



Salud, VIH y trabajo sexual: de la y la influencia migración y la movilidad

EDITORIAL

En nuestro trabajo de investigación sobre las trabajadoras sexuales vietnamitas en Camboya, conocimos a mujeres que viajaban a Malasia, Singapur o Macao para trabajar allí durante unas semanas y luego regresar a sus hogares. Si necesitaban más dinero, volvían a repetir el viaje. Uno de los grandes problemas que mencionaban era la imposibilidad de hablar con sus clientes, y cuando no es posible la comunicación es muy difícil que uno pueda defenderse. Además, los problemas de comunicación no se reducían a los clientes, sino que se extendían también a la policía, a todo tipo de intermediarios en el trabajo sexual y al personal de los servicios sanitarios.

Los problemas de comunicación y las diferencias culturales, unidos a la condición de inmigrantes de estas trabajadoras, las hacen extremadamente vulnerables. Es necesario recabar más información sobre esta materia, puesto que (como escribe Laura Agustín en el presente número) las investigaciones tradicionales no revelan cómo se desarrolla y mantiene esa vulnerabilidad. Para hacernos una idea más clara de la relación entre trabajo sexual, género, salud, políticas de migración y movilidad, este número de *Research for Sex Work* reúne unos 15 artículos de autores de todo el mundo.

Sí, los trabajadores del sexo son móviles

La movilidad es algo normal en el trabajo sexual. La prostitución es un delito en casi todos los países, y quienes la practican tienen que desplazarse para evitar que la policía les localice. Es posible que los lugares donde se efectúa el intercambio (bares, algunas calles, parques, salones de masajes, karaokes) sean los mismos, pero los trabajadores varían.

La movilidad no responde sólo a la propia seguridad de los trabajadores, sino también al deseo de los clientes de ver caras nuevas, que hace que, llegado un momento, sea necesario cambiar de sitio. Lee-Nah Hsu y Jacques du Guerny se ocupan de esta cuestión en su artículo, en el que describen cómo las trabajadoras sexuales empiezan a trabajar en "puntos calientes" y acaban trasladándose cuando la competencia se hace excesiva. Si no se marchan por iniciativa propia, tal vez sean los dueños de los burdeles quienes las trasladen en grupos a otros centros de su propiedad situados en partes diferentes del país; una movilidad que crea inseguridad, puesto que obliga a abrirse camino en el nuevo entorno.

Otras veces, las trabajadoras sexuales se trasladan siguiendo a los clientes, como sucede cuando éstos son empleados en la

construcción de carreteras, a los que siguen a las nuevas obras. Y las que prestan servicios a camioneros utilizan el transporte gratuito que éstos les ofrecen para trasladarse, como explican Anahí Dreser y sus colegas en su artículo.

Estigmatización

Que en algunas partes del mundo, como los Países Bajos, la prostitución esté permitida, no significa que todos los trabajadores del sector estén documentados (es decir, que tengan permiso de residencia). Su derecho al trabajo puede depender de su situación jurídica y, por tanto, muchos de ellos se ven forzados a desplazarse continuamente para no ser detenidos. Thérèse van der Helm nos informa en su artículo de que las dos terceras partes de los trabajadores sexuales en los Países Bajos son extranjeros, y de cómo repercuten en su movilidad y en su salud las políticas de migración y prostitución, más restrictivas en ese país.

Para las mujeres en situación legal, el problema de la estigmatización sigue siendo importante. Es posible que prefieran mantener la separación entre su lugar de trabajo y el de su residencia, es decir, su vida profesional y su vida personal, pero eso implica otro tipo de movilidad. De esta cuestión se ocupan algunos artículos del presente número, como el que Sani Aliou y otros dedican a las trabajadoras sexuales en los mercados de Níger.

Vulnerabilidad

La movilidad puede llevar a los trabajadores del sexo a situaciones que les pongan en peligro y que aumenten su vulnerabilidad. Es importante que conozcan las zonas en las que trabajan: cuáles son seguras y cuáles no, dónde es posible encontrar ayuda, dónde se prestan servicios que les puedan resultar de utilidad (por ejemplo, servicios sanitarios). En situaciones nuevas, todos tendemos a depender más rápidamente de los demás, quienes pueden convertirse en mediadores entre los nuevos trabajadores sexuales y su entorno. Las declaraciones de una prostituta vietnamita que vivía en Camboya y viajaba por Asia para realizar su trabajo son ilustrativas: *"Conseguí un préstamo de 1.500 dólares para comprar un pasaporte camboyano y hacer todos los trámites necesarios para migrar a Singapur. Destiné otros 500 dólares a gastos personales para pasar las primeras semanas en Singapur. Me comprometí a devolver 4.000 dólares a ese hombre".* Las deudas y las relaciones de dependencia suelen dar paso a la explotación.

En las investigaciones realizadas en Vietnam descubrimos que las primeras redes con las que entran en contacto las mujeres procedentes de zonas rurales cuando llegan a las ciudades son muy importantes para el resto de su estancia. Algunas redes las explotan, otras les ofrecen apoyo. Laura Oso explica en su artículo que la mayoría de las prostitutas colombianas a las que entrevistó en España habían sido víctimas del tráfico de mujeres practicado por pequeñas redes de familiares y amigos. En cualquier caso, el tráfico y la explotación están a la vuelta de la esquina y a menudo resulta difícil saber dónde terminan la libertad de elección y las decisiones personales, y dónde comienzan la coerción y la explotación.

En todo caso, parece importante que en los programas dirigidos a trabajadores sexuales se desarrollen mecanismos que promuevan el establecimiento de redes que les apoyen y a las que tengan fácil acceso.

Mundialización

La mundialización de la economía conduce a un mayor intercambio de información y de productos. Cabría esperar también que trajera consigo mayor movilidad y empleo legal de las personas, pero esto suele estar restringido a los ciudadanos de los países ricos. Los nacionales de África, muchos países de Asia, América Latina y Europa Oriental se encuentran con numerosas restricciones cuando quieren viajar y trabajar en el extranjero. Debido a la mundialización de la economía, los sectores más pobres de los países del Sur se enfrentan a una pobreza cada vez mayor, en tanto que la necesidad de mano de obra barata de los países ricos va en aumento. Como consecuencia, hay cada vez más trabajadores del Sur que ocupan empleos en el Norte, pero de forma ilegal.

En tanto que el trabajo más valorado lo realizan los ciudadanos del Norte, para los extranjeros quedan los empleos caracterizados por ser sucios, peligrosos y exigentes. De ahí que las dos terceras partes de los trabajadores sexuales de los Países Bajos procedan de países no pertenecientes a la Unión Europea (UE). La migración laboral muestra también una tendencia cada vez mayor a la feminización. Las mujeres parecen ser más fiables por lo que respecta al envío de dinero a las familias, y es a ellas a quienes animan a emigrar al extranjero los Gobiernos de los países pobres. Los trabajadores del sexo se ven a menudo atrapados en un proceso en virtud del cual pasan años devolviendo el dinero que les han prestado y se ven incapaces de empezar una nueva vida (trabajar por su cuenta, cambiar de trabajo o regresar a su país). En este sentido, las políticas de migración de los países ricos tienen una gran repercusión en las condiciones en las que muchos trabajadores sexuales tienen que trabajar; más aún: dificultan seriamente su acceso a la asistencia sanitaria, a la educación sanitaria y a otros servicios. Melissa Ditmores escribe en su artículo sobre un proyecto en Francia: «Los trabajadores sociales de Grisélidis no piden demasiada

información porque temen que, si hacen demasiadas preguntas, los inmigrantes en situación irregular no acudirán a ellos”.

En este número

En los artículos de este número sobre movilidad y migración se ilustra cómo puede ayudar la investigación a esclarecer la relación entre migración y salud. Es muy alentador observar que los artículos basados en métodos de investigación cualitativos van en aumento, pues son métodos que ofrecen mayor garantía de que se escuchen las voces de los trabajadores sexuales, al permitirles contar sus historias sin verse limitados a contestar unos cuestionarios.

El paso siguiente es responder a los resultados de esas investigaciones con mejores medidas y defensa de los intereses de este colectivo. Las medidas pueden consistir, por ejemplo, en crear redes que contribuyan al bienestar de los trabajadores del sexo, en lugar de a su explotación. Por último, la defensa de sus intereses obligará, entre otras cosas, a mejorar las políticas de migración.

Ivan Wolfers, director de Research for Sex Work

Ivan Wolfers es profesor de Asistencia Sanitaria y Cultura en la Universidad Vrije de Amsterdam, Países Bajos. Participa también en la red asiática CARAM (Coordinación de la Investigación Práctica sobre el sida y la Movilidad).

Dirección de contacto

*Vrije Universiteit medical centre, Section Health Care and Culture
Van der Boechorststraat 7
1081 BT Amsterdam, Países Bajos
Teléfono: +31-20-4448266,
fax: +31-20-4448394
Correo electrónico: wolfers@cs.com*



Abreviaturas

ONG: Organización No Gubernamental
OBC: Organización de Base Comunitaria
ITS/ETS: Infección/Enfermedad de Transmisión Sexual
UE: Unión Europea
ECO: Europa Central y Oriental

- 1 Editorial – *I. Wolfers*
- 3 Influencia de la condición de inmigrante en la salud de las trabajadoras sexuales y su vulnerabilidad a los abusos. Comparación entre dos países – *M. Ditmores*
- 5 Mujeres, migración y salud en Francia. La experiencia de Cabiria – *G. Téqui y F. Guillemaut*
- 6 Migración y movilidad de los trabajadores sexuales en los Países Bajos – *T. van der Helm*
- 8 Prostitución en España, salud y políticas – *A. Rodríguez Arenas*
- 10 Mujeres inmigrantes colombianas y trabajo sexual en Galicia, España – *L. Oso*
- 12 Trabajadores sexuales inmigrantes en Europa: prevención de ITS/VIH, salud y derechos – *L. Brussa*
- 15 La vulnerabilidad ante el VIH/sida de las trabajadoras sexuales migrantes en Centroamérica y México – *A. Dreser, M. Caballero, R. Leyva y M. Bronfman*
- 17 Cuestiones de derechos humanos en la prostitución semilegal ejercida por extranjeras en Panamá – *C. Carrington-Betts y C. Betts*
- 19 Desplazamiento y riesgo en Colombia. Jóvenes dedicados a la venta de sexo en las calles de Bogotá – *T. Ross*
- 21 Perfil de las trabajadoras sexuales móviles en Belo Horizonte, Brasil – *A. Chacham y M. Maia*
- 23 Níger: trabajadoras sexuales en los mercados – *S. Aliou, M. Mahaman, I. Adamou y F. Soumana*
- 24 “Como plásticos arrastrados por el viento”. Trabajadoras sexuales móviles en África meridional – *L. Robinson y T. Rusinow*
- 27 Tráfico de mujeres y VIH/sida: el caso de Nepal – *P. Simkhada*
- 28 Mapa de la salud y el bienestar de los trabajadores sexuales móviles y las comunidades a las que prestan sus servicios. El caso de Camboya – *L. Hsu y J. du Guerny*
- 30 La necesidad (apremiante) de efectuar diferentes tipos de investigación – *L. Agustín*

Influencia de la condición de inmigrante en la salud de las trabajadoras sexuales y su vulnerabilidad a los abusos

Comparación entre dos países

Melissa Ditmore

Melissa Ditmore sostiene en este artículo que la influencia más profunda en la vida y la salud de los inmigrantes dedicados a la prostitución es su situación jurídica irregular, que condiciona su acceso a la asistencia sanitaria, la asistencia jurídica y otros servicios. Además, hace que los encargados de proyectos dirigidos a este tipo de trabajadores tengan dificultades para entrar en contacto con ellos y ofrecerles unos servicios adecuados.

Las restricciones jurídicas a la libre circulación de las personas tiene consecuencias a veces contrarias a su objetivo, como la de promover el tráfico de las personas que están decididas a migrar pese a las



restricciones. Las mujeres que emigran de Rumanía se enfrentan a las restricciones impuestas en ese país a las mujeres, que les impiden obtener visados de salida si los funcionarios sospechan que van a ejercer la prostitución en el extranjero. Tal situación obliga a estas mujeres a acudir a los servicios de intermediarios (traficantes) para salir de su país. Las mujeres que desean abandonar Tailandia son objeto de un escrutinio similar. La dificultad para obtener visados de inmigración a Estados Unidos, Japón y la Unión Europea obliga a muchas de ellas a recurrir a intermediarios que les ayuden a entrar. Ahora bien, no todos estos intermediarios son empresarios escrupulosos, sino que algunos de ellos se aprovechan, simplemente, de la dificultad para conseguir un visado. Los problemas de migración a los que se enfrentan las inmigrantes dedicadas a la prostitución se ven agravados por el diferente tratamiento jurídico que recibe el trabajo sexual.

Inmigrantes ilegales

Muchas trabajadoras extranjeras tienen buenas razones para camuflar sus orígenes, debido a los prejuicios sociales y a una situación jurídica precaria. En Estados Unidos, donde la prostitución es ilegal en la mayoría de los Estados, incluso los inmigrantes legales pueden ser

deportados si son arrestados. Algunas prostitutas de Europa del Este que ejercen su trabajo en Francia han sido acusadas de proxenetas en casos en los que se han negado a testificar contra los verdaderos proxenetas. Un artículo reciente de la ONG francesa Cabiria aborda las dificultades a las que se enfrentan estas trabajadoras de Europa Oriental, entre otras cosas, por la reticencia oficial a concederles asilo y por la imposibilidad de legalizar su situación¹. Siguen siendo inmigrantes ilegales que no pueden obtener visados para legalizar su estancia en la UE ni su movilidad entre los quince países miembros.

La reciente legislación de Estados Unidos contra el tráfico de seres humanos afecta también a los trabajadores sexuales, tanto nacionales como extranjeros. Según la nueva Ley (*Trafficking Victims Protection Act*, TVPA) (véase cuadro), las personas que entran en Estados Unidos con la intención de dedicarse a la prostitución tienen más posibilidades de ser deportadas que las que acuden para trabajar en los llamados "sweatshops" (talleres donde se explota a los trabajadores en condiciones de empleo infrahumanas). Los trabajadores sexuales sometidos a condiciones abusivas pueden recibir asistencia del Gobierno, pero el "tráfico sexual" se señala y define en la Ley, en

En Estados Unidos, donde la prostitución es ilegal en la mayoría de los Estados, incluso los inmigrantes legales pueden ser deportados si son arrestados

términos generales, como cualquier acto sexual en el que una de las partes recibe algo de valor. En una definición tan amplia puede incluso interpretarse que se refiere también al trabajo sexual legal, como el *strip-tease* y, en el terreno de lo absurdo, al matrimonio. Hay otra ley, la segunda Ley sobre la violencia contra la mujer (*Violence Against Women Act*, VAWA), aprobada en la misma época que la TVPA, en virtud de la cual se proporcionan visados a inmigrantes en Estados Unidos. En la VAWA no hay disposiciones sobre moralidad o participación en procesos judiciales contra terceros (como los proxenetas), de manera que los visados que se conceden a su amparo constituyen una mejor alternativa para las inmigrantes dedicadas a la prostitución en Estados Unidos que los visados concedidos en virtud de la Ley de protección de las víctimas del tráfico de seres humanos, ya que la postura de la primera no es contraria al trabajo sexual, y sí lo es en la segunda.

Xenofobia

En cualquier caso, las dificultades no se limitan a que la postura prevalente sea contraria al trabajo sexual. Aunque los inmigrantes de cualquier parte del mundo saben bien lo que es la xenofobia, algunos grupos reciben un trato más duro que otros. Los africanos residentes en

TVPA

La Ley sobre protección de víctimas del tráfico de seres humanos, adoptada en 2000, está encaminada a la protección de mujeres, niños y hombres que son víctimas del tráfico de seres humanos. El Departamento de Justicia de Estados Unidos ha empezado a emitir recientemente los visados T que contempla esta Ley, que permitirán a las víctimas de distintas modalidades de tráfico de personas permanecer en EE UU y ayudarán a las autoridades federales en la investigación y persecución de los casos de tráfico de seres humanos. Se permite a las víctimas quedarse en el país si se demuestra que, en caso de regresar a sus lugares de origen, podrían verse sometidos a "condiciones de vida extremadamente duras, en las que sufrirían daños graves y poco comunes". Después de los tres años amparados por los visados T, las víctimas del tráfico de seres humanos pueden solicitar la residencia permanente.



Francia llaman más la atención que los inmigrantes de Europa del Este y pueden recibir un peor trato por eso. Grisélidis (véase cuadro), un proyecto inspirado en Cabiria desarrollado en el sur de Francia, trabaja con mujeres procedentes de Europa Oriental y África, así como francesas. Las mujeres africanas de habla inglesa suelen declarar que son sudafricanas, cuando en realidad muchas de ellas son nigerianas, porque a los nacionales de este país les resulta especialmente difícil obtener visado o asilo.

Los trabajadores sociales de Grisélidis no suelen pedir demasiada información porque temen que, si hacen demasiadas preguntas, las inmigrantes en situación irregular no solicitarán sus servicios y a ellos les sería más difícil conocer sus necesidades. Al mismo tiempo, la discreción que muestra el personal de Grisélidis da la suficiente confianza a las recién llegadas como para pedirles preservativos y regresar en el futuro.

Vulnerabilidad ante los abusos

Todas las situaciones a las que nos hemos referido son un ejemplo de la condición irregular de los inmigrantes, que les hace más vulnerables ante los abusos. En todo el mundo abundan historias parecidas; todos los inmigrantes, sea cual sea su trabajo, se enfrentan a muchos problemas, pero en algunos casos a los trabajadores del sexo se les trata con más dureza. El informe de Cabiria antes mencionado detalla la violencia y las restricciones que sufren las mujeres de Europa del Este en Francia por seguir dependiendo de las personas que en un principio las ayudaron a salir de sus países para tratar de mejorar su situación económica. Estas mujeres no se ponen en contacto con la policía para pedir ayuda, porque temen ser deportadas o, como en el caso de una mujer albanesa, por miedo a ser acusadas de proxenetas por no haber facilitado información suficiente a la acusación sobre su propio proxeneta. La ley contra el tráfico de seres humanos en Estados Unidos garantiza, prácticamente, la deportación de los trabajadores sexuales. Las prostitutas africanas contactadas por Grisélidis se muestran tan recelosas ante los funcionarios, que apenas revelan nada sobre sí mismas. La normalización de su situación está ligada al fin de todos aquellos que tratan de aprovecharse de su miedo a los funcionarios, al arresto y a la deportación.

Grisélidis

Grisélidis es un proyecto relativamente reciente desarrollado en Toulouse e inspirado en el de Cabiria. Cuenta con una unidad móvil de distribución de preservativos y lubricantes entre trabajadores sexuales. También promueve otras iniciativas, como visitar a los trabajadores sexuales que se hallen en prisión o acompañar a aquellos que vayan al médico para actuar de intérpretes. Por el momento, las trabajadoras que acuden a Grisélidis proceden en su mayoría de Francia, Europa Oriental, el norte de África y el África subsahariana.

*Grisélidis
10 rue d'Ivry, 31500 Toulouse, Francia
Teléfono: +33-6-72823853,
correo electrónico: griselidis@wanadoo.fr*

La respuesta evidente para acabar con los problemas de explotación de los inmigrantes ilegales sería normalizar la situación irregular de éstos con independencia de su profesión. Por desgracia, desde el punto de vista político, es insostenible. Otra solución consistiría en ofrecer protección y ayuda a las víctimas de la explotación por carecer de papeles. Aunque ha funcionado con algunos grupos, es difícil que funcione con los trabajadores sexuales, debido a las cláusulas de moralidad y al diferente tratamiento jurídico que recibe este tipo de trabajo. Hasta que la prostitución no sea considerada como un empleo más, ese tratamiento diferente seguirá teniendo efectos negativos. La mezcla de moralismo y xenofobia hace especialmente difícil el acceso de los inmigrantes dedicados a la prostitución a las ayudas oficiales en situaciones de violencia y abuso.

Acceso a la asistencia sanitaria

Además de los problemas a los que se enfrentan las trabajadoras del sexo en situaciones extremas, su estatus de inmigrantes puede condicionar su acceso a la asistencia sanitaria y el tratamiento que reciben tanto ellas como otros trabajadores extranjeros. Los inmigrantes indocumentados suelen tener un menor acceso a la asistencia sanitaria pública, incluido el tratamiento de infecciones de transmisión sexual y del VIH. Muchos inmigrantes proceden de lugares con elevadas tasas de tuberculosis y otras enfermedades para las que sí existe tratamiento. Proyectos como los de Grisélidis y Cabiria ayudan a las prostitutas con y sin papeles a recibir asistencia médica completa. Las iniciativas de reducción de daños incluyen la distribución de preservativos, lubricantes y jeringuillas estériles, además de ayuda para encontrar médicos sensibles a sus principales necesidades sanitarias. Para algunas de las indocumentadas, ésta puede ser la única forma de poder recibir asistencia sanitaria.

Nota

1. Cabiria, *Synthese du Rapport Concernant les Femmes Sous Contrainte, Subissant des Violences, Qui Arrive d'Europe de l'Est*. Noviembre 2001. Véase también el artículo de Gaëlle Téqui en este boletín.

Información sobre la autora

Melissa Dittmore es miembro de la Red de Proyectos de Trabajo Sexual y presidenta del Comité Asesor del Proyecto sobre Trabajadores Sexuales del Centro de Justicia Urbana.

Persona de contacto

*Melissa Dittmore
PO Box 20853
New York, NY 10009, Estados Unidos
Correo electrónico: mhd12@cornell.edu o nswp-us@raingod.com
Sitio web: www.urbanjustice.org*

Mujeres, migración y salud en Francia

La experiencia de Cabiria

Gaëlle Téqui y Françoise Guillemaut

Cabiria, organización francesa en apoyo de las trabajadoras del sexo, ha centrado cada vez más la atención, desde 1999, en el terreno de la inmigración. La razón hay que buscarla en el gran número de mujeres procedentes de Europa Oriental y el África subsahariana que son víctimas del tráfico de seres humanos o que huyen de los conflictos bélicos o la pobreza en sus países. Cabiria ha publicado un informe reciente en francés titulado "Mujeres y migración: mujeres procedentes de Europa del Este", en el se describen sus condiciones de vida como inmigrantes en Francia y cómo repercute en su salud.

En Francia, las condiciones de vida de las inmigrantes dedicadas a la prostitución son muy duras. Tras un largo viaje y algunas estancias agotadoras en diferentes países, al llegar a Francia no encuentran descanso: no es raro que padezcan problemas de salud y necesiten asistencia médica, posiblemente debido a que en sus países de origen los sistemas de salud no son gratuitos, las medicinas son caras o no están disponibles. Además, las difíciles condiciones en las que viven aceleran el deterioro de su salud. Los problemas principales de salud son de carácter ginecológico, aunque otros están relacionados con el estrés (trastornos digestivos, migrañas, problemas cardiovasculares, etc.) o con la falta de asistencia previa (problemas congénitos o genéticos no detectados en el país de origen).

Tratamientos de mala calidad

Pese a los problemas que padecen, las trabajadoras sexuales inmigrantes en Francia no tienen un fácil acceso a la asistencia sanitaria. Salvo que las ONG se ocupen de ellas y les ayuden a encontrar centros médicos oficiales donde puedan recibir tratamiento, acudirán a centros no oficiales, sobre todo si lo que sufren es un dolor de muelas. En ese tipo de centros pueden recibir tratamientos de mala calidad que les ocasionen enfermedades más graves. Algunas son víctimas de agresiones y violencia física y tienen que ser intervenidas quirúrgicamente para reparar fracturas de huesos. El alcoholismo puede ser también otra consecuencia de sus condiciones de vida: buscan consuelo en la bebida, que también es una forma de olvidar la cruel realidad durante unas horas.

Vulnerabilidad al VIH

Hemos observado que las trabajadoras inmigrantes no suelen recibir en sus países de origen mucha información sobre el VIH o las hepatitis B y C. Por ese motivo, los métodos de prevención tienen que ser de buena calidad y a veces diferentes para las mujeres africanas de habla inglesa, las mujeres africanas de habla francesa y las mujeres de Europa del Este. Observamos también que algunas mujeres

africanas tienen ideas erróneas sobre el VIH y que a las mujeres de Europa Oriental les ocurre otro tanto respecto a la interrupción



Folleto elaborado en Francia por prostitutas albanesas

voluntaria del embarazo (aborto). Aún después de recibir información, algunas siguen teniendo ideas erróneas y otras prefieren ser infectadas deliberadamente por el VIH para conseguir asilo por motivos médicos en Francia? (les compensa vivir allí tan sólo otros diez años en mejores condiciones, que toda una vida en las malas condiciones que soportan en sus países de origen, donde terminarán muriendo de hambre, o padeciendo una sequía o víctimas de una mala pérdida cuando estalle una guerra). Es, por tanto, muy importante informar a estas mujeres y adoptar medidas de prevención, como la distribución de preservativos, además de entregarles folletos informativos y asesorarlas en sus respectivos idiomas.

Acceso al tratamiento con antirretrovirales

Cuando una inmigrante que ejerce la prostitución contrae, por desgracia, el VIH tiene muchas dificultades para conseguir un tratamiento adecuado. Los hospitales les proporcionan medicamentos que están todavía en fase de prueba y cuyos efectos secundarios no se conocen bien. Podrían comprar medicamentos debidamente probados en las farmacias, pero como son inmigrantes sin permiso de trabajo, no pueden costárselos.

Actualmente, en Francia, las trabajadoras del sexo se encuentran en una situación en la que no se aplican las leyes; es decir, la prostitución no es ilegal, puesto que se considera un asunto privado, pero el Estado francés lucha contra la prostitución con herramientas jurídico-sociales: el ejercicio de la prostitución callejera está penalizado, las prostitutas no tienen derecho a organizarse, carecen de salarios mínimos y sus denuncias contra aquellos que las violan y/o agreden no suelen

Cabiria

Cabiria es una ONG sanitaria de base comunitaria que trabaja con y para las trabajadoras del sexo, ofreciéndoles asistencia jurídica, médica y social. Su equipo de trabajadores de acercamiento (outreach) recorre las calles noche y día distribuyendo preservativos y lubricantes, y ofreciendo asesoramiento sobre la prevención del VIH, las ITS, la hepatitis y el embarazo. Sus locales están abiertos cinco días a la semana, de 9 de la mañana a 6 de la tarde, y dos veces por semana se ofrece una comida a este colectivo. El proyecto específico de Cabiria para las mujeres inmigrantes consiste en entregarles todos los materiales antes citados con la ayuda de dos mediadoras culturales (una africana y una refugiada albanesa). Hay otras personas que trabajan para Cabiria y que hablan inglés, español, italiano, albanés y ruso, además de dos enfermeras, que ayudan a prestar asistencia a esas mujeres. La ONG ha creado también un servicio jurídico para la defensa de los derechos de estas mujeres, que hace especial hincapié en las trabajadoras sexuales inmigrantes desde una perspectiva de género. Además, Cabiria trata de prevenir la violencia de clientes y proxenetas, así como la violencia institucional.



tenerse en cuenta. La prostitución recibe todavía la misma consideración que en el decenio de 1960, cuando fue definida como una plaga social. Además, aunque el mecanismo de protección social sea supuestamente universal y accesible para todos, la realidad del trabajo social nos ofrece todos los días pruebas de discriminación en el acceso a unos derechos que son universales (seguridad social, pensiones, vivienda, salud, etc.)

En conclusión, creemos que existe una relación directa entre la situación social de las trabajadoras sexuales inmigrantes y su capacidad de mantenerse en buen estado de salud. Cuanto mayor sea la situación de inestabilidad económica, marginación social, prácticas clandestinas o relaciones de dependencia de una persona, más difícil le resultará adoptar conductas preventivas. Las

mujeres que trabajan en tales situaciones de inseguridad y para las que la prostitución es, ante todo, una forma de sobrevivir, son las más débiles y, en consecuencia, las que se ven obligadas a aceptar prácticas poco seguras de sus clientes. Así pues, cualquier política que contribuya a convertir la prostitución en una actividad clandestina tendrá consecuencias extremadamente negativas para la salud de las trabajadoras del sexo.

Notas

1. *Femmes et Migration. Les femmes venant d'Europe de l'Est*. Editions Le Dragon Lune, 2002, 2-9513977-2-0. Disponible en Cabiria (15 €): cabiria.international@wanadoo.fr
2. Los inmigrantes ilegales pueden solicitar asilo por motivos médicos siempre que presenten un certificado médico que demuestre que padecen una enfermedad grave. La decisión final se toma en función

del acceso a tratamiento en el país de origen.

Información sobre los autores

Gaëlle Téqui es responsable de Información y Relaciones Internacionales de Cabiria. Françoise Guillemaut es jefe del Departamento de Investigación.

Persona de contacto

*Gaëlle Téqui
Cabiria
7, rue Puits-Gaillot, PO Box 1145
69203 Lyon Cedex 01, Francia
Teléfono: +33-4-78300265,
fax: +33-4-78309745
Correo electrónico:
cabiria.international@wanadoo.fr
Sitio web: www.cabiria.asso.fr*

Migración y movilidad de los trabajadores sexuales en los Países Bajos

Thérèse van der Helm



La prostitución en los Países Bajos ha adquirido un carácter extremadamente internacional en las últimas décadas. Aunque en el decenio de 1960 la prostitución en este país estaba dominado por holandesas, desde principios del decenio de 1970 han llegado numerosas prostitutas extranjeras. Según los datos de una encuesta realizada en 1999 a unos 20.000 trabajadores sexuales, en el marco de EUROPAP, más de las dos terceras partes eran inmigrantes y, de ellos, el 32% procedía de América Latina, en torno al 28% de Europa Central y Oriental, el 26% de África y el 5% de Asia¹.

La movilidad dentro de Europa es muy grande. Casi todos los países europeos son lugares donde las prostitutas han trabajado anteriormente, o bien sus países de origen. Desde luego, entre los países vecinos de Holanda existe una gran movilidad de prostitutas, como es el caso de Alemania y Bélgica. Existe también movilidad entre las distintas regiones de los Países Bajos: las prostitutas no siempre viven donde trabajan; algunas se desplazan diariamente desde su lugar de residencia hasta su lugar de trabajo.

Razones de la movilidad

La política de tolerancia con respecto a la prostitución (extranjera) en los Países Bajos es conocida internacionalmente. Pero el Gobierno holandés ha terminado con esa

situación imponiendo algunas normas a los dueños de los burdeles. Una de las nuevas leyes prohíbe contratar a mujeres procedentes de países no pertenecientes a la UE y sin permiso de residencia. Dicha ley, adoptada en octubre de 2000, ha tenido un efecto directo en ese colectivo: cada vez son más frecuentes las detenciones y deportaciones de mujeres sin

Cada vez son más frecuentes las detenciones y deportaciones de mujeres sin permiso de residencia

permiso de residencia (véase cuadro de la página 8). En consecuencia, muchas de ellas han abandonado la prostitución "controlada" (legalizada) y han empezado a trabajar en circuitos ilegales, como burdeles clandestinos,

o se han trasladado a otros lugares de Europa, lo que ha llevado a una gran movilidad de trabajadores del sexo, que ya no permanecen mucho tiempo en el mismo lugar, sino que viajan de una ciudad a otra, tanto dentro de los Países Bajos como en el extranjero. Su ignorancia de los servicios sociales locales, la inseguridad laboral y la movilidad constante siguiendo las instrucciones de los proxenetas ha hecho que el objetivo de recibir una buena asistencia sanitaria no sea ya una prioridad para estas personas.

Para hacernos una idea de las razones de la movilidad de los trabajadores del sexo y los riesgos para su salud (especialmente por ITS), en 1998 se realizaron entrevistas breves, voluntarias y anónimas a 100 personas dedicadas a la prostitución en tres países diferentes. La mayoría eran originarias de Europa del Este y América Latina (tabla 1).

Tabla 1

PAÍS DE ORIGEN	Trabajadores sexuales varones	Trabajadores sexuales transexuales	Trabajadoras sexuales
Países Bajos			13
Otros países de la UE	4	1	4
Europa del Este	10		18
América Latina		20	18
África			12
Total	14	21	65

En Amsterdam, los contactos se establecieron en la zona de "escaparates de prostitución", en el Living Room de la zona de prostitución callejera y en la Fundación AMOC, un centro para consumidores de drogas extranjeros y hombres de Europa del Este dedicados a la prostitución. En Frankfurt, Alemania, se visitaron ocho centros Eros, y en Amberes, Bélgica, se visitó el distrito de los locales de alterne¹. De los 100 entrevistados, 26 declararon que habían trabajado en diferentes ciudades holandesas, y casi la mitad de ellos (48) habían trabajado en 13 países diferentes en total, tanto dentro como fuera de la Unión Europea.

En 23 de los 100 trabajadores sexuales, el motivo para cambiar de lugar de trabajo fue su situación ilegal y los estrictos controles policiales; algunos de ellos habían viajado desde Bélgica, Francia o Alemania, y otros habían abandonado Amsterdam y empezado a trabajar en Frankfurt y Amberes. Cuatro mujeres habían escapado de sus proxenetas. Veintidós buscaban mejores condiciones de trabajo; otros buscaban aventura, y los había que querían cambiar de lugar de residencia debido al frío que hacía en la calle, o porque se sentían demasiado "expuestos" en los escaparates. Algunos buscaban mejores lugares de trabajo, ya que los proxenetas de otros trabajadores habían llegado a dominar demasiado su zona. Para 80 encuestados, la prostitución era su única fuente de ingresos.

Salud

Muchas de las prostitutas que participaron en este estudio carecían de seguro médico; sólo 22 de 100 estaban aseguradas. Veintiocho mujeres utilizaban métodos anticonceptivos distintos al condón. Las demás consideraban que el uso del preservativo era suficiente como anticonceptivo. Pese a los accidentes

habituales con los preservativos, los embarazos accidentales o el hecho que tomaban antibióticos de forma preventiva, no querían utilizar otros métodos anticonceptivos. Muchas de ellas habían pasado ya por dos, o incluso tres, abortos.

De los 100 trabajadores del sexo que participaron en este estudio, sólo una pequeña proporción se sometía a pruebas periódicas para la detección de ITS. Los centros que se ocupan de estas enfermedades en Amsterdam y Frankfurt, que ofrecen un fácil acceso y servicios gratuitos, son visitados con frecuencia por los trabajadores sexuales aunque sin ninguna regularidad. Debe decirse también que algunos encuestados expresaron su preferencia por la automedicación con antibióticos. Esta práctica está relacionada con el cambio frecuente de lugar de trabajo y la falta de conocimiento de los servicios sanitarios que se ofrecen en los nuevos lugares de trabajo, aparte de que demuestra que estos trabajadores no dan prioridad a sus necesidades sanitarias.

EUROPAP realizó otra encuesta en 2001. Según los datos sobre movilidad, no se han producido cambios desde 1999. Sigue existiendo una elevada movilidad/rotación, sobre todo entre las prostitutas inmigrantes. Se entrevistó a cien trabajadores sexuales en Amsterdam y se tomaron muestras de sangre para realizar pruebas del VIH, la sífilis y las hepatitis B y C².

Veintitres de esas mujeres y transexuales respondieron a la pregunta sobre la movilidad mencionando que habían trabajado en uno o más países en la UE, Asia, América Latina y Europa Central u Oriental.

Políticas más estrictas

Puede concluirse que, en los Países Bajos, la prostitución se ha convertido en las últimas décadas en una profesión practicada en su mayoría por inmigrantes procedentes de países con situaciones económicas o políticas inestables. Estas personas encuentran trabajo no sólo en los centros de prostitución holandeses, sino también en los de los países vecinos, así como en otros países de la UE. Algunas ciudades holandesas han adoptado ya políticas más estrictas con respecto a las prostitutas extranjeras que carecen de permiso de residencia. En consecuencia, estos trabajadores sexuales se han visto obligados a trasladarse a países donde puedan seguir ejerciendo su oficio.

En cualquier caso, los servicios sanitarios públicos se enfrentan a una población cada vez más móvil, que no sabe cómo acceder a los distintos servicios. En tales circunstancias, el trabajo social es sumamente necesario; los servicios que se ofrezcan a los trabajadores del sexo deben ser de fácil acceso y tiene que prestarse atención especial a la prevención de las ITS y a conseguir que la información llegue también a los inmigrantes ilegales. Cualquiera

Trabalho e saúde



Folleto elaborado por la fundación holandesa sobre ETS para mujeres de habla portuguesa en los Países Bajos

política nueva en materia de prostitución debería contemplar la prestación de unos servicios sociales y sanitarios para las personas que ejercen la prostitución en general, y la adopción de disposiciones eficaces para prevenir e informar sobre las ITS. La legalización de la prostitución en los Países Bajos ha ocasionado un aumento de los burdeles ilegales. Los servicios sanitarios deben aprovechar todas las oportunidades que se presenten para seguir en contacto con los trabajadores sexuales inmigrantes en estos establecimientos y en la calle. Los nuevos reglamentos y leyes no deben imposibilitar tales contactos.

Notas

1. Th. van der Helm y L. van Mens, *Mobility in prostitution in The Netherlands 1998-1999. An inventory done under the auspices of EUROPAP-TAMPEP 1998-1999*, Servicio Municipal de Salud de Amsterdam, 1999.
2. Th. van der Helm y B. van Heusden, *Health risks in prostitution. A survey among 100 prostitutes in Amsterdam as part of a multi-centred study for EUROPAP 2001*, Servicio Municipal de Salud de Amsterdam, 2001.

Información sobre la autora

Thérèse van der Helm es coordinadora del Proyecto de Intermediación para Prostitutas en Amsterdam y coordinadora nacional de EUROPAP - Países Bajos.

EUROPAP

EUROPAP (Proyectos de Intervención Europea para la Prevención de Sida/ETS entre las Prostitutas) es una red de organizaciones de 18 países europeos. Sus objetivos principales son la prevención de ITS/VIH, la salud en general y la prestación de unos servicios apropiados para las prostitutas en Europa. EUROPAP ha adquirido una gran experiencia en la elaboración y ejecución de este tipo de proyectos. Para acercar la asistencia sanitaria y, más en concreto, la prevención de ITS/VIH a los trabajadores sexuales, se han emprendido numerosos proyectos dirigidos a dicho colectivo en toda Europa. El objetivo global de esta red es hacerse una idea de cómo funcionan estos proyectos y los factores que determinan su éxito o su fracaso.

Para más información:

Correo electrónico: europap@ic.ac.uk;
sitio web: www.europap.net

EUROPAP

Modificación de la ley holandesa sobre la prostitución y consecuencias para los trabajadores sexuales inmigrantes

La pragmática política del Gobierno holandés respecto a la formulación de una nueva política en materia de prostitución ha ocasionado inevitablemente un debate sobre su regulación y legalización. Algunos piensan que la política tolerante con los burdeles ya existentes es hipócrita y contradice el espíritu de la legislación nacional. En el pasado, la prostitución organizada estaba prohibida, aunque en la práctica se consentía el funcionamiento de burdeles comerciales con distintos grados de libertad. Pero cada vez resultaba más difícil controlar los excesos del gran circuito de la prostitución semilegal, en virtud de la cual se concedía a los propietarios de los burdeles libertad para mantenerlos en funcionamiento sin que las autoridades pudieran sancionarles por infracciones en la gestión, como el maltrato mental o físico de los trabajadores o la ausencia de unas condiciones de trabajo higiénicas. Por fin, en octubre de 2000 se aprobó la modificación de la ley sobre burdeles.

La nueva ley ofrece ventajas a las prostitutas que trabajen en establecimientos legales: condiciones de trabajo higiénicas; mayor facilidad para ponerse en contacto con ellas a fin de prestarles servicios educativos y de asistencia sanitaria, atención personal y, si lo necesitan, remisión a los servicios sociales apropiados. Por otra parte, al conceder a la prostitución la consideración de profesión legal, las leyes laborales protegerán a las mujeres, que podrán integrarse en el régimen de la seguridad social. Sin embargo, esta ley prohíbe la prostitución de personas de países no pertenecientes a la UE, lo que afecta a estas mujeres directamente. Muchas de ellas han abandonado los burdeles legales y han empezado a trabajar en calles, bares, burdeles ilegales o en sus propias casas.



Educadoras y agentes de salud del proyecto Intermediadores para Prostitutas

Persona de contacto

Thérèse van der Helm
GG&GD
Groenburgwal 44
1011 HW Amsterdam, Países Bajos
Teléfono: +31-20-5555715,
fax: +31-20-5555751
Correo electrónico:
tvdh@soagggd.amsterdam.nl

Prostitución en España, salud y políticas

Ángeles Rodríguez Arenas

En este artículo, Ángeles Rodríguez, de Médicos del Mundo España, describe los cambios recientes en el sector de la prostitución en España y explica el tipo de actividades necesarias para ayudar a los trabajadores sexuales inmigrantes en el país.



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 de Europa Oriental (Ucrania, Rusia, República Checa, Hungría, Rumanía, 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.

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".

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, España se adscribe al modelo abolicionista, el cual se caracteriza principalmente porque 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.

En cuanto a las características legales de la prostitución, hay que añadir que un alto

Nueva red nacional en España

En 2001 se creó en España una red nacional de proyectos para trabajadores sexuales. Dicha red, que ha recibido el nombre de Red Estatal de Organizaciones y Proyectos sobre Prostitución (ROPP), se creó después de que varias organizaciones reconocieran que la movilidad y la migración habían cambiado profundamente el sector de la prostitución en España y que se necesitaba una mayor coordinación a escala nacional para realizar un seguimiento de dichos cambios. Uno de los objetivos principales de la red es compartir y distribuir información entre las ONG y ayudar a los trabajadores sexuales que se mueven por todo el país.

La red organizó dos reuniones en 2001 y ha convocado otra para los días 24 y 25 de mayo de 2002. Además, tiene previstas sesiones de formación y más reuniones. Finalmente, ha publicado un folleto para los trabajadores sexuales.

Para más información:

Beatriz Seisdedos de Vega
ROPP / Cruz Roja Juventud,
Departamento Central
Rafael Villa s/n vuelta Ginés Navarro,
28023 El Plantío, Madrid, España
Teléfono: +34-91-3354497,
fax: +34-91-3354455,
correo electrónico: redropp@hotmail.com

porcentaje de las personas que la ejercen son inmigrantes en situación administrativa irregular. Aunque el trabajo sexual no está penado, sí lo está la inmigración ilegal. El acceso a los servicios sanitarios públicos de la población inmigrante está regulada en la ley 8/2000 de 22 diciembre de 2000, en cuyo artículo 12 se 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, lo que supone barreras para las mujeres traficadas que ejercen la prostitución.

La experiencia de Médicos del Mundo

Nuestros programas para trabajadores sexuales 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 en 1993, 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 para trabajadores sexuales 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.

Reducción de daños

Todas las políticas sanitarias dirigidas a los grupos de trabajadores sexuales antes mencionados (víctimas del tráfico de mujeres, inmigrantes indocumentados, transexuales y trabajadores de la prostitución callejera) deben tener en cuenta las nuevas características del sector de la prostitución y proponer medidas para combatir las situaciones de vulnerabilidad y marginalidad que agravan la vida de los trabajadores sexuales, como una situación administrativa irregular o la drogadicción. Nosotros pensamos que la prostitución debe incluirse como una prioridad en los programas políticos de los Departamentos de la Mujer, Salud, Inmigración, Drogadicción y Cooperación Internacional.

Sin duda, la puesta en marcha en los últimos años de políticas de reducción de daños ha intervenido en la disminución del binomio



Foto: François Fontaine, Médicos del Mundo

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.

Violencia de género

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.

Un estudio realizado por Médicos del Mundo reveló que las trabajadoras sexuales se muestran partidarias de utilizar medidas preventivas, como los preservativos. 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,

Médicos del Mundo

Médicos del Mundo es una ONG apolítica y no religiosa basada en las acciones humanitarias y el trabajo voluntario. Trabajamos con grupos desfavorecidos del Tercer Mundo y el Cuarto Mundo, en los que se incluyen las personas privadas del bienestar que suele proporcionar la sociedad y marginadas de los recursos en materia de salud, justicia, alimentación o vivienda. La organización presta una atención especial a los consumidores de drogas y a los trabajadores sexuales con sus programas de reducción de daños y prevención del VIH y las ITS. Ofrece también servicios sanitarios y sociales a inmigrantes y minorías étnicas sin recursos. Trabajamos en 18 ciudades de toda España. Médicos del Mundo forma parte de la red internacional de Médecins du Monde.

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 asesoramiento previo y posterior 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.

Nota

T. A. Sánchez, A. Rodríguez, P. Ramón, M. Lorenzo, V. Palacio, P. Estébanez. Impacto de la inmigración sobre la prostitución y VIH/sida en

España. Pub. Of. Seisida, Vol. 12, Nº 4, págs. 251-253, 2001.

Información sobre la autora

Ángeles Rodríguez Arenas es médico de Médicos del Mundo España.

Persona de contacto

Ángeles Rodríguez Arenas
Desk de Cuarto Mundo, Médicos del Mundo
C/ Andrés Mellado, 31 Bajo
28015 Madrid, España
Teléfono: +34-91-5436033,
fax: +34-91-5437923
Correo electrónico:
angeles.rodriguez@medicosdelmundo.org
Sitio web: www.medicosdelmundo.org

Mujeres inmigrantes colombianas y trabajo sexual en Galicia, España



Laura Oso

La visión que domina en los medios de comunicación, así como en el imaginario colectivo, cuando se aborda la temática de la inmigración y el trabajo sexual en España responde a una imagen victimizadora (mujeres esclavizadas, captadas, engañadas, amenazadas, coaccionadas). No obstante, esta imagen no pone de relieve la complejidad de la realidad social de las mujeres inmigrantes que se emplean en la industria del sexo en España. Subraya casi exclusivamente su vertiente más sensacionalista, reduciendo la figura de la trabajadora del sexo inmigrante al papel pasivo de víctima traficada y obligada.

En este artículo pretendo cuestionar la imagen que tiende a relacionar la inmigración con fines de prostitución exclusivamente con su modalidad más dura (tráfico con engaño y coacción a través de grandes redes y mafias). Los datos obtenidos de un trabajo de campo que he realizado con mujeres inmigrantes colombianas en Galicia (provincia situada en el noroeste de España) muestra un panorama que diverge de este imaginario colectivo tan generalizado. Los mecanismos de inmigración a España de las personas entrevistadas son diversos: a) desde la inmigrante engañada y coaccionada; b) pasando por la mujer que migra contrayendo una deuda pero bajo la modalidad de un tráfico a pequeña escala; c) hasta la mujer que de manera autónoma decide voluntariamente invertir sus ahorros en

viajar para trabajar en la industria del sexo en España. Además, las terceras personas implicadas en el tráfico de inmigrantes no tienen por qué ser necesariamente grandes redes o mafias organizadas. Pequeños empresarios de clubes de alterne, prestamistas privados u otros inmigrantes pueden participar en la inmigración de trabajadoras sexuales a España.

Lo que quiero subrayar en este artículo es cómo estos distintos tipos de mujeres (inmigrantes traficadas, endeudadas e inmigrantes autónomas) difieren considerablemente en sus condiciones sanitarias, su vulnerabilidad respecto al VIH/sida y sus condiciones de trabajo y de vida. Nos vamos a centrar fundamentalmente en el caso de las mujeres endeudadas (cuya migración responde a un tráfico a pequeña escala) y en el caso de las migrantes autónomas.

El análisis que presento se basa en los datos cualitativos obtenidos con la realización de un total de 42 entrevistas en profundidad semidirigidas: 31 a trabajadoras sexuales colombianas y 11 a personas en contacto directo con la realidad estudiada (clientes, médicos y responsables de ONG). Las entrevistas han sido realizadas por mí, en el marco de un estudio sociológico financiado por el Instituto de la Mujer en España. El trabajo de campo fue realizado principalmente

en las provincias gallegas de La Coruña y Pontevedra en el año 2000¹.

Trabajadoras del sexo endeudadas

Del conjunto de las 31 mujeres inmigrantes entrevistadas sólo tres llegaron engañadas a España, sin conocer el tipo de trabajo que iban a desempeñar. La mitad de las informantes llegaron a España tras contraer una deuda, pero bajo la modalidad de un tráfico más a pequeña escala y conscientes de que iban a emplearse en la industria del sexo. Este tipo de tráfico no implica a grandes redes o mafias, sino que está sustentado fundamentalmente por la propia dinámica migratoria: es decir, por las redes sociales tejidas entre migrantes (constituidas por familiares, amigos, etc.).

Algunas de las mujeres entrevistadas, con deuda, tienen una relación más libre y menos dependiente respecto a sus prestamistas; si bien, hemos podido igualmente constatar situaciones de fuerte abuso y explotación, por parte de mujeres colombianas implicadas en el tráfico de inmigrantes. Son varias las entrevistadas que optaron por no cumplir con el total de los pagos. La situación puede agravarse cuando el tráfico implica directamente a dueños de clubes o a una red más extensa de tráfico. Y es que, para algunas de las entrevistadas, con deuda, su migración sí se acerca al perfil de tráfico que reflejan tradicionalmente los medios de comunicación, donde las mujeres son trasladadas de un club

a otro, encerradas, vendidas al mejor postor y privadas de su libertad más básica.

Un fuerte control

Las condiciones de trabajo y de vida para las trabajadoras del sexo endeudadas son mucho más duras que para las inmigrantes autónomas. Por lo general, suelen residir en los clubes o en casa de sus prestamistas, lo cual supone un fuerte control sobre sus vidas cotidianas. Una mujer explicaba: *«Me dijeron allá [en Colombia] que tenía que pagar 3.000 euros [1000 euros = US\$882], pero al llegar a Vigo eran 4.800. La señora me llevó primero a un club, vivíamos con ella, todos los días me decía: ¿cuánto hiciste hoy? Tenía que pagarle 120 euros diarios».*

Los clubes están situados generalmente en las carreteras o a las afueras de las ciudades. La falta de autonomía, el aislamiento social, la inexistencia de un espacio propio, son algunos de los sentimientos expresados. Las mujeres que son “traídas” directamente por los dueños de los clubes pueden ser aún más controladas, en la medida en que a éstos les interesa conservar a sus trabajadoras, al menos hasta que paguen la deuda adquirida: *«Había chicas con deuda, nos vigilaban para todo, no*

La mitad de las informantes llegaron a España tras contraer una deuda

nos dejaban salir, nos encerraban. A veces tratan a las chicas bien y a veces mal» (mujer colombiana emigrada para trabajar en un club).

La vida cotidiana de las trabajadoras que residen en el club suele reducirse al trabajo. Las mujeres suelen levantarse a las dos o tres de la tarde, comen y se preparan para iniciar la jornada (se duchan y se visten) que comienza a las seis de la tarde y termina a las cuatro o cinco de la mañana. El ritmo de trabajo durante el periodo en el cual las mujeres se encuentran pagando la deuda es muy acelerado, más clientes por jornada, pocos o ningún día de descanso, incluso cuando están enfermas. La necesidad económica derivada del pago de la deuda obliga a algunas mujeres a trabajar durante los días de la menstruación.

«Sin goma»

Entre las mujeres entrevistadas existe una conciencia muy desarrollada sobre la importancia del uso del preservativo como mecanismo de prevención hacia el HIV. No obstante, la conciencia de la trabajadora del sexo inmigrante hacia el uso del preservativo choca con las barreras de los clientes, que solicitan con frecuencia sus servicios “sin goma”, ofreciendo por ello importantes cantidades de dinero. Así, las mujeres más necesitadas económicamente o bajo la presión



Club en Galicia. Foto: Álvaro Ballesteros

del pago de la deuda se pueden ver obligadas a aceptar servicios “sin goma”, en una situación de escasez y competitividad en el trabajo.

Una vez cancelada la deuda las entrevistadas recobraron, por lo general, su libertad y se incorporaron al batallón de inmigrantes autónomas que circulan en los autobuses públicos, rotando de club en club, por las carreteras de Galicia y otros territorios de España. Con el pago de la deuda se ponen en marcha algunas estrategias de movilidad social y laboral: trabajo en pisos de contacto y alquiler de una residencia propia.

Las inmigrantes autónomas

La otra mitad de las mujeres entrevistadas emigraron de manera independiente a España, gracias al dinero que disponían en su propio país: a la obtención de un crédito bancario; la hipoteca de propiedades; el recurso a prestamistas privados o el préstamo de familiares u amistades ya emigradas. Una mujer que trabajaba en un piso reconocía: *«A mí nadie me trajo ni me engañó y nunca tuve malas experiencias de que me hayan pegado, ni nada. Yo me cuido, tengo un seguro privado y la Seguridad Social. Mi vida en el trabajo ha sido muy tranquila, en los pisos.»*

El hecho de emigrar de manera autónoma y no tener la presión del pago de la deuda conlleva unas mejores condiciones sanitarias, de trabajo y de vida. En este caso, las mujeres suelen emplearse de manera independiente, respondiendo el trabajo sexual una opción u estrategia personal, fuera del engaño, coacción o presión por parte de terceras personas. La mujer antes citada añadía: *«Yo*

tomé la decisión libremente, me he cuidado mucho, me metí en esto libremente, no vivo orgullosa de lo que hago, pero lo hago como un trabajo. Es una forma más rápida de ganar dinero». La ausencia de dependencia monetaria y, por lo tanto, personal, posibilita a las mujeres elegir dónde y cuándo van a ofrecer sus servicios. Así, las trabajadoras autónomas suelen rotar de negocio en función principalmente de la demanda y la situación del empleo, el riesgo de redadas policiales y las condiciones de trabajo (trato por parte de los dueños de negocios, condiciones de la vivienda, calidad de la comida).

Las inmigrantes independientes también eligen si quieren o no atender a un cliente o descansar cuando lo creen necesario. Trabajan igualmente en mejores condiciones sanitarias. Así, pueden permitirse no aceptar aquellos clientes que desean sus servicios “sin goma”. Resistir a las apetitosas ofertas monetarias de los clientes que demandan “sexo con riesgo” es más fácil sin la presión económica de la deuda, siendo su vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH

En Galicia está muy extendida la práctica según la cual las inmigrantes colombianas ya asentadas, que disponen de una cierta estabilidad jurídica, invierten económicamente en el viaje de terceras personas (amistades, familiares, conocidos en Colombia). Esta inversión consiste en facilitar el dinero necesario para el billete de avión y la bolsa de viaje (suma monetaria que requieren las autoridades españolas sea mostrada en la frontera para poder entrar como turista), así como la carta de invitación y los contactos para trabajar en España.

menor que para las inmigrantes endeudadas.

La autonomía posibilita, de la misma manera, optar por otro tipo de empleo, más allá del club de carretera, como es el trabajo en pisos de contacto, donde las condiciones laborales son más favorables. Los pisos de contacto o "tapadillos" son apartamentos discretos en los cuales varias mujeres ofrecen sus servicios que son anunciados en la prensa. En un piso la clientela es más tranquila, se suele trabajar de día, no hay que "trasnochar", tomar bebidas alcohólicas, ni seducir y conquistar a los clientes en la barra. Además, las inmigrantes autónomas suelen poseer un espacio residencial propio, de manera que la relación con el trabajo adquiere una connotación más contractual: las mujeres se desplazan al club o al piso, cumplen un horario, pero regresan posteriormente a su residencia personal.

La plaza y la salud

No obstante, la necesidad y el deseo de acumulación monetaria (ahorro, envío de remesas a familiares que permanecen en el país de origen, etc.), lleva a muchas trabajadoras del sexo autónomas y endeudadas a mantener un fuerte ritmo de trabajo, sobre todo cuando viajan a realizar "una plaza" ². La plaza consiste en una estancia de 21 días (período de tiempo que coincide con el ciclo menstrual) en un club

o piso de contacto, donde la mujer reside permanentemente y trabaja de manera acelerada y sin descanso. Esta modalidad de empleo posibilita importantes beneficios económicos (algunas mujeres pueden llegar a ganar 6.000 euros en una plaza). No obstante, tiene inconvenientes sobre la salud y las condiciones de trabajo y de vida de las mujeres, tales como la falta de referencias espaciales. Las mujeres que trabajan continuamente bajo la modalidad de plaza van cambiando de vivienda y se mueven por toda España, sin disponer de un espacio propio de referencia. Otras desventajas de esta modalidad de empleo son el cansancio derivado del trabajo continuado (un número elevado de pases por día y ninguna jornada de descanso durante la estancia de 21 días, mayores desarreglos alimenticios).

Los programas sociales y de salud deben llevar a cabo medidas especiales para poder llegar a estos dos tipos de poblaciones más aisladas (mujeres endeudadas, trabajadoras en plazas). Por su parte, los proyectos de prevención del HIV deben considerar necesariamente la concienciación del cliente de la necesidad de utilizar el preservativo. La figura del cliente que demanda servicios "sin goma" es el principal riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual para las trabajadoras del sexo en Galicia.

Notas

1. L. Oso, "Estrategias migratorias y de movilidad social de las mujeres ecuatorianas y colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución". En: *Mujeres inmigrantes en la irregularidad. Pobreza, marginación laboral y prostitución*, Instituto de la Mujer, Madrid, 2000. Informe inédito de investigación. Algunos resultados de esta investigación pueden consultarse en: <http://www.imsersomigracion.upco.es/otros documentos/congreso/datos/estrategias.htm>.
2. Las mujeres llaman *plaza* a esa modalidad de empleo porque pueden llamar y preguntar si existe alguna plaza disponible para poder quedarse durante 21 días, el período de tiempo que coincide con el ciclo menstrual (cuando no están menstruando).

Información sobre la autora

Laura Oso es profesora de sociología en la Universidad de La Coruña.

Persona de contacto

Laura Oso
Facultad de Sociología, Universidad de La Coruña
Campus Elviña
15071 La Coruña, España
Teléfono: +34-981-167000,
fax: +34-981-167103
Correo electrónico: osofac@udc.es

Trabajadores sexuales inmigrantes en Europa: prevención de ITS/VIH, salud y derechos

Licia Brussa

En este artículo, la autora describe los cambios ocurridos en el sector de la prostitución en Europa desde la caída del Muro de Berlín. Basándose en la experiencia de la red europea sobre la prostitución migratoria (TAMPEP), demuestra que la marginación social de los trabajadores sexuales móviles e inmigrantes reduce las posibilidades de que puedan protegerse de la violencia, el abuso y la infección por VIH/ITS, además de crear barreras para la práctica del sexo seguro.

En la pasada década, el sector de la prostitución ha crecido enormemente en los países de Europa Central y Oriental (PECO; el antiguo "bloque del Este"). Como resultado de los cambios económicos y sociales ocurridos en la región, las mujeres se han visto especialmente afectadas por estas transformaciones, con el consiguiente aumento del número de mujeres, niñas y hombres

dedicados voluntaria o involuntariamente a la prostitución. La ejercen en su propio país, en otros países de la región de los PECO o en países de la Unión Europea, Oriente Medio u otros continentes.

Los grandes flujos de migración procedentes de Europa Central y Oriental hacia Europa Occidental han provocado un cambio importante en el escenario de la prostitución. En la actualidad, las mujeres procedentes de Europa del Este representan, por término medio, un 30-40% de la población total de trabajadores sexuales en los países de la UE. Otro movimiento importante es el flujo migratorio interno desde Europa Oriental (Moldavia, Ucrania) hacia Europa Central (Hungria, República Checa). Europa Central y sobre todo los países asociados a ésta constituyen la principal puerta de entrada a los países de la UE para las mujeres no pertenecientes a la UE que desean dedicarse a la prostitución.



health migration sex work

The experience of TAMPEP

Transnational AIDS/STD prevention
among migrant prostitutes in Europe



edited by
LICIA BRUSSA

TAMPEP
International
Foundation

Los países de Europa Central son, al mismo tiempo, países de destino, tránsito y origen. Por ejemplo, muchas mujeres ucranianas, rusas y moldavas emigran a Europa Central para dedicarse a la prostitución y, después de algún tiempo, se trasladan a países como Alemania, Bélgica o Países Bajos. Al par, muchas mujeres de Europa Central abandonan sus países para buscar trabajo en la UE. En otras palabras, observamos una gran movilidad de mujeres que buscan recursos económicos en el sector informal, dedicándose al trabajo sexual en su propio país, en países de su misma región o en países de otras regiones.

Problemas habituales

¿Cuáles son los problemas y rasgos habituales de estos países? Las características típicas de los PECO son: el rápido crecimiento de la prostitución en los últimos diez años, las formas específicas y diversas en que se organiza, la presencia de trabajadores sexuales autóctonos y móviles, la extrema movilidad de los distintos grupos de trabajadores sexuales y la presencia de organizaciones criminales nacionales o extranjeras que coordinan y dirigen el mercado. Por último, aunque no por ello menos importante, la creciente respuesta represiva con respecto a esta realidad por parte de los Gobiernos nacionales, que optan por criminalizar la prostitución o alejarla de los centros urbanos para apartarla de la vista de los ciudadanos "corrientes" (quienes es posible que sean también clientes de las prostitutas). Por otra parte, para poder dominar la prostitución, los Gobiernos introducen modelos basados en un control estricto ejercido a través de pruebas médicas obligatorias, un registro de los trabajadores sexuales, leyes administrativas contra la prostitución y designación de zonas prohibidas. Todas estas medidas tienen un elemento en común: pueden considerarse políticas cortas de miras, carentes de una visión de las consecuencias sociales, sin capacidad para vigilar su aplicación, incapaces de controlar los efectos de la corrupción e irrespetuosas hacia los derechos humanos y civiles de las prostitutas.

Entorno abusivo

La realidad en la que tienen que funcionar los proyectos se ha ido complicando cada vez más: existe una gran dispersión territorial de los trabajadores del sexo, el escenario de la prostitución es

extremadamente diverso, las condiciones de trabajo de las prostitutas suelen ser malas y la presencia de trabajadores sexuales autóctonos, móviles e inmigrantes es una fuente de tensiones. Por otra parte, los trabajadores sexuales tienen distintos niveles de vulnerabilidad: algunos son víctimas del tráfico sexual, otros son víctimas de proxenetas, otros son inmigrantes, adictos a las drogas o seropositivos. En algunos países se trata a estos trabajadores como criminales y se les considera un peligro para la sociedad. Sea como fuere, en la mayoría de las

Los países de Europa Central son, al mismo tiempo, países de destino, tránsito y origen

sociedades están marginados. Muchas prostitutas realizan su trabajo en un entorno violento y abusivo, sobre todo si son menores o mujeres víctimas del tráfico de seres humanos.

Todos estos factores reducen las posibilidades de que los trabajadores del sexo puedan adoptar una estrategia de autoprotección (para su salud y bienestar) y autonomía en su trabajo sexual, y al mismo tiempo crean una barrera para el mantenimiento de relaciones sexuales seguras. Por ese motivo, necesitamos un enfoque holístico, posibilidades más amplias de intervención, diferenciación en las estrategias laborales y, por último, un firme apoyo político y económico.

Exclusión social

Si deseamos promover un enfoque nuevo e integrado, en primer lugar tenemos que definir con claridad cuál es nuestra visión del trabajo sexual. Las concepciones tradicionales de la prostitución han sido represivas, moralizantes y reguladoras; los trabajadores sexuales y sus clientes se percibían como objetos, más que como sujetos activos, y se les excluía de los debates y decisiones políticas y legislativas. La situación marginal y a menudo ilegal del sector de la prostitución ha motivado la exclusión social de los que la ejercen. En un marco represivo o sentencioso como este no se puede prestar una asistencia sanitaria y social eficaz.

La exclusión social de los trabajadores del sexo agrava la situación de los grupos más vulnerables, como los menores, los consumidores de drogas, las minorías étnicas, los inmigrantes y, por último, las personas dependientes por completo de proxenetas y/o traficantes. Todos estos grupos tienen que someterse a una legislación represiva que a menudo les excluye de la asistencia jurídica, social y sanitaria ofrecida a la población general. Un requisito previo para la *integración social* de los trabajadores sexuales, incluidos los grupos antes mencionados, es el

Femmigration – Programa de asistencia jurídica para prostitutas inmigrantes y víctimas del tráfico de mujeres en Internet

El Programa de asistencia jurídica es un proyecto plurianual que han puesto en marcha los cuatro fundadores de TAMPEP: Países Bajos, Italia, Alemania y Austria. Está dirigido directamente a las ONG que se ocupan de las mujeres que desean emigrar o que están ya en proceso de emigración a estos países. El sitio web Femmigration proporciona a esas organizaciones la información jurídica más importante sobre los diferentes sistemas de legislación de esos cuatro países en materia de inmigración, prostitución y tráfico de mujeres. El objetivo de este sitio web es ofrecer a las inmigrantes dedicadas a la prostitución información fiable y actualizada sobre sus derechos legales, sus posibilidades de trabajo y residencia y una lista de organizaciones de apoyo. Este año se incorporarán al proyecto otros tres países: España, Francia y Finlandia.

Para más información:
Correo electrónico:
info@femmigration.net
Sitio web:
www.femmigration.net



TAMPEP

TAMPEP (Prevención Transnacional de Sida/ITS entre Prostitutas Emigrantes en Europa) es un proyecto internacional de acción y colaboración a través de redes en 24 países europeos, entre ellos nueve países de Europa Central y Oriental. Su finalidad es actuar como observatorio de la dinámica de la prostitución extranjera en Europa, defender los derechos humanos y civiles de las prostitutas, facilitar el intercambio de conocimientos, experiencias y buenas prácticas entre sus miembros y elaborar e implantar estrategias eficaces para la prevención del VIH y las ITS entre los inmigrantes dedicados a la prostitución en toda Europa.



reconocimiento y la protección de sus derechos humanos y civiles, con independencia de que sean inmigrantes, autóctonos, consumidores de drogas u homosexuales.

Estrategias holísticas

Teniendo en cuenta los hechos antes mencionados y la nueva realidad de la prostitución en Europa, es necesario elaborar con la mayor urgencia estrategias holísticas para adoptar medidas que abarquen diferentes áreas: prevención del VIH y las ITS, promoción de la salud, asistencia jurídica y social y protección de los derechos humanos. Las ONG que trabajan en este campo deben recibir apoyo en sus esfuerzos por ofrecer servicios especiales a los trabajadores del sexo, financiación para realizar actividades integradas y respaldo para identificar las políticas, estrategias y medidas más prioritarias.

La red TAMPEP (véase cuadro) ha podido determinar, a partir del análisis y la evaluación de la situación en algunos de sus países miembros, el contexto común de la prostitución en Europa: la prevención del VIH y las ITS está hoy directamente relacionada con la migración, la movilidad, el tráfico y la vulnerabilidad de los trabajadores sexuales. Hemos de ser conscientes de esta relación en el ámbito transnacional, puesto que la naturaleza móvil del trabajo sexual, la influencia de las redes de delincuencia, las políticas nacionales en materia de prostitución, las leyes represivas, etc. determinan directamente los verdaderos elementos de peligro en las vidas de los trabajadores sexuales. Es un amplio contexto de peligro que hace que los riesgos específicos de violencia, infección, embarazo, humillación e incapacidad de autodeterminación escapen al control de las prostitutas. La experiencia de TAMPEP nos ha hecho comprender que resulta poco realista esperar de una trabajadora sexual directamente amenazada de, por ejemplo, deportación, encarcelamiento o extorsión por parte de un proxeneta, que conceda prioridad a su salud y a la práctica del sexo seguro. Pese a todo, si los proyectos de promoción de la salud en el entorno de esta mujer están dirigidos a la protección total de la persona, se le podrá ofrecer la posibilidad de asumir sus propios riesgos y tener alguna posibilidad de control. Así es como trabajamos: para nosotros, la capacitación es la principal forma de prevenir la explotación y las infecciones por VIH/ITS. Para aplicar estas estrategias de protección, los miembros de nuestra red realizan actividades de movilización social y tratan de influir en las políticas. Así pues, el papel de abogado defensor de la organización se integra directamente en nuestras estrategias de promoción de la salud.

Por otra parte, tenemos que promover activamente las políticas contra la discriminación. Los trabajadores sexuales deben disfrutar de los mismos derechos humanos y civiles que el resto de la sociedad, que les garanticen que no van a ser vulnerables ante la explotación y el abuso de clientes, proxenetas o traficantes. Además, ni los trabajadores sanitarios y sociales ni los funcionarios de la policía deben considerarles como objetos de exclusión y/o abuso.

Por consiguiente, es fundamental luchar contra la marginación de los trabajadores sexuales y garantizar la prestación de unos servicios jurídicos, sanitarios y sociales eficaces que respeten sus derechos

humanos y en cuyo marco no se les considera meros portadores de infecciones de transmisión sexual (ITS). Una respuesta holística a las necesidades de los trabajadores sexuales es el instrumento más eficaz contra su explotación y, por tanto, contra el tráfico de mujeres.

Información sobre la autora

Licia Brussa es coordinadora de la Fundación Internacional TAMPEP y una de las directoras de Research for Sex Work.

Persona de contacto

Licia Brussa
TAMPEP International Foundation
Westermarkt 4
1016 DK Amsterdam, Países Bajos
Teléfono: +31-20-6247149,
fax: +31-20-6246529
Correo electrónico: tampep@xs4all.nl;
sitio web: www.mrgraaf.nl/tampepframe.htm

Prostitución de inmigrantes en Polonia

Los inmigrantes dedicados a la prostitución en Polonia proceden principalmente de Ucrania, aunque también de Bielorrusia, Rumanía, Rusia y, cada vez más, Moldavia. Según los archivos policiales, hay más de 2.000 mujeres inmigrantes que se prostituyen en Polonia, aunque es probable que su número sea muy superior a esa cifra. La mayoría ejercen la prostitución callejera, casi siempre en las carreteras, aunque algunas trabajan también en agencias de acompañantes. Pueden permanecer en Polonia legalmente durante un período de 1 a 3 meses y, transcurrido ese tiempo, la mayoría de ellas siguen trabajando hasta que son detenidas y deportadas. Por lo general, estas mujeres se encuentran en una situación mucho peor que las prostitutas polacas, puesto que las mujeres de Europa del Este suelen ser víctimas del tráfico sexual y son extremadamente dependientes de sus proxenetas, quienes a menudo las explotan y maltratan.

Una de las pocas organizaciones que ofrece apoyo a las inmigrantes dedicadas a la prostitución y víctimas del tráfico es TADA, una ONG que presta sus servicios en seis ciudades de Polonia y en la frontera de este país con Alemania. Según TADA, las prostitutas extranjeras tienen un acceso restringido a los servicios sanitarios públicos si no están aseguradas ni hablan polaco. Por otra parte, algunos proxenetas o traficantes se niegan a que las mujeres visiten los centros de asistencia sanitaria. Los servicios sanitarios privados son de buena calidad, pero no son anónimos ni gratuitos. El objetivo general del programa TADA es prevenir la infección por VIH y otras ITS a través de la promoción de conductas sexuales más seguras. La organización ofrece, entre otras cosas, asesoramiento a los trabajadores que ejercen la prostitución callejera y se ocupa de remitirlos a servicios sanitarios (especializados).



Fuente: TAMPEP 5 Informe definitivo, 2000-2002

Para más información:
Anna Nowak, TADA
ul. Ma_kowskiego 9/2,
70-305 Szczecin, Polonia
Teléfono: +48-91-4334458,
correo electrónico: tada@free.ngo.pl
Sitio web: www.tada.pl
(disponible sólo en polaco)

Para más información sobre la prostitución en Polonia: A. Nowak: Political transformation in Poland. The rise in sex work. En: "Research for Sex Work 2", 1999. Disponible en <http://www.med.vu.nl/hcc>.

La vulnerabilidad ante el VIH/SIDA de las trabajadoras sexuales migrantes en Centroamérica y México

Anahí Dreser, Marta Caballero, René Leyva y Mario Bronfman

En puertos, ciudades y localidades de tránsito fronterizas de Centroamérica y el sur de México, un alto porcentaje de las trabajadoras sexuales son población móvil. Establecen circuitos de movilidad locales, regionales e internacionales como trabajadoras temporales, dependiendo de las características de la demanda en diferentes épocas del año (coincidiendo con cosechas, festivales etc.) y en las distintas comunidades, en busca de mejores retribuciones económicas.

El presente estudio analiza las condicionantes y las consecuencias de la movilidad de las trabajadoras sexuales en Centroamérica (Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá) y en la frontera sur de México, como elementos para explicar su vulnerabilidad social y al VIH/sida. Los resultados que se presentan forman parte del proyecto de investigación "Poblaciones Móviles y VIH/sida en Centroamérica, México y Estados Unidos", coordinado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México¹.

Se trata de un estudio multicéntrico en once estaciones de paso en México y Centroamérica durante los meses de Enero y Febrero de año 2001. Algunas de esas estaciones son las ciudades "hermanadas" de Tecún Umán y Ciudad Hidalgo, en la frontera entre Guatemala y México; el puerto de la ciudad de Panamá, y las poblaciones fronterizas de San Cristóbal de la Frontera, en El Salvador, y La Cruz, en Costa Rica. Las estaciones de paso estudiadas fueron seleccionadas por los Programas Nacionales de VIH/sida de cada país, por ser comunidades con elevada movilidad poblacional y alta densidad de bares o prostíbulos. En cada estación de paso se llevó a cabo un estudio etnográfico, una encuesta poblacional, así como entrevistas en profundidad con informantes de la comunidad, poblaciones móviles, trabajadoras sexuales y representantes de organizaciones. Se entrevistaron en total 145 trabajadoras sexuales. Las entrevistas fueron codificadas para identificar los contextos de vulnerabilidad asociados al trabajo sexual y a la movilidad poblacional.

Antecedentes de las trabajadoras sexuales
Las mayoría de las trabajadoras sexuales entrevistadas son mujeres jóvenes, con baja escolaridad e indocumentadas. En sus historias

de vida destacan los problemas económicos, antecedentes de abuso sexual y/o físico, rechazo familiar, así como la presencia de hijos u otros dependientes económicos en sus lugares de procedencia. Prevalece la opinión de temporalidad del trabajo sexual y es frecuente que las trabajadoras sexuales no se perciban a sí mismas como tales.

En los lugares estudiados, un alto porcentaje de las trabajadoras sexuales proceden de comunidades del interior del país, así como de otras naciones. En Panamá, por ejemplo, las trabajadoras sexuales son principalmente de Colombia y de República Dominicana. En Costa Rica, la mayoría provienen de Nicaragua, y en menor grado de Honduras y El Salvador. En Guatemala se encuentran trabajadoras sexuales de El Salvador, Honduras

con los transportistas. Sin embargo, como una constante, el trabajo sexual está fuertemente ligado al consumo de bebidas alcohólicas; estas condiciones de trabajo poco seguras promueven prácticas sexuales de riesgo. Las trabajadoras sexuales experimentan situaciones de violencia, alcoholismo y drogadicción, en las que se dificulta la negociación del uso del condón.

Se pueden describir dos grandes circuitos de movilidad para las trabajadoras sexuales. El primero es un circuito externo, que se establece desde las comunidades de origen de las mujeres, hasta las ciudades donde trabajan. La movilidad de estas trabajadoras sexuales responde principalmente a factores estructurales: los países con menor desarrollo socioeconómico en la región son



y Nicaragua. En Belice, así como en la frontera sur de México, las mujeres trabajadoras sexuales provienen en su mayoría de Guatemala y Honduras, y en menor grado de Nicaragua y El Salvador.

Condiciones de trabajo poco seguras

Las características del lugar de trabajo son variables. Algunas mujeres trabajan en establecimientos fijos, como bares y prostíbulos; otras mujeres buscan sus clientes en las calles o carreteras, dándose los encuentros en hospedajes del camino e inclusive dentro de los vehículos, como sucede

los que más expulsan trabajadoras sexuales fuera de sus fronteras. Las estaciones de paso representan lugares donde estas mujeres pueden lograr mayores ingresos económicos y donde, al ejercer en cierto anonimato, se reduce su percepción de rechazo social.

Por otro lado, las trabajadoras sexuales establecen circuitos de movilidad interna, es decir, dentro de la misma localidad o entre comunidades cercanas. Esto responde principalmente a las necesidades de renovación de trabajadoras sexuales en los



Recortes de periódico del sur de México

propios bares; esta renovación periódica de la oferta de trabajadoras sexuales es un incentivo de los bares para conservar o incrementar la demanda de clientes, que desean ver caras nuevas de vez en cuando. Además, la demanda de trabajo sexual está asociada a los flujos migratorios, a ciclos agrícolas y a festividades locales; muchos de los clientes de las trabajadoras sexuales son también poblaciones móviles, como trailers y transportistas, marineros, trabajadores agrícolas y transmigrantes indocumentados, que se dirigen hacia el norte, a Estados Unidos. Es importante mencionar que los transportistas participan en la movilidad de las trabajadoras sexuales al trasladarlas a bordo de sus vehículos hasta ciudades próximas, e inclusive de un lado a otro de las fronteras.

Estigma y rechazo

Uno de los elementos que facilita la movilidad de las trabajadoras sexuales es la existencia de redes para el trabajo sexual. A través de estas redes se establecen los contactos para lograr incorporarse a nuevos establecimientos. Sin embargo, dada la intensa movilidad de trabajadoras sexuales, estas redes no logran consolidarse como elementos de apoyo. Las mujeres no pueden establecer relaciones de confianza con personas de la localidad, ni pueden exigir condiciones de protección y seguridad para el ejercicio del trabajo sexual.

Los procesos de migración y los circuitos de la prostitución son bastante diferentes. Aunque la deportación o la imposibilidad de migrar no parecen ser el principal motivo que lleva a las mujeres al ejercicio de la prostitución, hay ocasiones en que las inmigrantes tienen que recurrir al comercio sexual al menos por un tiempo. Una trabajadora sexual guatemalteca de 19 años explicaba: "Yo iba en dirección contraria, hacia el Norte [Estados Unidos], pero me detuvieron en México y me deportaron. Me deportaron tres veces y cuando me vi sin dinero ni ropa, porque me robaron el equipaje, decidí quedarme aquí y trabajar en un club nocturno. Pensé que sería la manera más rápida de ahorrar algún dinero y poder reunirme con mi hija. Antes trabajaba en una maquila [fábrica orientada a la exportación] y la gente me decía: "Vete, tu hija se pone enferma a menudo y no te llega el dinero, vete a Tecún o México, allí hay bares y podrás ganar más dinero".

Además, en las estaciones de paso estudiadas, las mujeres trabajadoras sexuales son altamente estigmatizadas y rechazadas por ser extranjeras, por el tipo de trabajo que realizan, y por ser consideradas como trasmisoras del VIH/sida.

Por otro lado, las leyes migratorias de Belice, Costa Rica y Honduras (Leyva-Bronfman, 2000) prohíben el trabajo sexual así como el internamiento de trabajadoras sexuales; por lo tanto, éstas ejercen de manera encubierta ya sea como meseras o vendedoras. En otros

Las mujeres no pueden establecer relaciones de confianza con personas de la localidad

países, donde existe mayor tolerancia para el ejercicio del trabajo sexual en zonas fronterizas (México, Guatemala, Panamá), las trabajadoras sexuales se ven sometidas a procesos de "regulación sanitaria" (como el registro obligatorio y las pruebas de detección de ITS). Sin embargo, para las trabajadoras sexuales indocumentadas, estos procesos en ocasiones devienen en prácticas persecutorias y de intimidación por parte de las autoridades policíacas; por lo tanto, ejercen de manera "no regulada", limitándose su acceso a la atención médica y al diagnóstico del VIH/sida.

En estos contextos, pocas organizaciones responden a las necesidades de movilidad de las trabajadoras. Cabe mencionar la labor desempeñada por la *Casa de la Mujer Tja-Qya* en Tecún Umán, Guatemala. Esta ONG, dirigida por la congregación de monjas católicas Hermanas Oblatas, atiende las necesidades de las prostitutas o inmigrantes y les ofrece apoyo para el desarrollo de capacidades para desenvolverse en la vida. Otras actividades consisten en crear redes de apoyo junto con otras organizaciones de derechos humanos y asistencia sanitaria, y sensibilizar a la población de la difícil situación de las trabajadoras del sexo y las mujeres inmigrantes.

Contextos de vulnerabilidad

Las trabajadoras sexuales de la región presentan una alta movilidad dentro y fuera de sus países, estableciendo circuitos como

trabajadoras temporales. Esta movilidad facilita la inserción en nuevos lugares de trabajo, pero no permite consolidar redes sociales de apoyo, haciéndolas más vulnerables socialmente. Su carácter de indocumentadas, la alta movilidad, el estigma y la falta de respuesta de las organizaciones, dificultan su seguimiento por los servicios de salud y el acceso a información sobre VIH/sida. Las trabajadoras sexuales que ejercen de manera encubierta son particularmente vulnerables; en especial aquellas que, al trabajar a bordo de los vehículos de los clientes, se encuentran más desprotegidas.

La interacción con otras poblaciones móviles es un factor exponencial en la dinámica de diseminación del VIH; sin embargo, también es una oportunidad para difundir información sobre el VIH/sida². Todos estos factores conforman contextos de vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales móviles ante el VIH/sida, y determinan situaciones y prácticas de riesgo. Es necesario desarrollar proyectos a nivel regional que atiendan tanto los condicionantes como las consecuencias de la movilidad de las trabajadoras sexuales.

Notas

1. M. Bronfman y R. Leyva. *Poblaciones Móviles y VIH/sida en Centroamérica, México y Estados Unidos*. Protocolo de proyecto de investigación. Mimeo. Cuernavaca, Morelos, México, 2000. El informe definitivo del proyecto de investigación se publicará a mediados de 2002. Para más detalles, pueden ponerse en contacto con Mario Bronfman, coordinador del proyecto.
2. Los camioneros, clientes habituales de las prostitutas en la mayoría de las estaciones de paso estudiadas, constituyen un grupo susceptible de convertirse en "vehículo" estratégico para la divulgación de información preventiva y de prácticas sexuales seguras entre el propio colectivo de camioneros y entre las diferentes partes con las que establecen contactos. (M. Bronfman y R. Leyva, *Truck-drivers at the Mexico-Guatemala Border: STDs/HIV/AIDS and the use of condom*. XIII Congreso Internacional sobre el Ssida. Durban, Sudáfrica, julio 2000).

Información sobre los autores

Anahí Dreser, Marta Caballero, René Leyva y Mario Bronfman trabajan en el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Personas de contacto

Anahí Dreser y Mario Bronfman
 Centro de Investigación en Sistemas de Salud,
 Instituto Nacional de Salud Pública
 Av. Universidad # 655, Col. Santa María
 Cuernavaca, Morelos, 62508, México
 Teléfono: +52-777-3111140,
 fax: +52-777-3111156
 Correo electrónico: anahi@insp.mx,
 mbronfman@insp.mx
 Sitio web: www.insp.mx

Cuestiones de derechos humanos en la prostitución semilegal ejercida por extranjeras en Panamá

Carmen Carrington-Betts y Claude Betts

Durante un proyecto de investigación cualitativa realizado a principios de 2000 entre trabajadoras sexuales en Panamá¹, nuestra asociación Nueva Era en Salud se tropezó con un antiguo folleto "oficial" de la Compañía del Canal de Panamá, fechado el 13 de enero de 1923 y titulado con grandes caracteres: «¡Atención! ¡Cuidado con las prostitutas!».

El contenido del folleto merece un estudio antropológico de la mentalidad sexual imperante en los años veinte. Aunque el folleto estaba supuestamente dirigido a prevenir las ITS, no se mencionaba en ningún lado la palabra "condón". En cambio, se podían leer expresiones como la siguiente: «...usted no tocaría a una mujer que estuviera cubierta de lepra, ¿no? Pues muchas de esas mujeres tienen en su interior algo peor que la lepra...»

Hoy en día, en el marco del trabajo sexual formalmente establecido en Panamá, la situación ha mejorado desde 1923 en algunos aspectos, pero no en otros. Seguimos estando muy lejos de conseguir unos niveles adecuados de respeto por los derechos humanos de la mujer y del cumplimiento de unos derechos laborales básicos y unas condiciones de trabajo mínimas para las mujeres que se dedican al comercio sexual.

Pruebas obligatorias

La situación jurídica de las trabajadoras del sexo en Panamá es ambigua y en este artículo no se analiza en profundidad. En la práctica, las mujeres inmigrantes entran en la República de Panamá con un "permiso de trabajo legal" por un tiempo limitado, durante el cual se les permite ofrecer sus servicios en un local para adultos.

El permiso les obliga a registrarse en el Programa de "Centros de Higiene Social" del Ministerio de Sanidad, que consiste en la realización de exámenes médicos semanales y análisis de laboratorio para la detección de ITS. Los resultados de los análisis tienen que ser negativos para que las mujeres puedan seguir trabajando. Si son positivos para ITS curables, reciben tratamiento y sólo pueden volver al trabajo cuando los resultados sean negativos. Cualquier mujer con una prueba positiva del VIH es deportada de inmediato a su país de origen. Los inspectores sanitarios del Ministerio de Sanidad visitan periódicamente los establecimientos y comprueban que todas las mujeres cumplen los requisitos del programa.

En relación con estas pruebas obligatorias, las mujeres de uno de los grupos entrevistados

explicaban: «Cada tres meses tenemos que someternos a una prueba de detección del VIH y, si el resultado es positivo, los funcionarios de inmigración nos deportan de inmediato a nuestro país (...) pero antes de someternos a esas pruebas no recibimos ningún tipo de asesoramiento; y después tampoco nos dejan

“Antes de someternos a la prueba del VIH no recibimos ningún tipo de asesoramiento; y después tampoco nos dejan ver los resultados”

ver los resultados, aunque somos nosotras las que costeamos los análisis del laboratorio».

Las mujeres de otros grupos encuestados expresaban también sus quejas: «...el dueño del burdel comprueba nuestras tarjetas sanitarias para ver si hemos pasado por el centro de higiene social, pero no comprueba las condiciones higiénicas del burdel».

Las mujeres extranjeras, en su mayoría de origen colombiano y dominicano, trabajan principalmente en burdeles y bares de alterne, en tanto que en las calles y en los salones de masaje predominan las panameñas. La mayor parte de nuestra investigación tuvo lugar en los mismos escenarios en los que trabajaban las mujeres, y realizamos 324 entrevistas personales. Obtuvimos el consentimiento informado e información completa de 278 mujeres, de las que 103 eran panameñas, 83 colombianas, 80 dominicanas y 12 de otras nacionalidades. Entrevistamos a cinco grupos representativos, formados por un total de 80 mujeres que acudían a Centros de Higiene Social, con la participación y el apoyo de personal clínico sanitario. Las reuniones con estos grupos se efectuaron en lugares que garantizaban una total privacidad, además de confidencialidad y completa libertad de opinión.

Escenarios complejos

Las mujeres extranjeras, en particular, tenían caracteres muy fuertes y muchos recursos, atributos necesarios para sobrevivir en un país extraño y moverse con éxito en escenarios complejos con muchos niveles de interacción. Las mujeres se relacionaban con funcionarios de inmigración, inspectores sanitarios, agentes de policía, personal de los centros de higiene social, todo tipo de clientes, dueños y administradores de burdeles, y con sus familias en el extranjero, por citar sólo algunos. Las partes mencionadas (y muchas otras) desempeñan un papel importante, cuando no

decisivo, en el desarrollo de factores de riesgo o en la promoción de factores de protección en cada escenario. Cada una de estas partes se comporta según la imagen que tiene formada del comercio sexual. Esa fue la razón principal de que Nueva Era vinculara su investigación sobre las trabajadoras del sexo a la formación y sensibilización de los agentes de la policía, la implicación del personal sanitario, los dueños y administradores de los burdeles, los medios de comunicación y los observadores internacionales, entre otros.

Un servicio sexual seguro

Observamos que las interacciones entre mujeres, y las establecidas entre las mujeres y otras partes del negocio del sexo, tanto en los burdeles como en las calles que los rodean, constituían una intrincada red de relaciones y funciones dirigidas a conseguir el resultado final: un servicio sexual seguro, sin incidentes y comercialmente rentable. Pero este resultado ideal se consigue en grados muy diferentes en función del escenario en el que se desarrolla el trabajo sexual.

Las mujeres que trabajaban en burdeles (86% de las cuales eran extranjeras) declararon ejercer un control mucho mayor de su relación



con los clientes que las mujeres que trabajaban en las calles (91% de las cuales eran panameñas). Este hecho queda reflejado en los datos sobre los casos declarados de violación en el trabajo: 2,6% entre las dominicanas, 8,5% entre las colombianas y 23,3% entre las panameñas. La violación en los escenarios de la prostitución callejera era del 40%.

Los burdeles proporcionan un cierto grado de protección cuando los clientes tienden a abusar de las trabajadoras sexuales. Una mujer relataba: «En cierta ocasión, un cliente sacó el pene de mi interior, se quitó el condón y quiso penetrarme sin él... me agarró del cuello para forzarme, así que me vi obligada a defenderme dándole un golpe bajo. Inmediatamente llamé al personal de seguridad del burdel y le echaron a patadas del local...»

Deudas

Las mujeres extranjeras evitan, en mayor medida que las panameñas, tomar drogas ilícitas y consumir alcohol en exceso. En este

estudio, el uso de drogas ilícitas se asoció claramente a un mayor riesgo de violación en el trabajo. Por otra parte, las extranjeras suelen trabajar más días y durante más horas que las panameñas. Una mujer perteneciente a uno de los grupos entrevistados explicaba: «Las extranjeras que viven y trabajan en los burdeles vienen a Panamá con un contrato firmado con el dueño del burdel y tienen que trabajar siete días a la semana, una media de entre 8 y 12 horas al día».

En este sentido, se realizaron entrevistas a once propietarios y administradores de burdeles. Los administradores de burdeles en los que viven las mujeres (que contratan a extranjeras exclusivamente, la mayoría de origen colombiano) afirmaban: «Nosotros tenemos que invertir cerca de 1.000 dólares para traer a las mujeres del extranjero y que trabajen para nosotros; cantidad que ellas deben devolvernos en dos plazos con el dinero que ganen en los 3 primeros meses...». Por el contrario, los administradores de locales de alterne (que contratan los servicios de mujeres tanto extranjeras como nacionales) explicaban: «Las mujeres extranjeras tienen que pagar 1.000 dólares cuando llegan al aeropuerto, pero nosotros no corremos ese tipo de riesgo...». En tales circunstancias, las mujeres buscan la manera de hacer frente a esos gastos, pero siguen teniendo la obligación de trabajar en un cierto establecimiento. Los vínculos laborales con los dueños del local de alterne les suponen un menor control que si vivieran en un burdel, pero las deudas que han contraído les obligan a imponerse unas largas jornadas de trabajo para cancelarlas lo más pronto posible y antes de que el permiso de trabajo expire, pasados 6 o 12 meses.

Sin condón, no hay sexo

En lo que se refiere al uso de condón, tanto las mujeres panameñas como las extranjeras mostraron en sus declaraciones unos niveles muy altos de uso sistemático del condón con los clientes (97,8%), pero menos de la tercera parte lo utilizaban con sus parejas "estables". El requisito de utilizar condón con todos los clientes y la política de los burdeles de "Sin condón, no hay sexo" cuenta con el compromiso total de las trabajadoras sexuales y con el apoyo activo de los propietarios de los burdeles.

Las mujeres de los grupos entrevistados afirmaban: «El uso de condón es imprescindible para cualquier servicio con penetración... Si un cliente se niega a utilizarlo, no le prestaré mis servicios...». Muchas mujeres declaraban: «Si un cliente se niega a utilizar condón o si ofrece pagar más por mantener una relación sexual sin condón, puede significar que sufre una enfermedad, de manera que nunca nos arriesgamos... Hemos tenido amigas que murieron de sida, y nosotras no queremos correr la misma suerte...».

Elevada sensibilización

Observamos una elevada sensibilización con respecto al riesgo de contraer el VIH/sida y

otras infecciones de transmisión sexual. Las mujeres de los diferentes grupos entrevistados declararon: «Antes de mantener relaciones sexuales, examinamos la zona de los genitales del cliente y su pene, para comprobar si tiene úlceras, signos de gonorrea (pus, etc), u otros signos visibles (verrugas genitales, etc)... Hemos tenido clientes que sangraban por el pene y oían mal...». Algunas mujeres explicaban: «Cuando me he topado con clientes con esos signos, me he negado rotundamente a prestarles ningún servicio, y el burdel les ha devuelto el dinero...». Otras mujeres decían: «En ocasiones como esas, sólo masturbo al cliente...».

Bajas tasas de VIH

Tales observaciones pueden explicar en parte las tasas tan bajas de prevalencia del VIH entre

El requisito de utilizar condón con todos los clientes y la política de los burdeles de "Sin condón, no hay sexo" cuenta con el compromiso total de las trabajadoras sexuales y con el apoyo activo de los propietarios de los burdeles

las trabajadoras sexuales registradas, que oscilan entre un 0,0% y un 0,3%, mientras que algunos estudios de base comunitaria realizados en mujeres embarazadas de centros urbanos indican unas tasas de hasta el 0,8%². Estos hallazgos fueron muy similares a los de los programas que habían recibido mucho respaldo publicitario como los "Programas de uso sistemático del condón" emprendidos en Tailandia y otros lugares, pese a que en Panamá jamás se ha realizado ningún programa de ese tipo. Todos los propietarios y administradores de burdeles a los que se entrevistó dejaron ver en sus declaraciones que: «...ustedes [los miembros del equipo de Nueva Era] son los primeros profesionales de la salud pública que se han puesto en contacto con nosotros para conocer nuestra opinión sobre cómo prevenir el VIH/sida en nuestros negocios...».

El "éxito" de unas tasas tan altas de uso del condón y unas tasas aparentemente bajas de seroprevalencia se deben claramente a la suma de varios factores:

1. La sensibilización de las trabajadoras sexuales, debida a que tenían amigas y compañeras afectadas por el VIH/sida.
2. La necesidad comercial de ofrecer un "producto seguro" en un negocio afectado negativamente en los últimos años por el temor de los clientes a contraer el VIH.
3. El Programa de los Centros de Higiene Social, que proporciona a los negocios de comercio sexual una especie de certificado de "producto seguro" que, en definitiva, sirve de

incentivo comercial para que los establecimientos garanticen que las trabajadoras sexuales utilizan preservativos con todos los clientes.

Atender las necesidades

Pero el "éxito" del uso sistemático del condón y la prevención del VIH/sida no significa en absoluto que se estén atendiendo debidamente las necesidades de salud y bienestar de los hombres y mujeres que se dedican al trabajo sexual. Los miembros de los grupos entrevistados fueron unánimes en sus respuestas a la pregunta del equipo de investigación sobre sus conocimientos sobre VIH/sida/ITS: «Aceptaríamos encantados participar en un programa de formación para la prevención del VIH/sida y otras ITS...». No obstante, las mujeres querían también recibir formación sobre otros temas, como: (1) alcoholismo y drogadicción; (2) cómo crear un fondo de indemnización para los trabajadores; gastos y otras cuestiones económicas; (3) cuestiones jurídicas; (4) autoestima; (5) cómo fomentar la unidad; (6) cómo ayudar a otros, y (7) cómo tratar a una persona ebria, por mencionar sólo algunos de los temas citados con más frecuencia.

La mayoría de estas materias son también de interés para hombres y mujeres que trabajen en cualquier tipo de ocupación, ya sea en la prostitución, en una fábrica, en el campo, en una oficina o en el hogar.

En resumen, la línea que supuestamente separa el trabajo del comercio sexual de todas las demás categorías profesionales se está haciendo cada vez más delgada. A medida que se acumulan pruebas científicas y que la movilización social plantea la necesidad de abordar problemas de derechos laborales y humanos básicos de las mujeres trabajadoras, el modelo que predomina actualmente, basado en la discriminación por motivos de sexo y clase social, por muy disfrazado que esté, tiene que cambiar, puesto que ha dejado de ser sostenible.

Notas

1. Publicado en *Research for Sex Work*, Vol. 4, págs. 29-31, 2001.
2. G. Guerrero, *Revisión de Estudios de VIH en Panamá – Informe de Consultoría*, PASCA, BUCEN, 1998.

Información sobre los autores

Carmen Carrington-Betts y Claude Betts son presidenta y director ejecutivo de Nueva Era en Salud, respectivamente.

Persona de contacto

Carmen Carrington-Betts
Apdo. 6-655 El Dorado
Ciudad de Panamá, República de Panamá
Teléfono/fax: +507-2612938;
Móvil: +507-6724509
Correo electrónico: carmen@nueva-era.org o betts carr@aol.com
Sitio web: www.nueva-era.org

Desplazamiento y riesgo en Colombia

Jóvenes dedicados a la venta de sexo en las calles de Bogotá

Timothy Ross

Fundación Renacer es una ONG que trabaja con niños de la calle en varias ciudades de Colombia, la mayoría de los cuales son refugiados internos que se dedican al comercio sexual. Timothy Ross describe los problemas que plantea la asistencia a personas con VIH/sida y el apoyo prestado a los jóvenes que se dedican a la prostitución callejera, así como los servicios que les presta esta organización.

médico gratuito tenían gonorrea. Una chica de 14 años embarazada tenía gonorrea, clamidia y tricomonas, y un niño de 13 años tuvo que recibir tratamiento en dos ocasiones por presentar gonorrea en la garganta. En el plazo de un mes, el 10% de los niños que acudieron al centro presentaban linfadenopatía generalizada, lo que sugería una posible infección por el VIH, y el 36% de las niñas y el 27,8% de los niños presentaban síntomas de gonorrea y clamidia. Existen también pruebas de que se ha producido un aumento de la prevalencia de la infección por el VIH, en comparación con las cifras observadas hace cuatro años¹ del 10% en las niñas y el 58% en los niños, con una disminución de la edad media de infección. El diferente porcentaje de

Desde hace muchos años se sabe que los refugiados y las personas desplazadas por motivos de violencia dentro de sus propios países se enfrentan a problemas de salud especialmente graves, y desde finales del decenio de 1990 se está prestando una atención cada vez mayor a la salud reproductiva de las poblaciones afectadas por conflictos bélicos –en especial, a la posibilidad de un mayor riesgo de contraer el VIH y otras ITS. Al mismo tiempo, se ha observado que la evaluación de estos efectos, por no hablar de la adopción de medidas preventivas, es sumamente difícil, en primer lugar, por los problemas sociales y las condiciones de vida empobrecidas, caóticas e inestables de las poblaciones de desplazados y refugiados y, en segundo lugar, por los peligros y las dificultades que pueden sufrir los investigadores y los profesionales sanitarios como consecuencia de los conflictos y peleas.

Los jóvenes son especialmente vulnerables a los conflictos, y la violencia social, política y criminal que existe desde hace mucho tiempo en Colombia tiene unas consecuencias especialmente graves para los niños y adolescentes. El Gobierno estima que más del 60% de las personas desplazadas son menores de 18 años, muchas de las cuales han perdido a sus padres o a otros familiares cercanos, pueden haber sido víctimas directas de la violencia o haber presenciado asesinatos o torturas, y han sufrido el desarraigo de sus comunidades. Normalmente se ven obligadas a readaptarse a un nuevo entorno en condiciones de vida infrahumanas y en medio

de una extrema pobreza urbana, con altos niveles de delincuencia y desempleo y muy pocos servicios. Las estimaciones (prudentes) sugieren una tasa de homicidios en Colombia superior a 80 por 100.000 habitantes al año, comparado con unas medias europeas inferiores a 2 por 100.000 habitantes. En los últimos diez años, un total de 1.700.000 personas se han visto desplazadas por la violencia.

Trabajadores sexuales jóvenes

Entre los niños y adolescentes atendidos por la Fundación Renacer en Colombia, así como entre los jóvenes dedicados al trabajo sexual en las ciudades septentrionales de Cartagena y Barranquilla, y en la capital, Bogotá, son frecuentes las conductas difíciles atribuidas a traumas psicológicos. Cada vez son más los niños y adolescentes que se encuentran en las calles tras llegar como refugiados huyendo de los combates que se libran en el norte, en las llanuras del este y en las zonas cafeteras del centro-oeste, donde combaten las guerrillas izquierdistas, las fuerzas de seguridad del Estado y los grupos paramilitares del ala derecha vinculados al narcotráfico. La edad media de los que participan en el programa de tratamiento Renacer (véase cuadro) se ha reducido desde 1999, de más de 15 años a 13 años y 5 meses.

Observamos también que el número de infecciones de transmisión sexual está aumentando progresivamente en estos adolescentes. A finales de enero de 2002, 5 de cada 12 personas que acudieron a un centro



Foto: Timothy Ross

infectados entre niños y niñas parece deberse en parte al mayor número de relaciones sexuales diarias que mantienen los niños, pero sobre todo a la cultura de la prostitución gay en Bogotá, que rechaza el uso del condón y atribuye cierta mística al hecho de ser seropositivo. Los estudios sobre trabajadoras sexuales adultas en Colombia

Fundación Renacer

El programa de acercamiento de Renacer ofrece servicios en los centros de día para atender las necesidades expresadas por los propios niños (visitas al médico, clases de alfabetización, cursos de formación, seminarios sobre asistencia sanitaria o servicios de comida y ducha), aunque sin obligar demasiado a los niños y como labor de apoyo al trabajo en las calles. Cuando el contacto con los trabajadores de acercamiento (outreach) y la asistencia al centro de día empiezan a crear cierto apego a la organización, se puede invitar al adolescente a que visite un hogar residencial y comentar con él las alternativas a largo plazo en sus vidas. El programa de tratamiento consiste en terapia individual, de grupo y familiar, escolarización y formación profesional con experiencia laboral en las propias microempresas de la Fundación o colaboraciones con empresas comerciales (por ejemplo, trabajo en talleres de confección, artes gráficas e imprentas o restaurantes). En los hogares pueden residir hasta 140 niños. Los programas de calle y los centros de día atienden a unos 350 niños y otros 450 reciben asistencia en el período de reinserción. La estancia media no llega a los dos años pero algunos niños, que han sido objeto de malos tratos desde edad temprana y en un grado muy grave, presentan al llegar daños y dificultades de desarrollo tan graves que necesitan entre tres y cuatro años para recuperarse.

indican también cifras de prevalencia en torno al 10%. Se han observado casos terminales de sida en jóvenes de apenas 16 años, y el cumplimiento del tratamiento es muy deficiente entre los que siguen en las calles, hasta el punto de que la mayoría de los hospitales se niegan a tratar con antirretrovirales a personas seropositivas que no

Hablan con los niños sobre el uso del condón y la manera de negociarlo con los clientes como pilares básicos para reducir el riesgo de contraer el VIH y otras infecciones mortales. También hablan con ellos sobre el uso de lubricantes para reducir los daños en los tejidos, la manera de reducir el daño causado por las drogas, la forma de alimentarse mejor y otras cuestiones prácticas. Nuestra filosofía respecto al trabajo en las calles se basa en ofrecer afecto y respeto, y fomentar el establecimiento de una relación sincera y comprensiva que permita a los jóvenes empezar a pensar en sus propias alternativas y tomar decisiones autónomas sobre sus vidas. Los que no quieren abandonar las calles siguen recibiendo apoyo sin ser juzgados por ello; a menudo necesitan que alguien les ayude en sus intentos por acceder a la asistencia sanitaria o para aprender a defenderse de las violaciones de sus derechos humanos.

Consideraciones éticas

El trabajo con menores de edad dedicados a la prostitución plantea algunas contradicciones éticas,

puesto que los acuerdos internacionales (como la Convención sobre los Derechos del Niño) y las leyes colombianas establecen la obligación del Estado y de todos los adultos de proteger a los menores de los abusos y la explotación. Puede ser muy duro para un trabajador social encontrarse con jóvenes adolescentes atrapados en conductas profundamente autodestructivas, como el comercio sexual sin protección y el uso compartido de jeringuillas. Pero los esfuerzos demasiado impacientes por alejar a los niños del trabajo sexual suelen generar resistencia y desconfianza; sólo un apoyo incondicional crea la confianza y la comprensión necesarias para poder hacer con ellos un análisis realista de las consecuencias de su forma de vida. Las investigaciones de carácter psicoterapéutico demuestran que las cualidades personales del terapeuta contribuyen más a conseguir resultados positivos que el planteamiento teórico utilizado, y lo mismo puede decirse del trabajo de acercamiento (outreach), que a menudo constituye la primera etapa en una relación terapéutica más larga. Un afecto sincero y una empatía comedida y poco crítica son más eficaces que la persuasión. Los trabajadores de acercamiento autóctonos (educadores de pares, ver cuadro) paraprofesionales de

Renacer que comparten los mismos antecedentes y experiencias pueden desempeñar un papel vital en la reducción de daños, aunque carezcan de educación formal. Si la violencia sigue aumentando en Colombia, el número de niños obligados a emigrar del campo a las ciudades y de sus hogares a las calles aumentará también inevitablemente, y con ello las infecciones de transmisión sexual. Renacer está preparando un estudio de investigación sobre la prevalencia del VIH y su correlación con el consumo de drogas, la situación de los desplazados y los problemas familiares a fin de ayudar a mejorar las estrategias para atender a los más vulnerables a las guerras y los desplazamientos.

Nota

7. En el pasado se animaba a todos los niños que participaban en el programa Renacer a someterse voluntariamente a las pruebas, y se les asesoraba antes y después de las mismas. Por desgracia, la situación económica cada vez más deteriorada de Colombia ha obligado a reducir los presupuestos para asistencia sanitaria y ahora sólo pueden realizarse pruebas a los que presentan síntomas claros. La escasez de fondos para investigación significa que no existen cifras fiables sobre la prevalencia actual.

Información sobre el autor

Timothy Ross es coordinador sanitario y trabajador de acercamiento (outreach) de la Fundación Renacer.

Persona de contacto

Timothy Ross
Fundación Renacer, ECPAT Colombia
Calle 41, No. 25-75
Bogotá, Colombia
Teléfono: +57-1-3688141 ó 2445490,
fax: +57-1-2445492
Correo electrónico: renacer@latino.net.co;
sitio web: www.fundacionrenacer.org

Renacer es miembro de ECPAT Internacional, una red de organizaciones y personas que trabajan para erradicar la prostitución infantil, la pornografía infantil y el tráfico de niños con fines sexuales.

Para más información

Correo electrónico: info@ecpat.net
Sitio web: www.ecpat.net



Jóvenes que ejercen la prostitución

estén en programas residenciales, para evitar la proliferación de cepas resistentes a esos fármacos.

Asistencia para los portadores del VIH

Los niños que viven en las residencias de Renacer están registrados en el organismo estatal de protección de la infancia y tienen derecho a recibir asistencia médica, lo que incluye el tratamiento con agentes antirretrovirales triples para los infectados por VIH y asesoramiento sobre las posibles consecuencias del incumplimiento del tratamiento. Muchos jóvenes deciden no tomar la medicación, y tal decisión se debe probablemente al sentimiento de invulnerabilidad de los adolescentes, sumado al rechazo y al malestar físico que suelen sentir durante los primeros meses de tratamiento. Los niños seropositivos que siguen en las calles reciben una atención especial por parte de los trabajadores sociales, quienes les aconsejan sobre su salud y la de sus parejas sexuales, les entregan preservativos y les animan constantemente a entrar en el programa Renacer o en cualquier otro programa residencial.

Estrategias callejeras

En Bogotá se han contabilizado más de 7.400 trabajadores sexuales menores de 18 años, pero los hogares residenciales de Renacer sólo tienen capacidad para 140 jóvenes. La pregunta es, por tanto, qué estrategias deben plantearse a fin de reducir el riesgo y los daños para los que siguen en las calles, donde la venta de sexo forma parte de un complejo modelo de aventura, peligro, drogas y supervivencia.

El personal de Renacer acude a los lugares donde se encuentran estos trabajadores, para estar con ellos en su ambiente y en sus espacios, y aprender de ellos tanto como enseñarles.

Trabajadores de acercamiento autóctonos

Renacer emplea habitualmente a varios educadores de pares, llamados "trabajadores de acercamiento autóctonos". Se dedican exclusivamente al trabajo de acercamiento en las calles cuando su propio proceso de rehabilitación está consolidado y trabajan en equipo con adultos que han recibido formación profesional para reducir el riesgo de una recaída. Dos jóvenes seropositivos han trabajado en el programa de Bogotá durante más de cinco años como educadores de este tipo, atendiendo a los niños que acuden al centro de día, concertando citas con los servicios sanitarios y cubriendo los turnos de fines de semana en las residencias. La similitud cultural, los valores compartidos, el lenguaje y el estilo hacen que estos educadores consigan transmitir más fácilmente los mensajes sanitarios y motivar para el cambio a personas de su mismo grupo, mientras que su propia experiencia les permite conocer mejor y comprometerse más con sus iguales que los educadores profesionales.





Perfil de las trabajadoras móviles en Belo Horizonte, Brasil

Alessandra Chacham y Mónica Maia

En este artículo presentamos los resultados de una encuesta realizada a 178 trabajadoras sexuales en el principal barrio chino de Belo Horizonte (Capital del Estado de Minas Gerais, Brasil) en 1999¹. Es una zona en pleno centro urbano, con unos 20 hoteles donde viven más de 2.000 mujeres dedicadas a la prostitución, un colectivo al que se ha dirigido un proyecto para la prevención del sida y las ITS desarrollado por la ONG MUSA (Mujer y Salud, véase cuadro). La encuesta se utilizó como herramienta de evaluación para dicho proyecto. Las mujeres fueron seleccionadas aplicando criterios de conveniencia y fueron entrevistadas para evaluar sus conocimientos, actitudes y prácticas, utilizando para ello un cuestionario KABP.

Según nuestros resultados, la inmensa mayoría de las mujeres entrevistadas (86%) eran trabajadoras móviles internas (dentro de Brasil) y el 43% había ejercido la prostitución en más de una ciudad en los últimos tres años. Según explicaban, esa elevada movilidad se debía a sus esfuerzos por buscar mejores condiciones de trabajo, más ingresos y menos acoso por parte de la policía. Identificamos dos tipos de trabajadoras migrantes: permanentes y temporales. Las permanentes eran mujeres que habían migrado a Belo Horizonte y

seguían viviendo allí. Su número ascendía a 118, de las cuales 91 eran migrantes. La mayor parte de éstas (85%) habían nacido en zonas rurales o en pequeñas poblaciones, y el resto en otras capitales del estado de Brasil.

La tercera parte de las mujeres entrevistadas formaba un grupo que nosotros llamamos trabajadoras migrantes "temporales", mujeres que vivían en otras capitales de estado o en zonas rurales, y que viajaban cada cierto tiempo a Belo Horizonte para trabajar en el sector de la prostitución. La duración de su estancia variaba entre 1-3 semanas al mes (57%) y 1-3 meses (32%) o 4-6 meses (11%). Las dos terceras partes de estas mujeres vivían en los mismos hoteles en los que trabajaban durante todo el tiempo que permanecían en Belo Horizonte.

temporales. Por otra parte, estas últimas habían recibido más materiales educativos de otras ONG y organizaciones gubernamentales de otros lugares distintos a Belo Horizonte (véase Tabla 1). Tal vez pueda ser la explicación del hecho de que una proporción muy grande de trabajadoras migrantes temporales –y en menor medida de trabajadoras migrantes permanentes– se hayan dedicado al comercio sexual en otras ciudades distintas a Belo Horizonte que las mujeres que siempre han vivido allí. No obstante, estos resultados demuestran claramente que es necesario prestar una atención especial en nuestro trabajo a las mujeres de tránsito en la zona, para garantizar que reciben la visita de nuestros monitores con periodicidad durante su estancia en la ciudad.

Tabla 1 – Porcentaje de trabajadoras sexuales que reciben educación sanitaria

	autóctonas	migratorias permanentes	migratorias temporales	Total de mujeres
conocimiento de las monitoras de MUSA	48%	44%	22%	37%
conocimiento de los materiales de MUSA	44%	42%	21%	35%
conocimiento de otros materiales	60%	46%	70%	57%

MUSA

MUSA (Mulher e Saúde – Centro de Referência em Educação para Saúde da Mulher) es una ONG feminista de Belo Horizonte, Brasil, creada en 1991 con el objetivo de promover un modelo integral de salud de la mujer. El objetivo principal de MUSA es contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad femeninas por causas curables relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

El proyecto educativo de MUSA para las trabajadoras del sexo se denomina "La lucha por la vida" y está financiado por el Ministerio de Sanidad brasileño. El proyecto ofrece formación básica a las mujeres que se dedican o se han dedicado a la prostitución para que actúen como consejeras de pares y eduquen sobre cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y la prevención del VIH y las ITS. El proceso de formación es continuo, y en las reuniones semanales se les enseña a actuar como educadoras sanitarias. Además, reciben una retribución por hacer ese trabajo y por acudir a las reuniones. Estas consejeras de pares distribuyen materiales educativos elaborados por MUSA sobre cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y el sida/ITS, además de repartir materiales y preservativos suministrados por el Ministerio de Sanidad.

Tabla 2 – Porcentaje de trabajadoras sexuales con parejas estables con las que siempre o nunca utilizaban preservativos

	autóctonas	migratorias permanentes	migratorias temporales
con novio/pareja estable	60%	40%	40%
con los que:			
- siempre/con frecuencia utilizaban preservativos	44%	34%	37%
- nunca utilizaban preservativos	36%	28%	32%

Educación sanitaria

Por regla general, las mujeres de la muestra eran jóvenes, solteras, de raza negra o mestiza, nacidas en familias pobres y en poblaciones pequeñas o zonas rurales. En cuanto a su contacto con nuestra labor educativa y con el trabajo de otras ONG y organizaciones gubernamentales, observamos diferencias significativas según su situación migratoria. Había un número relativamente mayor de residentes permanentes (ya fueran autóctonas o migratorias permanentes) que conocían a nuestras monitoras (consejeras de pares) y nuestros materiales educativos, a diferencia de las trabajadoras migrantes

Estos niveles relativamente altos de información pueden ser la causa de que no encontráramos diferencias significativas en el grado de conocimientos sobre el sida (formas de prevención y vías de contagio) en los tres grupos de mujeres, ni en sus actitudes frente al sida ni en unas prácticas sexuales más seguras. Nuestros resultados indican también que la mayoría de las mujeres entrevistadas estaban razonablemente bien informadas sobre la mayor parte de las cuestiones relativas a ITS/VIH/sida, incluidos los métodos de prevención. Sin embargo, no conocían bien algunas formas de transmisión, como la materno-fetal y sus posibles medidas de



prevención, tal vez debido a la importancia que se concede en este grupo específico a los mecanismos sexuales de transmisión.

Novios

Prácticamente todas las mujeres entrevistadas (más del 98% en los 3 grupos) declararon que sus clientes utilizaban siempre preservativos durante el sexo vaginal, oral y anal. Además, cerca del 70% reconoció que en algunos casos obligaban a los clientes a

ponerse dos a la vez como precaución adicional, cuando consideraban que el pene era demasiado grande o demasiado grueso, para el coito anal o cuando sospechaban que el cliente podía tener alguna enfermedad. Asimismo, un número importante de ellas (64%) afirmaron que nunca o rara vez utilizaban condones con sus parejas habituales. La proporción de mujeres autóctonas que tenían novios o parejas estables y que vivían con ellos era mayor. Más de la tercera parte de las mujeres autóctonas declararon que siempre utilizaban preservativos con sus parejas. En cambio, la proporción de trabajadoras migratorias temporales que declararon lo mismo fue menor. Por otra parte, observamos también que un porcentaje más alto de trabajadoras sexuales autóctonas (40%), frente a las migrantes, reconocían que nunca los utilizaban con sus novios (véase Tabla 2).

La razón más habitual que se esgrimía para no utilizar preservativos con sus parejas estables



era que los consideraban una barrera para la intimidad (43%). Otro 43% declaró que sus novios se negaban a utilizarlos. En nuestros análisis no pudimos encontrar relación alguna entre el uso de condones con la pareja estable y algunas variables demográficas como edad, lugar de nacimiento o residencia y condición de inmigrante. Sólo el nivel de educación de las mujeres tuvo una

influencia ligeramente positiva en el uso de preservativos con las parejas personales.

Aunque estos resultados revelan la importancia de los programas educativos desarrollados por las ONG, subrayan también la escasa idoneidad de las campañas dirigidas a las trabajadoras sexuales que se centran exclusivamente en el uso de preservativos con los clientes. Cuando trabajamos con

Cuando trabajamos con prostitutas y consideramos sólo sus vidas profesionales, ignoramos que se enfrentan a los mismos problemas que otras mujeres en sus relaciones íntimas

prostitutas y consideramos sólo sus vidas profesionales, ignoramos que se enfrentan a los mismos problemas que otras mujeres en sus relaciones íntimas. No existen respuestas sencillas sobre cómo abordar las cuestiones relacionadas con la identidad de género y las desigualdades que surgen en cualquier relación heterosexual. Pero es urgente que consideremos nuevas formas de abordar el trabajo educativo y preventivo del sida para tener en cuenta las cuestiones relacionadas con el género, sobre todo ahora que las tasas de infección del sida entre las mujeres heterosexuales de Brasil están aumentando².

Notas

1. A. Chacham y M. Maia, *Sexual Practices and the Prevention of AIDS/STDs among Sex Workers in Belo Horizonte, Brazil*. XXIV Congreso sobre la población general – IUSSP. IUSSP, Salvador, 2001.

2. S. Diniz y W. Villela, Interfaces entre os programas de DST/AIDS e saúde reprodutiva: o caso brasileiro. En: *Saúde, Desenvolvimento e Política*. R. Parker, J. Galvão y M. Secron Bessa. ABIA, Río de Janeiro, 1999.

Información sobre los autores

Alessandra Chacham y Mônica Maia trabajan en el Grupo MUSA de Belo Horizonte, Brasil.

Persona de contacto

Alessandra Sampaio Chacham
MUSA
Rua Itacolomito 83
Belo Horizonte, Minas Gerais, 31010 Brasil
Teléfono/fax: +55-31-34675875
Correo electrónico: musasa@terra.com.br;
sitio web: www.musa.org.br

Recursos en línea sobre trabajo sexual y salud

Trabajando por la salud: Desarrollo de servicios para las personas que ejercen la prostitución en Europa. Red europea para la prevención de VIH/ITS en prostitución. Londres 1999
Inglés: www.europap.net/hustling/hustling.htm
Español: www.europap.net/download/Trabajandoporlasalud.pdf
Disponible también en otros 8 idiomas (consulte: www.europap.net)

Programa 100% uso del preservativo en establecimientos de entretenimiento
OMS Oficina Regional para el Pacífico Occidental, 2000
Sólo en inglés: www.wpro.who.int/pdf/condom.pdf

Trabajo Sexual en Asia
OMS Oficina Regional para el Pacífico Occidental, julio 2001
Sólo en inglés: www.wpro.who.int/document/FINAL-Sex Work in Asia.doc o: www.med.vu.nl/hcc/sex_work_asia.pdf

Proyecto para trabajadoras sexuales en la Región del Pacífico asiático: Estudio de 3 casos
Estudio de caso de ONUSIDA, noviembre 2000
Sólo en inglés: www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC-FemSexWork-E.pdf

Prostitución y sida
Infotheque Sida/AIDS Infothek, journal of the AIDS Info Docu Switzerland, Vol. 12, no. 6, 2000
Francés www.aidsnet.ch/download/00-6f.pdf
Alemán: www.aidsnet.ch/download/00-6d.pdf

Servicios en red. Un manual para intervenciones en el mundo de la prostitución migrante.
Transnet - Proyecto de capacitación transnacional de redes locales, 2001
Inglés: <http://transnet.exclusion.net/handbook/en.asp> (pdf)
Italiano: <http://transnet.exclusion.net/handbook/it.asp> (pdf)
Ruso: <http://transnet.exclusion.net/handbook/ru.asp> (pdf)

La página web de Research for Sex Work da acceso a todos los vínculos: www.med.vu.nl/hcc

Níger: trabajadoras sexuales en los mercados

Sani Aliou, Mahazou Mahaman, Ibrahim Adamou y Fadima Soumana

Níger es un país situado en el corazón del África Occidental, en una región de transición entre los países del Magreb, en el norte, y el Sahel en el sur. La sociedad es predominantemente agrícola y la movilidad interna y externa constituye una estrategia de supervivencia para muchos jóvenes. En 2000, tras las tensiones sociales que provocó la imposición de la ley islámica en los Estados septentrionales de Nigeria, miles de trabajadoras sexuales de diferentes nacionalidades encontraron refugio en Níger.

Para poder diseñar un proyecto de asistencia dirigido a estas refugiadas, CARE Níger ha realizado un estudio prospectivo a pequeña escala¹. En febrero de 2002, los trabajadores de campo de CARE se reunieron con un grupo representativo y realizaron entrevistas individuales a seis trabajadoras sexuales en dos lugares de prostitución situados en las regiones fronterizas de Zinder y Maradi, al sur de Níger, cerca de la frontera con Nigeria. El objetivo de dichas entrevistas era evaluar el riesgo para estas trabajadoras de contraer el VIH, las rutas económicas que seguían y su acceso a la asistencia sanitaria.

El mercado: un lugar lleno de vitalidad y un espacio para las libertades

Sin duda alguna, el mercado es uno de los lugares que ofrece más oportunidades económicas y financieras. En Níger, los mercados suelen instalarse en un lugar fijo una vez a la semana, durante el día o al atardecer. Todo el mundo acude allí para vender o comprar algo. Este animado lugar de intercambio brinda también oportunidades para todo tipo de encuentros, en particular, para los que buscan mantener una relación de un día. Las trabajadoras del sexo encuentran allí un espacio ideal para tejer su red de clientes.

Los ingresos que obtienen en un mercado varían entre 3 y 15 dólares, según Hassia², cuyos clientes son, en su mayoría, comerciantes. Todas las semanas, las trabajadoras del sexo frecuentan dos o tres mercados, en ocasiones situados lejos del lugar donde ellas viven.

Son los demás los que están en peligro, no yo

Cuando a Salamatou se le planteó la cuestión de las infecciones de transmisión sexual, respondió: «*Nunca he tenido una ITS... salvo una vez que estuve enferma. Me dolía mucho 'el bajo vientre'; tuve que recibir tratamiento en el centro médico*». Y continuaba diciendo: «*He oído hablar de personas que contrajeron el sida, pero yo no conozco esa enfermedad. Rezo a Dios para que me proteja; yo utilizo condón si el cliente lo desea... ¡pero nunca con mi novio!*».

Esta actitud y conducta se observó también en otras mujeres jóvenes. Algunas de ellas reconocían que utilizaban amuletos para protegerse contra las infecciones; otras se

resistían a creer que pudieran contraer una enfermedad: «*Son los demás los que están en peligro, no yo*».

Prejuicios, tabúes y hostilidad

En Níger, la población en general utiliza los servicios de los curanderos tradicionales y los vendedores ambulantes de medicinas como primer recurso en caso de enfermedad antes de acudir a un centro médico. También las trabajadoras del sexo evitan los servicios

la imposición de la ley islámica en Nigeria ha provocado un flujo migratorio masivo de prostitutas hacia las ciudades de Níger. El aumento consiguiente de la competencia entre las trabajadoras del sexo las obliga cada vez más a buscar clientela lejos de sus hogares. Cuando las personas se ven obligadas a desplazarse o migrar, las reglas socioculturales que definen las relaciones humanas y, en particular, las relaciones sexuales, cambian significativamente, creando nuevas oportunidades para establecer contactos y encuentros sexuales y exponiendo a más personas a un mayor riesgo de VIH e ITS³.

Estrategias innovadoras

En el caso de las poblaciones móviles, la lucha contra el sida requiere nuevas reflexiones y nuevos enfoques capaces de ofrecer una



Mercado en Níger. Foto: Calista Ophilia Croos

sanitarios, principalmente por los prejuicios, los tabúes y la hostilidad que muestra hacia ellas el personal sanitario. Además, incluso cuando los centros sanitarios funcionan bien, son demasiado caros y no están debidamente equipados para atender los casos que se les presentan (por ejemplo, las enfermeras no siempre reciben formación sobre el tratamiento de las ITS).

Reducir el estigma

La estrategia de movilidad a la que recurren las trabajadoras sexuales se hará cada vez más importante en Níger, puesto que ofrece a las prostitutas la posibilidad de reducir el estigma vinculado al comercio sexual: las trabajadoras sexuales móviles son menos visibles. Además,

solución global. Las medidas dirigidas a estas poblaciones deben ser innovadoras, de manera que encuentren medios eficaces para divulgar los mensajes sanitarios y llevar a cabo una misión apropiada. Por consiguiente, CARE Internacional emprenderá un proyecto piloto que se ha adaptado al entorno del trabajo sexual móvil en Níger. Cuando inició su proyecto piloto sobre "sida y migración" en 1993, CARE fue la primera organización de desarrollo en Níger que mostró interés por la relación entre la movilidad de la población y la transmisión del VIH y las ITS.

El nuevo proyecto contempla medidas para combatir el sida entre las prostitutas refugiadas en Níger y, en general, en los lugares de prostitución que se encuentran en

El caso de Hassia: el sueño roto

«Tengo 21 años y acudí a la escuela durante tres años. Empecé a trabajar en esto hace unos años, después de un conflicto familiar: mi padre se casó por segunda vez y mi madre tuvo que abandonar el hogar conyugal. Yo había encontrado al hombre de mi vida, pero la segunda mujer de mi padre no consintió ese matrimonio. Tuve que dejar a mi familia y, para empeorar todavía más las cosas, descubrí que estaba embarazada. Mi sueño se había roto... ese hombre ya no me quería, sufrí mucho, pero por suerte el parto transcurrió sin grandes problemas.

He decidido moverme por los mercados rurales, porque en ellos se gana dinero suficiente. En realidad, trabajo habitualmente en tres mercados. Mi primera vez fue con un hombre que conocí en un estacionamiento. Él mismo me presentó a una mujer que podía alquilarme una casita para mis encuentros con los clientes por un precio de cerca de un dólar y medio al día. Mis clientes son de la zona, la mayoría de ellos comerciantes. En cada mercado recojo a dos o tres clientes, lo que me permite ganar entre 3 y 15 dólares al día, pero algunos clientes asiduos me dan a veces dinero sin exigirme una relación sexual a cambio.

Nunca he sufrido enfermedades sexuales, pero cuando acudo al hospital me hacen análisis de orina y me dan una receta para comprar medicinas; también me dan condones. En realidad, yo no exijo a mis clientes el uso de condón: es el hombre el que tiene que insistir... ¡Ni siquiera sé cómo se pone! ¡Los que quieren usarlo sí saben como ponérselo!

Mi proyecto de vida, mi nuevo sueño, es casarme y tener hijos. Desde que nació mi primer hijo hace seis años no he vuelto a quedarme embarazada. Con este trabajo que tengo, creo que existe una protección divina, porque no utilizo ningún anticonceptivo... Si me hubiera casado y hubiera otra esposa, y siguiera así, sin quedarme embarazada, ¡diría que era ella quien me había echado mal de ojo! (risas).»

Grabación de Sani Aliou



Notas

1. *Projet Espoir. Document de Proposition Phase 1, Mai 2001, CARE Niger, 2001.*
2. Para respetar el anonimato, todos los nombres que aparecen en este artículo se han cambiado.
3. G. Herdt (dir.), *Sexual cultures and migration in the era of AIDS: anthropological and demographic perspectives*. Clarendon Press/Oxford University Press, Oxford/Nueva York, 1997.

Información sobre los autores

Sani Aliou, Mahazou Mahaman, Ibrahim Adamou y Fadima Soumana trabajan en CARE Niger.

Persona de contacto

Sani Aliou
CARE Niger
PO Box 10155
Niamey, Niger
Teléfono: +227-754830 ó 754556
Correo electrónico: ci-niger@intnet.ne

la zona fronteriza con Nigeria.

Su objetivo es establecer buenas relaciones entre las trabajadoras sexuales y los servicios sanitarios, e identificar y ofrecer otras oportunidades económicas para las mujeres. Entre los principales resultados que se buscan con este proyecto están los siguientes: ofrecer

un buen acceso a la prevención del VIH y las ITS (asesoramiento, pruebas voluntarias) y a tratamientos curativos, animar a las trabajadoras del sexo y a sus parejas a que modifiquen su conducta sexual e implantar un sistema de ahorro y crédito sostenible.

'Como plásticos arrastrados por el viento'

Trabajadoras sexuales móviles en África meridional

Louise Robinson y Tamara Rusinow

Las trabajadoras sexuales que se mueven de un lugar a otro en el sur de África pierden sus redes sociales. En los nuevos lugares sufren el ostracismo y la estigmatización de sus vecinos, ya sea por ser extranjeras o por su forma de vida. En una zona fronteriza de Lesotho se utiliza el término "plásticos" para referirse a las trabajadoras sexuales, porque se dice de ellas que se "mueven de un lugar a otro, arrastradas por el viento como trozos de plástico".

Este artículo analiza algunos de los problemas a los que se enfrentan las trabajadoras sexuales de Lesotho, en África meridional, y que se pusieron de manifiesto durante el trabajo realizado para el programa SHARP! desarrollado por CARE¹. En los años 2000 y 2001 se realizó una evaluación del aprendizaje participativo (EAP) en cada uno de los sitios en

los que se había implantado el programa. Durante el transcurso de esas evaluaciones, se realizaron entrevistas semiestructuradas y reuniones con grupos representativos de trabajadoras sexuales. Más recientemente, el personal del proyecto organizó reuniones con tres grupos representativos en cada uno de los tres sitios del proyecto: Ficksburg en Sudáfrica y Maputsoe y Maseru en Lesotho.

Lesotho, un reino montañoso, es uno de los países más pequeños de África. Está completamente rodeado por Sudáfrica, su vecino más grande y dominante, que proporciona el 90% de las importaciones de Lesotho y absorbe cerca del 50% de sus exportaciones. Las principales ciudades de Lesotho están situadas en las zonas de tierras bajas fronterizas con Sudáfrica y todas ellas

tienen una ciudad vecina al otro lado de la frontera. Separadas sólo por un río, más que poblaciones independientes constituyen en realidad grandes ciudades que se han ido extendiendo. Los basotho, como se llama a los habitantes de Lesotho, viven en cualquiera de las dos orillas del río, aunque sean países diferentes, pero comparten el mismo idioma y la misma cultura.

El movimiento a través de la frontera es habitual y son muchas las personas de Lesotho que viajan a Sudáfrica para buscar trabajo, como los mineros que abandonan la tierra donde nacieron para trabajar en las minas de oro, y las trabajadoras sexuales que buscan nuevas oportunidades de empleo en lo que piensan que es una nación más rica. Algunas de estas prostitutas trabajan en otros lugares



¡SHARP!

El programa de promoción de la salud sexual y los derechos humanos (Sexual Health And Rights Promotion Programme, ¡SHARP!), dirigido por CARE Internacional en Lesotho y Sudáfrica, se inició en 2001 como respuesta a los problemas identificados durante el trabajo de evaluación realizado por USAID y FHI (Family Health International), así como durante las evaluaciones efectuadas por CARE en lugares fronterizos sobre el aprendizaje participativo y las medidas emprendidas.



El programa SHARP! adopta un modelo de desarrollo comunitario que incorpora estrategias tanto preventivas como asistenciales. Un componente de este programa es el trabajo con trabajadoras sexuales que incluye su formación como educadoras de pares, el desarrollo de capacidades de las organizaciones de base comunitaria y los proveedores de servicios (como policías, maestros, enfermeras y curanderos tradicionales), y la aplicación de estrategias comunitarias basadas en la asistencia domiciliaria. El programa se orienta también al respeto de los derechos humanos y está formulando

estrategias específicas para los problemas que sufren estas mujeres de estigmatización, discriminación, violencia de género, acceso a la asistencia sanitaria y acceso a un tratamiento justo ante la ley.

distintos a las ciudades fronterizas y se desplazan de un lado a otro periódicamente, en tanto que otras llegan a viajar hasta Cape Town o Johannesburgo.

Cocodrilos de la reina

El trabajo sexual en Lesotho y en Sudáfrica, como en muchos otros países, es ilegal. Además, la cultura predominante estigmatiza a las mujeres dedicadas a él. Muchas sufren el ostracismo de sus vecinos y todas las entrevistadas declararon que mantenían en secreto su forma de vida ante sus familias. En Maptsoe, a las trabajadoras del sexo se las conoce como "plástico". En Maseru, algunas de estas trabajadoras se quejan de que la gente murmura con sus hijos sobre ellas. Dicen que las llaman los "cocodrilos de la reina", o "las mayores buscadoras de dinero de todos los tiempos". Ambos términos son peyorativos: el primero implica que salen de noche, limpias y bellas como una reina, pero que muerden como un cocodrilo. Algunas personas hacen el gesto de morderse los dedos cuando ellas pasan, con lo que dan a entender que aunque sean buenas en la cama, "muerden" y transmiten ITS. Este estigma, que afecta a todas las trabajadoras del sexo, lo sufren de manera especial las que trabajan en las zonas fronterizas, debido a la inexistencia de redes comunitarias de seguridad o estructuras de apoyo tradicionales.

Nuevas redes de apoyo

Las trabajadoras sexuales que cruzan la frontera hasta Free State (Sudáfrica), aunque no se encuentran con el problema de tener que aprender un nuevo idioma o adaptarse a una nueva moneda o una nueva cultura, sí carecen de contactos en la nueva zona y su vulnerabilidad aumenta. Se supone que un mismo idioma y una misma cultura facilitan la adaptación a la nueva vida, pero esto puede

Cada zona tiene sus propias normas y costumbres sociales y culturales que hacen más vulnerable al recién llegado

disfrazar la realidad de que cada zona tiene sus propias normas y costumbres sociales y culturales que hacen más vulnerable al recién llegado.

La mayoría de las trabajadoras sexuales afirman que reciben apoyo sólo de sus compañeras de trabajo, quienes las ayudan cuando tienen problemas, están enfermas o no tienen dinero para comer. Pero incluso esta red de apoyo se pierde cuando una mujer se traslada a una zona nueva. En tales situaciones, la trabajadora tiene que volver a ubicarse, ella misma y su familia, y buscar nuevas redes de apoyo. En las zonas fronterizas, los "jefes" asumen la responsabilidad de una población móvil y en constante cambio, en comparación con la composición relativamente estática de las poblaciones rurales. Las mujeres que trabajan en esas zonas fronterizas pueden así conservar un cierto anonimato, aunque se sienten



Dos educadoras de pares del proyecto con el jefe de una zona fronteriza de Lesotho

incapaces de pedir apoyo a estos líderes mayores y tradicionales de su comunidad. Ninguna de las trabajadoras entrevistadas en Maseru conocían a su jefe local en la ciudad, pero todas ellas conocían al jefe de la comunidad rural en la que nacieron. La situación es algo diferente en Maptsoe, donde el programa SHARP lleva funcionando durante casi un año. Allí, el jefe y el consejo municipal parecen haberse hecho más comprensivos con las trabajadoras del sexo y han empezado a prestarles cierta ayuda para resolver sus problemas.

Acceso a servicios sanitarios y asistencia jurídica

La vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales que trabajan fuera de su propio país se ve agravada por la imposibilidad de recurrir a

sistemas formales de apoyo, como los servicios sanitarios y la asistencia jurídica. De hecho, las actitudes negativas y las conductas de los profesionales sanitarios suelen desanimar a

Uno de los grandes problemas que se pusieron de manifiesto en las conversaciones con las trabajadoras sexuales era la imposibilidad de recibir asistencia jurídica

estas trabajadoras para solicitar tratamiento en cualquiera de los países. Aunque en el momento de la entrevista las mujeres presentaran síntomas de ITS, se mostraban reacias a solicitar asistencia. Algunas declararon que el acceso a la asistencia sanitaria era mejor en Sudáfrica, al ser gratuito, cosa que no ocurría en Lesotho. En Sudáfrica, a ninguna de ellas se les había negado tratamiento ni se les había pedido que se identificaran. En Lesotho, sin embargo, el coste y el estigma del que eran objeto estas mujeres les impedían solicitar tratamiento.

Uno de los grandes problemas que se pusieron de manifiesto en las conversaciones con las trabajadoras sexuales era la imposibilidad de

recibir asistencia jurídica. Aunque su situación era de ilegalidad en ambos países, pocas de las entrevistadas habían sido arrestadas por su trabajo. Reconocían que la ley parecía aplicarse con mayor rigor en Lesotho que en Sudáfrica, pero no de manera sistemática. Algunas mujeres relataron que habían estado retenidas bajo custodia en Maseru y se habían visto obligadas a limpiar el cuartel de la policía por la noche antes de ser liberadas por la mañana. De hecho, las mujeres de todos los sitios decían que los miembros de las fuerzas policiales eran sus clientes más frecuentes.

Pero lo más preocupante de todo, su situación de trabajo ilegal, ha hecho que muchas trabajadoras del sexo se muestren reacias a denunciar delitos. La mayoría tienen miedo de denunciar un delito cometido contra ellas y, por el contrario, intentan tomarse la justicia



por su mano. Algunas de ellas contaron que habían intentado "golpear" a los presuntos culpables (en grupo) o con la ayuda de sus "novios" habituales.

Violencia

Las mujeres contaron relatos alarmantes de violaciones y agresiones físicas, lo que motivó cierta preocupación por el nivel de violencia que toleran o consideran normal. Algunas dijeron que, en ocasiones, los propios agentes de la policía se ofrecían a acompañarlas por la noche para luego violarlas. Una mujer preguntaba: «¿Qué puedo hacer cuando me enseña su pistola?». Las mujeres se mostraban fatalistas: «Ya les llegará el momento de tener que rendir cuentas a Dios». Muchas de ellas contaban que habían sido violadas en sus desplazamientos de casa al trabajo. Ese riesgo había llevado a algunas a utilizar taxis para regresar a casa terminada su jornada –utilizando el sexo como moneda de cambio. Algunas habían tratado de denunciar las violaciones, pero se les había impuesto una multa de 300 rands (30 dólares) por dedicarse a la prostitución; otras se habían encontrado con que los agentes de la policía les preguntaban: «¿Qué espera usted si se dedica

a jugar con su vagina?» En general, la respuesta de la policía en Sudáfrica se consideraba ligeramente mejor que en Lesotho.

Con su trabajo a los dos lados de la frontera, el programa SHARP! está en una posición inmejorable para colaborar con partes muy diversas, entre ellas las propias trabajadoras sexuales, la policía y los proveedores de servicios sanitarios, para tomar

medidas basadas en los derechos humanos que *respeten, protejan y velen por* los derechos humanos básicos de forma que, aunque las mujeres en estas zonas fronterizas se muevan "como el plástico", se les garanticen sus derechos básicos allá donde "atterricen".

Nota

7. Sexual Health And Rights Promotion (SHARP!) es un programa transfronterizo que se está desarrollando en cinco ciudades importantes en la frontera entre Lesotho y Sudáfrica: Maputsoe, Maseru y Mafeteng en Lesotho, y Ficksburg y Ladybrand en Sudáfrica.

Información sobre los autores

Louise Robinson es coordinadora de VIH/sida y Salud Reproductiva en CARE Internacional. Tamara Rusinow es directora del Programa Regional para Sudáfrica y África Occidental de CARE Internacional.

Persona de contacto

Louise Robinson
CARE Internacional
PO box 682
Maseru 100, Lesotho
Teléfono: +266-314398,

La historia de Pulane

Pulane abandonó su hogar en las montañas para buscar trabajo en las fábricas de una población fronteriza. Cuando llegó a la ciudad, trató de encontrar trabajo o alojamiento. Se encontró con unos conocidos de su aldea natal que la dejaron quedarse a vivir con ellos en una habitación alquilada. Pulane empezó a sentirse culpable de inmediato por no poder contribuir a los gastos de la vivienda. Una de las mujeres que vivían allí se ofreció a mostrarle la manera de ganar dinero y la introdujo en el trabajo sexual, enseñándole cómo tenía que abordar a los clientes. Pulane temía que sus amigas se rieran de ella si volvía a casa con las manos vacías. Ahora tiene entre uno y cinco clientes al día.

Pulane acaba de tener su segundo hijo, que vive con ella en la habitación alquilada. El padre es un cliente que se niega a compartir cualquier responsabilidad respecto al hijo. La mayoría de sus clientes se niegan a utilizar preservativos y, con las tarifas que desde hace poco hay que pagar por los servicios de planificación familiar, ella ha sido incapaz de protegerse contra un embarazo. Pulane reconoce que ha sido víctima de agresiones, robos y violaciones por parte de sus clientes y también de la policía. Se siente incapaz de protegerse de estos abusos y de denunciar las agresiones. En muchos aspectos, preferiría regresar a su hogar, para que su familia pudiera ayudarlo a cuidar a su hijo, pero se siente avergonzada. Aquí, en la ciudad, dice Pulane, el único apoyo que obtiene es el que le prestan otras trabajadoras sexuales que comparten con ella su comida cuando no tiene dinero y que le hacen compañía.

Fax: +266-310195

Correo electrónico: lrobinson@care.org.ls

Sitio web: www.care.org

Artículos que prestan una atención especial a la inmigración y la movilidad en números anteriores de Research for Sex Work

No. 1: Peer Education

Problemas relativos a la educación de pares

No. 2: Appropriate Health Services for Sex Workers

Trabajadores sexuales migrantes en Europa

No. 3: Empowerment of Sex Workers and HIV Prevention

Hablan los trabajadores sexuales migrantes en los Países Bajos

Trabajadores sexuales vietnamitas en Camboya

No. 4: Violence, Repression and Other Health Threats. Sex Workers at Risk

Concepciones diferentes, riesgos diferentes. Factores de riesgo identificados por los trabajadores sexuales vietnamitas en Camboya

Factores de influencia en la prevención del VIH/sida y promoción de la salud en Hong Kong

Piedad filial y trabajadores sexuales vietnamitas en Svay Park, Camboya

Leyes represoras y mujeres ocultas: trabajadores sexuales migrantes en Alemania

Todos estos artículos se encuentran disponibles en la dirección <http://www.med.vu.nl/hcc>.

Rehabilitación de niñas con VIH/sida

Maiti Nepal, una ONG que trabaja para la prevención del tráfico de niñas, así como para el rescate, la rehabilitación y la reinserción social de las víctimas de dicho tráfico, fundó una residencia llamada "Sneha Griha" –Casa del Afecto– en el distrito de Jhapa en 1999, para rehabilitar a las niñas víctimas del tráfico sexual que regresaban a sus hogares infectadas por el VIH/sida. El objetivo es proporcionar a estas niñas un alojamiento independiente y una atención apropiada.

La residencia cuenta con un Centro de Atención Primaria que presta atención médica inmediata, pero limitada, a las niñas alojadas en ella, así como servicios sanitarios básicos y aseos a la población local. La residencia puede alojar a 60 personas en sus seis pabellones. Maiti Nepal ha adquirido algunas tierras que lindan con la residencia y que las niñas utilizan para cultivar hortalizas, haciéndose así autosuficientes. Existe también un estanque dedicado a la producción piscícola. Además, Maiti Nepal ha iniciado varios programas de formación orientada a la adquisición de destrezas por parte de estas niñas.

Al final, algunas de ellas se integran en sus respectivas comunidades; sin embargo, en la mayoría de los casos no se realiza ningún tipo de seguimiento.





Tráfico de mujeres y VIH/SIDA: el caso de Nepal

Padam Simkhada

En los últimos años, cientos de miles de mujeres y niñas han sido víctimas de tráfico sexual tanto dentro como fuera de sus países. El problema es especialmente grave en el sur de Asia. A Nepal se le considera un país de "origen" en la red regional de tráfico sexual. Todos los años, entre 5.000 y 7.000 niñas nepalesas son vendidas a burdeles indios, y más de 200.000 niñas nepalesas se dedican actualmente al comercio sexual en la India¹.

Mujeres de todas las castas y clases se dedican al trabajo sexual, pero las que son víctimas del tráfico sexual o las que migran a la India proceden sobre todo de los grupos étnicos minoritarios que viven en las montañas. Contrariamente a lo que se cree, no todas las mujeres que trabajan en el sector de la prostitución indio o nepalés han sido víctimas

Todos los años, entre 5.000 y 7.000 niñas nepalesas son vendidas a burdeles indios

del tráfico sexual después de haber sido secuestradas, drogadas o engañadas. Muchas jóvenes y niñas son obligadas a ejercer la prostitución por sus propias familias, a fin de que puedan obtener unos ingresos relativamente altos y enviarlos a sus familias para ayudarles a sobrevivir en las aldeas pobres.

Vulnerabilidad frente al VIH

La asociación mencionada con más frecuencia entre el tráfico sexual y el VIH es el mayor riesgo de infección por VIH en mujeres y niñas que son víctimas del tráfico con fines de prostitución. Existen pocos datos sobre la incidencia del VIH en este colectivo. Las tasas de infección por VIH entre las trabajadoras sexuales de las áreas urbanas oscilan entre un 17% en Nepal y un 72% en las trabajadoras del sexo nepalesas víctimas del tráfico sexual menores de 18 años en Mumbai, India². Un estudio de las trabajadoras sexuales de Terai (en el sur de Nepal) reveló que el 4% de todas las prostitutas estaban infectadas por VIH, mientras que el 17% de las que habían trabajado en la India eran seropositivas³.

Aunque existen pocos datos sobre la tasa del VIH entre las mujeres y niñas víctimas del tráfico de seres humanos, es razonable suponer que, al cabo de un tiempo, estas trabajadoras presentarán una prevalencia más alta del VIH que las autóctonas en el lugar de destino, ya que las mujeres víctimas del tráfico son más vulnerables al abuso. Un estudio realizado en Tailandia concluyó que la mayor incidencia de seroconversión se producía en los primeros seis meses de trabajo sexual⁴. La razón está, según los autores, en que los clientes piensan que el riesgo de infección es menor con las nuevas trabajadoras sexuales y, por tanto, no utilizan preservativos con ellas, aprovechándose de la dependencia que las víctimas del tráfico sexual sufren de sus traficantes o de los dueños de los burdeles. Por otra parte, la escasa experiencia y destreza de las nuevas trabajadoras para negociar el uso del condón puede ser también un factor determinante. Lo mismo cabe afirmar de las jóvenes nepalesas víctimas del tráfico sexual.

Estas jóvenes suelen tener menor capacidad de negociación con sus clientes que las mujeres de más edad, puesto que se encuentran además con las relaciones de poder desigual normales entre las personas más jóvenes y las de más edad. Además, las niñas y mujeres víctimas del tráfico sexual encuentran más dificultades para beneficiarse de las intervenciones y los movimientos en defensa de las trabajadoras sexuales debido a sus condiciones de trabajo forzoso, la obligación de devolver una deuda y las barreras del idioma.

Incluso las mujeres y niñas que son víctimas del tráfico con fines distintos al sexual sufren abusos sexuales y, por tanto, corren un mayor riesgo de contraer el VIH. No pueden controlar ni siquiera los aspectos más básicos de sus vidas, por no hablar de la posibilidad de negociar unas relaciones sexuales seguras. Los estudios han demostrado que las prostitutas que trabajan en burdeles tienen un mayor riesgo de infección durante los primeros seis meses de trabajo, cuando probablemente su capacidad de negociación es menor y, por tanto, tienen que atender a un mayor número de clientes y son menos los clientes que utilizan preservativos⁴. Como puede verse en otros grupos inmigrantes, las barreras del idioma y el alejamiento de la familia y de los sistemas de apoyo comunitario aumentan la vulnerabilidad y el riesgo consiguiente de infección por el VIH. Además, las víctimas de las redes de tráfico internacional suelen clasificarse como inmigrantes ilegales en el país de destino y sufren una marginación todavía mayor, así como más dificultades para acceder a la educación, los servicios y la protección. Si piden ayuda, pueden ser objeto de persecución por el delito de inmigración ilegal, en lugar de recibir ayuda como víctimas del tráfico de seres humanos.

Prevención del tráfico de seres humanos

Aunque las víctimas del tráfico de seres humanos corren el mayor riesgo de infección por VIH asociado a las poblaciones móviles marginadas o a los trabajadores sexuales móviles, el hincapié que hacen los programas de prevención y educación en ese mayor riesgo no siempre les beneficia. Los mensajes que insisten en el riesgo de infectarse con el VIH asociado a la migración y al tráfico de seres humanos aumenta el estigma que sufren tanto las víctimas del tráfico sexual que regresan a sus hogares como otros migrantes. En el pasado, las mujeres nepalesas que abandonaban el trabajo sexual podían reinsertarse en sus comunidades con relativamente pocos problemas, sobre todo si volvían con dinero.

Hoy en día, los mensajes para la prevención del sida lanzados por las ONG en Nepal suelen poner de relieve el tráfico con fines de prostitución. Muchos de los materiales educativos utilizan descripciones horribles del trabajo sexual y la infección por VIH. Estos mensajes recurren al miedo para evitar que las mujeres abandonen sus hogares, en lugar de darles algunos consejos prácticos para que sepan tomar decisiones acertadas en unas circunstancias difíciles de las que posiblemente quieran escapar. Algunas organizaciones relacionan también el tráfico de seres humanos con la infección por el VIH, sin tener en cuenta el estigma que esto puede crear falsamente para los que migran⁵.

Algunas ONG animan a las niñas a permanecer en sus pueblos para prevenir el tráfico, instándolas a que no sean tan modernas, a que trabajen duro, tengan paciencia y permanezcan con sus familias. Sin embargo, muchas chicas adolescentes, sobre todo las que tienen niveles más altos de educación, no quieren residir permanentemente en las aldeas donde han nacido⁶. De ahí se desprende que los mensajes que se utilizan para prevenir el tráfico sexual y que animan a las adolescentes a quedarse en sus aldeas estén posiblemente muy alejados de sus necesidades y aspiraciones. Puesto que es posible que muchas niñas viajen o migren en algún momento de sus vidas, es fundamental proporcionarles la información y las destrezas que necesitan para desenvolverse con seguridad en el mundo y conseguir un empleo remunerado.

Ayuda para las mujeres que regresan

El pánico actual provocado por la epidemia del sida en Nepal es tal, que las mujeres que regresan de la India son estigmatizadas como

portadoras del VIH, con independencia de que hayan ejercido o no la prostitución. La trabajadora sexual sufre un grave estigma, suele verse incapaz de acceder a un empleo normal, casarse o integrarse en su sociedad, y sus hijos son rechazados por los otros niños en la escuela. Se ha observado que las niñas que tratan de regresar de los burdeles suelen ser víctimas del ostracismo de su comunidad. Las esperanzas que albergan sobre su futuro son pocas, y a muchas de ellas se les considera una lacra para la sociedad. Además, sufren el acoso policial y son detenidas con frecuencia. En muchos distritos, la idea habitual es que «las mujeres que regresan de Mumbai son portadoras del sida».

Los programas de asistencia y apoyo están dirigidos principalmente a devolver a las niñas y mujeres a sus respectivas comunidades, pero las ONG reconocen que no todas ellas quieren o pueden regresar. Algunas niñas han abandonado situaciones familiares difíciles o abusivas. Otras se muestran reacias a regresar por el grave estigma asociado al tráfico de seres humanos, el trabajo sexual y el VIH, y por lo estrechamente ligados que se consideran (a veces por culpa de las propias ONG) el trabajo en la India y la infección por el VIH. Así, se plantea la pregunta de cuál es la mejor forma de facilitar el regreso de estas mujeres a sus comunidades en los casos en que sea apropiado y qué hacer cuando las niñas no pueden o no quieren regresar. La mayoría de los programas de las ONG tienden a ser preceptivos, diciendo a las niñas que regresan lo que deben hacer, aconsejándolas que regresen a sus casas, y recomendando a las familias que las acepten de nuevo en su seno. La valoración familiar es insuficiente o *ad hoc*. Apenas se exploran los sentimientos de las niñas, ni se intentan solucionar sus problemas familiares, y tampoco se realiza un seguimiento una vez que abandonan un alojamiento.

La formación profesional que se ofrece a las mujeres y niñas que regresan a sus comunidades suele centrarse en actividades tradicionales, como coser o bordar, lo que no siempre les permite obtener unos ingresos adecuados. Las alternativas para las niñas que no regresan a sus casas son muy limitadas; la mayoría permanecen en hogares residenciales durante mucho tiempo. Se necesitan más investigaciones y recursos para dilucidar la situación de las niñas que regresan e implantar unas estrategias eficaces de apoyo y asistencia².

Asimismo, deberían formularse unas directrices claras para la asistencia de las mujeres y niñas que regresan siendo seropositivas. Las niñas infectadas por el VIH se enfrentan al doble estigma del tráfico sexual y del VIH. La legislación y las políticas actuales en Nepal no contienen directrices relativas a pruebas de detección del virus, asesoramiento previo y posterior, confidencialidad o asistencia y apoyo continuos a las mujeres y niñas que regresan a sus hogares siendo seropositivas.

Notas

1. T. McGirk, Nepal's Lost Daughters, 'India's soiled goods'. *Times*, 27 de enero de 1997, Vol. 149, N° 4.
2. *ONUSIDA, Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. ONUSIDA, Ginebra, 2000.
3. FHI, *STD and HIV Prevalence Survey among Female Sex Workers and Truckers on Highway Routes in the Terai, Nepal*. Family Health International, Katmandú, Nepal, 2000 (sin publicar).
4. P.H. Kilmarx y cols., Seroconversion in a prospective study of female sex workers in northern Thailand: continued high incidence among brothel-based women. En: *AIDS*, 112, 1998, págs. 1889-1898.
5. P. Bhattarai, V. Mahendra et al. Trafficking and Human Rights in Nepal: Community Perceptions and Policy and Program Responses. Horizons Research Summary. New Delhi: Horizons/Population Council and The Asia Foundation, 2001. <<http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/traffickingsum1.html>>

Información sobre el autor

Padam Simkhada es estudiante de doctorado en la Universidad de Southampton y vicepresidente de la Society for Local Integrated Development Nepal (SOLID Nepal), una ONG nacional que trabaja con los jóvenes en Nepal.

Persona de contacto

*Padam Simkhada
Department of Social Work Studies, University of Southampton
Highfield, Southampton, SO17 1BJ Reino Unido
Teléfono: +44-23-80592739, fax: +44-23-80594800
Correo electrónico: pps1@soton.ac.uk*

Mapa de la salud y bienestar de los trabajadores sexuales móviles y las comunidades a las que prestan sus servicios

El caso de Camboya

Lee-Nah Hsu y Jacques du Guerny



Muchas de las iniciativas encaminadas a ayudar a las trabajadoras sexuales con sus problemas de salud están diseñadas como si éstas trabajaran siempre en el mismo lugar, cuando en muchos países en desarrollo la realidad es que constituyen una población sumamente móvil. El resultado suelen ser unos servicios sanitarios poco eficaces en detrimento de las trabajadoras sexuales. Por ejemplo, éstas tienen dificultades para acceder a los servicios de salud o para continuar los tratamientos cuando cambian de lugar de trabajo.

En 1999, el Centro Nacional Camboyano para el VIH/sida, Dermatología y ETS (NCHAD), en colaboración con el Proyecto de VIH y Desarrollo del PNUD para el Sudeste Asiático (véase cuadro), realizó una evaluación cartográfica a lo largo de las Rutas Nacionales 1 y 5 de Camboya para evaluar la

vulnerabilidad al VIH de la población a lo largo de esas rutas¹. Después de un seminario nacional de formación celebrado en Phnom Penh sobre la metodología para cartografiar la movilidad, el personal del NCHAD y el personal de las Secretarías provinciales del sida a lo largo de las rutas realizaron conjuntamente un estudio cartográfico con las comunidades locales, utilizando un mismo cuestionario, entre finales de agosto y principios de septiembre de 1999. Después de la evaluación, se realizaron consultas con las comunidades locales y seminarios de divulgación nacional. Con este método participativo, desde el año 2000 se han ideado e implantado respuestas para remediar las vulnerabilidades identificadas con respecto al VIH. Asimismo, se realizó una evaluación del impacto para comprobar si se tomaban medidas locales basadas en los

resultados de estos estudios cartográficos y, en caso afirmativo, qué repercusión tenían². El presente artículo refleja los hallazgos de la evaluación del impacto de los estudios cartográficos en Camboya.

Mapa de los servicios

En Camboya, en lugar de dirigirse únicamente a las trabajadoras sexuales que ejercen la prostitución en los burdeles, se ha adoptado una estrategia más amplia que abarca los distintos tipos de trabajo sexual, situando a las trabajadoras en su contexto y reconociendo el hecho de que muchas de ellas se trasladan de una ciudad a otra. Las autoridades locales en materia del sida concibieron tal estrategia después de realizar un estudio cartográfico de los lugares de alterne y los servicios sanitarios a lo largo de la Carretera Nacional 5 y realizando una encuesta para identificar los factores de

vulnerabilidad a la infección por el VIH. Por ejemplo, entre la capital, Phnom Penh, y la frontera con Tailandia, a lo largo de los 300 km de la Ruta 5, se encontraron 99 burdeles que estaban estratégicamente situados desde una perspectiva comercial y de esparcimiento. A esa cifra hay que sumar muchas salas de karaoke, pensiones, clubes nocturnos y cervecerías. Asimismo, se localizaron y marcaron en el mismo mapa los hospitales, centros sanitarios, centros de detección de ITS y centros médicos privados. Los investigadores y la comunidad local pudieron de esta forma visualizar las relaciones entre los lugares de oferta (servicios sanitarios) y los lugares de demanda (establecimientos dedicados a la prostitución), así como el movimiento de las trabajadoras del sexo entre unas ciudades y otras.

Tanto el mapa como la encuesta se realizaron utilizando un modelo de investigación participativa. En lugar de recurrir principalmente a expertos externos para realizar la investigación, la información fue recopilada y analizada por personas autóctonas, entre ellas, las propias trabajadoras sexuales.

Identificación de redes sociales

Este ejercicio se coordinó en el contexto del programa de divulgación del uso sistemático del condón en Camboya para identificar las redes sociales existentes a lo largo de las Rutas 1 y 5, que son las principales carreteras que discurren en dirección Este-Oeste y que conectan Phnom Penh con Tailandia hacia el Oeste, y con Vietnam hacia el Este. El Ministerio de Transportes y Obras Públicas participó también facilitando el estudio cartográfico. El personal del NCHAD se puso en contacto con propietarios de salas de karaoke, proxenetas, trabajadoras del sexo, dueños de burdeles, clientes, taxistas, recepcionistas de pensiones y autoridades locales, incluida la policía y el personal de los centros sanitarios. Las trabajadoras sexuales disponibles y los clientes a los que prestaban sus servicios en el momento de la evaluación fueron abordados con amabilidad, con la ayuda de los proxenetas y los propietarios de los burdeles, pensiones y salas de karaoke.

Los burdeles suelen concentrarse en un mismo tramo de una calle. Por ejemplo, en una de las ciudades atravesadas por la Ruta 5, los burdeles se agrupan a lo largo de la vía férrea, por detrás de la estación ferroviaria principal donde se aparcan los vagones. Todo ese tramo de la carretera está repleto de locales de alterne a ambos lados. Las prostitutas sacan a la carretera bancos o sillas para sentarse en la puerta de los establecimientos, conversar con los posibles clientes y atraer a los transeúntes. Estos lugares son frecuentados tanto por la población autóctona como por visitantes de paso.

Vigilancia ejercida localmente

Los informantes recibieron algo de comer y beber, pero en ningún caso pagos directos en efectivo. Al personal encargado de la recopilación de datos en los comités del sida se le proporcionó transporte para desplazarse a los distintos sitios. En cuestión de días,

personas de la localidad ya familiarizados con los habitantes de la zona realizaron las evaluaciones cartográficas iniciales. No obstante, las actividades posteriores a la evaluación se efectuaron mensualmente con la comunidad, puesto que se decidió que eso era lo que querían hacer. Desde que se iniciaron las actividades de consulta local, se celebran reuniones periódicas.

La evaluación consiguió promover un control local del sistema de salud sexual. Gracias a la participación de la población autóctona y las trabajadoras sexuales, las comunidades pudieron identificar mejor las deficiencias en los servicios y otros problemas que las hacía vulnerables al VIH. De esta forma pudieron encontrar soluciones prácticas y factibles adaptadas a las circunstancias locales.

Cambio de enfoque

Lo que sí quedó claro es que a todos les interesaba promover la salud de las trabajadoras sexuales en lugar de señalarlas como fuente de infección por VIH, sin tener en cuenta el papel desempeñado por los residentes locales, que son los clientes, en los problemas relacionados con la salud sexual. Es un cambio de enfoque radical, porque las trabajadoras del sexo suelen proceder de otras comunidades (zonas rurales relativamente distantes u otros países, sobre todo Vietnam, pero desde hace poco también otros países) y son pocas las mujeres autóctonas que prestan sus servicios a la población masculina autóctona. Las trabajadoras sexuales camboyanas no suelen trabajar en las ciudades donde han nacido. Se trasladan a ciudades alejadas de sus hogares para no avergonzar a sus familias. Es otro factor que contribuye a la frecuente movilidad de las trabajadoras sexuales, porque no pertenecen a las comunidades en donde trabajan.

Las comunidades y las autoridades locales no suelen sentir ningún tipo de compromiso ni obligación con respecto a la salud de las trabajadoras sexuales, puesto que esas mujeres no "pertenecen" a ellas. El efecto combinado del estigma que suele asociarse con el trabajo sexual, y la indiferencia u hostilidad expresada hacia la gente de fuera crea barreras para el acceso de las trabajadoras del sexo a los servicios sanitarios locales con el fin de cuidar su salud. Las autoridades sanitarias locales han llegado a darse cuenta de que simplemente con disponer de servicios sanitarios en las comunidades locales no se equipara el acceso para las trabajadoras sexuales, que se enfrentan a obstáculos reales o percibidos en la utilización de esos servicios.

Un entorno favorable

Cuando se conoció mejor la realidad de las conductas, en lugar de actuar a partir de imágenes deseables de conducta social, cambió la actitud de la policía, los profesionales sanitarios y otros funcionarios hacia las trabajadoras sexuales. Se dieron cuenta de la importancia de crear un entorno favorable para ellas. Ahora, las comunidades locales son conscientes de que para proteger la salud de su propia comunidad, tienen que eliminar las barreras que impiden a las trabajadoras sexuales solicitar un diagnóstico

precoz y un tratamiento de las ITS, mejorar la prevención del VIH fomentando el uso del condón, etc. Como consecuencia, la educación sanitaria de las trabajadoras del sexo ha mejorado al reducirse su discriminación. Hoy en día, los profesionales sanitarios locales tienen actitudes positivas hacia ellas y están obligados a proporcionar una prevención eficaz frente al VIH a las trabajadoras, según decreta la política relativa al uso sistemático del condón, que se exhibe en un lugar destacado a la entrada de todos los burdeles. Además, las trabajadoras son sometidas a chequeos por los servicios sanitarios locales. Si descubren que padecen una ITS o el VIH, el propietario del

Programa de VIH y Desarrollo del PNUD para el Sudeste Asiático

El Programa de VIH y Desarrollo del PNUD SA abarca los diez países miembros de ASEAN: Brunei, Camboya, Indonesia, RDP de Laos, Malasia, Myanmar, Filipinas, Singapur,



Tailandia, Vietnam y República Popular de China. El proyecto tiene como finalidad reducir la vulnerabilidad al VIH de las poblaciones móviles. Se han trazado mapas de Camboya,

Vietnam, RPD de Laos, Guangxi-China, Indonesia y los países de la "agrupación BIMPS" (Brunei, Indonesia, Malasia, Filipinas y Singapur). La mayoría de las publicaciones están disponibles en el sitio web www.hiv-development.org.

establecimiento donde trabajan recibe la visita de las autoridades locales para comprobar que aplica la política relativa al uso sistemático del condón (véase cuadro).

En lugar de sentirse avergonzadas, las trabajadoras sexuales se dieron cuenta de que tenían que obtener información sobre las ITS y el VIH/sida y vigilar su propio estado de salud. Los funcionarios se hicieron menos autoritarios y empezaron a colaborar con los propietarios y el personal de los establecimientos para introducir el uso sistemático del condón. Este entorno favorable aumentó también la seguridad y la salud de los clientes. Además, con la vigilancia de la salud de las trabajadoras sexuales por parte de las autoridades sanitarias, éstas pudieron, por medio de conversaciones con todos los implicados, animar a las prostitutas a someterse a pruebas de detección de ITS y alertar a los centros sanitarios del número de visitas esperadas. De esta forma se consiguió una mejor cobertura y unos mejores servicios para las trabajadoras del sexo.

Los riesgos de las áreas que no son "puntos calientes"

Los resultados del estudio cartográfico han demostrado también que las trabajadoras sexuales no suelen quedarse más de unos meses en la misma ciudad, porque los clientes quieren rostros nuevos. Una de las tendencias detectadas a lo largo de la Ruta 5 fue que las mujeres más jóvenes y nuevas en el trabajo

100% uso del preservativo

El programa camboyano uso sistemático del preservativo fue diseñado después del éxito del programa tailandés, el cual se inició a principios de los años 90. El programa requiere que las trabajadoras sexuales rechacen el sexo desprotegido siguiendo las instrucciones de los dueños y encargados de los burdeles. Está basado en la presunción que los dueños de los burdeles deberían ser parte de la solución, no el problema. En Camboya, un proyecto piloto iniciado en 1998 en Sihanoukville obtuvo igual éxito y el Gobierno camboyano está, actualmente, extendiendo el programa a nivel nacional.

sexual solían trabajar en las grandes ciudades, donde se encuentran la mayoría de los establecimientos. Con el tiempo, las trabajadoras se movían lentamente a establecimientos menos conocidos y lucrativos, donde su nivel de ingresos también disminuía. Al mismo tiempo, su riesgo de exposición al VIH y a otras ITS aumentaba. Las trabajadoras del sexo que se mueven con frecuencia no tienen la oportunidad de someterse a controles médicos periódicos o suelen interrumpir los tratamientos iniciados en un lugar cuando se trasladan a otro.

Ese hecho tiene muchas implicaciones para estas trabajadoras sexuales y para los programas y servicios de salud pública. Por ejemplo, existe la creencia y la práctica generalizada en la asignación de recursos y servicios, de que éstos deben dirigirse a los "puntos calientes", donde se concentran un gran número de establecimientos, con la consiguiente desatención de las poblaciones "más tranquilas". Puesto que los riesgos de ITS y VIH aumentan en función del tiempo que lleven trabajando las prostitutas, el nivel y la frecuencia de ITS entre las mujeres que trabajan en ciudades menos lucrativas pueden ser, de hecho, mayores que entre las nuevas trabajadoras que habitualmente prestan sus servicios en poblaciones más prósperas. Según las estadísticas anuales disponibles sobre el VIH y las ITS, observamos que la prevalencia

del VIH entre las trabajadoras del sexo era mayor en las poblaciones situadas a cierta distancia de las grandes ciudades que se encontraban a lo largo de la Ruta 5. Es, por tanto, muy importante garantizar que en las ciudades con establecimientos menos populares, los servicios sanitarios tengan capacidad y estén preparados para atender a las trabajadoras sexuales que lleguen procedentes de "puntos más calientes". Esto es importante para las prostitutas, porque este tipo de políticas y programas asegurarían la disponibilidad de unos servicios de los que de otro modo no dispondrían, y justo cuando más los necesitan. Por último, los servicios sanitarios de diferentes ciudades deberían mantenerse en contacto entre sí para poder remitirse unos a otros pacientes que necesitan tratamiento y asistencia. Es también preciso facilitar el acceso a los servicios, reduciendo el número de pacientes con las que se pierde contacto durante el seguimiento, los casos de tratamiento incompleto y la aparición de cepas resistentes.

En conclusión, la coordinación de los servicios sanitarios locales en ciudades situadas a lo largo de las principales carreteras de Camboya, y la creación de un entorno participativo y favorable para las trabajadoras sexuales puede mejorar la protección de la salud de todos los miembros de la comunidad. La forma en que las autoridades sanitarias

camboyanas realizaron este estudio cartográfico es un buen ejemplo de gestión correcta, de compromiso político al más alto nivel y de seguimiento local. Además, la utilización del mapa de vulnerabilidades al VIH permite a los responsables de los proyectos de intervención identificar comunidades vulnerables al VIH que se pasarían por alto si sólo se utilizaran indicadores comunes de los "puntos calientes". En este caso, el lugar al que se desplazan las trabajadoras sexuales es un importante indicador para asegurar la identificación de las comunidades más vulnerables al VIH.

Notas

1. *Cambodia HIV Vulnerability Mapping: Highways One and Five*, NCHAD, Proyecto de VIH y Desarrollo del PNUD para el Sudeste Asiático y Camboya, enero de 2000, www.hiv-development.org/publications/cambodia_mapping.asp.
2. *The impact of mapping assessments on population movement and HIV vulnerability in South East Asia*, septiembre de 2001, www.hiv-development.org/publications/mapping.asp.

Información sobre los autores

Lee-Nah Hsu y Jacques du Guerny son director y consultor, respectivamente, del Proyecto de VIH y Desarrollo del PNUD para el Sudeste Asiático.

Persona de contacto

*Lee-Nah Hsu
United Nations Building
Rajadamnern Nok Avenue
Bangkok 10200, Tailandia
Fax: +66-2-2801852
Correo electrónico: leenah.hsu@undp.org
Sitio web: www.hiv-development.org*

La necesidad (apremiante) de efectuar diferentes tipos de investigación

Laura Agustín D'Andrea

Los investigadores que tratan de estudiar a las trabajadoras sexuales móviles tienen dificultades para obtener fondos si no se ciñen a temas relacionados con el VIH/sida, el tráfico de seres humanos o la violencia contra la mujer. Laura Agustín demuestra que esos marcos distorsionan la multiplicidad de realidades y afirma que las investigaciones deben hacerse desde la perspectiva de la migración.

En octubre de 2001, en un viaje a Australia y Tailandia, conocí a cinco mujeres latinoamericanas que tenían cierta conexión con el sector de la prostitución: la dueña de un burdel legal, dos inmigrantes que trabajaban para ella en Sidney, y dos mujeres de un centro de detención para inmigrantes ilegales en Bangkok. Estas cinco mujeres procedían de Perú, Colombia y Venezuela, pertenecían a diferentes estratos sociales y

tenían edades muy diferentes. También las historias que me relataron eran muy distintas.

La dueña del burdel tenía ahora residencia permanente en Australia. Sus trabajadoras inmigrantes habían llegado con visados para estudiar inglés, lo que les daba derecho a trabajar, pero para obtener el visado habían tenido que pagar por adelantado todo un curso de ocho meses, lo que significaba contraer un gran deuda. La «madame» era muy afectuosa con ellas, pero también las sometía a un estricto control; vivían en su casa y se desplazaban con ella al trabajo. Les estaba enseñando la profesión. Los trabajadores de acercamiento (outreach) de un proyecto local no hablaban español.

De las dos mujeres detenidas en Bangkok, una lo había sido en el aeropuerto de Tokio con un visado falso para Japón. Había sido invitada por una hermana que había sido trabajadora sexual ilegal, y que ahora



era una vendedora ilegal en esos ambientes. La mujer había sido deportada hasta la última escala de su viaje, Bangkok; allí había permanecido encarcelada durante un año antes de ser enviada al centro de detención. La segunda mujer había sido detenida debido a las imágenes grabadas por una cámara durante el atraco que su novio y otros individuos habían perpetrado en Bangkok, después de viajar con ellos por Hong Kong y Singapur; acababa de cumplir una condena de tres años antes de ser enviada al centro (además, sus papeles eran totalmente falsos, incluso con cambio de nacionalidad). Las dos mujeres detenidas estaban esperando a que alguien pagara su billete de avión para regresar a sus casas, pero nadie se ofrecía a hacerlo, puesto que el grado de complicidad en sus situaciones las descalificaba para obtener ayudas destinadas a las víctimas del tráfico humano, y no todos los países latinoamericanos tienen embajadas en Tailandia. Sólo una persona de una ONG local que visitaba el centro de detención hablaba español.

¿Cómo podemos interpretar estas historias?

Considerando las diferencias entre las historias contadas por estas mujeres, los términos “trabajadoras sexuales migrantes” o “víctimas del tráfico de seres humanos” son poco adecuados y no ayudan a comprender por qué ni cómo llegaron a sus situaciones actuales. El uso de etiquetas es una cuestión muy subjetiva que depende más del investigador de turno que de la forma en que las mujeres hablan sobre sí mismas; es como intentar que unos asuntos complicados encajen en un modelo preparado de antemano. Las siguientes descripciones ilustran esta complejidad.

Aunque las dos nuevas trabajadoras inmigrantes en Sidney parecían aceptar el trabajo que habían empezado a realizar, existía una clara ambigüedad sobre la importancia del curso de idiomas que sirvió de pretexto para obtener el visado, y sus deudas no les dejaban mucha alternativa sobre los trabajos que podían hacer. Las mujeres que emigró a Japón creía que no tendría que comerciar con el sexo, pero su propia familia había intervenido para conseguirle papeles falsos, y ella se sentía muy culpable y angustiada. La mujer detenida por el atraco parecía haberse prostituido durante sus viajes, pero sin una intención o destino en particular, y sin darle demasiada importancia al asunto. El número total de clientes atendidos en sus viajes y sus trabajos era elevado: entre las nacionalidades mencionadas había paquistaníes, turcos y mexicanos. La necesidad de investigar cómo suceden todas estas conexiones es urgente, pero los gestores de los fondos se resisten a financiar investigaciones que no encajen en alguno de los marcos teóricos actualmente aceptables: “prevención del sida”, “violencia contra la mujer” o “tráfico de seres humanos”.

Estos marcos reflejan unas inquietudes políticas particulares que surgen en el contexto de la “globalización”, y que son comprensibles. Los *elementos* de las historias relatadas por personas como las citadas pueden compartir algunas características con los discursos habituales sobre “tráfico de seres humanos”, “violencia contra la mujer” y “sida”, pero son marcos moralizadores y llenos de prejuicios, que tienen su origen en una postura política y no están abiertos a otros escenarios diferentes (por ejemplo, una mujer que admite que sabía que tendría que ejercer la prostitución en el extranjero y que estaba dispuesta a pagar para conseguir papeles falsos). El deseo que tiene la gente joven de viajar, ver mundo, ganar mucho dinero y no prestar demasiada atención al tipo de trabajos que hacen mientras tanto, no es aceptado por los investigadores que parten de posturas morales; tampoco lo son las declaraciones de trabajadoras del sexo profesional en el sentido de que ellas son las que han elegido y las que prefieren el trabajo que hacen. Pese a todo, la investigación ética no puede nunca aferrarse al argumento de que las personas investigadas no saben lo que quieren.

¿Por qué investigamos, en cualquier caso?

Un marco teórico se refiere a la idea global que motiva los proyectos de servicios o investigación. En el caso de los proyectos de servicios para las trabajadoras sexuales, el marco puede ser una misión religiosa de ayuda a personas en peligro, un concepto médico de reducir daños o una visión de la solidaridad o la justicia social. La mayoría de los proyectos con trabajadoras del sexo se centran en la prestación de servicios, más que en la investigación, por lo que a menudo resulta difícil trazar la línea que los separa.

Los proyectos de servicios acumulan mucha información a lo largo del tiempo, pero parece ser que lo único que quieren saber los Gobiernos es la nacionalidad de las personas, su edad, la primera vez que tuvieron relaciones sexuales y si saben lo que es un condón. Muchas ONG y trabajadores de acercamiento (outreach) desearían publicar otro tipo de información, investigar otro tipo de cosas. ¿Pero dónde y cómo? Si su propuesta de investigación no se ciñe a alguno de los marcos de

Muchas ONG y trabajadores de acercamiento (outreach) desearían publicar otro tipo de información, investigar otro tipo de cosas. ¿Pero dónde y cómo?

investigación existentes respecto a la prostitución itinerante –“prevención del sida”, “tráfico de seres humanos” o “violencia contra la mujer” – será difícil, cuando no imposible, encontrar financiación.

Algunas de mis propias investigaciones se centran en personas que trabajan con prostitutas, como los lectores de esta publicación. Existe una pequeña minoría que, en realidad, está interesada sólo en prevenir infecciones y, por tanto, se contenta con elaborar gráficos sobre tasas de ITS por nacionalidades. Pero incluso muchas de estas personas interesadas sólo en la epidemiología se sienten frustradas, porque casi todas las investigaciones siguen centrándose en la prostitución callejera y reproducen la misma información una y otra vez. Para estudiar mujeres como las que yo conocí el pasado mes de octubre, ninguno de los marcos mencionados antes es del todo adecuado. La prevención del sida y la salud pueden ser aspectos importantes para estas mujeres, pero no más que para cualquier otra persona, y no han sido víctimas de la violencia de nadie. Eso nos deja sólo con el marco teórico del “tráfico de seres humanos”, pero resulta que esas mujeres no sólo participaron en la organización de sus viajes, sino que disfrutaron de algunas partes del mismo y estuvieron dispuestas voluntariamente a prostituirse para poder visitar lugares como Tokio y ganar más dinero del que podrían ganar en ningún otro sitio.



Ahora bien, si consideráramos que esas mujeres estaban realizando un viaje de trabajo, que les ofrecía la oportunidad de ver también algo de mundo, podríamos empezar a contar sus historias. Entre tanto, se pondrían de manifiesto un buen número de injusticias, la mayoría de ellas estructurales, y los

No necesitamos más investigaciones impuestas por personas que creen saber mejor que nadie cómo deben vivir otras personas

investigadores quedarían satisfechos por haberlas detectado. Pero también saldría a relucir un aspecto de las vidas de estas mujeres del que nunca oímos hablar: que ellas son las máximas responsables de la historia de su vida y que son ellas las que deciden aceptar riesgos para abrirse camino en la vida: son lo que los académicos denominan "sujetos agentes".

Investigación sin prejuicios

El objetivo del investigador es encontrar respuestas a preguntas que ayudarán a las sociedades a conocerse mejor a sí mismas, y es inevitable que esas preguntas se planteen dentro de algún tipo de marco. Por ejemplo, las entrevistas con trabajadoras sexuales sobre sus vidas pueden realizarse dentro de un marco de "historias de la vida" que tiene como objetivo hacer oír voces que hasta ahora han estado marginadas. Las entrevistas con la policía para tratar de saber cómo se plantean su trabajo pueden realizarse dentro de un marco criminológico. También es posible realizar estudios etnográficos de los burdeles (antropología), encuestas sobre cómo se plantean el negocio los dueños de los clubes de alterne (estudios urbanos), estudios comparativos de personas antes y después de trabajar en el sector de la prostitución (estudios laborales, psicología), investigaciones sobre cómo funcionan las pequeñas redes de familiares y amigos para facilitar las migraciones (sociología). La lista de posibilidades es interminable, y todas ellas serían útiles para ampliar nuestro conocimiento de la industria del sexo y de las personas que trabajan en ella.

No obstante, con independencia del "campo" al que pertenezca el marco, *no* necesitamos más investigaciones impuestas por personas que creen saber mejor que nadie cómo deben vivir otras personas y que han adoptado ya una postura moralizadora antes de iniciar la investigación. Un ejemplo de ello es la frase: "Comenzamos este trabajo partiendo de la base de que la propia prostitución es una forma de violencia contra la mujer"¹. Por el contrario, necesitamos muchas más investigaciones realizadas por personas muy cercanas a las vidas de las trabajadoras sexuales, o por las propias trabajadoras, pero que por encima de todo se comprometan a reflejar con sinceridad todos los puntos de vista e historias, por muy diferentes y conflictivos que sean, que surjan a lo largo de la investigación.

Migración como marco de investigación

En mi opinión, los estudios sobre migración

constituyen el marco de investigación con más sentido para pensar en las cinco mujeres que conocí el pasado mes de octubre, así como en la gran mayoría de las personas que he conocido y que prestaban servicios sexuales, domésticos y "asistenciales" (para niños, ancianos y enfermos). Cuando vivía en el Caribe, hablaba a menudo con personas que estaban pensando en irse al extranjero para viajar y trabajar como emigrantes, y esas son las mismas personas que están ahora trabajando en Europa, Australia y Japón.

Si consideramos a estas mujeres como migrantes, en lugar de como "trabajadoras del sexo", sean o no víctimas de la explotación, podrán incluirse en el creciente número de investigaciones sobre diásporas, globalización, leyes de inmigración y relaciones internacionales. Un marco migratorio permite considerar todos los aspectos posibles de las vidas y los viajes de estas personas, las sitúa en periodos de crecimiento personal y aceptación de riesgos y no las obliga a *identificarse* como trabajadoras sexuales (o como empleadas del hogar, o "cuidadoras", si lo prefieren).

La publicación de investigaciones que analizan las vidas de las trabajadoras sexuales migrantes *desde perspectivas diferentes* terminará influyendo en cómo las considera la sociedad en su conjunto. Revelará inevitablemente que una minoría es víctima de las enfermedades y la violencia, pero que la mayoría pueden considerarse personas emprendedoras y con recursos o trabajadoras pragmáticas que tratan de abrirse camino en medio de unas políticas y unas estructuras gubernamentales que están siempre en su contra. Los proyectos de reducción de daños y otros proyectos sociales podrían centrarse en ayudar a estas personas en una etapa concreta de sus vidas, pero también podrían extenderse a otras áreas sin tener que trabajar con la incomodidad de unos marcos estigmatizantes (los que consideran a todos los emigrantes como víctimas del tráfico de seres humanos o grupos de riesgo para la transmisión de enfermedades). Merece la pena intentarlo.

Nota

1. M. Farley, Prostitution in Five Countries: Violence and Post-Traumatic Stress Disorder. En: *Feminism & Psychology*, Vol. 8, Nº 4, pág. 406, 1998.

Información sobre la autora

Laura Agustín ha sido toda su vida una trabajadora migrante y antigua educadora en Latinoamérica que ahora investiga y escribe sobre el sector de la prostitución, trabaja para la Open University, reside en España, y ha sido contratada por la OIT y la Comisión Europea para evaluar los programas relacionados con el trabajo sexual. Modera una lista de correo electrónico sobre la materia, llamada Industria del Sexo.

Persona de contacto

Laura Agustín
Teléfono: +34-958-296327
Correo electrónico: laura@nodo50.org

Research for Sex Work es un boletín dirigido a trabajadores del sexo, trabajadores sanitarios, investigadores, personal de ONG y otros profesionales relacionados con la prevención del VIH/sida o el trabajo sexual. Este número especial sobre migración y movilidad ha sido elaborado con el apoyo financiero de Hivos, Países Bajos. La edición española ha sido producida y financiada por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

Editores:

Nel van Beelen (VU medical centre)
Ivan Wolffers (VU medical centre)
Licia Brussa (TAMPEP)

Diseño:

Nicole van den Kroonenberg

Fotografía de la portada:

Timothy Ross

Números anteriores

(disponibles sólo en inglés):

1. *Peer education*, junio 1998
2. *Appropriate health services*, agosto 1999
3. *Empowerment*, junio 2000
4. *Violence, repression and other health risks*, junio 2001

Pueden solicitarse números atrasados o ejemplares adicionales de este número de forma gratuita. Para ello, se ruega especificar el número o números que se desea recibir.

Persona de contacto:

Patricia Brinckman
Department of Health Care and Culture
Vrije Universiteit medical centre
Van der Boerhorststraat 7,
1081 BT Amsterdam, Países Bajos
Teléfono: +31-20-4448266,
fax: +31-20-4448394
Correo electrónico:
p.brinckman.social@med.vu.nl
Sitio web: www.med.vu.nl/hcc

