solo tienen derecho a la atención de urgencias, dificulta el acceso al servicio. A esta compleja situación, se suma el temor de las personas que ejercen la prostitución, a la discriminación manifestada por los profesionales de la salud y los servicios sociales, cuando conocen su actividad de prostitución. Todo esto constituye un límite significativo y constante para acceder a los dispositivos de integración social. Las organizaciones no-gubernamentales, las personas migrantes extranjeras y toda la comunidad, deben reivindicar sus derechos a la salud y no permitir el desmantelamiento del Estado de Bienestar, monitoreando los efectos adversos de las intervenciones implementadas por políticas sociales desiguales. Así por ejemplo, la última política de reforma en el área de salud en España, aumenta la desigualdad y afecta principalmente a los sectores más desfavorecidos de la población.

f) Es fundamental fortalecer las redes de apoyo social de las personas que ejercen la prostitución, y que se reconocen como trabajadoras del sector de la industria del sexo, permitir que sean escuchadas/dos, para que puedan alcanzar mejores condiciones laborales que reduzcan las exposiciones nocivas a su salud y la explotación laboral, gracias a la regulación de su actividad y de su condición administrativa, lo cual les permitirá romper con el temor, generalizado entre las mujeres no documentadas, a una posible deportación a sus países de origen, cuando las fuerzas del estado las encuentran sin documentación, lo que limita en gran medida su acercamiento a los dispositivos de atención tanto de salud como sociales.

g) Los servicios de salud y servicios sociales de calidad deben ser accesibles a toda la población, implementando el acompañamiento de mediadores y profesionales de la salud con competencias multiculturales, sin circuitos de acceso diferentes que aumenten las conductas de discriminación y etiqueten cada vez más a las personas en prostitución, tal como sucede en el caso de aislamiento de algunos colectivos de mujeres magrebíes y subsaharianas, residentes

---

<sup>73</sup> Andalucía y Asturias mantienen el acceso normalizado a la atención sanitaria a las personas en situación irregular, mientras que otras ocho comunidades han aprobado medidas para proporcionar tarjeta sanitaria a dichas personas, - Aragón, Canarias, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia, Comunidad Valenciana y País Vasco- (MDM, 2014).

en asentamientos o cortijos en zonas agrícolas, alejadas de los servicios públicos de salud y sociales, carentes de transporte público en zona de asentamiento de inmigrantes, y en localidades rurales donde se ubican algunos clubes, lo que dificulta el acceso a centros sociales y sanitarios. Por otra parte, la incompatibilidad horaria entre las horas de ejercicio y las horas de atención de los servicios de salud y sociales dificulta el cumplimiento de las citas médicas y sociales.

El quinto objetivo ha sido *el análisis de las estrategias que utilizan las mujeres migrantes extranjeras para mantener cierto equilibrio en el estado de salud bio-psico-social en las condiciones de ejercicio de la prostitución*. El programa liderado por la Delegación de Salud de Almería permite el acceso y la atención primaria en salud, a través de la participación de las asociaciones que han participado en esta tesis y que abarcan los diferentes territorios de la provincia, disminuyendo las desigualdades geográficas de acceso, posibilitando los servicios adecuados para las personas que se emplean en la industria del sexo. Sin embargo, el modelo higienista continúa permeando las prácticas médicas y de atención al colectivo de personas que ejercen la prostitución. En el siglo XXI se hace necesario ampliar la mirada y articular otros modelos de diagnóstico e intervención, más integrales y menos discriminatorios en los cuales la atención integral en salud de este colectivo constituya un proceso de articulación al tejido social y no una práctica de vigilancia y control permanentes. Las mujeres migrantes extranjeras con las que hemos trabajado durante esta investigación utilizan las siguientes estrategias para mantener el equilibrio de su salud bio-psico-social:

#### ***Estrategias en relación con su salud física***

a) La motivación principal para el autocuidado físico es alcanzar los objetivos propuestos con su proyecto migratorio, ligados principalmente a su familia, para el logro de lo cual tienen clara la necesidad de tener un “cuerpo sano”. Su principal estrategia, apoyadas en la experiencia que sus compañeras de escenario de prostitución tienen en la industria del sexo, es aprender conductas de autocuidado y de autoprotección, tales como la compra y distribución entre ellas de diferentes clases de material preventivo -condones, gel lubricante, espumas vaginales, etc.- y el uso adecuado de éste material de prevención de ITS/VIH.



b) Aprovechando el protocolo de salud que existe dentro del “*Programa de Reducción de Daños y Promoción de la salud*” de MDM y de las demás asociaciones que intervienen en los diferentes escenarios de prostitución dentro de la provincia, se vinculan a éstas para que les faciliten información y formación en temas de salud (APDHA; AIMUR; APRAMP; MDM; Proyecto Encuentro). Se realizan la tarjeta sanitaria que les da la posibilidad de ser atendidas en los centros de salud de su localidad, además de la cobertura que logran si se movilizan por otras provincias andaluzas.

c) La adaptación a los diferentes escenarios de interiores o exteriores, a sus condiciones de ejercicio, posibilidades o limitaciones dentro de la provincia de España, o el país donde se encuentren.

#### ***Estrategias relacionadas con su salud psicológica***

a) La resiliencia que se encuentra en las mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución, les permite hacer frente a todas las desigualdades sociales que enfrentan y hacen mella en su bienestar psicológico. Dicha resiliencia se alimenta de la motivación y protección que encuentran en su proyecto migratorio para continuar en contextos de prostitución, soportando los factores de estrés constantes en sus vidas (Bungay et al., 2012). De igual manera, despliegan una serie de mecanismos inconscientes de defensa que se activan para proteger su salud mental de las duras condiciones del ejercicio de la prostitución. La estrategia principal es el anonimato de la actividad dentro de la industria del sexo.

b) El proceso de “deconstrucción del significado del cuerpo” que realizan las mujeres migrantes extranjeras, para ejercer la prostitución; expresado en su “performance”, o puesta en escena, que incluye todo un ritual de maquillaje y vestuario que se presenta principalmente en bares de alterne, clubes y pisos privados, cuya realización exige una inversión económica. Esta puesta en escena, opera como un ritual que les permite el paso al escenario donde ejercen, y es elemento fundamental, principalmente entre las mujeres rumanas y latinas y las que

ejercen en interiores; en los escenarios interiores de asentamientos de inmigrantes, barrios marginales de la provincia e incluso en algunas zonas de exterior de la provincia, es escaso y opera de diferente manera.

c) El aprovechamiento de las visitas de los/las agentes sociales y de salud, a los diferentes escenarios de prostitución. Con ellos realizan todo un proceso de catarsis psicológica, gracias a la confianza consolidada y a que los/las mediadores/as sirven de enlace con los recursos externos existentes para ellas. Aprovechan, también, los pocos espacios de esparcimiento y disfrute del tiempo libre, para consolidar las escasas relaciones interpersonales que establecen con sus compañeras de escenario, clientes y trabajadores/ras del sector.

### ***Estrategias en relación con su salud social***

a) La vinculación a las diferentes asociaciones sin ánimo de lucro que proporcionan información en temas de prestaciones sociales, asistencia jurídica, ayudas familiares, información y atención en problemas de trata y explotación sexual, recursos residenciales de emergencia y acogida. La participación en cursos de formación en temas que les permitan incrementar sus conocimientos y habilidades sociales. Tales cursos son limitados para el colectivo de mujeres migrantes extranjeras, ya que la participación exige una situación administrativa regular, por lo que generalmente quedan al margen de actividades formativas importantes para la promoción social.

b) Dentro de sus propias comunidades y en su entorno más íntimo, se apoyan en “líderes de opinión y conocimiento” (compañeros/as de trabajo, líderes de asociaciones de inmigrantes), en las religiosas y otros agentes pastorales, dependiendo de su credo y de su país de procedencia. La agrupación de las mujeres migrantes extranjeras por colectivos nacionales, incluso en los mismos escenarios de prostitución, da cuenta de una estrategia social que les permite o ayuda a llevar adelante sus trayectorias migratorias y opera como un sistema de protección, frente a un sistema social nuevo para ellas. También les sirve de soporte emocional y económico la ayuda que reciben de su comunidad de origen.

c) La acumulación de pruebas sociales y de permanencia en España por tres años consecutivos, para optar al permiso de residencia y trabajo, según la figura de arraigo social, conforme a la Ley Orgánica de Extranjería 4/2000, es una estrategia que se ve interrumpida por la falta de ofertas laborales para las mujeres migrantes extranjeras. La carencia de relaciones interpersonales y de redes sociales al margen de la prostitución, dificulta la posibilidad de encontrar una persona que les ofrezca un contrato de trabajo para completar las pruebas que exige el proceso administrativo por arraigo, lo cual, las lleva a pagar fuertes cantidades de dinero por contratos de trabajo ficticios, que resultan frustrando el objetivo buscado. El matrimonio con un varón español o un inmigrante extranjero documentado es, para algunas mujeres, una de las estrategias sociales para conseguir la documentación que les permita tener mejores oportunidades.

d) Reproducción de estrategias de supervivencia que han aprendido en sus contextos de origen y desplegado también durante el viaje de llegada al país receptor que les ayudan a enfrentar las situaciones de inequidad y desigualdad que encuentran en el país de destino. Algunas personas están en prostitución como una estrategia para no delinquir (Juliano, 2011), enfrentadas a las duras circunstancias personales y sociales, en las cuales trascurren sus trayectorias migratorias. Tengan o no permiso de residencia y trabajo, emplearse en la industria del sexo, dentro de la provincia, constituye también una estrategia de supervivencia para algunas mujeres migrantes extranjeras que no encuentran otra fuente de empleo, puesto que las ganancias económicas les permiten mantener la alta en la Seguridad Social española -como es el caso de las latinas- conservando así los plazos requeridos para las posteriores renovaciones de sus permisos, lo que da continuidad a un posible proceso de nacionalización. Más allá del “cuerpo como empresa” (Hill, 2004), el cuerpo de las mujeres que han participado en esta investigación tiene múltiples significados, no son cuerpos sin alma, no son cuerpos sin dignidad. Las mujeres migrantes extranjeras son mujeres con capacidad de agencia, con capacidad de transformación, aunque encorsetadas por el estigma social que las margina y excluye.

El empoderamiento individual y comunitario de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución requiere de espacios de escucha y participación, en los que el primer paso es la

superación de la estigmatización de la actividad que realizan, reconociendo que detrás de la actividad existe un ser humano con derechos que cada vez son más vulnerados, brindándoles la posibilidad de evaluar su proceso migratorio dentro de los escenarios de la prostitución, apoyando el proceso personal de deconstrucción de su cuerpo, cargado de significaciones y representaciones propias de su cultura y de cómo las mujeres se relacionan con el sistema sexo/género donde fueron educadas y desde el cual movilizan sus recursos personales y despliegan estrategias adaptativas y de integración. Los servicios especializados de salud mental, deben posibilitar estos espacios de re-significación, que potencien en las personas que han sido víctimas de trata y explotación sexual entender su situación, al igual que a las personas en prostitución, que desean continuar ejerciendo o modificar su trayectoria laboral en función de las oportunidades que ofrece el medio social y su capacidad de agencia.

### **Nuevas líneas de investigación**

El empoderamiento individual y comunitario de las mujeres migrantes extranjeras en prostitución requiere de espacios de escucha y participación, en los que el primer paso es la superación de la estigmatización. Dado que la migración es un fenómeno permanente, las medidas para mitigar la desventaja originada en la migración deben ser tomadas en cuenta en el sistema sanitario (Kusuma, Kumari y Kaushal, 2013) y en los servicios sociales, gracias al reconocimiento de las necesidades específicas que las mujeres y varones migrantes extranjeros puedan tener y cómo enfrentar estas necesidades. Los y las inmigrantes pueden y deben contribuir de manera positiva a las nuevas culturas y es imperativo que sus necesidades en salud integral sean identificadas de alguna manera y los servicios prestados apropiados culturalmente (Bhugra, Gupta, Bhui, Craig, 2011). Mujeres y varones migrantes extranjeros, constituyen una población joven, cuyo estado de salud, es de esperarse que tienda a debilitarse más que el de la población autóctona por la mayor precariedad de sus condiciones de vida (Carballo, Grocutt y Hadzihasanovic, 1996; Rasmussen, 1997; Pardo, Engel y Agudo, 2007; Malmusi et al., 2010; Agudelo y Ronda, 2012; Pahwa et al., 2012; Deeb et al., 2013; Hurtado, Rosas, Valdez, 2013; Mahamoud, Roche y Homer, 2013; OIM, 2013; Alcántara, Chen y Alegría, 2014) como las detalladas en esta investigación, para el colectivo de personas que ejercen la prostitución.

El IV Plan Andaluz de Salud<sup>74</sup>, reconoce que la inmigración, “en términos de salud pública no está suponiendo un gran impacto ni en la sostenibilidad del sistema sanitario ni en la recomposición del “mapa epidemiológico” en España y Andalucía” (2013:12). Su impacto ha sido más político que sanitario (Moreno y Bruquetas, 2011). Las desigualdades sociales en salud son de gran magnitud, así mismo, el gradiente por clase social y las desigualdades de género existen en todos los países y regiones del mundo. “Andalucía no escapa a esta realidad y hay diversos análisis que ponen de manifiesto las diferencias territoriales en la mortalidad y las diferencias socioeconómicas y de género en la salud autopercebida, en la prevalencia de diversos problemas de salud y en los estilos de vida” (IV Plan Andaluz de Salud, 2013: 72).

*Reducir las Desigualdades Sociales en Salud* en la población andaluza, constituye el cuarto compromiso del IV Plan Andaluz de Salud, en el que se reconoce la necesidad de investigar sobre la efectividad de las intervenciones para reducir las desigualdades, dadas las pocas evidencias encontradas. Esta carencia en la teoría de salud pública, constituye una importante oportunidad para las ciencias sociales, “ya que el rigor científico en medicina, no puede abstraer los condicionantes culturales y laborales sobre el organismo” (Valls, 2011:72), ni los condicionantes religiosos de un colectivo. El conocimiento sobre la población inmigrante en España, estructurando por las/los investigadores/ras en ciencias sociales, aporta a la literatura científica una gran riqueza de datos empíricos relacionados con las desigualdades sociales en salud, los cuales contribuyen al perfeccionamiento de la teoría de salud pública.

---

74 IV Plan Andaluz de Salud. (2013). Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla. “El IV Plan Andaluz de Salud afronta seis compromisos, que a su vez, se concretan en 24 metas y 92 objetivos concretos, para mejorar la salud de la población, mediante la estrategia de Salud en Todas las Políticas. Es la apuesta que el Gobierno andaluz, desde todos sus sectores, hace por la salud, y por tanto, por el bienestar de la ciudadanía andaluza. Además, es un plan coherente con la Estrategia Europea Salud 2020, que incide en dos elementos fundamentales: mejorar la salud, reduciendo las desigualdades, y mejorar el liderazgo y la participación de la ciudadanía” (IV Plan Andaluz de Salud). Disponible en [http://www.iuntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/IV\\_Plan\\_Andaluz\\_de\\_salud/](http://www.iuntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_1_c_6_planes_estrategias/IV_Plan_Andaluz_de_salud/) Accedido el 16/11/2014.

Las líneas de investigación que se proponen son dos: la primera de ellas versa sobre “Migraciones, Género y Salud”, y pretende generar nuevos conocimientos sobre la magnitud de las desigualdades sociales y de género, tendientes a mejorar la comprensión de los procesos de salud/enfermedad/atención de los colectivos de personas migrantes extranjeras, teniendo en cuenta los contextos laborales en los que se encuentran. Esta integración es necesaria para poner fin a la dicotomía entre lo físico y lo social, entre el paradigma biomédico y el modelo de determinantes sociales en salud, en el cual, el sistema sanitario se constituya como un eje de integración social que reduzca desigualdades sociales en salud y vaya configurando un nuevo modelo que atienda no sólo a los síntomas del cuerpo sino que también tenga en cuenta los contextos sociales, políticos, económicos, en los que transcurre la cotidianidad de las personas y sus comunidades.

La segunda línea de investigación que se propone versa sobre “La deconstrucción del significado del cuerpo en contextos migratorios”. Para la biomedicina el cuerpo solo tiene un significado, para la teoría feminista, los cuerpos femeninos y masculinos tienen múltiples significaciones, que se han ido estructurando desde el sistema sexo-género, del que hacen parte. “Los géneros son históricos, y en ese sentido son producto de la relación entre la biología, sociedad y cultura, y por ser históricos devienen y presentan una enorme diversidad” (Lagarde, 1990: 1). Tal como se ha evidenciado y profundizado a lo largo de esta tesis doctoral, con la que hemos contribuido a comprender la magnitud del problema relacionado con la salud bio-psico-social que enfrentan las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución.

Cada línea de investigación que se propone, requiere contar con enfoques transdisciplinarios, que permitan la aplicación de diferentes métodos para la generación de conocimiento científico que contribuya al análisis y comprensión de la salud como un fenómeno social desde el cual se fortalecen el tejido y la integración social de los diversos colectivos femeninos y masculinos constituidos por migrantes extranjeros. La investigación debe servir también para la toma de decisiones en políticas de salud basadas en evidencias científicas, lo cual demanda desarrollar redes de colaboración con organizaciones,

gubernamentales sociales y académicas aptas para consolidar la investigación en este campo como un área estratégica de la salud pública.

## BIBLIOGRAFÍA

---

ABEL, G. (2014). Sex workers' utilisation of health services in a decriminalised environment. *Nueva Zelanda Medical Journal*, 127(1390):30-7. Disponible en <http://journal.nzma.org.nz/journal/127-1390/6012/> Accedido el 10/04/2014.

ACHOSTEGUI, J. (2004). Emigrar en situación extrema: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Norte de Salud Mental*, 21:39–52.

ACIÉN, E. (2008). Migrantes y trabajo sexual: estereotipos e intervención social. En Solana, J.L., Acien, E. (eds.). *Los retos de la prostitución: estigmatización, derechos y respeto*. (pp. 59-74). Granada: Comares.

ACIÉN, E. (2010). *Una experiencia de investigación etnográfica en el Poniente almeriense: nigerianas en el trabajo sexual*. Ponencia presentada en las VIII Jornadas de Pensamiento Crítico. Acción en Red. *Pensamiento crítico Página Abierta*. 206:20-25. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo;jsessionid=ACA3E10521D0FB2F31F1BBA57C855739.dialnet01?codigo=3415925> Accedido el 12/03/2011.

ACIÉN, E., MAJUELOS, F. (2003). *De la exclusión al estigma. Mujeres inmigrantes africanas en contextos de prostitución en el Poniente Almeriense. Una aproximación*. Almería: Asociación Pro Derechos humanos de Andalucía.

ACIÉN, E., SOLANA, J. L. (2008). *Los retos de la prostitución. Estigmatización, derechos y respeto*. Granada: Comares.

ACIÉN, E., CHECA, F. (2011). La actualidad del abordaje de la trata de personas para la prostitución forzada en España: El Plan Integral y sus implicaciones para trabajadoras del sexo inmigradas. *Gazeta de Antropología*, 27. Disponible en <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=1322> Accedido el 18/02/2014.

AERNY, N., RAMASCO; M., CRUZ, J. (2010). La salud y sus determinantes en la población inmigrante en la Comunidad de Madrid. *Gac. San.*, 24:136–44.

AGUDELO, A., RONDA, E. (2012). Aproximación epidemiológica al estudio de las condiciones de empleo, trabajo y salud en la población inmigrante Colombiana en España. *Barataria. Revista Castellana Manchega de Ciencias Sociales*, 13:211-224.

AGUSTÍN, L. (2004). *Trabajar en la industria del sexo y otros tópicos migratorios*. Donostia: Gakoa.

ALCAIDE, R. (2004). La reglamentación de la prostitución en la Barcelona de la Restauración (1870-1890). *Hispania*, 64(218):897-921.

ALCÁNTARA, C., CHEN, C., ALEGRÍA, M. (2014). Do post-migration perceptions of social mobility matter for Latino immigrant health? *Soc Sci Med*, 101:94-106.



- ALLEN, B., ARANA, M. E., ORTIZ-AGUIRRE, V; DE CASO, L. E. (2002). Identidad, disociación corporal y salud sexual entre mujeres que hacen trabajo sexual en la ciudad de México. *Géneros*, 10(28), 45-54.
- ALONSO, L.E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.
- AMARO, A. (2010). *Triplemente vulnerabilizadas: Vulnerabilidad en la salud, servicios de salud y contextos*. Alicante: Universidad de Alicante.
- ANGROSINO, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- ANTHIAS, F., LAZARIDIS, G. (eds.) (2000). *Gender and migration in Southern Europe: Women on the move*. Berg: Mediterranea Series.
- ARANGO, J. (2003). La explicación teórica de las migraciones: luz y sombra. *Migración y Desarrollo*, 1 Disponible en [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/gemi/descargas/articulos/42ARANGO\\_La\\_Explicacion\\_Teorica\\_Migraciones\\_Luces\\_Sombras.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/gemi/descargas/articulos/42ARANGO_La_Explicacion_Teorica_Migraciones_Luces_Sombras.pdf) Accedido el 14/03/2011.
- ARELLA, C., FERNANDÉZ, C., NICÓLAS, G., y VARTABEDIAN, J. (2007). *Los pasos (in)visibles de la prostitución. Estigma, persecución y vulneración de los derechos de las trabajadoras sexuales en Barcelona*. Barcelona: Virus.
- ARIZA, M. (2002). Migración, familia y transnacionalidad en el contexto de la globalización: algunos puntos de reflexión. *Revista mexicana de sociología*, 64(4): 53-84.
- ASCUNCE, N. (2013) En apoyo a la inversión en cribado. *Gac Sanit*, 27(4):369-371.
- ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SALUD PÚBLICA (2008). Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía. (ADSP-A de Cádiz). Disponible en [http://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN\\_final\\_.pdf](http://web.ua.es/opps/docs/informes/INDESAN_final_.pdf). Accedido el 4/01/2011.
- ASOCIACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y REINSERCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA (2011). *La trata con fines de explotación sexual*. Madrid: APRAMP.
- ASOCIACIÓN PRO-DERECHOS HUMANOS DE ANDALUCÍA (2008). *Documentos sobre prostitución. Reflexiones para el debate*. Sevilla: APDHA.
- ABITS. (2010). *Informe Serveis i Recursos del Pla per a l'Abordatge Integral del Treball Sexual*. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona.

BACIGALUPE, M., MARTÍNEZ, U. (2007). *Desigualdades sociales en la salud de la población de la comunidad autónoma del país Vasco. La clase social y el género como determinantes sociales de la salud*. Colección Derechos Humanos Juan San Martín. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.

BARAHONA, M.J., GARCÍA, L.M. (2003). Una aproximación al perfil del cliente de prostitución femenina en la Comunidad de Madrid. Madrid: Dirección General de la Mujer.

BARRAL, M. (2001). *Genes, género y cultura*. En Miqueo, C., Tejero, C., Barral, M.J., Fernández, T., Yago, T. (eds.) *Perspectivas de género en salud: fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (p.135-162). Madrid: Minerva.

BAUTISTA, C., REYNAGA, E., MARONE, R., SATEREN, W., MONTANO, S., AVILA, M. (2009). Sexual practices, drug use behaviors, and prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C, and HTLV-1/2 in immigrant and non-immigrant female sex workers in Argentina. *J Immigr Minor Health*, 11(2):99-104.

BEGUM, S., HOCKING, J., GROVES, J., FAIRLEY, C., KEOGH, L. (2013). Sex workers talk about sex work: six contradictory characteristics of legalised sex work in Melbourne, Australia. *Cult Health Sex*, 15(1):85-100.

BENACH, J. B. (2006). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 5:396-406.

BHUGRA, D., GUPTA, S., BHUIK, K., CRAIG, T.E. (2011). WPA guidance on mental health and mentalhealth care in migrants. *World Psychiatry*, 10:2-10.

BIANCHI, F., REISEN, C., GONZALEZ, F., ARROYO, J., ZEA, M., POPPEN, P. (2013). Sex with sex workers among latino day laborers in Suburban Maryland. *Arch Sex Behav.*, 42(5): 835-49.

BJÖRNGREN, C. (2010). *Policies on health care for undocumented migrants in EU27: Country report: Slovak Republic*. Country report: Slovak Republic. Malmö: Universidad de Malmö.

BLETZER, K. (2003). Risk and danger among women-who-prostitute in areas where farmworkers predominate. *Med Anthropol Q*, 17(2):251-78.

BOLETÍN OFICIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA (BOJA) (2008), de 17 de junio de 2008, por la que se delegan competencias para la suscripción de un convenio de colaboración entre la Consejería y Asociaciones que trabajan para el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de Salud Pública. BOJA núm. 119. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/31/convenio%20atencion%20personas%20ejercen%20prostitucion.pdf> Accedido el 24/01/2010.

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (1995). Ley 31/1995, de 10 de octubre, de Prevención de riesgos Laborales. BOE núm. 269 de 8 de noviembre.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (1995). Código Penal, del 23 de noviembre. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (1999). Ley, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. B.O.E núm. 298 de 14 de diciembre de 1999.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2003). Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. B.O.E núm. 298, de 13 de diciembre de 2003.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2004). Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313 de 29 de diciembre de 2004.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2005). Ley 13/2005, de 2 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. BOE núm. 157 de 3 de julio de 2005.

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2005). Ley 13/2005, de 2 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. BOE núm. 157-23632.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2010). Ley 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm 55 de 4 de marzo de 2010.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO (BOE) (2000). Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE núm. 10, de 12 de enero de 2000.

BONELLI, E., ULLOA, M. (2001). *Tráfico e Inmigración de mujeres en España. Colombianas y ecuatorianas en los Servicios Domésticos y Sexuales*. Madrid: ACSUR-Las Segovias.

BORRELL, C. (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.

BORRELL, C., ARTAZCOZ, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro *Rev Esp Salud Pública*. 82(3):245-249.

BOURDIEU, P. (1984). *Sociología y cultura*. México D. F.: Grijalbo.

BRABANT, Z., RAYNAULT, M. (2012). Health Situation of Migrants with Precarious Status: Review of the Literature and Implications for the Canadian Context—Part A. *Social Work in Public Health*, 27:330–344.

BRAVERMAN, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurement. *Annual Reviews of Public Health*, 27:117-194.

BREILH, J. (2010). 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la Salud. Conferencia en el Seminario *Rediscutindo a questão da determinação social da saúde*. CEBES, Salvador de Bahía (Brasil). 19-20 marzo, 2010

BROOK, B. (1999). *Feminist Perspectives on the body*. Londres: Longman.

BRUQUETAS CALLEJO, M., MORENO FUENTES, F. J. (2011) *Inmigración y Estado de bienestar en*

*España*. Colección Estudios Sociales, 31. Barcelona: Obra Social La Caixa.

BRUFAO, P. (2011). *Las miserias del sexo: prostitución y políticas públicas*. Los Libros de la Catarata: Madrid.

BUIJS, G. (ed.). (1993). *Migrant women: Crossing boundaries and changing identities* (Vol. 7). Berg, Oxford. Cambridge: Cambridge University Press.

BUNGAY, V., HALPIN, M., HALPIN, P., JONHSTON, C., PATRICK, D. (2012). Violence in the massage parlor industry: experiences of Canadian-born and immigrant women. *Health Care Women Int*, 33(3):262-84.

BUTLER, J. (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.

BUTLER, J. (2011). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

CABEZAS, E., CUTIÉ, E., SANTIESTEBAN, S. (2006). Diagnóstico y conducta en el cáncer de cuello uterino. En *Manual de procedimientos en Ginecología*. (pp. 162-168). La Habana: Ciencias Médicas.

CABRERIZO, M.J, BARROSO, M.P, RODRÍGUEZ, R. (2013). Infecciones de transmisión sexual en mujeres que ejercen la prostitución en Almería. *Actualidad médica*, 98(789):74-77.

CARBALLO, M., GROCUIT, M., HADZIHASANOVIC, A. (1996). A Women and migration: a public health issue. *World Health Stat Q*, 49(2):158-64.

CARMONA, S. (2000). Inmigración y prostitución: el caso del Raval (Barcelona). *Papers*, 60:343-354.

CARRACEDO, R. (2003). Por la abolición de la prostitución. *Utopías, nuestra bandera: revista de debate político*, 195:39-47.

CASEY, K. (1996). The New Narrative Research in Education. *Review of research in education*, 21:211-255.

CASTILLO, S., MAZARRASA, L., SANZ, B. (2001). Mujeres inmigrantes hablando de salud: utilización de sus discursos como estrategia para promocionar la salud. *Índex de enfermeria*, 34:9-14.

CATARINO, C., MOROKVASIC, M. (2005) Femmes, genre, migration et mobilités. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 21(1):7-27.

CATARINO, C., OSO, L. (2000). La inmigración femenina en Madrid y Lisboa: hacia una etnización del servicio doméstico y de las empresas de limpieza. *Papers*, 60, 183-207.

- CHANT, S. (1992). Gender and Migration in Developing Countries. En Chant, S., Radcliffe, S. (eds.) *Migration and development: the importance of gender*. (pp. 1-29). Londres: Belhaven.
- CHECA, F. (2005) *Mujeres en el Camino: el fenómeno de la migración femenina en España*. Barcelona: Icaria.
- CHECA, J. C. (2007). *Viviendo juntos aparte: la segregación espacial de los africanos en Almería*. Barcelona: Icaria.
- CHOUNDHURY, S., ANGLADE, D., PARK, K. (2013). From violence to sex work: agency, escaping violence, and HIV risk among establishment-based female sex workers in Tijuana, Mexico. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 24(4):368-82.
- CICCHETTI, D; GARMEZY, N. (1993). Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5(4):497-502.
- COBO, R. (2008). El género en las clases sociales. En Lorenzo, P., Maqueda, M.L., Rubio, A.M. *Género, Violencia y Derecho*. (pp. 49-59). Valencia: Tirant lo Blanch.
- COCKERHAM, W. (2007). New directions in health lifestyle research. *International Journal of Public Health*, 52(6):327-328.
- COMELLES, J. M., BERNAL, M. (2007). El hecho migratorio y la vulnerabilidad del sistema sanitario en España. *Humanias. Humanidades Médicas*, 13: 11-25.
- CONNELL, R. (1997). La organización social de la masculinidades. En Valdés, T., Olavarría, J. *Masculinidades. Poder y crisis*. (pp. 31-48). Chile: Isis Internacional.
- CORBALÁN, M. (2012). *Prostitutas de calle en Madrid en los inicios del nuevo milenio: discursos y realidades sobre prostitución en el marco de las perspectivas de género*. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- CORTÉS, C. (2009). *La identidad de colombianas inmigrantes que ejercen la prostitución en España*. Tesis Doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- COVRE, P. (2004). ¿De prostitutas a “sex workers”? En Osborne, R. (ed.) *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 237-244) Barcelona: Bellaterra.
- COURTIS, C., PACECCA, M. I. (2010). Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Papeles de población*, 16(63): 155-185.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA (2007). *Salud e interculturalidad en Jaca*. Huesca: Cruz Roja Española.
- DAPONTE, A., BOLIVAR, J., GARCÍA, C. (2008). *Las desigualdades sociales en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- DECKER, M., YAM, E., WIRTZ, A., BARAL, S., PERYSHKINA, A., MOGILNYI, V., BEYRER, C. (2013). El aborto inducido , el uso de anticonceptivos y la doble protección entre las trabajadoras sexuales en Moscú, Rusia. *Int J Gynaecol Obstet*, 120(1):27-31.
- DEEB, N., DÍAZ, C., JUÁREZ, C., GARCÍA, S., VILLALOBOS, A. (2013). Experiences of undocumented Mexican migrant women when accessing sexual and reproductive health services in California, USA: a case study. *Cad Saude Pública*, 29(5):981-91.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ESPAÑOL (2012). *La trata de seres humanos en España: víctimas invisibles*. Madrid: Defensor del Pueblo Español.
- DEFENSOR DEL PUEBLO ANDALUZ (2002). *Informe especial al parlamento: La prostitución: realidad y políticas de intervención pública en Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz.
- DELORS, J. (1996) *La Educación Encierra un Tesoro*. Madrid: Santillana.
- DÍEZ, E.J. (2012). El papel del hombre en la prostitución. *Nuestra Bandera*, 232, 39-54.
- DRAPER. R. (1982). *Guía de la prostitución femenina en Barcelona*. Barcelona: Martinez Roca.
- DUBOIS, R. J. (1959). *The Mirage of Health. Utopias, Progress and Biological Change*. Nueva York: Harper & Row.
- EDIS (2004). *Realidad social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- EMAKUNDE (2002). *Las mujeres que ejercen la prostitución en la comunidad autónoma del País Vasco*. Euskadi: Instituto Vasco de la Mujer-Emakunde.
- EMAKUNDE (2007). *Las mujeres que ejercen la prostitución en la comunidad autónoma del País Vasco*. Euskadi: Instituto Vasco de la Mujer-Emakunde.
- ENERGY CONTROL (2013). Servicio de análisis y sustancias. Disponible en: [http://energycontrol.org/files/analisis/Informe\\_Analisis\\_Estatal\\_EC\\_2013.pdf](http://energycontrol.org/files/analisis/Informe_Analisis_Estatal_EC_2013.pdf) Accedido el 26/11/2013.
- ENGELS, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286):129-136.
- ESCARIO, P., LÓPEZ-ACCOTTO, A. I., ALBERDI. A. (1996). *Lo personal es político: el movimiento feminista en la transición*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- ESCRIVÁ, Á. (2000). ¿Empleadas de por vida? Peruanas en el servicio doméstico de Barcelona. *Papers, Revista de Sociología*, 60:327-342.

ESTEBAN, M. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En Miqueo, C. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas.*(pp. 25-51). Madrid: Minerva.

ESTEBAN, M. (2004). *Antropología del cuerpo.* Barcelona: Bellaterra.

ESTEBAN, M. (2006) El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud Colectiva*, 2(1):9-20.

ESTEBAN, M. D. (2009). Prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas en población inmigrante y autóctona. *Gaceta Sanitaria*, 23(6):548-552.

ESTÉBANEZ, P., RODRÍGUEZ, M.A, RODRIGO, J, RAMON, P. (2002) *Evaluación y tendencias de predictores de riesgos asociados al VIH/Sida y otras ETS asociadas a trabajadoras del sexo en España.* Estudio financiado por FINSE. Expediente 2056/99.

EUROPEAN AIDS TREATMENT GROUP (2014). Documento de trabajo sobre el impacto de las políticas de Austeridad en las respuestas al VIH/SIDA en el Estado Español. Disponible en [http://www.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/doc196202\\_El\\_impacto\\_de\\_las\\_politicas\\_d\\_e\\_austeridad\\_en\\_la\\_respuesta\\_al\\_VIH-sida\\_en\\_el\\_Estado\\_Espanol.pdf](http://www.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/99922/doc196202_El_impacto_de_las_politicas_d_e_austeridad_en_la_respuesta_al_VIH-sida_en_el_Estado_Espanol.pdf) Accedido el 09/06/2014.

FARTLEY, M., COTTON, A., LYNNE, J., ZUMBECK, S., SPIWAK, F., REYES, M., SEZGIN, U. (2003). Prostitution and trafficking in nine countries: an update on violence and posttraumatic stress disorder. *J Trauma Pract*, 3-4:3374.

FERNÁNDEZ, D. (2007). *Michel Foucault, ética y política de la corporeidad.* Madrid: Idea.

FERNÁNDEZ, E., AGOFF, M.C. (2012). Drinking and working in a cantina: misrecognition and the threat of stigma. *Cult Health Sex*, 14(4):407-20.

FERNÁNDEZ, M. (2011). *Calidad de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución.* Tesis Doctoral. Oviedo: Universidad de Oviedo.

FERNÁNDEZ, R, RODRIGUEZ, J. (2005). Elementos históricos sobre la prostitución femenina en Costa Rica. El caso del Valle Central Noroccidental. *Diálogos Revista Electrónica*, 6(1). Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/dialogos/article/view/6203> Accedido el 10/11/2014.

FERRUS, I; HERAS. (2008). El fenómeno de la prostitución, una aproximación teórica a su estudio. En S. I. (coord.), *La prostitución femenina en la comunidad valenciana* (pp. 11-71). Valencia: Institut Universitari d'Estudis de la Dona.

FOLCH, C., ESTEVE A; MARTRÓ, E., LUGO, R., MOLINOS, S., GONZALEZ, V., CASABONA, J., VICENÇ, A., CASABONA, J. (2008). Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.*, 35(2):178-83.

- FONSECA, C., QUINTERO, M. L. (2006). Mujeres migrantes latinoamericanas en el trabajo sexual, de la relación simbólica entre cuerpo y sociedad desde los estudios de género contemporáneos. *Caderno Espaço Feminino*, 14(17): 29-60
- FOUCAULT, M. (1994). *Naissance de la biopolitique*. Cours au Collège de France. 1978-1979. París : Gallimard-Seuil.
- FREUD, S. (1940). *Esquema del psicoanálisis. Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GAVIDIA, V., TALAVERA, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*, 26: 161-175.
- GAINES, T., RUDOLPH, A., BROUWER, K., STRATHDEE, S., LOZADA, R., MARTINEZ, G., RUSCH, M. (2013). The longitudinal association of venue stability with consistent condom use among female sex workers in two Mexico-USA border cities. *Int J STD AIDS*, 24(7):523-9.
- GARAIZÁBAL, C. (2007). Prólogo. En Arella, C., Fernández, C., Nicolás, G., y Vartaberdian, J. *Los pasos (in)visibles de la prostitución. Estigma, persecución y vulneración de los derechos de las trabajadoras sexuales en Barcelona*. (pp.15-26). Barcelona: Virus.
- GARAIZÁBAL, C. (2008). Por los derechos de las trabajadoras del sexo. En Solana y Acien (eds.) *Los retos de la prostitución: estigmatización, derechos y respeto*. (pp. 24-26). Granada. España.
- GARCÍA, N. (1999). *La globalización Imaginada*. Madrid.: Paidós Ibérica.
- GARCIA-CALVETE, M.M. (2004). Género y Salud: un marco de análisis e Intervención. *Dialogo filosófico*, 59:212-228.
- GARCIA-CALVETE, M., DEL RIO, M., MAROTO, G., MATEO, I. (2008). Desigualdades de Género en Salud. En Daponte, A., García-Calvente, M., Bolívar, J. (eds.) *Las desigualdades sociales en salud*. Granada. (pp.51-75). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GARCIA-CALVETE, M., JIMÉNEZ; MARTÍNEZ, E. D. (2010). Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. *Serie Monografías EASP*, 48. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GARCÍA-CANO, M. (2004). *Formación para el trabajo en contextos de inmigración. El caso de la ciudad de Málaga en la década de los noventa*. Málaga: Aljibe.
- GARCÍALORO, G. (2008). Los ejes de la política migratoria en la Unión Europea. *Papeles del Este*, 17:21-38.
- GARCÍA-SÁNCHEZ, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/Sida. *Gac Sanit*, 18(2):47-54.
- GARRIDO, A., CHECA, F., ACIÉN, E. (2005). *Economía étnica y espacios alternativos de ocio. Estrategias económicas de mujeres subsaharianas*. En Checa, F. *Mujeres en el camino. El fenómeno de la migración en España*. (pp.117-138). Barcelona: Icaria.



- GENTIL, I. (2009). Salud y mujeres inmigrantes latinoamericanas. Autoestima y resiliencia. *Index Enferm*, 18(4):229-233.
- GIJÓN, M.T; JIMÉNEZ, M.L; MARTÍNEZ, E. (2006). Más allá de la diferencia, tras el cristal de la diversidad. La "inmigración" en la literatura biomédica en España. En Juárez, G. F. (ed.). *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. (pp. 115-133). Quito: Abya Yala.
- GOFFMAN, E. (1970). *Estigma*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GONZÁLEZ, B., TIRADO, S. (2006). *Estudio sobre la explotación sexual de las mujeres, con referencia al tráfico ilegal*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- GONZÁLEZ, J. L. (2011). Investigación exploratoria sobre migración de mujeres de Somoto (Nicaragua) a San Sebastián (España). *Encuentro*, 44(90):50-83.
- GRANATO, S., MEROÑO, M.S., ALEGRE, L. (2011). *Mujeres nigerianas víctimas de explotación sexual*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad.
- GREGORIO, C. (2011). El análisis de las migraciones transnacionales en el contexto español, revisitando la categoría de género desde una perspectiva etnográfica y feminista. *Nueva Antropología*, 24(74):39-71.
- GREGORIO, G. (1998). *Migración femenina y su impacto en las relaciones de género*. Madrid: Narcea.
- GREGORIO, G; RAMÍREZ, Á. (2000). ¿En España es diferente...? Mujeres inmigrantes dominicanas y marroquíes. *Papers, Revista de Sociología*, 60:257-273.
- GUEREÑA, J.L. (2003). *La prostitución en la España contemporánea*. Madrid: Marcial.
- HAMMAR, T. (1985). *European Immigration Policy: A Comparative Study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HARAWAY, D. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- HARDING, S. G. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives*. Nueva York: Cornell University Press.
- HARTSOCK, N. (1983). The Feminist Standpoint: Developing the Ground for a Specifically Feminist Historical Materialism. En Harding, S., Hintikka, M. (eds.) *Discovering Reality: Feminist Perspectives on Epistemology, Methodology and Philosophy of Science*. Dordrecht: Reidel.
- HEIM, D. (2011). Prostitución y derechos humanos. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, 23:234-251.

- HEIM, D., MONFORT, N. (2004). Prostitución y políticas públicas: análisis y perspectivas de un conflicto histórico. Especial referencia a la situación en los Países Bajos y Suecia. *RSCP*. 15:115-125.
- HERNÁNDEZ, I., SANTAOLAYA, M; CAMPOS, E. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26:6-13.
- HERRERA, C., CAMPERO, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44(6):554-564.
- HILL, R. (2004). *El cuerpo como empresa: los sexi-servidores: una mirada desde lo social*. México. Lumen-Humanitas.
- HOCHSCHILD, A.R. (2000). Las cadenas mundiales de afecto y asistencia y la plusvalía emocional. En Hutton, H., Giddens, A. (eds.) *En el límite. La vida en el capitalismo global* (pp.187-208). Barcelona: Tusquets.
- HOLGADO, I. (2001). *Las nuevas retóricas de la inmigración femenina: la prostitución en las calles de Barcelona*. *Scripta Nova*, 94(100). Disponible en <http://www.ub.edu/geocrit/sn-94-100.htm>. Accedido el 2 de marzo de 2011.
- HOLGADO, I. (2006). Mujeres e inmigración: viajeras que transforman el mundo. En Calvo Salvador, A., García Lastra, M. y Susinos Rada T. (eds.). *Mujeres en la periferia. Algunos debates sobre género y exclusión social*. Barcelona: Icaria.
- HOLGADO, I. (ed.) (2008). *Prostituciones. Diálogos sobre el sexo de pago*. Barcelona: Icaria.
- HOLGADO, (2013). Prostitución, derechos y estigma: algunas claves para la pedagogía del desprejuicio. En Jiménez-Ramírez, M., Del Pozo Serrano, F. J. *Propuestas didácticas de educación para la igualdad*. (pp. 225-243).Granada: Nativola.
- HONEYBALL, M. (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. Parlamento Europeo.
- HONTAÑÓN, P. (1861). *Discurso leído en la Universidad Central por el licenciado en Medicina y Cirugía D Pascual Hontañón*. Madrid: Jose M. Ducazal.
- HONTAÑÓN, P. (1865). Institución de los Médicos Higienistas. Resultados que deben esperarse de ella y medidas susceptibles de mejorarla, *La Crónica Médica*, 35(50-53).
- HOSSAIN, M., ZIMMERMAN, C., ABAS, M., LIGHT, M., WATTS, C. (2010). The relationship of trauma to mental disorders among trafficked and sexually exploited girls and women. *Am J Public Health*, 100(12):2442-9.

HURTADO, T. (2013). Del paradigma higienista a las teorías de la Interseccionalidad. La construcción social de la ocupación de trabajadoras sexuales. *La manzana de la discordia*, 8(1):7-22.

HURTADO, T., ROSAS, R.; VALDÉS, A. (2013). Servicios de salud, discriminación y condición étnica/racial: un estudio de caso de la problemática en México y Colombia. *Ra Ximhai*, 9(1):135-151.

ESCODE (2006). *Impacto de una posible normalización profesional de la prostitución en la viabilidad y sostenibilidad futura del sistema de pensiones de protección social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en [www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/51873.pdf](http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/51873.pdf). Accedido el 10/03/2010.

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (2005). *La prostitución en la comunidad autónoma de Andalucía*. Sevilla: Consejería para la igualdad y bienestar social.

INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER (2011). *Estudio sobre las mujeres víctimas con fines de explotación sexual en Andalucía*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

INSTITUTO DE LA MUJER. (2006). *La violencia contra la Mujeres. Resultados de la tercera Macroencuesta*. Madrid: Secretaría General de Políticas de Igualdad.

INSTITUTO DE LA MUJER. (2007). *Aspectos psicosociales y salud mental en la prostitución femenina, emigración y prostitucion*. Secretaria General de Políticas de Igualdad.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE). (2012). Disponible en <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do> Accedido el 14/04/14.

JACKSON, L. A., AUGUSTA, T., BURWASH, M., KARABANOW, J., ROBERTSON, K., SOWINSKI, B. (2009). Intimate relationships and women involved in the sex trade: perceptions and experiences of inclusion and exclusion. *Health*, 13(1):25-46.

JACKSON, L. A., BENNETT, C. G., SOWINSKI, B. (2007). Stress in the sex trade and beyond: Women working in the sex trade talk about the emotional stressors in their working and home lives. *Critical Public Health*, 17(3):257-271.

JIMÉNEZ, F. (2012) Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad, *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, México, 58 (19):13-42.

JULIANO, D. (1990). Aportes metodológicos para los estudios de la mujer. Ponencia presentada en el V Congreso de Antropología del Estado español. Granada: (inédita).

JULIANO, D. (1998). *Las que saben: subculturas de mujeres*. Madrid: Horas y horas.

JULIANO, D. (2002) *La prostitución el espejo oscuro*. Barcelona: Icaria.

JULIANO, D. (2004) *Excluidas y marginales: Cátedra*.

JULIANO, D. (2010). Prostitución: propuestas de intervención, Ponencia en las Jornadas de Médicos del Mundo. Universidad de Málaga: (inédita).

JULIANO, D, (2011). *Presunción de inocencia. Riesgo, delito y pecado en femenino*. Donostia: Gakoa.

JUNTA DE ANDALUCIA (2003). Andalucía en salud, construyendo nuestro futuro juntos. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Sevilla: Consejería de Salud.

JUNTA DE ANDALUCIA (2013). IV Plan Andaluz de Salud 2013-2010. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

KORNBLIT, A. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales, modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.

KRESSOVA, N., GRANADOS, M., GARCIA, F. J, y GRANADOS, A. (2010). Poniendo adjetivos a la inmigración. Observaciones sobre la imagen del colectivo inmigrante proyectada desde la prensa andaluza. *II Jornadas Medimigra: Tres décadas de flujos migratorios*. Murcia: Universidad de Murcia.

KRIEGER, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55,693-700. Disponible en <http://www.ods-ciberesp.org/inmigracion/raza-etnicidad-y-racismo.html> Accedido el 14/09/2010.

KUSUMA, Y., KUMARI, R., KAUSHAL, S. (2013). The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Trop Med Int Health*, 18(10):1202-10.

LACAN, J. (1988) *El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada*. Buenos Aires: Siglo XXI.

LAGARDE, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

LAMAS, M. (1999) *Género, diferencias de sexo y diferencia sexual*. Disponible en [http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id\\_articulo=375&i](http://www.debatefeminista.com/articulos.php?id_articulo=375&i) Accedido el 05/12/2013.

LÍNEA DE INVESTIGACION Y COOPERACIÓN CON LAS TRABAJADORAS SEXUALES. (LICIT) (2005). *Cap a un procés d'apoderament de les dones migrants treballadores del sexe*. Barcelona : Institut Català de les Dones. Barcelona: inédito.

LIM, L. (2004). El sector del sexo: la contribución económica de una industria. En Osborne, R. (ed.) *Trabajador@s del sexo. Derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. (pp. 57-83). Barcelona: Bellaterra.

LIPOVETSKY, G (1999). *La Tercera Mujer*. Barcelona: Anagrama.

- LOPEZ RIOPEDRE, J (2004). *Mara y sus amigas. Investigación sobre la prostitución en Galicia*. Lugo: Manuscritos.
- LÓPEZ RIOPEDRE, J (2010). *Inmigración colombiana y brasileña y prostitución femenina en la ciudad de Lugo: Historias de vida de mujeres que ejercen la prostitución en pisos de contactos*. Tesis doctoral. Madrid: UNED.
- LÓPEZ RIOPEDRE, J. (2011). La criminalización de la industria del sexo, una apuesta políticamente correcta. *Gazeta de Antropología*, 27: 1-18.
- LÓPEZ, F., PINEDO, R. (2007). *La mujer que ejerce prostitución en Castilla y León*. Observatorio de Género de Castilla y León. Junta de Castilla y León: inédito.
- LUBE. M. (2013). Estereotipos, identidades, y nichos económicos de las migrantes brasileñas en Madrid. *Estudios Feministas*, 21(1):167-190.
- MADEIROS, R. (2000). *Hablan las putas. Sobre prácticas sexuales preservativas y sida en el mundo de la prostitución*. Barcelona: Virus.
- MAHAMOUD, A., ROCHE, B., HOMER, J. (2013). Modelling the social determinants of health and simulating short-term and long-term intervention impacts for the city of Toronto, Canada. *Social Science & Medicine*, 93:247-255.
- MAJUELOS, F. (2012). *Trabajo sexual y economía inmigrante. Los bares africanos en el Poniente almeriense*. Almería: Universidad de Almería.
- MALMUSI, D., BORRELL C., BENACH, J. (2010). Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Social Science & Medicine*, 71(9):1610-1619.
- MALMUSI, D., VIVES, A., BENACH, J., BORRELL, C. (2014). Gender inequalities in health: exploring the contribution of living conditions in the intersection of social class. *Glob Health Action*, 14:7.
- MAQUEDA, L. (2009). *Prostitución, feminismos y derecho penal*. Granada: Comares.
- MAQUIEIRA, V. (2001) Género, diferencias y desigualdad. En Álvarez, S., Sánchez, C. *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. (pp. 127-190).Madrid: Alianza
- MARCU, S. (2008). El tráfico y la trata de mujeres rumanas en la Comunidad de Madrid. *Investigaciones Geográficas*, 46:159-177. Alicante: Universidad de Alicante.
- MARCU, S. (2009). Inmigrantes rumanas en el servicio doméstico y de cuidados de la Comunidad de Madrid: estudio cualitativo. *Estudios Geográficos*, 70(267):463-489
- MARECEK J, KRAVETZ D. (1979). Mujer y salud mental: un análisis de los intentos feministas de cambio. En: Sáez Buenaventura C. (comp.). *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo.

MARÍN, J. (2001). Nuevas tendencias para el estudio de la marginalidad y la prostitución. *Memorias del IV simposio Panamericano de Historia*. Disponible en [http://www.academia.edu/462977/Nuevas tendencias para el estudio de la marginalidad y la prostituci%C3%B3n](http://www.academia.edu/462977/Nuevas_tendencias_para_el_estudio_de_la_marginalidad_y_la_prostituci%C3%B3n) Accedido el 14/11/2014.

MASSANET, E; RIPOLL, C. (2008). *La representación de la mujer inmigrante en la prensa nacional. Papers*, 89 169-218.

MAZARRASA, L. (2001). Estrategias de promoción de la salud. En En Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C., Barral, M.J., Fernández, T., Yago, T. (eds.) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de direrencias sexuales no previstas* (pp. 77-95). Madrid: Minerva.

MC GRATH, L., MARSH, K., HUGHES, G., WARD, H. (2014). The sexual health of female sex workers compared with other women in England: analysis of cross-sectional data from genitourinary medicine clinics. *Sex Transm Infect*, 3: 1-7.

MÉDICOS DEL MUNDO (2007). *Memoria del proyecto de investigación. Barreras en el acceso al sistema público de salud por parte de población en riesgo o situación de exclusión social que acuden a los dispositivos de Médicos del Mundo*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MÉDICOS DEL MUNDO. (2009) El acceso a la sanidad un derecho no respetado en Europa. *Segundo Informe del Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad*. Dossier de Prensa.

MÉDICOS DEL MUNDO. (2010). *Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias en el ámbito de la prostitución en Andalucía*. Sevilla: Médicos del Mundo.

MÉDICOS DEL MUNDO. (2010). *Salud y Género*. Monográfico, 28. Madrid: Médicos del Mundo.

MÉDICOS DEL MUNDO (2014) *Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo*. Madrid: Médicos del mundo.

MENESES, C. (2007). Riesgo, vulnerabilidad y prostitución. *Documentación Revista de Ciencias Sociales y de Sociología Aplicada*, 144:11-36.

MENESES, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3):329-344.

MESTRE, R. (2005). Trabajadoras de cuidado. Las mujeres de la Ley de la Extranjería. En Checa, F. (ed.) *Mujeres en el camino: el fenómeno de la migración femenina en España*. (pp. 221-139). Barcelona: Icaria.

MILLET, K. (2010). *Política sexual*. Madrid: Cátedra.

MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL DE COLOMBIA. *Programa nacional de alfabetización*. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/w3-printer-235119.html> Accedido el 28/05/ 2014.

MINISTERIO DE IGUALDAD (2010). *Plan Integral de Lucha contra la trata de seres humanos con fines de Explotación Sexual*. Madrid: Ministerio de igualdad.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2008) *Plan multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA. España 2008-2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2013). *Victimas mortales por violencia de género*. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana_2013.pdf) Accedido el 08/06/2014.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009). *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010). *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2014) Delegación del gobierno para la violencia de género. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portaEstadistico/fichaResumen/2013/docs/Espana_2013.pdf). Accedido el 08/04/2014.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014). *Interrupción voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012*. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2012.pdf) Accedido el 05/06/2014.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014). *Victimas mortales por violencia de género*. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/VMortales\\_31122014.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/VMortales_31122014.pdf) Accedido el 02/02/2015.

MIQUEO, C. (2001). Semiología del androcentrismo. Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y Francois Broussais. En Miqueo, C., Tejero, C., Barral, M.J., Fernández, T., Yago, T. (eds.) *Perspectivas de Género en Salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 97-134). Madrid: Minerva.

- MONTENEGRO, M., PUJOL, J. (2003). Conocimiento situado: un forcejeo entre el relativismo construccionista y la necesidad de fundamentar la acción. *Interamerican journal of psychology*, 37(2):295-307.
- MORENO, F. J; BRUQUETAS, M. (2011). *Inmigración y Estado de bienestar en España*. Colección de Estudios Sociales de La Caixa. Barcelona: Fundación La Caixa.
- MOROKVASIC, M. (1984) Birds of Passage Are Also Women. . . *International Migration Review*, Special Issue: *Women in Migration* 68(18):886-907.
- MUFTIC, L., FINN, M. (2013). Health Outcomes Among Women Trafficked for Sex A Closer Look. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(9):1859 –1885.
- NSWP (1996). *Haciendo el trabajo sexual seguro*. Johannesburgo: NSWP. Disponible en [www.nswp.org](http://www.nswp.org) Accedido el 21/01/2015.
- NSWP (2014). *Estado de la Cuestión acerca del Acceso a Medicación*. “¡No comercien con nuestras vidas!”. Edimburgo: NSWP. Disponible en [www.nswp.org](http://www.nswp.org) Accedido el 21/01/2015.
- NICÓLAS. G (2006). Breve repaso histórico del tratamiento jurídico de la prostitución en el Estado español contemporáneo (siglo XIX hasta la Transición política). En Rivera, I. *Contornos y pliegues del derecho: homenaje a Roberto Bergalli*. (pp. 258-264). Madrid: Anthropos.
- NIGRO, L., LAROCCA, L., CELESIA, B., MONTINERI, A., SJPBERG, J., CALTABIANO, FATUZZO, F. (2006 ). Prevalence of HIV and other sexually transmitted diseases among Colombian and Dominican female sex workers living in Catania, Eastern Sicily. *J Immigr Minor Health* , 8(4):319-23.
- NÚÑEZ, F. (1995). *Mujeres públicas: historia de la prostitución en España*. Madrid: Temas de Hoy.
- NUSSBAUM, M (2002). *Las mujeres y el desarrollo humano*. Barcelona: Herder.
- OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE CANTABRIA (2013). *Líneas estratégicas 2013 -2015*. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Disponible en <file:///G:/Tesis%20201415/Dtos%20new/Documento%20de%20salud%20publica%20sobre%20ODSS%202013-2015.pdf> Accedido el 05/12/2014.
- ORDOÑEZ, A. (2006). *Feminismo y Prostitución. Fundamentos del debate actual en España*. Oviedo: Gaudies.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM) (2003). *Migración, prostitución y trata de mujeres dominicanas en la Argentina*. Buenos Aires: Oficina Regional para el Cono Sur



ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM) (2006). *Migración y Salud. Fundamentos de gestión de la Migración*. Ginebra: OIM.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM) (2012). *Panorama Migratorio de América del sur, 2012*. Buenos Aires: Oficina Regional para América del Sur.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM) (2013). *Migración internacional, Salud y Derechos Humanos*. Ginebra: OIM.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2005). *La migración internacional, la salud humana y derechos*. Ginebra: OMS.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2011) *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud: documento de trabajo*. Disponible en [http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-SP.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf) Accedido el 02/03/2014.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *Preguntas más frecuentes: ¿Cómo define la OMS la salud?* Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> Accedido el 11/11/2014.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2007). *Women and Gender Equity Knowledge Network. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf?ua=1) Accedido el 10/11/2013.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales en salud*. Comisión sobre los determinantes sociales en Salud. Buenos Aires: Journal.

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) (2004). *Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada transnacional y sus protocolos*. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Ginebra: ONU. Disponible en <http://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC%20Convention/TOCbook-s.pdf> Accedido el 14/02/2010.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Washington, D.C.: OMS-Harvard Center for Population and Development Studies.

ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2003). *Taller sobre Género, Salud y Desarrollo. Guía de facilitadores*. Washington, D.C.: OPS.

ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2004). *Gender Workshop. Identifying Gender Issues in Health. Participant Manual*. Disponible en [www.paho.org/English/AD/GA/GenderWorkshop.pdf](http://www.paho.org/English/AD/GA/GenderWorkshop.pdf) Accedido el 11/11/2010.

ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2005). *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Washington, D.C.: OPS-Harvard Center for Population and Development Studies.

ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2009). *Dispositivo global de aprendizaje sobre determinantes sociales en salud y formulación de políticas públicas*. Buenos Aires: OPS.

ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2010). *La integración entre salud y educación es uno de los motores fundamentales del desarrollo*. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2990:%5C%27%22%20la-integraciun-entre-salud-y-educaciun-es-uno-de-los-motores-fundamentales-del-desarrollo%5C%27%22;&catid=1443:news-front-page-items&Itemid=39592&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2990:%5C%27%22%20la-integraciun-entre-salud-y-educaciun-es-uno-de-los-motores-fundamentales-del-desarrollo%5C%27%22;&catid=1443:news-front-page-items&Itemid=39592&lang=es) Accedido el 10/01/2014.

ORTÍ, M.J. (2004). Estudio sobre la realidad de las mujeres invisibilizadas: trabajadoras sexuales en Castellón. En Castellano, D., Gil, A., Serrano, P. *La mediación social: las diferentes realidades*. (pp. 189-212). Valencia: Universitat Jaume I.

ORTIZ, T. (1993). El discurso médico sobre las mujeres en la España del primer tercio del siglo veinte. En López, M.T. *Las mujeres en Andalucía*. Actas del II Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer en Andalucía. Málaga: Diputación Provincial de Málaga.

OSBORNE, R. (1992). *Nosotras, las putas*. Madrid: Talasa.

OSBORNE, R. (2003). La Organización de la Sexualidad en Occidente: El papel de la institución en la prostitución. En Guasch, O., Viñuelas, O. (eds.) *Sexualidades. Diversidad y control social*. (pp.235-57). Barcelona: Bellaterra.

OSBORNE, R. (2004). *Trabajador@s del sexo: derechos, migraciones y tráfico en el siglo XXI*. Barcelona: Bellaterra.

OSO, L. (1998). La migración hacia España de mujeres jefas de hogar. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En García, J., Lacomba, J. (eds.) *La inmigración en la sociedad español. Una radiografía multidisciplinar*. (pp. 561-586). Barcelona: Bellaterra.

OSO, L (2003). *Estrategias migratorias de las mujeres ecuatorianas y colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución en Galicia, Madrid y Pamplona*. A Coruña: Universidad de A Coruña.

OSO, L., ULLOA, M., (2001). Tráfico e inmigración femenina desde la voz de las mujeres inmigrantes. En Bonelli, E., Ulloa, M. *Tráfico e inmigración de mujeres en España. Colombianas y ecuatorianas en los servicios domésticos y sexuales* (pp. 65-118). Madrid: ACSUR Las Segovias.

OSO, L., PARELLA, S. (2012). *Inmigración género y mercado de trabajo: una panorámica de la*

investigación sobre la inserción laboral de las mujeres inmigrantes en España. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 30 (1):11-44.

PAHWA, P., KARUNANAYAKE, C. M., THORPE, L. (2012). Longitudinal trends in mental health among ethnic groups in Canada. *Chronic Dis Inj Can*, 32(3):164-76.

PALLARÉS, J. (2007). *Mujeres inmigrantes y trabajo sexual en Lleida*. Lleida: Universitat de Lleida.

PAPADPGEORGAKI, H., CARONI, C., FRANGOULI, E., FLEMETAKIS, A., KATSAMBAS, A., HADJIVASSILIOU, M. (2006 ). Prevalence of sexually transmitted infections in female sex workers in Athens, Greece - 2005. *Eur J Dermatol*, 16(6):662-5.

PARDO, G., ENGEL, J. L.; AGUDO, S. (2007). Factores condicionantes de salud en población inmigrante procedente de África subsahariana. *Semergen*, 33(1):3-8.

PARELLA, S. (2007). Los vínculos afectivos y de cuidado en las familias transnacionales: Migrantes ecuatorianos y peruanos en España. *Migraciones internacionales*, 4(2):151-18.

PÉREZ GRANDE, (2008) Mujeres inmigrantes: realidades, estereotipos y perspectivas educativas. *Revista Española de Educación Comparada*, 14:137-175.

PÉREZ, C. (2003). *Las inmigrantes en la prensa: víctimas sin proyecto migratorio*. *Mugak*, 24.

PÉREZ, Z., ORTIZ, L. (2006). *Estudio diagnóstico sobre la situación de las mujeres que ejercen la prostitución en el municipio de Vitoria-Gasteiz*. Instituto Vasco de la Mujer. Araba.

PHETERSON, G. (2000). *El prisma de la prostitución*. Madrid: Talasa.

PHETERSON, E. (2005). Entre Trabajadoras, Cuidadoras y Empleadas Domésticas: Formando el discurso político sobre la 'conciliación de la vida familiar y laboral. *VII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración: Democracia y Buen Gobierno*. Madrid: Asociación Española de Ciencia Política y de la Administración.

PINEDO, R. (2008). *Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución*. Tesis Doctoral. Salamanca: Universidad de Salamanca.

PISCITELLI, A. (2009). Tránsitos: circulación de brasileñas en el ámbito de la transnacionalización de los mercados sexual y matrimonial. *Horizontes Antropológicos*. 15(31):101-136.

PISCITELLI, A. (2007). Brasileiras na indústria transnacional do sexo. Migrações, direitos humanos e antropología. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 7. Disponible en <http://nuevomundo.revues.org/3744> Accedido el 10/12/2013.

PISCITELLI, A. (2013). *Trânsitos: brasileiras nos mercados transnacionais do sexo*. Río de Janeiro: Universidade Estatal do Rio de Janeiro.

- PLAZAOLA, J., PÉREZ, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina clínica*, 122(12):461-467.
- PONS, A. (1993). *La cara oculta de la luna. Condiciones de vida de las prostitutas en Asturias*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- PULEO, A. (2002) Feminismo y ecología. Un repaso a las diversas corrientes del ecofeminismo. *El Ecologista*, 31:36-39.
- QUEVEDO, E. (2000). El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina *Tierra Firme. Revista de Historia y Ciencias Sociales*, 72(18):611-661.
- RASMUSSEN, L. (1997). Inmigración internacional y salud en la Unión Europea. En *Inmigración: salud y políticas sociales*. Escuela de Andaluza de Salud Pública. Granada: Junta de Andalucía.
- RESTREPO, A. (1993). Cosmovisión I, II. Ponencias. Facultad de Psicología. Universidad de San Buenaventura. Medellín: inéditas.
- RIBAS, N. (2005). Todo por la familia. La emigración de las familias desde el origen. En Checa, F. (ed.), *Mujeres en el camino. El fenómeno de la migración femenina en España*. (pp. 105-115). Barcelona: Icaria.
- RINCÓN, M. (2012). *Estilos de apego en mujeres rumanas que ejercen la prostitución en Almería-España*. Almería: Universidad de Almería.
- RÍO, I., CASTELLÓ, A., JANÉ, M., PRATS, R., BARONA, C., MAS, R., REGABLIATO, M., ZURRIAGA, O., BOLUMAR, F. (2010). Indicadores de salud reproductiva y perinatal en mujeres inmigrantes y autóctonas residentes en Cataluña y en la Comunidad Valenciana (2005-2006). *Gac. Sant.* 24 (2):123-127.
- RÍOS, A. (2006) *Dinámica personal y social de las mujeres latinoamericanas en la ciudad de Granada. España*. Tesina para optar al Diplomado de Estudios avanzados. Universidad de Granada. Granada: inédita.
- ROBLES, V. (2007). De cuerpos y deberes, el cuerpo como referente moral de la educación de las mujeres en el siglo XIX. En Muñoz, M., Gregorio, G., Sánchez, E. *Cuerpos de mujeres: miradas, representaciones e identidades* (pp. 205-226). Granada: Universidad de Granada.
- RODRÍGUEZ, P. (2008). Género, inmigración y trabajo en las sociedades postmodernas. En Holgado, I. (ed.) *Prostituciones. Diálogos sobre el sexo de pago*. (pp. 41-55). Barcelona: Icaria.
- RODRÍGUEZ, M. L. (2011). Plataforma de mujeres. Prostitución marroquí, vergüenza de Estado. *Cambio 16*, 20:79.
- RODRÍGUEZ, P., LAHBABI, F. (2002). Intervención social con mujeres migrantes, el caso de las mujeres marroquíes que trabajan en la industria del sexo en Almería. *Portularia 2*:213-230. Huelva: Universidad de Huelva.

- RODRÍGUEZ, P., LAHBABI, F. (2005). *Migrantes y trabajadoras del sexo*. Valencia: Del Blanco Editores.
- RODRÍGUEZ, E., LORCA, T., LÓPEZ, M., GÓMEZ, A. (2008). Mujer inmigrante: motivo de consulta e historia gineco-obstétrica en una zona de salud. *Semergen, Soc. Esp. Med Rural Gen.*, 34(2):59-65.
- ROHLFS, I., BORRELL, C., FONSECA, M.C. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos, *Gac Sanit*, 14 (3): 60-71.
- ROSS, M., CRISP, B., MANSOON, S., Y HAWKES, S. (2012). Occupational health and safety among commercial sex workers. *Scand J Work Environ Health*, 38(2),105-19. Disponible en <http://dspace.mah.se/bitstream/handle/2043/13185/140301handl13185.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Accedido el 12/01/2014.
- ROSSER, S. V. (1994). *Women's health--missing from US medicine*. Washington D.C.: Georgetown University Press.
- RUBIO, A. (2008). La teoría abolicionista de la prostitución desde una perspectiva feminista. En Holgado, I. *Prostituciones. Diálogos sobre sexo de pago*. (pp.73-94). Barcelona: Icaria.
- RUBIO, M. (2008). Ni puta ni trabajadora sexual: prostituta. *Borrador de Método*, 51:1-13.
- RUIZ, M. (2001). Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgos de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad. En Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C., Barral, M.J., Fernández, T., Yago, T. (eds.) *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas* (pp 163-178). Madrid: Minerva.
- SACRISTÁN, F. (2006). Contingente de trabajadores extranjeros en España. *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13. (2006.1). Disponible en <file:///C:/Users/PedroP/Downloads/27870-27889-1-PB.PDF> Accedido el 26/04/2014.
- SÁNCHEZ, A. (2000). *Enfermería Comunitaria*. Capítulo I: Concepto de salud y factores determinantes. McGraw-Hill Interamericana. Madrid.
- SANCHÍS, E., SERRA, I. (2011). El mercado de la prostitución femenina. Una aproximación desde el caso valenciano. *Política y sociedad*, 48(1):175-192.
- SANMARTÍN, H. (1981). *Manual de salud pública y medicina preventiva*. Barcelona: Masson.
- SANTESMASES, M. (2008.). Mujeres, biología, feminismos: un ensayo bibliográfico. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, 38:169-178.
- SASSEN, S. (2003) *Los espectros de la globalización*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- SASSEN, S. (2004). *Contrageografías de la globalización Género y ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de sueños.
- SASSEN, S. (2007). *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Katz.
- SAYED-AHMAD, N. (2008). Salud Mental en la Inmigración. En Sayed-Ahmad, N., García, G.R; González, R.E. *Monografía I. Colección Inmigración y Salud*. Granada: Red ISIR-Junta de Andalucía.
- SEN, A. K. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.
- SERRA, I. (2008). La prostitución femenina en la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana.
- SJM-España (2010). *De la casa a la mesa del diálogo social: Reflexiones y vivencias compartidas en torno al empleo doméstico. Propuestas de actuación*. Disponible en <http://www.centroellacuria.org/imgx/sjm/de%20a%20casa%20a%20la%20mesa.pdf> Accedido el 14/03/11.
- SOLANA, J. L. (2007). Movimientos migratorios, trabajadoras inmigrantes y empleo en la prostitución. *Documentación Social*, 144:37-57.
- SOLANA, J.L. (2003) *Prostitución, tráfico e inmigración de mujeres*. Córdoba: Comares.
- SOLANA, J., LÓPEZ RIOPEDRE, J. (2012). *Trabajando en la prostitución. Doce relatos de vida*. Granada: Comares.
- SOLAR, O., IRWIN, A. (2007) *Discussion paper for the Commissions of Social Determinants of Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- SOOHOO, M., BLAS, M., BYRAIAH, G., CARCAMO, C., BROWN, B. (2013). Cervical HPV Infection in Female Sex Workers: A Global Perspective. *Open AIDS J*, 30(7):58-66.
- STANSFELD, S. (1999) Social support and social cohesion En: Wilkinson, R., Marmot, M. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- STOLCKE, V. (1992). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Mientras tanto*, 48: 87-111.
- STOEHR, V. (2000). Sobre los fines y la metodología en los estudios sobre la mujer y las relaciones de poder en la sociedades occidentales desarrolladas. *Espéculo*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Disponible en [http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v\\_stoehr.html](http://www.ucm.es/info/especulo/numero16/v_stoehr.html) Accedido el 24/05/2013.
- TACOLI, C. (1999). International Migration and the Restructuring of Gender Asymmetries: Continuity and Change Among Female Labor Migrants in Rome. *International migration review*, 33(3):658-682.

TAMPEP (2009). *Sex Work in Europe. A mapping of the prostitution scene in 25 European countries*. Ámsterdam: TAMPEP.

TATAFIORE, R. (1998). Las prostitutas y las otras. *Debats*, 24: 10-16.

TÁVORA, A. (2001). El género y los sistemas de referencia en Salud Mental. En Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, M., Barral, T.F. *Perspectivas de Género en Salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. (pp. 199-222). Madrid: Minerva.

TOPAL, K., ESER, E., SANBERK, I., BAYLISS, E., SAATCI, E. (2012). Challenges in access to health services and its impact on quality of life: a randomised population-based survey within Turkish speaking immigrants in London. *Health Qual Life Outcomes*, 26:10-11. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-10-11.pdf> Accedido el 05/01/2014.

TOWNSEND, P., DAVISON, N. (1982). *Inequalities in health: the Black Report*. Harmondsworth: Departamento de Salud y Seguridad social.

TRIPP, M., PETRIE, T. (2001). Sexual abuse and eating disorders: A test of a conceptual model. *Sex Roles*, 44(1-2):17-32.

TRISTÁN, F. (1977) *Unión obrera*. Fontamara: Barcelona.

URTEAGA, L. (1986). Higiene y ambientalismo en la medicina decimonónica. *Acta Hispanica ad Medicinam Scientiarumque Historiam Illustrandam*, (5-6):417-425.

VÁZQUEZ, F., MORENO, A. (1990). Pascual de Hontañon y la prostitución del último tercio del siglo XIX: saber médico frente a moralidad pública. *Trocadero*, 2:217-230.

VANWESENBEECK, I (2001). Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000. *Annual review of sex research*, 12(1):42-289.

VALLS-LLOBET, C. (2001). El estado de la investigación en salud y género. En Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C., Barral, M.J., Fernández, T., Yago, T. (eds.). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Grupo de Salud del Seminario Interdisciplinar de Estudios de la Mujer de la Universidad de Zaragoza. *Minerva Ediciones*.

VALLS-LLOBET C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona: Debolsillo.

VALLS-LLOBET, C. (2011). *Mujeres, Salud y Poder*. Madrid: Cátedra.

VENEGAS, M. (2007). La "mirada normativa del otro". Representaciones del cuerpo femenino y construcción de la identidad corporal a través de la experiencia del cuerpo como espacio de sumisión y resistencia. En Muñoz, M., Gregorio, C., Sánchez, E. *Cuerpos de mujeres: miradas, representaciones e identidades* (pp. 205-226). Granada: Universidad de Granada.

VILLARMEA, S. (1999). Conocimientos situados y estrategias feministas. *Revista española de estudios norteamericanos*, 17:219-235.

WEINE, S., GOLOBOF, A., BAHROMOV, M., KASHUBA, A., KALANDAROV, T., JONBEKOV, J.S. (2013). Female migrant sex workers in Moscow: gender and power factors and HIV risk. *Women Health*, 53(1):56-73.

WEITZER, R. (2010). *The mythology of prostitution: Advocacy research and public policy*. *Sexuality Research and Social Policy*, 7(1):15-29.

WIJERS, M. (2002). Only Rights Can Stop Wrongs: a Critical Assessment of Anti-trafficking Strategy. EU/IOM STOP *European Conference on Preventing and Combating Trafficking in Human Beings — A Global Challenge for the 21<sup>st</sup> Century*. Parlamento europeo: Bruselas. Disponible en <http://www.walnet.org/csis/papers/wijers-rights.html> Accedido el 22/02/2012.

WILKINSON, R., MARMOT, M., (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.

WILKINSON, R., MARMOT, M.G., (2003). *Los hechos probados. Determinantes sociales en Salud*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.

WOMEN'S LINK WORLDWIDE. (2011) Los derechos de las mujeres migrantes: Almería la historia que nadie cuenta. Madrid: Brújula comunicaciones.

WOMEN'S LINK WORLDWIDE (2014) *La trata de mujeres y niñas nigerianas: esclavitud entre fronteras y prejuicios*. Disponible en [http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle\\_prensa&dc=448](http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_prensa&dc=448) Accedido el 10/10/2014.

WONG, M., CHAN, R., TAN, H., YONG, E., LEE, L., CUTTER, J. (2012). Sex work and risky sexual behaviors among foreign entertainment workers in urban Singapore: findings from Mystery Client Survey. *J Urban Health* 9723-5, 89(6):1031-44.

ZERMIANI, M, MENGOLI C, RIMONDO, C, GALVAN, U, CRUCIANI, M y SERPELONO,G. (2012). Prevalence of sexually transmitted diseases and hepatitis C in a survey of female sex workers in the north-East of Italy. *Open AIDS J.* , 6:60-4. Disponible en <http://europepmc.org/articles/PMC3401890;jsessionid=YPITSNMtUGo5F3wX5Y4F.5> Accedido el 14/02/2014.

ZLOTNIK, H. (1995). Migration and the family: the female perspective. *Asian and Pacific Migration Journal*, 4 (2-3), 253-271.

ZONTINI, E. (2008). Migraciones, género y multiculturalismo. Una perspectiva de Europa meridional. En Nash, M., Rovira, N. B., I. Robira R. T. *Inmigración, género y espacios urbanos: Los retos de la diversidad*. (pp. 99-122). Barcelona: Bellaterra.



ZURRIAGA, O., MARTÍNEZ, M., GALMES, A., TORNE, M., BOSCH, S., BOSSER, R., PORTELL, M. (2009). Recourse to induced abortion in Spain: profiling of users and the influence. *Gac Sanit*, 23( 1):57–63.

## Bases de datos

---

FUNDACION DIALNET (2002). Dialnet. Universidad de la Rioja. Disponible en [http://dialnet.unirioja.es/info/ayuda/qe\[0](http://dialnet.unirioja.es/info/ayuda/qe[0) Accedido el 02/04/2009.

CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS (2006). Bases de datos Bibliográficas del CSIC, Madrid. Disponible en [https://bddoc.csic.es:8180/inicioBuscarSimple.html?tabla=docu&bd=IME&estado\\_formulario=showRec](https://bddoc.csic.es:8180/inicioBuscarSimple.html?tabla=docu&bd=IME&estado_formulario=showRec) Accedido el 11/11/2013.

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III (2000). IBECs Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud, Lugar: Instituto de Salud Carlos III. Recuperado el [11, 11, 2013] desde la base de datos en línea [IBECs] <http://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscisScript=iah/iah.xis&base=IBECs&lang=e>

US NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (1996). National Center for Biotechnology Information. Rockville Pike, Bethesda MD. EEUU. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedR> Accedido el 10/11/2013.

## Recursos de Prensa en la Red

---

CADENA SER. 04/12/2013. La Asamblea francesa aprueba la ley que penaliza a los clientes de prostitución. Disponible en [http://www.cadenaser.com/internacional/articulo/asamblea-francesa-aprueba-ley-penaliza-clientes-prostitucion/csrsrpor/20131204csrsrint\\_1/Tese](http://www.cadenaser.com/internacional/articulo/asamblea-francesa-aprueba-ley-penaliza-clientes-prostitucion/csrsrpor/20131204csrsrint_1/Tese) Accedido el 08/07/2014.

EL OBSERVADOR. 12/05/ 2011. El Ayuntamiento continúa las redadas policiales en el polígono del Guadalhorce para hacer invisible a un colectivo de mujeres y sacar beneficio electoral. Disponible en <http://www.revistaelobservador.com/index.php/sociedad/sociedad/4921-acosadas-perseguidas-y-multadas-las-prostitutas-de-malaga-forman-una-asociacion-y-trasladan-manana-su-protesta-al-centro-de-la-ciudad.html> Accedido el\_ 16/06/2014.

EL MUNDO. 25/03/2012. Piden reformar la Ley de violencia de género para incluir a homosexuales. *El mundo*. Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/03/25/espana/1332687563.html> Accedido el 10/12/2013.

EL ALMERIA. 01/10/2011. Apagón a las prostitutas. Disponible en <http://www.elalmeria.es/article/almeria/1077288/apagon/las/prostitutas.html>. Accedido el 06/5/06/2014.

EL PAÍS. 15/08/2011. Dos décadas de miseria en El Ejido. *El País*. Disponible en [http://elpais.com/diario/2011/08/15/andalucia/1313360531\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2011/08/15/andalucia/1313360531_850215.html) Accedido el 08/08/2012.

EL PAÍS. 12/06/2012. Sanidad cancela el aborto libre y gratuito para extranjeras "sin papeles". Disponible en [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/06/06/actualidad/1339004866\\_690377.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/06/06/actualidad/1339004866_690377.html) Consultado el 10/11/2013.

EL PAÍS. 27/04/2014. Sanidad deja sin asistencia a 213 inmigrantes en los últimos meses. Disponible en: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/04/27/valencia/1398621665\\_093786.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/04/27/valencia/1398621665_093786.html) Consultado el 25/06/2014.

EL PAÍS. 12/06/2014. El PIB subirá hasta un 4,5% al sumar prostitución, drogas y otros cambios. Disponible en [http://www.economia.elpais.com/economia/2014/06/12/actualidad/1402564871\\_895351.html](http://www.economia.elpais.com/economia/2014/06/12/actualidad/1402564871_895351.html) Consultado el 17/06/2014.

EXPANSION. 11/06/2014. Los inspectores de hacienda piden legalizar la prostitución y las drogas blandas para que tributen. Disponible en <http://www.expansion.com/2014/06/11/economia/1402480977.html?cid=SIN8901> Consultado el 17/06/2014.

EUROPA PRESS. 23/04/2014. El Gobierno precisa que asesinar a una prostituta no es violencia de género. Disponible en [http://www.europapress.es/nacional/noticia-gobierno-precisa-asesinar-prostituta-no-violencia-genero-20140323113949.html#.U7Gj2sRm\\_qd.facebook](http://www.europapress.es/nacional/noticia-gobierno-precisa-asesinar-prostituta-no-violencia-genero-20140323113949.html#.U7Gj2sRm_qd.facebook) Consultado el 6/07/2014.

IDEAL 23/01/2013. El barrio de Oliveros de Almería, cansado de la prostitución. Disponible en <http://www.ideal.es/jaen/20130125/local/almeria/barrio-oliveros-almeria-cansado-201301251320.html> Consultado el 05/06/2014.

LA INFORMACION. 29/03/2014. Desarticulan una red que introducía en España a mujeres subsaharianas embarazadas o con niños para su explotación sexual. Disponible en [http://www.noticias.lainformacion.com/policia-y-justicia/arresto/desarticulan-una-red-que-introducian-en-espana-a-mujeres-subsaharianas-embarazadas-o-con-ninos-para-su-explotacion-sexual\\_woOrPMRFzptZl8bVxHfnx7/](http://www.noticias.lainformacion.com/policia-y-justicia/arresto/desarticulan-una-red-que-introducian-en-espana-a-mujeres-subsaharianas-embarazadas-o-con-ninos-para-su-explotacion-sexual_woOrPMRFzptZl8bVxHfnx7/) Consultado el 13/06/2014.

LA VANGUARDIA. 11/04/2013. El rebusque no es trabajo digno. Disponible en <http://www.vanguardia.com/opinion/cartas-del-lector/203610-el-rebusque-no-es-trabajo-digno>. Consultado el 28/05/2014.

LA VOZ DE ALMERIA. 17/03/2013. La crisis obliga a las prostitutas a cobrar menos por sus servicios. Disponible en <http://www.lavozdealmeria.es/vernoticia.asp?IdNoticia=39780&IdSeccion=2> Consultado el 05/06/2014.

LA VOZ DE ALMERIA. 17/07/2010. *Ronda de reuniones para crear una mesa de observatorio de la prostitución.* Disponible en

<http://www.elalmeria.es/article/almeria/745984/ronda/reuniones/para/crear/una/mesa/observatorio/la/prostitucion.html> Accedido el 23/06/2014.

MÉDECIS DU MONDE. 27 de 11 de 2013. Témoignage. Des prostituées contre la pénalisation du client. Disponible en <http://www.youtube.com/watch?v=KmpZYaJfVgQ&feature=youtu.be> Accedido el 08/07/2014.

MERCADO FINANCIERO. 30/05/2012. Europa está a la cabeza de la UE-27 en paro femenino. Disponible en <http://www.europapress.es/economia/noticia-espana-cabeza-ue-27-paro-femenino20120530123738.html> Accedido el 30/05/2012.

PÚBLICO. 04/02/2011. Los alcaldes abogan por echar a las prostitutas de la calle. Disponible en <http://www.publico.es/espana/359692/los-alcaldes-abogan-por-echar-a-las-prostitutas-de-la-calle> Accedido el 16/06/2014.

PÚBLICO. 23/12/2013. La legalización de la prostitución, a debate entre las feministas. Disponible en <http://www.publico.es/actualidad/490934/la-legalizacion-de-la-prostitucion-a-debate-entre-las-feministas> Accedido el 10/01/2014.

RADIO TELEVISION ESPAÑOLA. 01/01/2014. Fin a las restricciones para que rumanos y búlgaros puedan trabajar en toda Europa. Consultado en <http://www.rtve.es/noticias/20140101/fin-restricciones-para-rumanos-bulgaros-puedan-trabajar-toda/836760.shtml> Accedido el 24/06/2014.

TUSCONDONES. 2014. Disponible en <http://www.tuscondones.com/tienda/10-esponjas-menstruacion> Accedido el 29/11/2014.

UNIÓN EUROPEA. 01/05/1999. El Tratado de Ámsterdam. Disponible en: [http://europa.eu/about-eu/basic-information/decision-making/treaties/index\\_es.htm](http://europa.eu/about-eu/basic-information/decision-making/treaties/index_es.htm)


### **Organizaciones que trabajan con mujeres en prostitución del Estado Español**

---

- ABOLICION DE LA PROSTITUCION: [www.aboliciondelaprostitucion.org](http://www.aboliciondelaprostitucion.org)
- ADORATRICES DE ALMERÍA [www.adoratricesalmeria.org](http://www.adoratricesalmeria.org)
- ASOCIACIÓN PARA LA ATENCION INTEGRAL DE MUJERES EN RIESGO SOCIAL: [www.aimur.org](http://www.aimur.org)
- ASOCIACION PARA LA PREVENCIÓN Y REINSERCIÓN DE LA MUJER PROSTITUIDA: [www.apramp.org](http://www.apramp.org)
- ASOCIACION PRO-DERECHOS HUMANOS DE ANDALUCIA: [www.apdha.com](http://www.apdha.com)
- COMITÉ DE APOYO A LAS TRABAJADORAS SEXUALES (CATS): [www.asociacioncats.org](http://www.asociacioncats.org)
- FUNDACIÓN ESPERANZA: [www.fundacionesperanza.org](http://www.fundacionesperanza.org)
- HETAIRA. COLECTIVO DE DEFENSA DE LAS PROSTITUTAS: [www.colectivohetaira.org](http://www.colectivohetaira.org)
- MÉDICOS DEL MUNDO: [www.medicosdelmundo.es](http://www.medicosdelmundo.es)

- PLATAFORMA COMUNITARIA POR LOS DERECHOS EN EL TRABAJO SEXUAL DE BARCELONA: [www.asociacion.genera.org](http://www.asociacion.genera.org)

## Anexo 1. Entrevista cerrada de Médicos del Mundo

|   |    |    |   |  |            |  |  |   |  |  |  |
|---|----|----|---|--|------------|--|--|---|--|--|--|
| Nº:   | 41 | PT |  | F. nacimiento  | Zona       |  |  |   |  |  |  |
|   |    |    |   | Nombre   |            |  |  |   |  |  |  |
| Sexo:   | M  | T  | H   | Pais   | F. entrada |  |  |   |  |  |  |
|   |    |    |   | F. entrevista  |            |  |  |   |  |  |  |
| Estado civil  |    |    |   | Régimen de habitabilidad   |            |  |  | Nivel educativo   |  |  |  |
| Soltera   |    |    |   | Propiedad  |            |  |  | Analfabeta  |  |  |  |
| Casada  |    |    |   | Alquiler   |            |  |  | Lee y escribe   |  |  |  |
| Viuda   |    |    |   | Pensión  |            |  |  | Estudios primarios  |  |  |  |
| Soltera   |    |    |   | Vivienda familiar  |            |  |  | Estudios secundarios  |  |  |  |
| Separada  |    |    |   | Club   |            |  |  | Estudios superiores   |  |  |  |
| Divorciada  |    |    |   | Okupa  |            |  |  |   |  |  |  |
| Pareja de hecho   |    |    |   | Sin Hogar  |            |  |  |   |  |  |  |
| Nivel de español (Inmigrantes)  |    |    |   | Tarjeta sanitaria  |            |  |  | Barreras acceso salud   |  |  |  |
| Entiende, habla, escribe  |    |    |   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |            |  |  | No hay obstáculos   |  |  |  |
| Entiende, habla, no escribe   |    |    |   | Documentación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |            |  |  | Barreras idioma   |  |  |  |
| Entiende/habla con dificultad   |    |    |   | Situación laboral  |            |  |  | Barreras culturales   |  |  |  |
| Ni habla ni entiende  |    |    |   | Activo con contrato  |            |  |  | No sabe dónde acudir  |  |  |  |
| Situación administrativa  |    |    |   | Activo sin contrato  |            |  |  | Dificultades administrativas  |  |  |  |
| Irregular   |    |    |   | Desempleada  |            |  |  | Rechazo del profesional   |  |  |  |
| Permiso trabajo y residencia  |    |    |   | Otros:   |            |  |  | Miedo a discriminación  |  |  |  |
| Sólo permiso residencia   |    |    |   | Empadronada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |            |  |  | Miedo a denuncias   |  |  |  |
| En trámite permiso trabajo y residencia   |    |    |   | Fecha de llegada a España  |            |  |  | Horario inadecuado  |  |  |  |
| En trámite nacionalidad   |    |    |   |  |            |  |  | Otros   |  |  |  |
| Nacionalidad española   |    |    |   |  |            |  |  |   |  |  |  |
| Visado estancia turista   |    |    |   |  |            |  |  |   |  |  |  |
| ¿Consumes alguna droga?   |    |    |   | Pareja <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>        |            |  |  | Uso condón clientes   |  |  |  |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |    |    |   | ¿Se hace revisiones?   |            |  |  | Sexo vaginal  |  |  |  |
| Droga principal   |    |    |   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |            |  |  | Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>                                 |  |  |  |
| Vía   |    |    |   | Resultado  |            |  |  | Nunca <input type="checkbox"/> No hace <input type="checkbox"/>                                   |  |  |  |
| Cantidad  |    |    |   | Uso condón pareja:   |            |  |  | Sexo anal pasivo  |  |  |  |
| Frecuencia <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> sem <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> |    |    |   | Siempre <input type="checkbox"/>   |            |  |  | Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>                                 |  |  |  |
| Otras drogas  |    |    |   | A veces <input type="checkbox"/>   |            |  |  | Nunca <input type="checkbox"/> No hace <input type="checkbox"/>                                   |  |  |  |
| ¿Has compartido jeringuillas?   |    |    |   | Nunca <input type="checkbox"/>   |            |  |  | Sexo anal activo  |  |  |  |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |    |    |   | Sin relaciones <input type="checkbox"/>  |            |  |  | Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>                                 |  |  |  |
| Última vez  |    |    |   | Nº Hijos   |            |  |  | Nunca <input type="checkbox"/> No hace <input type="checkbox"/>                                   |  |  |  |
| Tratamientos desintoxicación:   |    |    |   | Con quien viven  |            |  |  | Sexo oral   |  |  |  |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |    |    |   | Nº embarazos   |            |  |  | Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/>                                 |  |  |  |
| Cuáles  |    |    |   | Nº IVE   |            |  |  | Nunca <input type="checkbox"/> No hace <input type="checkbox"/>                                   |  |  |  |
|   |    |    |   | Año inicio PT  |            |  |  |   |  |  |  |
|   |    |    |   | Motivo pt  |            |  |  | Prueba hepatitis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |  |  |
| Prueba VIH <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |    |    |   | Fecha última revisión ginecólogo   |            |  |  | Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>                               |  |  |  |
| Resultado:  |    |    |   |  |            |  |  | Tipo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C            |  |  |  |
| Positivo año  |    |    |   | ITS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>           |            |  |  | Fechas vacunación:  |  |  |  |
| Negativo año  |    |    |   | Cuáles   |            |  |  | 1ª  |  |  |  |
| Tº VIH: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  |    |    |   |  |            |  |  | 2ª  |  |  |  |
|   |    |    |   | Cuándo   |            |  |  | 3ª  |  |  |  |

## **Anexo 2. Guion entrevista en profundidad**

Colectivo destinatario: mujeres migrantes extranjeras en escenarios de prostitución.

### **1. DATOS DE IDENTIFICACION**

- País de procedencia:
- Ciudad-localidad:
- Nombre:
- Edad:
- Profesión en país de origen:
- Estado civil:
- Hijos/jas:
- Lugar de residencia actual:
- Lugar de ejercicio:
- Código Entrevista:
- Fechas entrevistas:

### **2. PROCESO MIGRATORIO**

- 2.1 ¿Motivo de viaje a España?
- 2.2 ¿Condiciones de llegada a España?
- 2.3 ¿Conformación de su grupo familiar?
- 2.4 ¿Nivel de estudios que alcanzaste?
- 2.5 ¿Cuál era tu ocupación en tu país?
- 2.6 ¿Situación de su familia en país de origen?
- 2.7 ¿Cómo era su situación de salud en su país?
- 2.8 Vivencias de su sexualidad en el país de origen
- 2.9 Vivencias de sus relaciones interpersonales y de pareja
- 2.10 ¿Modo de acercamiento al ejercicio de la prostitución?

### **3. ESCENARIOS DE PROSTITUCIÓN**

- 3.1 Describa cómo fue su primer día en prostitución
- 3.2 ¿Cuáles son los escenarios, lugares, donde ha ejercido la prostitución?
- 3.3 ¿Qué significa para usted ejercer la prostitución?
- 3.4 ¿Cómo cuidas su cuerpo frente al ejercicio de la prostitución?
- 3.5 ¿Qué es para usted la salud?
- 3.6 ¿Qué es para usted la enfermedad?
- 3.7 ¿Cómo se encuentra de salud actualmente?
- 3.8 ¿Cuáles son los riesgos para su salud física, psicológica y social?
- 3.9 ¿Quiénes son sus clientes y qué opinión tiene de ellos?
- 3.10 ¿Cómo gestiona su tiempo libre, su tiempo para la familia y el ejercicio de la prostitución?

#### **4. ACCESO Y BARRERAS A LOS SERVICIO SANITARIOS**

- 4.1 ¿Cómo es el modelo de salud de tu país?
- 4.2 ¿Qué posibilidades de acceso tienes al sistema sanitario español?
- 4.3 ¿Cuáles son las barreras de acceso que tienes al sistema sanitario español?
- 4.4 ¿Cuáles son las situaciones de estrés psicosocial a las que te enfrentas con este ejercicio de la prostitución?
- 4.5 ¿Tienes o has tenido alguna enfermedad sobrevenida por tu proceso migratorio y el ejercicio de la prostitución?
- 4.6 ¿Acudes al servicio médico español o viajas a tu país de origen para intervenciones médicas?
- 4.7 ¿Cómo sería para ti la mejor forma de ejercer la prostitución sin que tengas muchos riesgos para tu salud?

#### **5. ACCESO Y BARRERAS A LOS SERVICIOS SOCIALES**

- 5.1 ¿Conoces los servicios que existen en tu comunidad para las mujeres migrantes extranjeras?
- 5.2 ¿A través de cuáles personas conoces los servicios sociales que pueden ayudarte a solucionar un problema?
- 5.3 ¿Qué posibilidades de acceso tienes a otros servicios sociales de la comunidad?
- 5.4 ¿Cuáles barreras de acceso encuentras para acceder a los servicios sociales de la comunidad?
- 5.5 ¿Cómo te has sentido cuando has podido solucionar una dificultad a través de estos servicios?

**Lugar de realización:**

---



## **Anexo 3. Guion de entrevista para agentes sociales**

### **1. DATOS DE IDENTIFICACION ONG**

- ONG:
- Dirección:
- Técnica/o:
- Profesión:

### **2. ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE LA ONG**

- 2.1 Zona de intervención:
- 2.2 Equipo de trabajo de la ONG:
- 2.3 Tipo de Intervención que realiza:
- 2.4 Servicios que presta a las personas que ejercen la prostitución:
- 2.5 Colectivos que atienden en prostitución:
- 2.6 Perfiles de las personas que atienden:

### **3. SALUD FÍSICA**

- 3.1 ¿Considera usted que el ejercicio de la prostitución tiene efectos en la salud de las mujeres que la ejercen?
- 3.2 ¿Cuáles son los escenarios de la prostitución donde más efectos negativos pueden presentarse y afectar la salud de las mujeres?
- 3.3 ¿Considera usted que las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución se preocupan por su salud?
- 3.4 ¿Cuáles identifican como los riesgos para la salud bio-psico-social de las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución?
- 3.5 ¿Qué actuaciones identifica usted que realizan las mujeres para reducir el daño en su salud?
- 3.6 ¿Qué conductas de riesgo realizan las mujeres con su cuerpo que ponen en afectan su salud?
- 3.7 ¿Dentro de las mujeres que atiendes, alguna te ha manifestado que ejerce la prostitución para costearse o pagar un tratamiento médico suyo o de algún miembro de su familia?
- 3.8 ¿Qué atención sanitaria realiza la ONG para los problemas de salud que presentan las mujeres migrantes extranjeras?
- 3.9 ¿Qué Actuaciones realiza la ONG para reducir daños en la salud?
- 3.10 ¿Existe diferencia en la salud bio-psico-social entre mujeres que ejercen la prostitución nacionales o extranjeras?

### **4. SALUD PSICOSOCIAL**

- 4.1 ¿Qué demanda a nivel psicológico realizan las mujeres migrantes extranjeras?
- 4.2 ¿Cuáles son las situaciones que les genera más estrés psicológico a las mujeres migrantes extranjeras?
- 4.3 ¿Qué demandas a nivel psicológico realizan las mujeres nacionales?
- 4.4 ¿Tiene la ONG un servicio de atención psicológico para las mujeres migrantes extranjeras? Si no es así, cómo atienden esta demanda.
- 4.5 ¿Cuáles son las situaciones sociales que más preocupan a las mujeres migrantes extranjeras que ejercen la prostitución?
- 4.6 ¿Qué instituciones o entidades sociales demandan más las mujeres?

4.7 ¿Desde su experiencia de trabajo con mujeres migrantes extranjeras, acuden ellas a los servicios sanitarios y sociales que ustedes les proponen?

4.8 ¿Qué programas o actividades a nivel psicosocial cree usted que mejoraría la atención a este colectivo?

## **5. ACCESO Y BARRERAS A LOS SERVICIO SOCIOSANITARIOS**

5.1 ¿Qué estrategias utilizan las mujeres migrantes extranjeras para acceder a los servicios socio-sanitarios?

5.2 ¿Considera usted que las mujeres migrantes extranjeras tienen conocimiento del modelo de salud español?

5.3 ¿Con qué mujeres migrantes extranjeras se te facilita más la educación para la salud y por qué?

5.4 ¿Qué facilidades para el acceso refieren las mujeres migrantes extranjeras del modelo de salud español?

5.5 ¿Qué barreras refieren las mujeres migrantes extranjeras del modelo de salud español?

5.6 ¿Cuáles son las barreras para el acceso de la salud de las mujeres nacionales que ejercen la prostitución?

5.7 ¿Qué facilidades para el acceso y barreras identifica usted como técnica/o?

5.8 ¿Qué propuestas de cambio realizaría usted para que las mujeres migrantes extranjeras tuviesen un acceso normalizado a la salud?

## **6. POSICIONAMIENTO DE LA ONG FRENTE A LA PROSTITUCION**

6.1 ¿Qué piensa la ONG sobre la prostitución?

6.2 ¿Qué piensa usted sobre la prostitución y las mujeres que ejercen?

6.3 ¿Trabaja la ONG desde un enfoque de género?

6.4 ¿Están formado a los/las agentes sociales de su organización, en enfoque de género?

6.5 ¿Cómo promueve el empoderamiento de las mujeres que ejercen la prostitución la ONG?

6.6 ¿Consideras que existe la trata y explotación sexual entre el colectivo de mujeres a las cuales atiendes? ¿Qué hacen si identifican a una presunta víctima?

**Fecha y Lugar de realización**

---