

Políticas de salud y prostitución.

Por M. Ángeles Rodríguez Arenas. Médicos del Mundo España.

El fenómeno de la prostitución está cambiando profundamente debido al impacto que la inmigración está ejerciendo sobre esta actividad. Cada día somos testigos, a través de los medios de comunicación, de la desarticulación de redes y mafias que trafican con mujeres procedentes del África subsahariana Occidental (Nigeria, Liberia, Sierra Leona y Marruecos), Latinoamérica (Colombia, República Dominicana, Brasil) o países del este de Europa (Ucrania, Rusia, República Checa, Hungría, Rumania, Bulgaria y Eslovenia). Este fenómeno denominado "Tráfico de Mujeres con fines de explotación sexual" es definido por la Unión Europea como el transporte de mujeres con objeto de explotación sexual, sea legal o ilegal, consentido o no consentido.

Otro colectivo que está incidiendo cada vez más en la prostitución y del que no podemos olvidarnos es el de mujeres transexuales. Se considera la transexualidad como un problema de género y específicamente, como un problema de identidad de género. El término transexual se utiliza tanto para la persona que decide cambiar quirúrgicamente su sexo, como para la que no toma tal decisión. La exclusión social y la marginalidad de este colectivo obliga a buscar alternativas laborales que les permita sufragar los altos costes de los tratamientos de la transexualidad. Las alternativas laborales y sociales pasan, en muchos casos, por el ejercicio de la prostitución.

Situación legal de la prostitución

En España, excepto en épocas de prohibición absoluta, siempre se ha tratado de regular la prostitución dictando leyes que, con más o menos empeño y en mayor o menor extensión regulaban esta actividad. Esta medida al igual que las medidas prohibicionistas consiguen que la práctica de la prostitución se realice de forma escondida, en zonas escondidas y sometida a grandes redes y con un bajo o nulo control sanitario. Las tesis abolicionistas aparecidas a principios del siglo XX, consideran que nadie accede voluntariamente a la prostitución y que esto solamente se produce por coerción ejercida por proxenetas siendo contra estas personas contra las que hay que dictar leyes. En 1956 la prostitución es abolida en España separándose, desde ese momento, la lucha contra la prostitución de la lucha contra la explotación sexual.

Desde el punto de vista punitivo, el modelo abolicionista se caracteriza principalmente por dos puntos básicos: una fundamental es que no establece diferencias entre la prostitución consentida y la no consentida por parte de la víctima. El consentimiento de la mujer, de la persona prostituida, es irrelevante desde el punto de vista jurídico. La otra característica es que no penaliza nunca a la persona que se prostituye; sin embargo, considera que es esencial la penalización de todo aquel que obtenga beneficio, lucro o ventajas económicas de la prostitución ajena, si es ejercida por menores, incapacitados o adultos bajo coerción. En España tenemos una situación de no ilegalidad de la prostitución consentida (excepto en el caso de menores y personas incapacitadas) y ilegalidad de la no consentida.

En cuanto a las características legales de la prostitución hay que añadir que un alto porcentaje de las personas que ejercen la prostitución son inmigrantes en situación administrativa irregular. El acceso a los servicios sanitarios públicos de la población inmigrante está regulada en la ley 8/2000 de 22 diciembre, en cuyo artículo 12 establece al derecho a la atención sanitaria de aquellos inmigrantes que estén empadronados en el municipio; para esta inscripción es preciso estar en posesión del pasaporte y de una acreditación de vivienda, esto supone barreras para las mujeres traficadas que ejercen la prostitución.

Además, durante los últimos años se ha establecido en España un debate en el ámbito político y también social, sobre la situación de la prostitución callejera, fundamentalmente en las ciudades, donde se intenta encerrar la prostitución en lugares establecidos, lejos de las zonas habituales de paso de la gente "corriente".

La experiencia de Médicos del Mundo

Nuestros programas comenzaron en 1993, preocupados fundamentalmente por la vulnerabilidad que las mujeres que ejercían la prostitución presentaban al quedar al margen de los convencionalismos morales y sociales imperantes. En la mayoría de los casos se mantenían al margen de los servicios sociales y sanitarios y carecían de apoyo familiar y social (fuera del mundo de la prostitución). Sus características sanitarias, laborales, de vivienda, económicas y otras, las situaban claramente dentro del ámbito de la exclusión social.

Si cuando comenzamos nuestro trabajo el 98% de las personas a las que atendíamos eran de origen español, esta circunstancia se fue modificando y en 1995 encontrábamos una proporción importante de mujeres de origen extranjero, fundamentalmente del África subsahariana y de Latinoamérica.

Los importantes flujos migratorios que ha experimentado España en los últimos años, se han visto reflejados de forma inequívoca en el sector de la prostitución, en el que el número de personas inmigrantes ha alcanzado ampliamente la mayoría. Durante el año 2001, los programas de Médicos del Mundo han atendido a un total de 8.106 personas diferentes, de las que el 88% fueron mujeres, 8% mujeres transexuales y 4% hombres, de entre 18 y 34 años.

Dos de cada tres personas atendidas eran de origen extranjero. Este porcentaje es mayor entre las mujeres, entre las que sólo el 34% son españolas, supera mínimamente el 50% entre mujeres transexuales (un 48% de españolas) y es mínimo entre los hombres (el 73% son españoles). Hay que decir que la mayoría de las personas inmigrantes se encuentran en situación administrativa irregular.

Nuestras propuestas

Las políticas de salud dirigidas a estos colectivos deberían tener en cuenta las nuevas características del fenómeno de la prostitución y proponer actuaciones que aborden las condiciones de vulnerabilidad y marginalidad que agravan este fenómeno, como la inmigración y la drogadicción. Por ello pedimos que este problema sea incluido como prioritario en las agendas políticas sobre mujer, sanidad, inmigración, drogas y cooperación.

Sin duda la puesta en marcha en los últimos años de políticas de reducción de daños ha intervenido en la disminución del binomio prostitución-drogadicción y de la incidencia de VIH/sida entre personas que usan drogas. No obstante, la relación tan estrecha entre VIH y drogas inyectadas y la alta vulnerabilidad que presentan las mujeres drogodependientes que ejercen la prostitución, confirma la necesidad de implementar programas de disminución del riesgo que incluyan el suministro de metadona capaces de captar a este grupo.

Si en general ha habido un aumento de la violencia de género en nuestra sociedad, en este colectivo hemos detectado que tal violencia se da en un alto grado, por lo que las intervenciones que se generen para luchar contra esta lacra social, deberían tener en cuenta las especiales características de marginalidad de este colectivo.

Existen grandes cargas familiares en las mujeres que ejercen la prostitución, por lo que deberían promoverse programas específicos para mujeres con alto riesgo o vulnerabilidad social, con el fin de evitar que utilicen la prostitución como medio de vida.

Detectamos que es la mujer la que sigue detentando la voluntad en el uso de medidas preventivas. Es la mujer la que tiene, propone y usa los preservativos, frente a la ausencia de voluntad en su uso de sus parejas y clientes. Por tanto, en medios en los que la mujer tiene escaso poder de decisión, por ejemplo en clubes, la proporción de utilización de estas medidas es claramente menor (es el caso de las mujeres de origen latinoamericano).

Las mujeres del África subsahariana se configuran como el grupo cuyas características sugieren los mayores riesgos de vulnerabilidad frente al VIH: juventud, falta de integración en el país, desarraigo afectivo, falta de acceso a los servicios, incluida la prueba del VIH. Las administraciones públicas tendrían que poner los medios para evitar las barreras que estas mujeres encuentran para acceder a los servicios sociales y de salud, incluida la prueba del VIH con pre y postconsejo y plantear intervenciones específicas mediante redes de apoyo social.

Es prioritario que todas las personas que ejercen la prostitución conozcan su estado frente al VIH y otras ITS, por lo que los centros de salud deberían identificar formas de acercamiento a estos colectivos. Por su parte las ONG sanitarias tienen que jugar un papel fundamental en la promoción de la salud y la prevención de estas enfermedades.