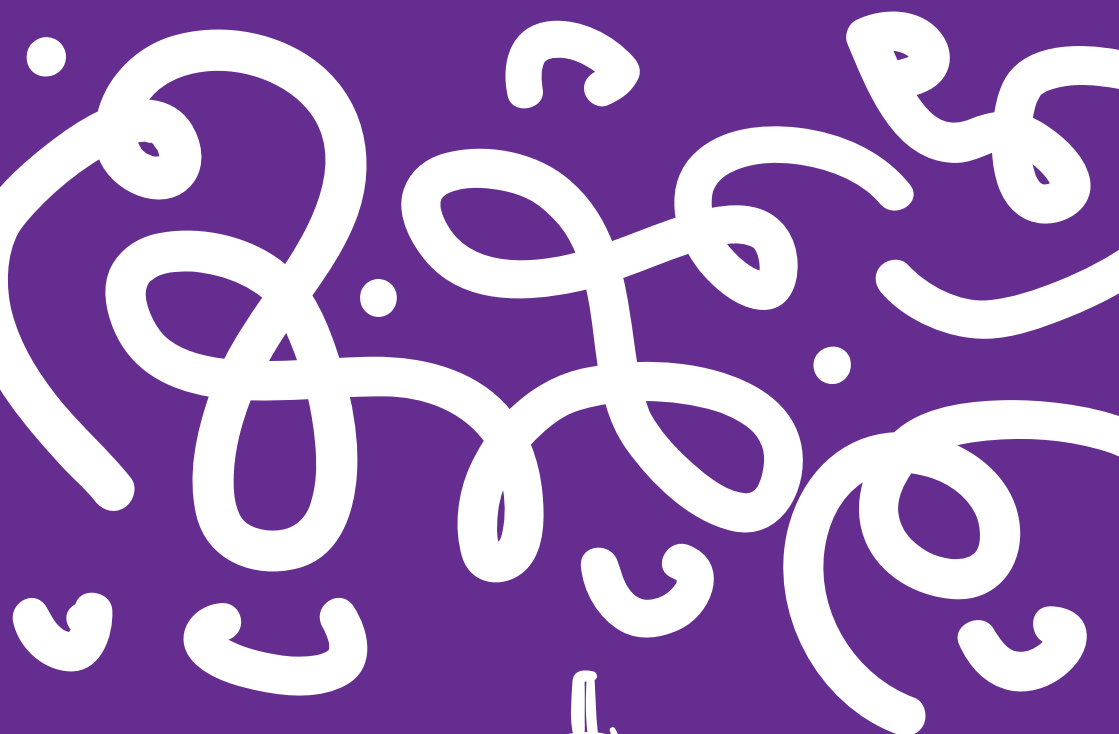


Derecho a la salud de las mujeres que ejercen la prostitución

en el Sistema Público Andaluz de Salud



Asociación Pro Derechos
Humanos de Andalucía

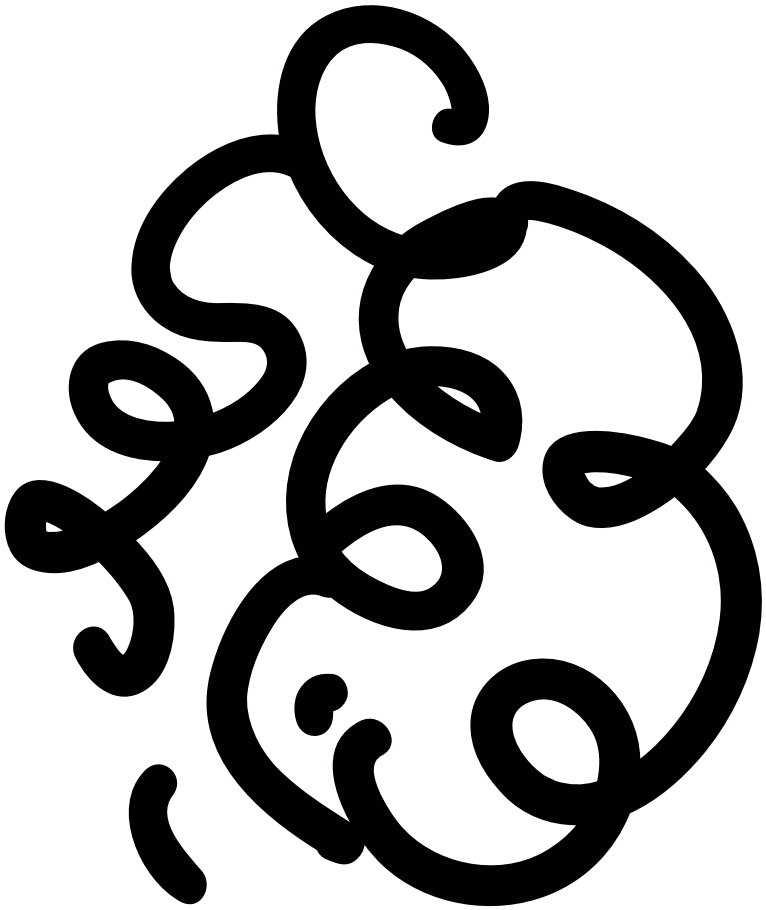
www.apdha.org



JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIA

Índice

INTRODUCCIÓN Y METODOLOGÍA.....	1
CAPÍTULO 1: EL CONCEPTO DE SALUD Y MODELOS SANITARIOS.....	3
1.1. Origen (y precedentes) de la Atención primaria y la inclusión de la dimensión social de la salud.....	5
1.2. En España y Andalucía.....	7
CAPÍTULO 2: LA ATENCIÓN SANITARIA ANDALUZA Y LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD DE LA PROSTITUCIÓN.	11
1.3. Relación entre salud, poder y prostitución: el reglamentarismo y el higienismo.....	12
1.4. La salud pública andaluza y la prostitución.....	13
1.4.1. V Plan Andaluz de Salud (2013-2020).....	13
1.4.2. III Plan de Andaluz de salud (2003-2008).....	16
1.4.3. Convenio de colaboración entre la consejería de salud y asociaciones que trabajan con el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de salud pública.	17
1.4.4. El Plan Andaluz frente al VIH y otras ITS, 2010-2015.....	19
1.5. La situación actual y otras políticas (en materia de salud o no) que inciden en el derecho a la salud de las mujeres que ejercen la prostitución en Andalucía.....	20
1.5.1. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.....	20
1.5.2. Plan de acción integral para luchar contra la trata, prostitución y otras formas de explotación sexual del Ayuntamiento de Sevilla (I y II).	21
1.6. Conclusión.....	22
CAPÍTULO 3: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	25
1.7. La prostitución en Andalucía (desde la experiencia de trabajo de APDHA).....	26
1.7.1. Perfil de las mujeres y principales demandas.....	26
1.7.2. Intervención de APDHA.....	26
1.7.3. Factores de riesgo.....	26
1.7.4. Factores derivados de prácticas de riesgo directamente relacionados con el desarrollo de su actividad.	26
1.7.4.1. Factores derivados de una situación de exclusión y el estigma:	27
1.7.4.2. Factores derivados de una situación administrativa irregular (mujeres migrantes).....	29
1.7.4.3. Otros factores; el contexto normativo en que se desarrolla la prostitución.	30
1.8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.	31
1.8.1. El acceso al sistema.....	31
1.8.2. La atención y la actitud.....	32
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	37
5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	40
6. ANEXO.....	41



■ INTRODUCCIÓN Y
METODOLOGÍA.

Con la finalidad de contextualizar la redacción de este informe, nos parece importante destacar que la APDHA no nos hemos marcado como objetivo, en este caso, la incidencia política, sino el abordaje técnico y el análisis de las distintas experiencias y realidades sobre encontramos sobre la prostitución, partiendo para ello de los diferentes marcos de referencia en materia de salud pública, la experiencia de más de 15 años de trabajo de la APDHA con el colectivo y la visión cualificada y compartida de entidades sociales, profesionales de la salud y trabajadoras sexuales que han colaborado en este trabajo. Este objetivo, sin embargo, no excluye el hecho de albergar la esperanza (y será uno de los objetivos que marcará acciones derivadas de la edición de este informe) de que este trabajo repercuta positivamente en la transformación social y sanitaria de las trabajadoras sexuales que residen en nuestra comunidad autónoma.

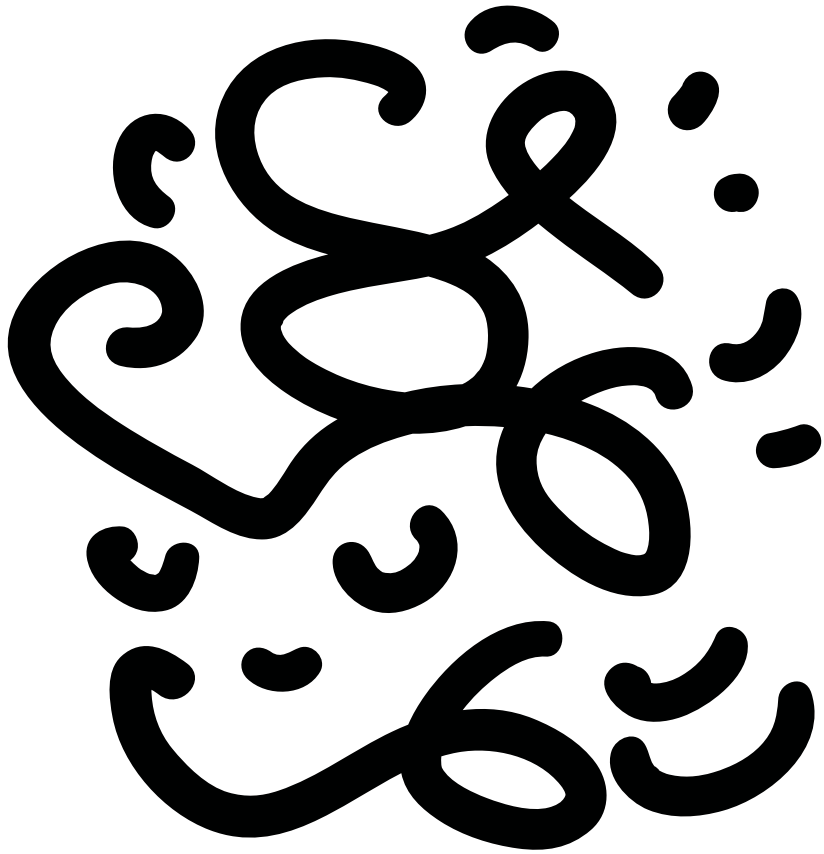
En este sentido, deseamos insistir en que el objetivo de este documento no es la defensa del posicionamiento político e ideológico de lo que la Asociación Pro Derechos Humanos defiende en materia de la defensa de los derechos de las personas que ejercen la prostitución, para ello contamos con un extenso número de documentos que pueden ser consultados a través de nuestra página web.

Para la elaboración del presente informe hemos mantenido entrevistas, reuniones e intercambio de conocimientos y experiencias tanto con profesionales especializados en el campo de la Salud Pública, como profesionales que, desde organizaciones sociales, han adquirido amplio conocimiento del asunto a través de años de experiencia. Igualmente, y como no podía ser de otra manera, hemos compartido con las trabajadoras sexuales un buen número de sesiones de intercambio de

vivencias, trabajadoras sexuales con las que llevamos ya un tiempo trabajando y que conocen de primera mano qué es el ejercicio de esta actividad y qué consecuencias tiene para su salud. Para complementar este acercamiento a la prostitución desde la perspectiva de quiénes la trabajan, hemos recurrido y analizado los discursos, impresiones y experiencias que, durante 15 años de trabajo con el colectivo, hemos ido recogiendo.

No se aportan datos cuantitativos porque consideramos que lo que podamos aportar desde nuestro trabajo en este sentido no arroja datos mínimamente concluyentes y el sesgo de nuestra intervención y lo acotado de nuestro trabajo aportaría una visión reducida de la diversa realidad que nos ocupa.

Lo que sí es necesario señalar es que el análisis que presentamos constituye tan sólo una parte de la realidad de la prostitución, de la que no se puede ni se debe hacer una generalización a todo el conjunto de realidades que la componen. El “perfil” de la realidad a la que nos acercamos responde a mujeres (entendiendo por ello mujeres cissexuales y trans), entre las que existe una alta representación de migrantes y aunque en muy diversas situaciones económicas y sociales, la gran mayoría de ella, se encuentran o atraviesan en momentos puntuales situaciones de precariedad económica. Este perfil, haciendo una generalización no del todo acertada, constituye el perfil de las mujeres con las que venimos trabajando, lo que no quiere decir que por ello despreciemos o pretendamos invisibilizar la realidad, importante, de los hombres que ejercen la prostitución y otras realidades que no abordamos de forma directa en este informe, como puede ser la realidad de las víctimas de trata con fines de explotación sexual.



**CAPÍTULO 1: EL
CONCEPTO DE SALUD Y
MODELOS SANITARIOS.**

La OMS (siglas de la Organización Mundial de la Salud) define universalmente la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946: 2). Así lo expresa en su carta fundacional que se adopta en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en el año 1946. De esta idea contemporánea de salud se desprende en primera instancia que la salud tiene una importante dimensión social, y que ésta constituye, además, un eje fundamental para el abordaje de la salud.

El reconocimiento de la dimensión social en la salud supone reconocer que está condicionada profundamente por la estructura social, cultural, política y económica en que vivimos. Esta definición marcará el comienzo de un nuevo paradigma para la salud colectiva y pasa, de esta manera, de ser una cuestión exclusivamente médica a convertirse en un asunto colectivo en el que todas las personas tenemos algo que decir.

Pero como decimos, el actual concepto de salud que manejamos y aceptamos globalmente es una idea contemporánea y no siempre ha sido la misma. Si la salud la entendemos ahora desde su influencia con la dimensión social del ser humano, ésta debe entenderse como un producto también social e histórico.

“No existe una única y definitiva concepción sobre lo que sea la salud, por el contrario, existen diversos sistemas de atención a la salud de las poblaciones de acuerdo con la cultura de cada sociedad y con su organización sociocultural”.
(Gijón Sánchez, 2014).

Toda definición de salud forma parte y está determinada por un modelo o sistema que lo contextualiza y da forma, un modelo que “designa al conjunto de concepciones

sobre la salud y la enfermedad, así como a los valores, los medios y las estrategias que una población o sociedad ponen en práctica para hacer frente a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la atención de las enfermedades”. (Gijón Sánchez, 2014). Éstos mismos modelos de salud se construyen a lo largo de la historia, y están influidos por factores socioculturales, económicos, tecnológicos, y las prioridades de las políticas que se dan en un entorno concreto.

Lo interesante de esta perspectiva no es solo que “lo social y cultural” afecta e influye en la salud de las personas, sino que el mismo modelo de conocimiento que nos permite su comprensión, también está condicionado por esta dimensión.

Tener en cuenta y resaltar este aspecto es imprescindible para abordar la interacción entre salud y prostitución desde una doble perspectiva:

- La salud está afectada por el contexto social de la persona. Partiendo de esta premisa, el esfuerzo por analizar e incidir desde múltiples puntos de vista en los determinantes sociales que afectan a las personas que ejercen la prostitución, debe contemplarse como eje prioritario en las políticas sanitarias.
- El modelo de salud, desde el que entendemos y damos respuesta a los problemas de salud de este colectivo concreto son construcciones históricas influidas por factores sociales y políticos. Esta perspectiva nos lleva a abogar por una necesaria y continua revisión crítica de los valores, principios y objetivos estratégicos que se derivan de cada modelo concreto.

Por ello, para presentar un análisis como el que pretendemos, consideramos que será fundamental conocer el contexto político

e institucional desde el que se organiza nuestro actual modelo de atención sanitaria. Pero, es más, teniendo en cuenta que este modelo es resultado de un proceso histórico, nos parece igualmente relevante proceder a un breve recorrido histórico sobre su constitución desde el punto de vista normativo, social y político. En el campo de estudios de la medicina social, asociada generalmente con la “salud pública”, podemos encontrar estudios que nos brindan imprescindibles descripciones históricas de los modelos de salud y del interés que la medicina ha mostrado históricamente por el ámbito de lo social, descripciones a las que recurrimos para presentar el siguiente apartado.

1.1. Origen (y precedentes) de la Atención primaria y la inclusión de la dimensión social de la salud.

En nuestra sociedad contemporánea, el modelo sanitario imperante de Salud Pública tiene en la Atención Primaria su núcleo principal. El término “atención primaria de salud” designa a un tipo de modelo médico que se origina y desarrolla mundialmente con formas de organización similares pero no idénticas en todos los países del mundo (Gijón Sánchez, 2014). Su nacimiento está estrechamente relacionado con los cambios que introduce la incorporación de la dimensión social en el concepto de salud a partir de la mitad del siglo XX y desde ahí se desarrollaron numerosos estudios dirigidos a analizar las desigualdades sociales y su impacto sobre ella.

Cuando echamos la vista atrás para recoger los antecedentes de este modelo, nos encontramos, como nos apunta simplemente Javier Segura del Pozo, que el riesgo (a la enfermedad) era concebido como una dimensión individual (no social) y no se cuestionaba los mecanismos de

producción de la enfermedad (es decir, su relación entre las desigualdades económicas, la explotación o los mecanismos de dominación). Gijón Sánchez (2014) señala a este respecto los fundamentos que sustentaban el modelo de salud que precede al modelo de atención primaria de la siguiente forma:

- Planteamientos teóricos que conceptualiza la salud y la enfermedad como resultado de consecuencias exclusivamente biológicas y por lo tanto una cuestión puramente individual.
- La promoción de este modelo se implementará a través de sistemas de atención sanitarios basados en tratamientos científicos-técnicos esencialmente asistencialistas y procedentes del ámbito específicamente privado.

Será a partir de los años 60 y 70 del siglo XX cuando se inicia este proceso que supondrá el nacimiento político e institucional del modelo de atención primaria. Se comienza a fraguar entonces, un nuevo sentido de la salud en positivo y no como mera ausencia de la enfermedad.

Como hemos apuntado anteriormente, este surgimiento de un nuevo modelo no se genera de forma aislada, sino que viene acompañada, y de alguna manera determinada, por un contexto político concreto. En este caso, existe una amplia mayoría de estudios que consideran el nacimiento del Estado de Bienestar como uno de los principales fundamentos para el desarrollo de los diferentes marcos legales en Europa que promueven el derecho a la salud (Barroso-Pavía y Cordero Ramos, 2018). El estado de bienestar surge como respuesta a la terrible experiencia de la Segunda Guerra Mundial y la crisis social y humanitaria que fue consecuencia de la misma. Se trata de una propuesta política que apuesta por la intervención y responsabili-

dad del Estado en las cuestiones del ámbito social para garantizar y promover la protección y el bienestar de toda la población. A través de esta idea se desarrolló el concepto de Estado social de derecho que llega hasta nuestros días y que germinó en el reconocimiento de derechos sociales que, posteriormente, se recogieron en las diferentes constituciones (Barroso-Pavía y Cordero Ramos, 2018).

Uno de los pilares fundamentales de estas políticas públicas llevadas a cabo en el marco del Estado de Bienestar será la protección a la salud, que será desarrollado desde entonces a través del modelo de atención primaria y supone nuevo modelo médico con una forma diferente de organización; centros de salud frente a hospitales, y de plantear la prestación de servicios sanitarios; comprensivos, integrales e integrados.

El desarrollo de este nuevo modelo de salud se acompaña también de un conjunto de valores y principios ideológicos que la OMS recogerá en su propia constitución. De acuerdo a estos principios, la salud queda redactada como un derecho fundamental de las personas con pretensiones de universalidad que no admite distinción entre las personas y grupos sociales por diferentes razones (la raza, la religión y la ideología política). La inclusión de estas características está asociada con su compromiso ideológico de velar por los derechos humanos tal y como se conceptualizan en el mundo occidental, y que en 1978 serán recogidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1978).

Algunas características fundamentales del modelo de salud fundamentado por la OMS y que posteriormente dará forma al derecho a la salud como un derecho fundamental en la Declaración universal de los DD. HH son: evitar la discriminación en las políticas públicas de salud, instar a la responsabilidad política para garanti-

zar la salud a la población y proclamar la universalidad del derecho a la salud.

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud que se celebra entre los días 6 y 12 de septiembre de 1978 en Alma Ata culmina con una serie de recomendaciones (La Declaración de Alma Ata) que serán difundidas por la OMS y supone que la implantación de este modelo comienza a promoverse internacionalmente en todos los países del mundo (Starfield, 2012).

De esta declaración se deriva la siguiente definición de atención primaria:

... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación ... (OMS, 1978: 19).

La apuesta por este modelo supone una aceptación generalizada del objetivo de transformar los sistemas de atención sanitarios enfatizando el ámbito de la intervención social y colectiva en los servicios de salud, todo ello con el afán de superar las limitaciones del esquema salud/enfermedad que caracterizaba al sistema tradicional dominante hasta el momento. Bajo estas premisas, la OMS comienza a proponer que los esfuerzos por fomentar la salud, en gran parte, deben estar centrados en la promoción de la salud y en la prevención de las enfermedades, así como en la supresión de las diferencias en salud por causa social que son importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Gijón Sánchez, 2014).

1.2. En España y Andalucía.

Ante el paulatino cambio del modelo médico que acontece en Europa y las recomendaciones de la OMS, España no se mantiene al margen, y el modelo de Atención Primaria se irá configurando política e institucionalmente a través del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La Constitución Española (CE) de 1978 supone el inicio de una nueva forma de Estado que adopta como valores superiores la libertad, la igualdad y el pluralismo. Es en este momento en el que podemos situar el nacimiento del Estado de bienestar moderno en España y el proceso de implantación de políticas del bienestar que da origen al SNA. El Derecho a la Salud o, mejor dicho, el derecho a la protección de la salud se encuentra recogido en el artículo 43 CE. La redacción de la constitución en el ámbito sanitario supone el reconocimiento del derecho a la salud de toda su población, promoviendo un sistema de atención sanitaria con un claro carácter social y de acceso universal.

Atendiendo a la protección universal de la atención sanitaria (Art.43)

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

En Barroso-Pavía y Cordero Ramos (2018) nos llaman la atención sobre la limitación que reside en el derecho a la salud tal y

como viene recogido en la CE. En este sentido, la CE recoge el derecho a la salud como un principio rector de las políticas sociales y económicas, pero no como un derecho fundamental. Para poder comprender mejor qué supone esto, debemos fijarnos, nos remiten sus autores, también, al artículo 53.3 de la misma.

“El reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el Capítulo tercero informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”. (Barroso-Pavía y Cordero Ramos, 2018)

A través de este artículo, interpretan sus autores, el acceso a la salud se reconoce como un derecho constitucionalizado cuya protección quedará determinada por la regulación que se realice de este derecho por parte de los poderes públicos, siendo, por tanto, limitado y condicionado por la voluntad de quien legisle. Además, se estipula que será labor de los distintos poderes públicos el fomentar la educación sanitaria, por lo que se entiende que las instituciones trabajarán esta cuestión de educación a través de la elaboración de sus políticas públicas. Por tanto, hablamos de un derecho condicionado por la legislación que lo recoja y posee una protección limitada.

Como apuntamos anteriormente, la configuración del modelo del Sistema Nacional de Salud en España y el reconocimiento del derecho a la salud son efecto y consecuencia del desarrollo de la atención primaria que acontece globalmente, de hecho, coincide temporalmente con la constitución internacional del modelo de atención primaria de salud planteado por la OMS. Su origen arranca con la Ley General de Sanidad de 1986, como instru-

mento para garantizar el derecho a la protección del derecho a la salud marcado por la constitución y su universalidad.

Del modelo de atención primaria resultante, y que recoge los elementos universales de la Declaración Alma Mata, cabría resaltar dos aspectos fundamentales; la creación de "áreas de salud" (la apertura de los centros de salud) y la constitución de "equipos de atención primaria".

Con la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del 2006, tal y como recoge el preámbulo de la posterior Ley General de Salud Pública 33/2011, se

"dispuso las bases para una prestación asistencial de calidad por los servicios sanitarios. Este imprescindible desarrollo legislativo se orientó fundamentalmente a la importante tarea de ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, sin embargo, los esfuerzos que el conjunto de la sociedad debe hacer para asegurar un buen estado de salud mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud no se han desarrollado de igual manera"

En este sentido, la última Ley General de Salud Pública del 2011, tiene por objeto el contribuir a dar respuestas completas y ajustadas a las nuevas realidades y a la protección del derecho a la salud. Prestará especial atención, como parte de estas "nuevas realidades", al fenómeno de la inmigración. (Gijón Sánchez, 2014)

A nivel estratégico, el concepto comunitario comienza a cobrar fuerza. El equipo de atención primaria será el elemento encargado de prestar una atención integrada mediante la prevención, promoción y las actividades de atención comunitaria. En este sentido, la potenciación del proceso de empoderamiento de la población atendida que se quiere dar desde el ámbito comunitario, supone la participación de la

misma con el fin de fomentar su capacitación en la toma de decisiones autónomas y responsables en la gestión de su salud.

El discurso de los profesionales médicos (que hemos recogido a través de las entrevistas realizadas para la elaboración del informe) referidos a este periodo lo definen como una época llena de cambios ilusionantes, buenas intenciones y mucha voluntad por parte de profesionales e instituciones. Sin embargo, en estas mismas evaluaciones destacan importantes limitaciones, retos y peligros. Sobre estos peligros, estudios a los que hemos recurrido señalan como a partir de la década de los 90 acontecen una serie de reformas que son consecuencias de los cambios que se están dando en el contexto económico. A éstos cambios se une un cambio de tendencia hacia una orientación neoliberal que, llegados al momento de crisis económica, abrió el debate sobre el conflicto de la viabilidad del Estado de Bienestar (Barroso-Pavía y Cordero Ramos, N) y la amplitud que su actuación debía tener. Todo ello, finalmente se viene traduciendo en el actual momento de continuos recortes y limitaciones a estos derechos y reducción de servicios.

Volviendo a la Constitución española, en los artículos 148 y 149 se establece que las Comunidades Autónomas tendrán capacidad, entre otras materias, en Sanidad. Esto hace que el desarrollo y gestión de este derecho se traslade a las diferentes autonomías que conforman nuestro país, provocando una diversidad de marcos reguladores sobre este derecho. Si bien el Gobierno central puede desarrollar cuestiones respecto a él, son las Comunidades Autónomas las que acaban aplicando las directrices que el Gobierno central desarrolla en la medida que estiman oportuno.

En el caso de Andalucía, tras el proceso de traspaso de competencias sanitarias, se irán sucediendo una serie de normas que

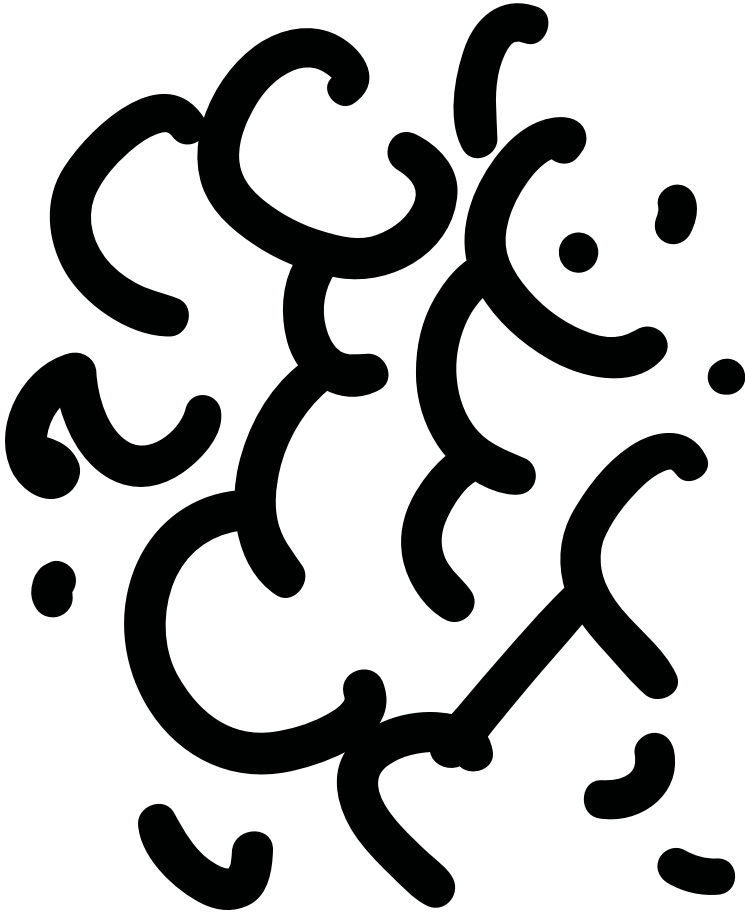
darán lugar a la constitución del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) con la Ley 2/1998 de 15 de junio de Salud en Andalucía.

- la **Ley de Salud Pública de Andalucía (2011)**; En la Ley de Salud Pública de Andalucía se establece la salud y la garantía para su protección como una materia transversal y sitúa a la ciudadanía como el eje central, fomentando su uso responsable y distribuyendo las competencias en este sector (entre otras cuestiones).

- el **IV Plan Andaluz de Salud (2013)**; El IV Plan Andaluz de Salud, dedica sus páginas a cuestiones como cuál es su punto de partida, la situación de la salud en Andalucía (relacionándolas con los aspectos demográficos, los condicionantes sociales de la salud, los factores de riesgo, la situación de la salud y las actividades y perspectivas del sistema sanitario), hacia donde quiere avanzar, así como los compromisos que realiza, finalizando con las pautas para su puesta en marcha, la necesidad de implicación de todos los sectores y cómo deberá evaluarse.

- el **Anteproyecto de Ley de Garantías y Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía (2015)**;

- y, finalmente, **la Carta de Derechos y Deberes en Salud (1998)**, entre otras.



**CAPÍTULO 2: LA
ATENCIÓN SANITARIA
ANDALUZA Y LA ATENCIÓN
A LA DIVERSIDAD DE LA
PROSTITUCIÓN.**

1.3. Relación entre salud, poder y prostitución: el reglamentarismo y el higienismo.

La prostitución cuenta con una extensa tradición como objeto de interés. Interés novelístico, cultural, moral, antropológico, político y como no, económico. La prostitución se ha estudiado desde muy diversas perspectivas, y como no citar a este respecto la perspectiva feminista, y en este sentido, por qué no citar también a la imprescindible Dolores Juliano que, desde la antropología (feminista) nos presenta un análisis fundamental para entender la prostitución, o, mejor dicho, la limitación de la prostitución, un instrumento para el control de la sexualidad y el sexo de las mujeres.

En este orden de cosas, y uniendo quizás de forma algo atrevida esta perspectiva que nos aporta Dolores Juliano, el asunto sobre ¿qué hacer socialmente con la prostitución? ha sido un asunto largamente debatido y origen de enérgicos, cuando no violentos, enfrentamientos desde posturas y ámbitos muy diversos del que la medicina no escapa. Y decimos que no escapa, pero realmente deberíamos decir que, la medicina ha jugado un papel trascendental en este asunto. Para acercarnos a esta relación entre prostitución y medicina, nos referiremos a los estudios realizados por el catedrático de la Universidad de Cádiz Francisco Vázquez, que nos presenta un pormenorizado estudio genealógico sobre la relación entre la prostitución y el poder a través del discurso médico higienista.

La medicina, y muy en concreto la rama higienista, por primera vez muestra verdadero interés por la salud pública en Francia a principios del XIX atendiendo a las graves consecuencias que los problemas de salubridad generaban en las urbes de la Revolución Industrial. Con el higienismo como marco conceptual y de estudio, y

de la mano del médico francés Alexander Parent-Duchâtelet, comenzó a tomar fuerza el sistema reglamentarista de la prostitución (del que Parent-Duchâtelet no fue su fundador pero sí su más ferviente defensor).

Este sistema reglamentarista suponía una forma de tolerancia reglamentada que establecía un conjunto de medidas para permitir la prostitución, sometiéndola a un rígido reglamento y control sanitario. Su objetivo fundamental, sería el de permitir que la prostitución continuara desarrollando su función social, que no era otra (así se consideraba) que la de funcionar como “válvula de escape” (Vázquez, F) para las perturbaciones propias del género masculino y su sexo descontrolado, a fin de mantener el preciado orden social de la burguesía liberal. Siguiendo a Francisco Vázquez, el temor se fundaba en el riesgo que corrían las hijas de las familias acomodadas a ser deshonradas por hombres con sexo sin saciar y, por ello, perder toda su valía para el importante mercado de las “alianzas matrimoniales” y la incidencia que sobre el buen funcionamiento del libre comercio tenían las enfermedades venéreas.

En este sentido, y jugando un doble papel, la medicina higienista sirvió de instrumento fundamental para salvar los límites establecidos para proteger la sagrada inviolabilidad de la moral privada que caracterizaba a la sociedad liberal (para la que la intervención del estado en la esfera de lo individual consistía en una cuestión deleznable). En primer lugar, como autoridad científica que dictamina que la prostitución es problema prioritario para la salud pública, y en segundo, constituyéndose como instrumento para vigilar y castigar el correcto cumplimiento de la regulación que se imponía a la prostitución (a las mujeres que la ejercían, especialmente).

A grandes rasgos, esta regulación higiénica de la prostitución suponía la permanente vigilancia y castigo sobre las prostitutas en materia de higiene y no visibilización, autoridad ejercida por la ama del burdel, la policía médica y la policía de costumbre (autoridad que delegaba la administración pública).

1.4. La salud pública andaluza y la prostitución

Pretendemos a continuación realizar un recorrido por los diferentes instrumentos que, elaborados y publicados por el gobierno andaluz durante los últimos 12 años, nos permiten acercarnos a las políticas, planes y programas dirigidos a mejorar la salud de la población y, por ende, afectarán de forma directa o indirecta, al derecho a la salud de las mujeres que ejercen la prostitución en nuestra comunidad autónoma.

1.4.1. V Plan Andaluz de Salud (2013-2020)

El IV Plan de Salud (2013-2020), a partir de ahora IV PAS, que rige hoy las políticas públicas en materia sanitaria desde Consejería de Igualdad y políticas sociales, supone la consolidación del compromiso del gobierno por avanzar de forma definitiva en la superación del modelo Biomédico que, hasta nuestros días, sigue influenciando en el desarrollo de las estrategias en materia de salud pública desde un enfoque individual y excesivamente biologicista de la salud, hacia la consolidación de un modelo social y comunitario que desarrolle acciones dirigidas a su objetivo rector; la reducción de las desigualdades en salud de toda la población a través de la transformación social de los condicionantes que afectan a la misma.

Aunque pudiera parecer que ya, con la Declaración Alma-Ata y su incorporación en los sistemas sanitarios de los diferentes países, este tránsito de un modelo a otro constituía un hecho consumado, su implantación real y la consecuente adaptación del sistema no fue, ni está siendo, una cuestión inmediata. En el “Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía”, editado en el año 2008 por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública Andaluza, pone encima de la mesa la falta de concreción y transformación del sistema público que son necesarios para responder a los objetivos rectores de la perspectiva de la Salud Pública. Denuncian los y las autoras del informe, cómo las políticas y prácticas siguen centradas de manera desproporcionada en los enfoques que proponen solucionar problemas, dirigiendo los esfuerzos económicos y de personal hacia la atención de los riesgos para la salud, sin desarrollar estrategias positivas que permitan romper con la tendencia de favorecer la excesiva medicalización y dependencia del usuario y usuaria respecto del sistema sanitario y los servicios sociales. Como consecuencia, valoran finalmente, la implantación de la Salud Pública, “ha quedado reducida fundamentalmente a cambios de gestión y organización en el ámbito de los servicios médicos.” ... “En la actualidad y en nuestro modelo sanitario público en Andalucía se sigue equiparando salud a tener servicios fundamentalmente médicos, lo que evidencia que la mayoría de los estudios sobre desigualdad se están haciendo desde el paradigma biomédico”.

Paralelamente, ya existían recomendaciones de Organismos Internacionales como la OMS que, en el año 2012, marca entre sus líneas prioritarias para “Mejorar la salud y reducir las desigualdades” el dirigirse a “la resiliencia comunitaria, la inclusión y la cohesión social, así como

promocionar los activos para el bienestar”, recomendación ésta, que un año después, se recogerá en la Proposición no de Ley del Congreso de los Diputados de España relativa a la promoción de activos para la salud y salutogénesis emergentes en salud pública.

De esta forma, y bajo la influencia de las crecientes críticas y las recomendaciones emitidas a nivel nacional e internacional, se adopta, en el año 2016 a través del IV PAS, la incorporación de la perspectiva de la salud positiva, como complementariedad al modelo de “riesgos para la salud”, como estrategia para avanzar hacia una orientación más comunitaria en el cuidado de la salud de las personas.

Pero, ¿Qué supone este modelo de salud comunitaria basado en activos de la salud? Una aproximación la podemos encontrar en el documento de Salud Comunitaria basada en activos elaborado por EASP, donde se recoge en Glosario una definición adaptada de la OMS y la Alianza de Salud Comunitaria ,

El modelo de salud comunitaria, es una propuesta de trabajo “desde un modelo de promoción de la salud en el que un elemento vital es la generación de políticas y entornos que favorezcan que las personas pueden tomar decisiones saludables y que sean reforzadas para actuar sobre sus determinantes de la salud, con una perspectiva de equidad, participación y fortalecimiento de la comunidad, ejerciendo un protagonismo importante en aquellos sectores no sanitarios, con la utilización de metodologías basadas en conocimiento científico -para el análisis, priorización, intervención y evaluación - y reforzando y dinamizando los propios recursos/activos para la salud existentes a nivel local. “

Uno de los aspectos ciertamente novedosos que se incorpora a través de este

nuevo modelo, y que podemos apreciar desde la presentación que inicia el IV PAS, es la toma de conciencia del componente de poder político que tiene la desigualdad en salud. Esto supone asumir la relación existente entre la realidad de los condicionantes sociales y la toma de decisiones políticas, por lo que apunta a una inevitable responsabilidad de los gobiernos en su conjunto, y en especial la administración de salud pública, respecto a su incidencia y capacidad de transformar las desigualdades en salud. El compromiso por asumir esta responsabilidad se materializa en la incorporación progresiva, como eje transversal, de la estrategia denominada “Salud en Todas las Políticas”.

“..la lucha por la equidad en salud sólo puede ser efectiva si existe un compromiso de gobierno. No es pues un tema del sector sanitario sino del gobierno en su totalidad”. (IV PAS)

“ ... el IV Plan Andaluz de Salud se propone para los próximos años ahondar en el conocimiento de las desigualdades en salud. Y para ello propone tanto orientar las intervenciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía hacia la reducción de las desigualdades como colaborar con las demás instituciones y sectores que actúan sobre los determinantes de salud para que orienten sus políticas y programas hacia unas cotas de salud distribuidas con mayor equidad. Para ello, se plantea como eje transversal la incorporación progresiva de la estrategia de Salud en Todas las Políticas” (IV PAS)

De la conceptualización de esta estrategia de trabajo, “Salud en Todas las políticas” se deriva un doble compromiso:

- orientar las intervenciones del Sistema Sanitario Público de Andalucía hacia la reducción de las desigualdades

- la colaboración con las demás instituciones y sectores que actúan sobre los determinantes de salud para que orienten sus políticas y programas hacia unas cotas de salud distribuidas con mayor equidad.

De este modelo de trabajo comunitario a través de los activos se genera un consecuente, aunque no explícito, nuevo reto para quién trabaja la salud. El importante reto al que nos referimos consiste en la necesaria transferencia de poder que lleva implícito cualquier proceso de trabajo comunitario y que significa que quiénes hasta entonces habían detentado el poder de decidir las estrategias que incidirán sobre los demás, ahora pierdan parte de ese poder y lo deleguen en la comunidad. De esta forma, concebimos que asumir desde el sistema público esta estrategia supone también afrontar el desafío consistente en modificar las relaciones y los roles que tradicionalmente se han generado, fundamentalmente, a través de las acciones dirigidas a la prevención, educación y promoción, y en los que la ciudadanía adoptaba un papel eminentemente pasivo ante el o la profesional que asume la autoría de las acciones.

Otra cuestión, especialmente relevante para el tema de la atención a la salud de las mujeres que ejercen la prostitución, sería el cambio en la percepción del perfil de las “personas afectadas por situaciones de vulnerabilidad”. El fenómeno de la exclusión, directamente relacionado con la vulnerabilidad, se sitúa en este Plan desde diferentes ámbitos; económica, laboral, salud y educación, quedando caracterizado como multidimensional. Este rasgo supone una desigual distribución del riesgo de exclusión entre la población y la posibilidad de superponerse, o no, con otros ejes de exclusión, derivando en diversas formas de vulnerabilidad. De esta forma, la exclusión queda desvinculada

de la pertenencia a un colectivo determinado para “(...) convertirse en un riesgo asociado a determinadas etapas del ciclo de vida que exponen a las personas que las atraviesan a situaciones de mayor precariedad”.

La adopción de esta nueva perspectiva sobre los condicionantes sociales de la salud y los perfiles de las personas afectadas por ellos, puede entenderse como un esfuerzo por afrontar los fracasos que se derivan de las prácticas habituales de prevención y promoción a la salud propiciadas por los modelos precedentes. Éstas prácticas, que focalizan las intervenciones públicas de prevención de riesgos en colectivos específicos (en exclusión, en riesgo de exclusión, grupos vulnerables...), se dirigen casi en exclusiva al cambio de hábitos de vida, sin tener en cuenta los factores sociales (condiciones de vida, de trabajo...) que influyen de forma más determinante, y generando en consecuencia procesos en los que se responsabiliza, cuando no culpabiliza, de las personas o colectivos destinatarios.

En coherencia con la adopción de esta perspectiva menos estigmatizante y culpabilizadora, no encontraremos en este IV PAS estrategias dirigidas a colectivos concretos. No se contemplan medidas específicas a grupos determinados, aunque sí actuaciones destinadas a “grupos sociales más vulnerables”, “poblaciones especialmente vulnerables”, también acciones dirigidas a personas de edades concretas (jóvenes y niños y niñas) y a situaciones de “desigualdad social y de género”.

En este sentido, la población inmigrante, que viene siendo objetivo (al igual que las personas que ejercen la prostitución) de estrategias e intervenciones específicas desde la Salud Pública, es referido en un apartado concreto dentro del apartado “1. Aspectos demográficos”, como un aspecto

to relevante, para completar el análisis del contexto demográfico que contextualiza las acciones contempladas en el plan, atendiendo a dos cuestiones:

- En primer lugar, con el objetivo de contrarrestar el prejuicio creado en torno a la migración sobre el impacto excesivo sobre la sostenibilidad del sistema y el mapa epidemiológico de nuestro país. Por el contrario, y de momento, su impacto se define como “más político que sanitario”.
- La relevancia de atender al previsible empeoramiento de las condiciones de vida de la población migrante en nuestro país y el consecuente riesgo para la salud para la misma que se deriva. Partiendo de este aviso, menciona, aunque no desarrolla, una serie de recomendaciones (elaboradas por los autores del estudio al que se remite) para prevenir un empeoramiento de los niveles de salud de la población inmigrantes:
- eliminación de barreras para la consecución de una equidad de acceso real al uso de los servicios de salud;
- políticas de Salud Pública tendentes a mejorar sus condiciones de vida y de trabajo, -determinantes principales de su salud futura- así como la
- adecuada provisión de servicios de Atención Primaria.

En la línea marcada por esta nueva perspectiva de la Salud Comunitaria y los Activos en Salud, se atiende, en referencia a la población inmigrante, al potencial que los sistemas sanitarios poseen como dispositivo de integración social “que contribuya a reducir las desigualdades sociales en salud mediante la garantía de accesos y la prestación de una atención sanitaria de calidad a las poblaciones inmigrantes”.

A continuación, y con el fin de facilitar un análisis sobre la influencia que la estrategia y prioridades derivadas de este IV PAS puede tener sobre la salud de las personas que ejercen la prostitución, optamos por realizar una comparativa con otros instrumentos procedentes de la administración que preceden o coinciden con este IV Plan.

1.4.2. III Plan de Andaluz de salud (2003-2008)

En el III Plan Andaluz de Salud que precede al estudiado anteriormente, sí encontramos una referencia específica a las mujeres que ejercen la prostitución como objetivo de atención específica y definidas bajo el término “personas sometidas a explotación sexual”. El perfil de la mujer que ejerce la prostitución derivado de la lectura de este texto, se construye a partir de su consideración como “mujer”, “mujer en situación de exclusión social” y “persona sometida a explotación sexual”, y supone su constitución como sujeto en “especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad”, concretamente, para su salud mental, salud sexual y el contagio de VIH y otras ITS. Esta triple consideración se configura de la siguiente manera:

- Por ser mujer y, además, potencial víctima de violencia de género, la mujer que ejerce la prostitución se encuentra en un contexto de riesgo para la salud mental y la salud sexual.

“La mujer presenta, prácticamente en todo el mundo, mayor frecuencia de trastornos mentales que el hombre. Esta diferencia se manifiesta fundamentalmente en un mayor padecimiento de ansiedad, depresivos y somatizaciones”.

“La violencia o el temor a ella también pueden afectar de manera indirecta a la salud sexual, ya que influyen en la capacidad de la mujer para negociar su sexualidad, incluido el uso de preservativos y otras medidas de anticoncepción.”

- Por ser mujer y en base a su situación de discriminación o exclusión social “ve condicionada su capacidad (al igual que el resto de mujeres en situación de exclusión social) de tomar decisiones libremente y negociar conductas sexuales y prácticas de sexo seguro.” Lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH y otras ITS.
- Finalmente, por ejercer la prostitución y ser conceptualizada como “persona sometida a la explotación sexual”, se considera como objetivo para la “Atención preferente” en tanto que “persona en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad
- Tras esta configuración del perfil de la mujer que ejerce la prostitución y desde la triple consideración como víctima de violencia de género, en situación de exclusión social y sometida a la explotación sexual, se concreta el compromiso de desarrollar actuaciones específicas:
- El “desarrollo del plan de actuación en materia de prostitución” dirigidas específicamente a la prevención, atención sanitaria y rehabilitación psicosocial.

1.4.3. Convenio de colaboración entre la consejería de salud y asociaciones que trabajan con el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de salud pública.

En atención al compromiso establecido en el III PAS para el “desarrollo del plan de actuación en materia de prostitución” se contextualiza la creación y desarrollo del Convenio de colaboración entre la consejería de salud y asociaciones que trabajan con el colectivo de personas que ejercen la prostitución, en materia de salud pública. Este convenio, que se inicia en el año 2003 y supone la firma de 52 asociaciones (entre las que se incluye la APDHA) distribuidas en las 8 provincias andaluzas, tenía una vigencia prorrogable de 4 años. De esta forma, se irá desarrollando en continuidad hasta el año 2016, momento en que finalizado su ejercicio y por instancia de las entidades sociales y no la administración, se inician los procedimientos participativos para llegar a los acuerdos de contenido y la final validación para su renovación. Sin embargo, después de un retraso en el calendario propuesto para su firma, a principios de este año 2017, y cuando el proceso participativo correspondiente había concluido, su renovación parece haber quedado como una cuestión estancada de forma definitiva. En este contexto, las entidades que hemos formado parte de las actuaciones generadas a través del convenio, continuamos, desde el año 2017, con el desarrollo de los programas propios en esta materia, pero sin instrumento alguno para la coordinación y colaboración con la administración sanitaria a excepción de una orden de subvenciones anual en concurrencia competitiva.

El citado convenio de colaboración, venía acompañado de una serie de instrumentos orientativos y para facilitar la gestión de

las actuaciones, además de un Protocolo de Atención Sanitaria para uso de profesionales de atención primaria, en los que se aportaban, entre otras, una serie de indicaciones sobre las pautas a seguir en la atención dispensada al colectivo. Este protocolo fue redactado y consensuado de forma participada entre las asociaciones firmantes del convenio y una diversidad de agentes sociales y profesionales del ámbito sanitario y no sanitario. Los principales objetivos que orientaba esta estrategia consistía:

- Mejorar la accesibilidad al sistema de salud
- Promover, prevenir y atender problemas de salud (VIH, ITS, embarazos no deseados)
- Atender situaciones de riesgo y minimizar los daños para la salud
- Coordinar las actuaciones entre los servicios de salud, asociaciones y gobiernos locales
- Contribuir a desarrollar oportunidades para evitar o paliar situaciones de explotación sexual y exclusión social

De los objetivos, se concretaban en acciones orientadas a:

- Acciones de captación, información y acompañamiento a las personas que ejercen la prostitución.
- Atención integral
- Coordinación
- Participación social
- Reducción de la exclusión
- Análisis e investigación

Además del desarrollo de estas actuaciones

el convenio proveía de subvenciones prorrogables anualmente para dar continuidad a la ejecución de los programas de cada entidad y de un espacio de coordinación, colaboración y formación mutua entre los diversos agentes participantes (a excepción del propio colectivo al que se dirigen las acciones, las mujeres que ejercen la prostitución). Esta llamada Mesa Sectorial, constituía un pilar fundamental para desarrollar, con cierta transversalidad, propuestas, diagnósticos y análisis conjuntos de las actuaciones y estrategias que se venían desarrollando.

Conforme avanzaba el desarrollo del convenio, la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía fuimos tomando lo que consideramos una necesaria postura crítica ante el cambio de orientación que se venía adoptando, especialmente desde la Administración, y que generaba una tendencia hacia la victimización excesiva y estigmatización del colectivo, en base a consideraciones ideológicas sobre la prostitución, que, desde nuestro parecer, carecen de fundamento y generan consecuencias tremendamente nocivas para el fin que nos proponemos en común: la mejora de las condiciones de vida y salud de las mujeres que ejercen la prostitución.

Sin embargo, y a pesar de ello, siempre hemos valorado como muy positivo el trabajo realizado en el marco de este convenio y los efectos que ha tenido en la mejora de la accesibilidad y atención en el sistema sanitario público de las trabajadoras sexuales con las que venimos trabajando.

Teniendo en cuenta que, el Plan Andaluz de Salud vigente en la actualidad, el IV PAS, no contiene actuaciones específicas para la atención de las mujeres que ejercen la prostitución y que el Convenio de Colaboración para la coordinación y desarrollo de actuaciones en este ámbito ha perdido vigencia, para continuar con

el análisis sobre el contexto actual de las políticas en salud públicas dirigidas específicamente a este colectivo en Andalucía, nos referiremos a otro Plan que, aunque también ha perdido su vigencia, abordaba la atención al colectivo desde el ámbito del VIH y otras ITS. Un plan que, en otro orden de cosas, valoramos como especialmente interesante y más ajustado a cómo desde la APDHA, venimos atendiendo a las vulneraciones de derechos en el contexto de la prostitución y en especial, al derecho a la salud.

1.4.4. El Plan Andaluz frente al VIH y otras ITS, 2010-2015

En este marco de actuaciones en que la Salud Pública andaluza presenta su estrategia en materia de VIH y otras ITS, y cuya vigencia ha expirado 4 años atrás, la atención a mujeres que ejercen la prostitución se establece como una de las poblaciones específicas en las que existe una mayor prevalencia de prácticas de riesgo (además de "hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y personas adictas a drogas por vía parenteral") y que por ello requieren intervenciones específicas.

La atención dirigida a grupos específicos se justifica, en este caso, en el hecho de compartir (el conjunto de colectivos referido) prácticas que conllevan una mayor exposición a riesgos para la salud y algún tipo de carencia en materia de acceso a información o servicios públicos de salud. Se incide, sin embargo, en el riesgo que entraña el diseño de estrategias orientadas a colectivos específicos, y no a la población general o la atención individualizada, y que puede incidir en la estigmatización de quiénes sean receptores o receptoras de estas acciones. Como estrategia para evitar la posible estigmatización en las estrategias colectivas, se plantea como necesaria la participación efectiva

de la población destinataria en el diseño, desarrollo y evaluación de las acciones. Este Plan para VIH al que nos estamos refiriendo, coincide temporalmente con el desarrollo del III Plan andaluz de Salud que analizamos anteriormente. Apuntar esta coincidencia entre los dos planes, tanto en el tiempo como en la atención específica al colectivo, es relevante en cuanto ambas constituyen dos modelos estratégicos orientados desde perspectivas diferentes e incluso contrarias, y que deriva en una significativa diferencia tanto en la conceptualización del colectivo al que se dirigen, como en las actuaciones que se proponen.

Frente al uso de "personas en situación de explotación" que se hace en el III PAS, en este caso del Plan VIH se emplea el término de "personas que ejercen prostitución", haciendo referencia explícita a la inclusión de hombres y personas transexuales en esta actividad. Del análisis aportado sobre los factores de riesgo que afectan al colectivo, que servirá de marco interpretativo para el desarrollo de las estrategias de actuación en VIH, y si lo comparamos con el III PAS, podemos inferir un acercamiento a la realidad de la prostitución no sujeto a concepciones previas sobre la actividad y el colectivo que la desarrolla. De ahí se deriva una importante cuestión metodológica, y es la diferenciación entre los factores derivados directamente del ejercicio de la prostitución (el número de contactos sexuales, el tipo de prácticas y el uso de preservativo) de otros derivados del contexto social en el que se desarrolla esta actividad (estigma, invisibilidad...). En este último punto, destaca, como mayor fuente de vulnerabilidad, la privación de derechos humanos fundamentales que favorecen condicionantes que afectan a la salud de forma importante: indefensión, insalubridad, violencia, precariedad económica y social, estigma, exclusión social.

Muy a destacar es, también, la atención que se presta a la complejidad y diversidad que caracteriza la prostitución y el colectivo que la ejerce. Como consecuencia de la toma de conciencia de esta diversidad, se hace una llamada a la precaución, a la necesidad de atender a las diferentes perspectivas y realidades de las personas para adaptar las estrategias de intervención a sus contextos individuales. Constituye este aviso una apelación a la co-responsabilidad en las intervenciones que conlleva tener en cuenta los siguientes requisitos antes de desarrollar cualquier actividad en este contexto:

- Conocimiento previo de la realidad de la prostitución
- Conocimiento y manejo de los recursos públicos y profesionales a los que derivar.
- La necesidad de trabajar desde un “enfoque global de la salud y bienestar en el trabajo
- Implicación de todos los agentes interesados.

Finalmente, y atendiendo a las acciones preventivas referidas como recomendaciones; “el acceso al material preventivo, la formación para la adquisición de habilidades y fomento de la igualdad en las negociaciones del cliente, el trabajo de agentes de salud en las calles y guías para la salud laboral en la prostitución”, se percibe una tendencia importante en este plan a atender a los condicionantes sociales que afecta a la desigualdad en salud de las mujeres que ejercen la prostitución desde una doble perspectiva:

- Las condiciones laborales en que se desarrolla el ejercicio de la prostitución.

- Las condiciones sociales que se derivan de la vulneración de derechos fundamentales que sufre el colectivo.

1.5. La situación actual y otras políticas (en materia de salud o no) que inciden en el derecho a la salud de las mujeres que ejercen la prostitución en Andalucía

1.5.1. Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género

En el momento en que redactamos este informe, finalizada la vigencia del Convenio de colaboración, el único marco de referencia que desde la Salud Pública Andaluza existe para incidir y actuar de forma específica en la salud de las mujeres que ejercen la prostitución procede de Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género editado por la consejería de sanidad y políticas sociales en el año 2015.

El abordaje que se realiza desde este protocolo sobre las consideraciones necesarias a tener en cuenta para la atención a la salud de mujeres que ejercen la prostitución aparece incluido en el capítulo dedicado a las “actuación sanitaria con mujeres en situaciones especiales”, y se materializa bajo dos variables que, como veremos ahora, no serán consideradas como muy diferentes: como “víctimas de trata con fines de explotación sexual”, y como “mujer que vive en situación de prostitución.”

Ambas perspectivas constituyen un capítulo con extensiones muy desiguales (para desarrollar el apartado de trata se emplean hasta 15 páginas, para prostitución tan sólo 1), y de su desarrollo podemos extraer la existencia e influencia de un posicionamiento ideológico que conceptualiza a la

mujer que ejerce la prostitución, a priori, como víctima de violencia y/o trata, al menos en las mujeres migrantes.

- “Trata y prostitución están conectadas” y ambas se asocian a formas de violencia de género.
- La existencia de la prostitución (y su demanda) es responsable de la existencia de mujeres en situación de trata.
- Las denominadas “mujeres en situación de prostitución” se definen como aquellas que dependen de la prostitución como medio de vida, mientras que, en el caso de las mujeres inmigrantes, esta posibilidad, la de estar en situación de prostitución y no ser víctimas de trata, se considera muy poco probable. Ser “mujer inmigrante sitúa a éstas en situación de mayor vulnerabilidad a los malos tratos, siendo muy alta la probabilidad de que sean o hayan sido víctimas de trata”.

En materia de actuaciones dirigidas a “mujeres en situación de prostitución”, se pretende dar continuidad con las actuaciones (que ya se venían realizando) en materia de la prevención de ITS, IVE y educación sexual, pero con una importante novedad; la necesidad de actuar desde la perspectiva de salud mental. La justificación de la necesidad de centrar esfuerzos en este ámbito determinado de la salud se remite a una serie de investigaciones recientes, de las que no se aportan referencia alguna, y que “... demuestran la aparición de otras enfermedades como ansiedad, depresión, somatizaciones, trastornos de conducta, trastornos psicóticos o el estrés postraumático, muchas veces consecuencia de la violencia que sufren” las mujeres que se encuentran en situación de prostitución.

1.5.2. Plan de acción integral para luchar contra la trata, prostitución y otras formas de explotación sexual del Ayuntamiento de Sevilla (I y II).

Nos detendremos, someramente, en abordar las consecuencias que, sobre los condicionantes que afectan a la salud de las mujeres que ejercen la prostitución, tienen algunas propuestas y ordenanzas que se vienen aplicando en diferentes ciudades de nuestra comunidad que implican una incidencia importante al desarrollo habitual de la prostitución. Para ello, tomaremos como ejemplo el Plan de acción integral (I y II) para luchar contra la trata, prostitución y otras formas de explotación sexual aprobado por el Ayuntamiento de Sevilla.

El objeto de este Plan es evidente, no se trata de responder desde políticas locales a la lucha contra el delito grave de la trata de seres humanos, sino, además, de contribuir a la desaparición de la prostitución en la ciudad. Bajo este objetivo, se está aplicando una ordenanza que contiene medidas para regular el espacio público y que contempla, entre otras actuaciones, la imposición de multas a quienes demanden servicios sexuales en la vía pública. No nos detendremos en detallar las consecuencias que estas regulaciones contra el ejercicio de la prostitución (ya sea a través de la sanción a quién demanda o quién oferta) tiene sobre las condiciones laborales y por ende en sus condicionantes sobre la salud, de mujeres que tienen en la prostitución una estrategia económica fundamental, esto lo desarrollamos en el apartado final del informe.

Lo que sí nos resulta procedente en este apartado, es señalar la falta de responsabilidad política que se asume desde las administraciones sanitarias en concreto, al permitir, e incluso favorecer, la aplicación de este tipo de estrategias que tienen

consecuencias importantes sobre la salud de las mujeres que ejercen la prostitución. Y a este respecto, nos referiremos a la Evaluación y resultados que se han derivado del I Plan desarrollado con anterioridad a éste.

Cuando buscamos la necesaria y programada evaluación del Plan de Acción integral para luchar contra la trata y prostitución, no encontramos informe ni documento público que nos remita a ella. Sin embargo, desde la APDHA tenemos acceso a la respuesta escrita redactada por Myriam Díaz Rodríguez, Delegada de Igualdad, Juventud y Relaciones con la Comunidad universitaria del Ayto. de Sevilla en el momento en que, el grupo municipal de Participa Sevilla, en la Comisión de ruegos, preguntas e interpelaciones del día 24 de Marzo del 2017, formula la siguiente pregunta (a instancia de APDHA): ¿Cuál ha sido la evaluación y resultado final del “I Plan de Acción para promover la erradicación de la trata, la prostitución y otras formas de explotación sexual”? La respuesta es la siguiente:

Es de especial relevancia la aceptación de la “imposibilidad de gestionar la asistencia sanitaria”, teniendo en cuenta que el acceso a la sanidad pública en Andalucía, continúa estando garantizadas para todas las personas, independientemente a la situación administrativa en que puedan encontrarse las personas (la población inmigrante). De esta insuficiencia, se denota una evidente falta de conocimiento de los recursos existentes (asociaciones que pueden solventar problemas y realizar mediaciones en materia sanitaria e incluso la propia administración pública andaluza) cuando no, una ausencia absoluta de interés y responsabilidad en el desarrollo de las acciones para la atención y protección de las víctimas, que, por otra parte, suponen el único instrumento que pudiera amortiguar las consecuencias de las medi-

das sancionadoras que también contempla el Plan, y por cierto “han sido desarrolladas íntegramente”.

1.6. Conclusión

- Se detecta una evidente tendencia a abordar los condicionantes sociales que afectan a la salud de las personas que ejercen la prostitución desde perspectivas que conducen a una re-victimización y estigmatización del colectivo en su conjunto, sobre todo cuando son mujeres migrantes. La vinculación de este colectivo a situaciones de violencia de género, enfermedad mental e incluso trata de seres humanos, no puede sostenerse en afirmaciones apriorísticas, por el contrario, si existiera una vinculación entre el ejercicio de la prostitución y estas situaciones, es necesario plantearlo desde lo concreto, analizando el tipo de conexión posible y ahondando en cuáles pueden ser los determinantes que conducen a ella. Nunca un colectivo, que lo único que comparte es el ejercicio de la prostitución dentro de su extensa variedad de modalidades, puede ser objeto de una generalización de este tipo, máxime cuando de ella se puede derivar el estigma y la victimización, cuando no la criminalización. Ejercer la prostitución conlleva en muchos casos una situación de vulnerabilidad, derivada en gran parte de la falta de reconocimiento de derechos que supone esta actividad. Pero, que de esta vulnerabilidad y prostitución se derive en todo caso el ser objeto de delitos tan graves como la violencia de género, la explotación sexual o la trata de seres humanos, no es un hecho comprobado y no es justo ni favorable tanto para quién se encuentra en tales situaciones como para quién no. Nunca una “acogida respetuosa y abierta a la comunica-

ción y la escucha activa” se derivará de prejuicios que cuestionan la capacidad de tomar decisiones de todo un colectivo.

- Se han evidenciado la existencia de condicionantes sociales que afecta a la desigualdad en salud de las mujeres que ejercen la prostitución. Sin embargo, el perfil de las mismas que se evidencia a través de la narrativa contenida en estos planes, es difusa, indefinida, a veces contradictoria, queda representado como un ente abstracto y homogéneo, desde marcos interpretativos e ideológicos concretos que asimilan la prostitución con la violencia de género y/o la trata de seres humanos con fines de explotación sexual, sin prestar atención a situaciones concretas de las personas o grupos, que a priori parecen compartir entre sí únicamente la característica de desarrollar el trabajo sexual como medio de vida.

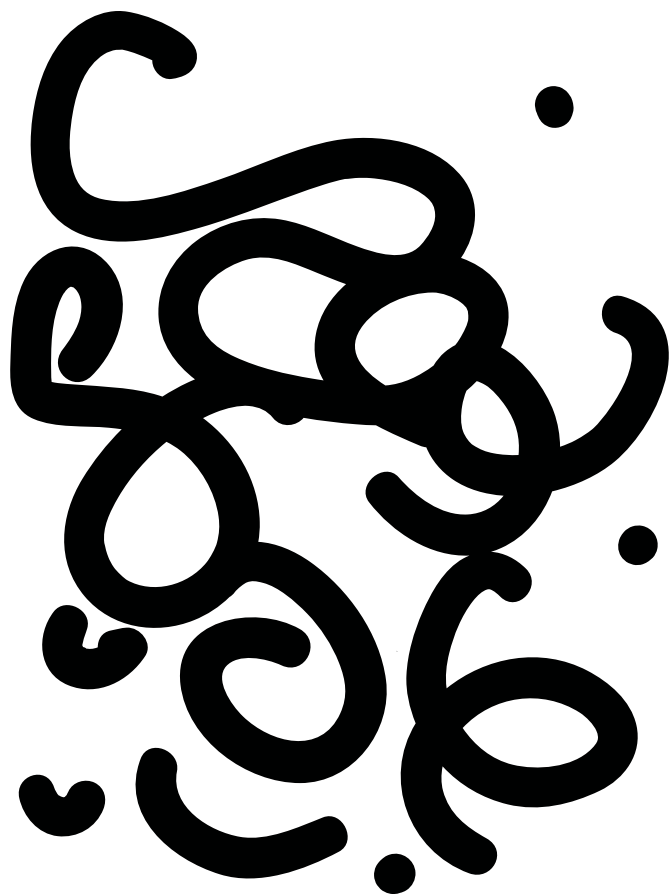
- Asistimos a un paulatino abandono, por parte de las administraciones de la Salud Pública, del interés por transformar e incidir en positivo sobre los condicionantes que, derivados del ejercicio de la prostitución directamente o de las circunstancias sociales en que se desarrolla, afectan y condicionan el disfrute del derecho a la salud del colectivo. Sin entrar a valorar si las estrategias dirigidas específicamente a colectivos son o no los modelos de actuación más indicados, sí consideramos necesaria hacer una llamada a seguir estudiando esta realidad, desde la defensa del derecho a la salud como derecho fundamental que también atañe al colectivo, y nunca desde posturas políticas, ideológicas o morales que oscurecen y difuminan los aspectos que realmente nos atañe.

- Otro aspecto a señalar, y derivado del hecho de que no exista un marco de atención al colectivo más que el existente de violencia de género, es que supone la exclusión del análisis y la atención de todo el colectivo de mujeres transexuales que ejercen la prostitución, y que sufren en ciertos momentos y circunstancias, una desigualdad y violencia que tienen mucho que ver con su género, en este caso, género no normativo.

- En este sentido, instamos a la responsabilidad política que desde las administraciones sanitarias deben asumirse en este respecto, responsabilidad por desarrollar estrategias que incorporen estudios amplios y desde múltiples perspectivas, estudios sin sesgo ideológico. Igualmente, una llamada a la necesidad de incluir las experiencias vividas en primera persona, recogiendo y aprovechando el potencial de las personas que ejercen la prostitución para orientar las medidas que finalmente les afectará. Para ello, es especialmente importante superar los prejuicios y las perspectivas estigmatizadoras sobre el colectivo que impiden la participación efectiva de estas personas en espacios donde, previsiblemente, van a ser puestas en cuestión. Y sabemos que exige un esfuerzo, pero es un esfuerzo que, como se ve recoge en el IV PAS, está ya en el horizonte.

- Por último, resaltar que la participación de las asociaciones que estamos a pie de calle trabajando con las personas que ejercen la prostitución constituimos un elemento importante, pero que no pueden dejarnos a merced de subvenciones que sólo apuestan por acciones de carácter asistencialista, sin coordinación ni colaboración con las administraciones. Así no se transforma la realidad.

En definitiva, abogamos, para que las intervenciones sean efectivas en el caso de las mujeres que ejercen la prostitución, por la necesidad de estudiar los problemas de salud y sus factores determinantes desde una perspectiva crítica, considerando sus condiciones de vida y trabajo y atendiendo a la diversidad y complejidad que caracterizan esta realidad. Todo ello desde la máxima co-responsabilidad y apoyando estrategias que fomenten la participación del colectivo en el desarrollo de políticas públicas (de salud y otros ámbitos) que les afecta, teniendo especial atención a no desarrollar acciones que aumenten el estigma, re-victimización, precariedad y exclusión social.



CAPÍTULO 3: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.7. La prostitución en Andalucía (desde la experiencia de trabajo de APDHA).

1.7.1. Perfil de las mujeres y principales demandas.

Desde la APDHA trabajamos con mujeres de diferentes perfiles, nacionalidades, situaciones económicas, en diferentes espacios y franjas de horario. A pesar de toda esta heterogeneidad, y teniendo en cuenta que, dentro de esa variedad que constituye el colectivo de personas que ejercen la prostitución, nuestro trabajo se viene centrando en mujeres, con una mayor representación de mujeres migrantes, cissexuales y trans (en menor proporción), podemos afirmar que las demandas que nos trasladan sí coinciden en muchos aspectos:

- Desconocimiento o falta de información sobre los derechos de acceso a recursos públicos, especialmente las mujeres migrantes que recién han llegado a nuestro país.
- Demandas de atención sanitaria diversa.
- Problemas en el acceso al empadronamiento
- Dificultades de acceso a vivienda o conflictos en su vivienda habitual
- Trámites administrativos en materia de extranjería.
- Procedimientos administrativos para recurrir denuncias derivadas de normativas que penalizan el ejercicio de la prostitución en la vía pública.
- Alternativas laborales a la prostitución.
- Apoyo para mediaciones familiares.

- Tareas de mediación ante conflictos en los espacios de trabajo: compañeras de trabajo, clientes y otros agentes.

1.7.2. Intervención de APDHA

Espacios

- Calle
- Espacios cerrados
 - Clubes
 - Pisos
- Otros: Mujeres que se desplazan a hoteles.

1.7.3. Factores de riesgo.

Aunque la realidad del colectivo que ejerce la prostitución es complejo y diverso, podemos destacar una serie de factores que, siendo parte de un entramado complejo de condicionantes, pueden ayudarnos a contextualizar los problemas a los que se enfrentan:

1.7.4. Factores derivados de prácticas de riesgo directamente relacionados con el desarrollo de su actividad.

Tradicionalmente, se ha atribuido a las mujeres que ejercen la prostitución un papel importante en la transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, lo que supone que haya constituido un de los colectivos diana para los programas y estrategias de prevención y lucha contra este virus desde la sanidad pública. Sin embargo, en recientes y numerosos estudios realizados en Europa se acredita que la prevalencia de este virus entre el colectivo es baja.

Actualmente, la tendencia es trabajar con este mismo colectivo desde la consideración de los "riesgos" a los que se expo-

nen y no como potenciales trasmisoras, un cambio de orientación importante a la hora de reducir la carga de estigma y control a la que venían siendo sometidas, y centrar, al menos en el discurso, la atención en su promoción de la salud frente a la vigilancia.

En un estudio elaborado durante el año 2003 en la Comunidad de Madrid a cargo del Centro Nacional de Epidemiología, destaca que, entre las mujeres que ejercen la prostitución, el uso de preservativos con los clientes está muy extendido, y la seroprevalencia de marcadores frente al VIH es baja. Sin embargo, destacamos dos aspectos reseñados en este mismo informe que coincide con las percepciones y experiencias que hemos detectado en la APDHA a través de nuestro trabajo de campo:

- No son extraños los casos de rotura de los preservativos durante un servicio sexual. Estas situaciones, que suponen un riesgo potencial para contraer el VIH, se debe en muchos casos, así nos lo cuentan, a la falta de lubricación o por el manejo incorrecto del preservativo (en un caso, nos explicaba una mujer que ejercía en calle, que hacía uso de dos preservativos al mismo tiempo para evitar “con más seguridad” cualquier contagio, estrategia ésta muy poco efectiva y que supone efectivamente mayor riesgo de rotura).
- Las situaciones de mayor riesgo de transmisión en las mujeres que ejercen la prostitución se produce, en no pocos casos, en la esfera de su vida privada. En este sentido cabe destacar la marcada diferenciación que muchas trabajadoras del sexo hacen entre las relaciones sexuales en su vida privada y la laboral.

“Uy no, con mi novio cómo voy a usar condón, eso sería como si estuviera con un cliente”. (testimonio)

Respecto a los embarazos no deseados no podemos considerarlo un riesgo derivado directamente del ejercicio de la prostitución, puesto que se genera habitualmente en el ámbito de la vida privada, en la que, como decíamos, se recurre al uso del preservativo en menor proporción que con los clientes. En este sentido, sí podemos destacar que el uso de anticonceptivos entre las mujeres migrantes suele ser menos habitual que entre las nacionales, en las que sí es general al menos durante ciertas etapas y periodos continuados.

1.7.4.1. Factores derivados de una situación de exclusión y el estigma:

El ejercicio de la prostitución pone en juego una serie de factores que, sin ser constitutivos de la actividad en sí, aparecen y sitúan a quién lo ejerce en una situación de mayor vulnerabilidad. El rechazo social que genera en nuestra sociedad la prostitución tiene mucho que ver con el estigma que pesa sobre quién la ejerce, y éste sí es un riesgo común que afecta a todas.

El estigma y el rechazo social provoca verdaderos problemas a la hora de llevar una vida social y familiar satisfactoria. El rechazo ya no solo por parte de la sociedad sino también del contexto afectivo y familiar conduce en muchos casos a llevar una doble vida y no hablar nunca de su actividad profesional, a situaciones de sufrimiento y aislamiento social, culpabilidad y miedo constante a ser descubierta. El estigma sin embargo, pesa de manera muy diferente y se lleva según cada persona, y aunque afecte a todas, plantea serios problemas para la salud y el bienestar de las mujeres que más lo sufren.

Además, y esto es importante para el tema que nos ocupa, el estigma no es sólo un aspecto del ejercicio de la prostitución que deba tenerse en cuenta como factor de riesgo para la salud de quienes lo padecen, sino también, y en gran medida, por la parte de responsabilidad que el discurso y la actitud médica tiene en la validación y reproducción de este estigma.

El estigma “colectivo de riesgo” en el VIH.

Especialistas, intelectuales, activistas y políticos han logrado introducir la idea del cuidado de la salud sexual como algo que incumbe a toda la sociedad y no sólo a ciertos colectivos de riesgos. En este sentido, las administraciones sanitarias están desarrollando estrategias diferentes en el que el cuidado y el derecho a la salud queda por encima del control de grupos específicos, optando por estrategias de prevención y educación que atiendan de manera más eficaz a necesidades amplias. (Acién 2014).

Sin embargo y a pesar de esto, sigue existiendo una tendencia a vincular a las mujeres que ejercen la prostitución con infecciones de transmisión sexual y concebirlas como una amenaza social. En un interesante estudio sobre la construcción social de la prostitución a través del discurso mediático, (Puñal 2017) se analiza cómo el discurso de la prensa de la década de los años 80 asumió de forma generalizada esta vinculación entre prostitución y SIDA incidiendo y acrecentando el pánico sanitario que ya existía sobre la prostitución, con especial “interés” en las personas trans que la ejercen.

“La prostitución de travestidos, un peligro sanitario, según los vecinos de Vitruvio. En la zona existe un instituto y varias guarderías”. ABC, 27 de febrero 1987. (Puñal 2017)

El estigma “víctima”.

La representación o asimilación de la prostitución con delitos como la explotación sexual, violencia de género o trata de seres humanos es un planteamiento que ha calado ampliamente en la sociedad. Algunas organizaciones feministas y partidos políticos asumen una perspectiva de la prostitución como fundamentalmente forzada, en la que no cabe el carácter voluntario. Generalmente, la consideración de la prostituta como víctima se hace extensible a todas las mujeres que ejercen esta actividad, sin distinción, sin tener en cuenta la extensa heterogeneidad de esta realidad. A través de esta victimización las mujeres quedan convertidas en objetos de otros (masculinos); el proxeneta, el tratante, el cliente, quedando sin capacidad de agencia ni decisión. Esta victimización suele ir acompañada de una estrategia gramatical en la que se muestra igualmente la pérdida de agencia sobre sí misma, así asistimos al uso de términos para referirse a la prostituta como “víctima”, “mujer prostituida”, “en situación de prostitución” cuando no, lo que suele ser bastante común, el uso de “mujer víctima de explotación sexual” para referirse de forma general al colectivo de prostitutas.

Pero el estigma de víctima no afecta a todas las prostitutas de igual manera. Si bien es cierto que en un grado u otro todas las prostitutas se encuentran “bajo la sospecha” de ser víctimas, cuando a esto se une la característica de ser migrante el grado de victimización aumenta con mayor rotundidad. En estos casos las alarmas saltan, y lo que en general puede ser considerado explotación, en este caso se traduce, desde esta perspectiva, en trata de seres humanos con fines de explotación sexual. La APDHA lo hemos denunciado en numerosas ocasiones; lo que es una necesaria preocupación social por lo que constituye una vulneración flagrante

de derechos humanos, está siendo instrumentalizada y banalizada con discursos que asimilan prostitución y trata, sobre todo cuando nos situamos en contextos migratorios.

Esta perspectiva y su discurso se encuentra, hoy, muy presente, no sólo en las políticas públicas, sino también en la narrativa con la que desde la salud pública se abordan las estrategias de atención a la salud con mujeres que ejercen la prostitución, desplazando la idea de garantizar el derecho al acceso sanitario como defensa de un derecho fundamental frente a la idea de emprender actuaciones sanitarias como herramienta de identificación y trabajo con víctimas de violencia. (Barroso-Pavía y Cordero Ramos). Un ejemplo de ello lo tenemos en el Protocolo ya referido sobre la actuación en salud de la violencia de género del que recogemos un extracto a continuación:

Sobre mujeres que “viven en situación de prostitución”: “se trata de mujeres que dependen de la prostitución como medio habitual de vida y como pervivencia y sostén de sus familiares (...)” “En las mujeres inmigrantes la situación agrava su vulnerabilidad a los malos tratos, siendo muy alta la probabilidad de que sean o hayan sido víctimas de trata...”

Estigma y salud mental.

Otra de las perspectivas desde las que se suele abordar la atención y la investigación socio sanitaria en contextos de prostitución es la salud mental. Bajo este punto de vista, la mujer que ejerce la prostitución se considera especialmente propensa a desarrollar graves problemas de salud mental derivados de las situaciones de violencia que sufre en el ejercicio de la prostitución. Estos casos, la perspectiva de considerar la prostitución esencialmente como una forma de violencia sin condicionantes, oculta o desvía el foco de

atención de lo que son los factores que realmente genera provocan sufrimiento y vulnerabilidad, y que tienen mucho que ver con el estigma y la falta de consideración social.

“La médica me dice que tengo que ir a la psicóloga, que estoy mal, eso o que deje la prostitución, ja!. Pero lo que de verdad tengo que conseguir es que me importe una mierda lo que me diga ella y el resto de la gente. Me tienen harta, que si hay que ver qué pensará tu hijo, que vaya ejemplo, que si va a ir a asuntos sociales, que me ponga a trabajar limpiando casas, jellas son las que me van a volver loca!”

En este sentido, el paradigma de prostitución como forma de violencia genera que el estigma de la enfermedad mental recaiga sobre aquellas que no se reconocen como víctimas, proporcionando un marco interpretativo desde el que el rechazo a identificarse como tal se puede llegar a considerar como una posible situación de enajenación.

1.7.4.2. Factores derivados de una situación administrativa irregular (mujeres migrantes)

Otro factor importante es la dificultad de acceso al sistema sanitario público andaluz que en algunos casos tienen que afrontar las mujeres migrantes en situación administrativa irregular y que ejercen la prostitución.

Realizar esta actividad, como medio económico de vida, no genera ningún tipo de reconocimiento de los derechos de protección social y de ciudadanía que sí se derivan del reconocimiento de “trabajadora” en el resto de las actividades laborales. Esta situación repercute en todas las personas que tienen en la prostitución su único medio de vida, pero afecta de forma especial a las migrantes que, para acceder

a derechos como la atención sanitaria (no en el caso de Andalucía que veremos más adelante, pero sí en otras comunidades) o la residencia administrativa legal en España, deben acreditar un contrato de trabajo o alta en la seguridad social. Una estrategia para salvar esta situación es la búsqueda de “apaños” con terceras personas con el fin de acreditar una contratación ficticia, situación ésta que las sitúa ante un considerable riesgo de sufrir chantajes, engaños y/o extorsiones.

1.7.4.3. Otros factores; el contexto normativo en que se desarrolla la prostitución.

En Andalucía co-existen diferentes modelos de normativas que regulan directa o indirectamente el ejercicio de la prostitución cuando esta se desarrolla en la vía pública. La ley orgánica 4/2015 de 30 de marzo, ley de protección de la seguridad ciudadana (LOSC), denominada Ley mordaza y una serie de ordenanzas municipales que regular la prostitución desde diferentes perspectivas; a través de sanciones a quiénes ofertan y demandan servicios sexuales en la vía pública y otras que sancionan la demanda y no la oferta. La aplicación de estas normativas en el territorio andaluz es muy desigual y aunque no conocemos de primera mano la intensidad con las que están siendo aplicadas en todas las provincias, las organizaciones y las trabajadoras con las que mantenemos contacto nos vienen a confirmar que Málaga y Sevilla son las ciudades donde se aplican con mayor dureza.

La implantación de este tipo de ordenanzas y normativas está teniendo un importante impacto sobre las condiciones de vida y de trabajo en las mujeres que ejercen la prostitución de calle y originan en consecuencia importantes riesgos para su salud. La entrada en vigor de estas normativas supone una importante presencia policial que, con objetivo

sancionador, desplaza a las trabajadoras a espacios alejados y menos visibles. Ya sea por su propia seguridad o por la del cliente (seguridad entendida como forma de evitar las posibles sanciones), las mujeres abandonan los espacios conocidos y donde contaban con compañeras u otros elementos que le ofrecían algún tipo de seguridad (gasolinera cercana, bares, alumbrado...) para trasladar su espacio de trabajo a otro al que, normalmente, no suelen ir acompañadas de otras trabajadoras (la dispersión suele ser una estrategia para evitar la presencia de la policía). Todo ello genera un aumento de su vulnerabilidad ante posibles agresiones y dificulta la negociación con los clientes (uso de preservativo o prácticas), obligando a negociaciones clandestinas y rápidas. Esta situación supone igualmente la pérdida de los instrumentos y formas de autoprotección con las que las mujeres cuentan, como pudiera ser el que una compañera anotara la matrícula del coche al que subía o negarse a abandonar el lugar en que se encontraba.

En este panorama, constatamos como la penalización directa o indirecta de la prostitución supone un avance más en la continua vulneración de derechos que las mujeres que ejercen, sobre todo las que lo hacen en situaciones de mayor precariedad y peores condiciones como es el caso de las que trabajan en calle, mermando significativamente las estrategias que en estos contextos suponen para las mujeres una forma de prevención de riesgos y control sobre su propia salud.

Un ejemplo de la toma de conciencia y responsabilidad que el sector sanitario puede tomar sobre este asunto lo tenemos en la reciente llamada de atención que, el Real Colegio de Enfermería (The Royal College of Nursing”) en Gran Bretaña, ha lanzado a la sociedad inglesa sobre este asunto, exigiendo la despenalización de la prostitución por los efectos negativos que,

sobre el derecho a la salud, se generan.

1.8. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.8.1. El acceso al sistema.

La publicación del Real Decreto-Ley 16/2012 supuso en España la limitación del acceso de la población inmigrante en situación administrativa irregular al sistema sanitario público. En ese caso, el derecho a la asistencia sanitaria se limita a las llamadas "situaciones especiales" que incluyen: menores de edad, mujeres embarazadas (incluida la situación de parto y postparto) y casos de enfermedad grave o accidente, hasta la situación de alta médica (artículo 3 ter)

En Andalucía se mantuvo y reconoció el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población en el Sistema Sanitario Público Andaluz, con cobertura de la totalidad de la cartera de servicios. Para las personas migrantes se dispuso la posibilidad de obtener una tarjeta sanitaria individual (TSI) temporal, por un período de 1 a 12 meses prorrogable.

Este compromiso del gobierno andaluz se ha ejecutado a través de una serie de instrucciones sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de esta población que la Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud, establece y publica el 6 de junio de 2013 " ante esta situación y a fin de aclarar y homogeneizar los criterios de inclusión de las personas extranjeras no regularizadas y sin recursos económicos, una serie de instrucciones sobre el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitarias de esa población"

En relación a estos aspectos, los propios discursos del personal profesional de la salud que hemos entrevistado expresan

su preocupación a que este compromiso actual se pierda o quede sujeto a condiciones, por la grave influencia que esto puede generar en su trabajo cotidiano con las poblaciones inmigrantes y el cuidado de su salud.

En el caso de las asociaciones que han participado en este estudio respondiendo a las cuestiones planteadas, la preocupación se acrecienta y es compartida si nos planteamos la posibilidad de que este acceso al sistema de las personas migrantes quede condicionado al registro en el padrón municipal. Esta preocupación tiene justificación ante el conocimiento de los problemas que, una parte importante de mujeres migrantes, se encuentran de forma habitual para acceder a este registro. Este hecho se debe a que las mujeres que ejercen en espacios (clubes, pisos u otros espacios regentados por terceras personas) donde, además de su lugar de trabajo constituyen su lugar de residencia durante el tiempo que desarrollan allí sus servicios, suelen encontrarse con la negativa de la persona titular del local o vivienda a ser registrada en esta propiedad.

Otro problema derivado del Real Decreto es la existencia de una importante diversidad de regulaciones que condicionan el acceso al sistema público sanitario entre las diferentes comunidades. Teniendo en cuenta que el ejercicio del trabajo sexual va acompañado, en casos no poco frecuentes, de una gran movilidad por todo el país (modalidad de trabajar ocupando "plazas"), conocer en cada caso el procedimiento y las condiciones que regulan el acceso sanitario se transforma en una tarea cuanto menos complicada.

- Hasta el momento, el trabajo de la APDHA en colaboración con la administración sanitaria en Andalucía está teniendo un impacto positivo para salvar los impedimentos administrativos en el acceso al sistema. Sin embar-

go, podemos constatar, a través de las entrevistas realizadas a las asociaciones, que la implicación de cada distrito sanitario funciona de manera irregular tanto en lo referente al marco de atención al colectivo en concreto como en el cumplimiento de las instrucciones orientadas para la población inmigrante en situación administrativa irregular.

A pesar de los buenos resultados que la colaboración entre asociaciones y administración está teniendo para el colectivo de mujeres migrantes que ejercen la prostitución, y teniendo en cuenta que el derecho al acceso sanitario para la población migrante no está siendo en garantizada por igual en todos los centros de salud, a la APDHA nos preocupa la dependencia que genera el hecho de que esta garantía esté limitada a aquellos casos en que exista mediación de alguna organización.

TS: “Yo fui una vez al médico, pero no me quisieron dar la tarjeta, me dijeron que fuera a seguridad social, cuando fui allí me dijeron que no, que yo era ilegal y no tenía derecho, volví al médico y me dijeron otra vez que no”

APDHA: “Pero ya tienes la tarjeta, puedes ir sin problema y te van a atender”

TS: “No, seguro que no, yo voy solo si venís vosotras que si no, seguro tengo problemas”

El desconocimiento del derecho a la salud pública, experiencias negativas con profesionales administrativos, la dificultad para realizar los trámites, agravado todo ello por la dificultad del idioma y la falta de recursos en los propios centros de salud para solventarlos, genera en algunos casos dinámicas de dependencia hacia las asociaciones mediadoras que son difíciles de revertir.

1.8.2. La atención y la actitud.

El sistema sanitario tiene su propia burocracia interna que, desde la experiencia de quiénes hemos nacido y crecido en relación con este sistema, parece casi inexistente. Sin embargo, para muchas mujeres migrantes, adaptarse a estos trámites puede ser una práctica que requiere un especial esfuerzo, sobre todo cuando el idioma supone una barrera más de entendimiento. Las dificultades de cumplir con estas normas de funcionamiento, nuestra insistencia (de las asociaciones mediadoras) en que ganen autonomía y las barreras que la incompatibilidad existente entre el horario de atención y sus condiciones laborales, generan altas dosis de frustración. En ocasiones, esta falta de comprensión o hartazgo les lleva a optar por prácticas poco recomendables y en ocasiones nocivas para ellas mismas: falta continuada a las citas, duplicación y triplicación de citas a través del contacto con diferentes mediadoras, utilizar tarjetas de otras compañeras, son algunas de estas prácticas que, además de tener consecuencias negativas sobre sus propios itinerarios de cuidados de salud, generan reacciones de rechazo, a veces excesivamente paternalistas (sermones), por parte del profesional sanitario.

“Es que quiero cambiar de médico, este no me gusta”

Pero, ¿quieres contarme lo que te ha pasado?

Me ha tratado mal, me ha gritado. Y solo porque he utilizado la tarjeta de Jessy.

Pero...

¡Qué quieres! No encontraba la mía y dolía mucho.

Estas prácticas pueden generar, aunque en muy determinadas ocasiones, creación

de prejuicios entre profesionales de salud que extienden el uso de estas malas prácticas al resto de las mujeres migrantes, o las que proceden de un país determinado.

Las situaciones de discriminación en el sistema por parte de profesionales no son habituales. Ésta es una valoración ampliamente compartida entre las asociaciones a las que hemos entrevistado. Las más leves, que sí se han detectado, pueden ser comprendidas en el contexto de falta de recursos y tiempo con que cuentan los y las profesionales en la atención. Éste es un asunto que se ha señalado en la totalidad de las entrevistas realizadas a los agentes sanitarios.

En no pocas ocasiones, la llamada anticipación de la discriminación, es una posición de algunas mujeres adoptan y generan esta experiencia antes de sufrirla. Cuando una persona, y esto lo hemos detectado tanto en mujeres migrantes como no migrantes, supone o sabe que en cierto contexto va a ser objeto de discriminación, evita esta situación y las consecuencias que genera. El origen de este miedo o predisposición a ser objeto de discriminación en la consulta médica, lo podemos señalar desde diferentes ámbitos (recogiendo las experiencias de otras asociaciones):

- En el caso de las mujeres migrantes, una situación administrativa irregular o el haber experimentado racismo de forma continuada son causa de una especial muestra de vigilancia hacia el sistema médico y su personal. El miedo a experimentar un rechazo por el color de la piel lo hemos detectado especialmente entre las mujeres de origen subsahariano que, durante su proceso migratorio, han permanecido un amplio espacio de tiempo en Marruecos.

- “Pero tienes que venir conmigo, ya se yo lo que pasa con estos médicos, es como en Tánger, ese médico español me trataba mal, porque soy negra, por eso, porque soy negra”.

- El estigma “puta”, con la triple significación que hemos señalado anteriormente, tiene también un importante peso en la experiencia de discriminación que sufren las mujeres (de forma preconcebida o no) en las consultas médicas de atención primaria. Aunque afecta de forma diferenciada a nacionales y migrantes, el miedo al rechazo, la criminalización, victimización o culpabilización que puedan mostrar los y las profesionales que las atienden, es bastante general. En la APDHA no hemos asistido a ningún escenario en que estas situaciones se hayan producido de forma grave, pero sí constatamos que se generan, en determinados casos, actitudes excesivamente paternalistas que producen una gran incomodidad a las mujeres (y a las mediadoras que asistimos con ellas).

- Otra variable a tener en cuenta es el miedo a la falta de confidencialidad. En este caso, son las mujeres nacionales o las migrantes que cuentan con un prolongado arraigo en la ciudad las que más atienden a esta situación. El peligro y las consecuencias que derivan de una posible pérdida de confidencialidad tiene mucho que ver con la forma de sobrellevar el estigma y la, a veces, necesaria separación entre vida familiar y social con su actividad laboral. El miedo a los “asuntos sociales”, especialmente cuando tienen hijos o hijas menores, pudiera parecer infundado, pero desde luego es experimentado de forma real y en muchos casos consecuencia de experiencias muy reales.

“Decidí marcharme a Jerez porque empezaba a ser la comidilla de mi pueblo. El día que la trabajadora social del ayuntamiento llamó a mi casa y empezó a preguntarme si trabajaba en mi casa con mis hijos delante, si los dejaba solos, que por qué no buscaba otra cosa..., ¿pero qué clase de madre piensa esta tía que soy? Y así una y otra vez hasta que, muerta de miedo, me largué”.

Las consecuencias de este miedo al rechazo o las consecuencias de que se conozca la actividad que desarrollan, tienen importantes consecuencias para la atención médica y el control que las mujeres puedan tener sobre su salud. En este caso, es habitual ocultar el ejercicio de la prostitución, lo que para algunos casos supone una cuestión irrelevante, pero para otros, supone una importante merma de la calidad y el alcance de la atención profesional que pueda recibir.

Es general, tanto entre las mujeres de origen extranjero como las nacionales, es frecuente recurrir de forma diferenciada a la salud pública y las consultas privadas en función del tipo de atención que se busca. Cuando lo que se requiere tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, análisis de ginecología, analíticas de ITS o IVES por ejemplo, el recurso a las consultas privadas son opciones viables para las que tienen recursos económicos para ello, aunque esto les genere unos problemas considerables para su viabilidad económica. La explicación a esta estrategia la encontramos en que éstas consultas, cuando se realizan de forma continuada, generan en casos determinados y por parte del personal profesional reticencias a dispensarlos o una actitud inquisitiva por conocer el motivo de esta continuada necesidad. Estas circunstancias, aunque no habituales, las hemos registrando en la APDHA y otras organizaciones.

Una de las cuestiones que venimos compartiendo con algunas de las mujeres con las que tenemos mayor confianza, es el cambio de actitud que se genera cuando dan a conocer a su habitual médico o médica de atención primaria el trabajo que realizan.

“Nada, es una tía muy apañá, me pregunta cosas de los clientes, pero en plan bien, cuánto cobro y esas cosas que os interesan (risas). Pero desde que lo sabe, todo es cita ginecólogo, cita para prueba, cita para control... ahora todo es eso, como si fuera una vagina con patas (risas)”

La dificultad de dar continuidad a la atención o a un posible tratamiento es una cuestión ampliamente constatada tanto por profesionales de salud como por asociaciones de mediación. La especial movilidad del colectivo y las barreras derivadas de las condiciones (horarias) en que se desarrolla la actividad de la prostitución, derivan en muchos casos en dificultades seguir las pautas médicas aconsejadas. Las asociaciones mediadoras intentamos, no sin dificultades, desarrollar estrategias que permitan el seguimiento de atenciones que exigen esta continuidad. Sin embargo, como decimos, los condicionamientos externos que rodean al ejercicio de la prostitución son difíciles de predecir y, en gran parte de los casos, de evitar.

En el contexto de trabajo que APDHA desarrollamos en la Bahía de Cádiz, la aplicación de la ordenanza de convivencia en el Puerto de Santa María derivó en el desplazamiento de casi todas las mujeres que ejercían en la calle y con la que llevábamos a cabo nuestra tarea de mediación socio sanitaria. Algunas de estas mujeres han ido abandonando el contacto con nosotras, y el seguimiento de algunas afecciones o pautas que estábamos llevando a cabo junto a ellas.

Para terminar este apartado, nos gustaría referirnos de nuevo a algunas de las consecuencias perjudiciales que las tareas de mediación originan cuando éstas provienen de organizaciones sociales externas a la administración.

Como creemos se ha podido deducir de los testimonios de trabajadoras sexuales que hemos ido aportando, la figura de la mediadora adquiere, desde la perspectiva de muchas de las mujeres con las que trabajamos, una representación de persona privilegiada y que recibe un trato de favor en el sistema sanitario que a ellas no se les dispensa (también se señala en Ación 2024). En ocasiones, esto deriva en peticiones inalcanzables, “venga, si tú se lo pides seguro que me dan cita para hoy”, y relaciones de dependencia. Otras veces, las mediadoras realizamos (o pretendemos que lo hagamos) la tarea de solicitar recursos que a ellas le origina vergüenza o incomodidad, pero quizás lo más alarmante, desde nuestro punto de vista, es la sensación de falta de reconocimiento o arbitrariedad con la que el sistema público les responde a ellas (por ser migrantes, putas o/y negras). A este respecto finalizaremos con la transcripción de unas anotaciones recogidas durante una mediación en la que acompañamos a una mujer colombiana para tramitar su tarjeta sanitaria individual en un centro de salud de la Bahía de Cádiz.

“Ana (empleamos nombre ficticio) llega a la sede para pedir información sobre cómo obtener la tarjeta sanitaria. Le damos las instrucciones incidiendo en la necesidad de que enfatice que: no tiene permiso de residencia, que lo que desea tramitar es el alta temporal y que en la seguridad social no le reconocen el acceso porque está en situación irregular. Lo anota todo en su libreta.”. “Al día siguiente Ana llega a la sede, y nos dice que no se lo tramitan. Le acompañamos

al centro de salud.” “(en el centro de salud) la administrativa que nos atiende le dice a Ana, hasta el momento no intervenimos nosotras, que no puede ser, que ella no es una inmigrante, que no ha podido llegar en patera desde Colombia. Ante eso, le comento que contactaré con el Distrito Sanitario para notificar el asunto y que lo tramiten desde allí. Accede inmediatamente a facilitarle la documentación y tramitar el alta.”



CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Partimos de la certeza de que muchas de las propuestas que hemos podido ir marcando a través de este estudio van a contracorriente.

No a contracorriente de los y las profesionales de la salud, que partiendo de una realidad de escasez de recursos materiales y humanos dedican buena parte de su ánimo, interés y buen hacer en practicar el DERECHO A LA SALUD, de muy diferentes formas y maneras, educando o aprendiendo, sanando o escuchando, pero siempre cerca de y con la gente. No a contracorriente de las asociaciones que, desde el amplio abanico ideológico, político o ético en que nos situamos, seguimos trabajando por transformar y mejorar la realidad, la grande y la pequeña, la de la sociedad que rechaza a la trabajadora sexuales y la de la propia trabajadora, y aún sabedoras de todo lo que nos separa, nos apoyamos en ese nexo que nos une y nos importa para seguir avanzando, aunque sea desde caminos diferentes. No a contracorriente de las trabajadoras sexuales, pues son ellas las que nos marcan y finalmente andan su propio camino, y si no es por y con ellas, no será.

Pero sí a contracorriente de las políticas que desmantelan, que dejan sin alma a un sistema que, si bien puede estar repleto de buenas o no tan buenas ideas, no cuida ni se nutre de las personas que son capaces de transformarlas en realidades además de cuestionarlas y orientarlas.

Apostamos por una sanidad que mire y sepa mirar a la diversidad, y que encuentre en ella un elemento enriquecedor y no un problema. Y no nos referimos tan sólo, pero también, a la diversidad cultural, étnica, lingüística..., sino a la diversidad de experiencias, de vidas. Dejar que las personas cuenten y que la diversidad se acerque sin ambages es quizás la mejor herramienta para acertar en el diagnóstico. Es por ello que, la única y abierta propues-

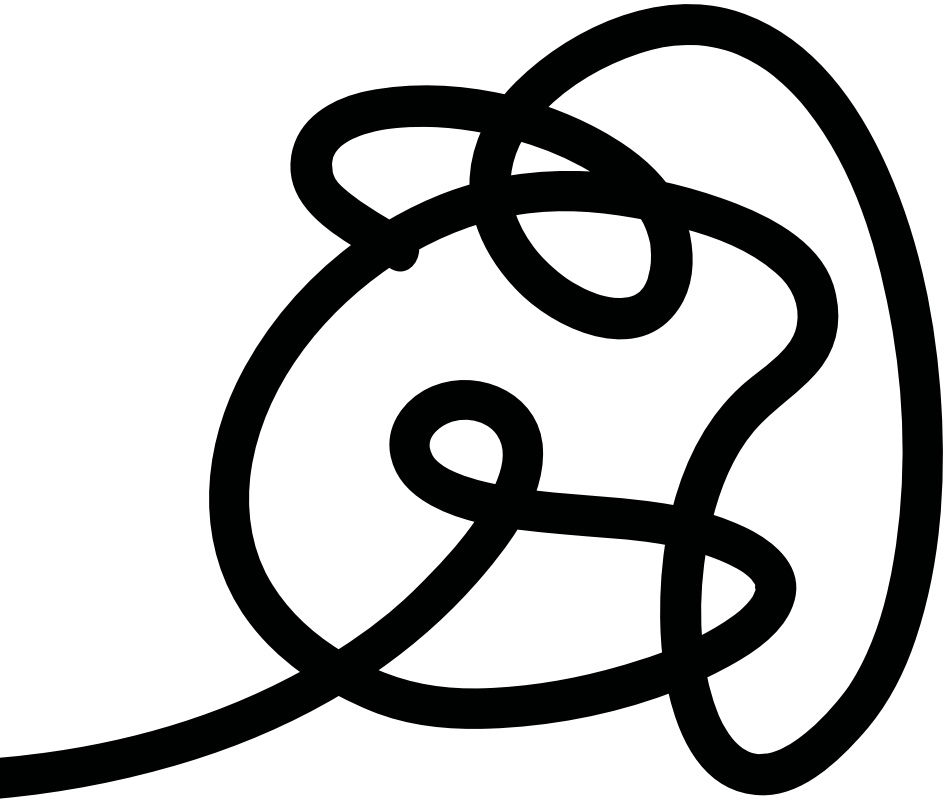
ta que lanzamos desde estas líneas sea la de apostar por acercarse a las condiciones, los riesgos y determinantes que afectan a la salud de las trabajadoras sexuales desde y con ellas mismas. Y para ello hace falta un modelo que las tenga en cuenta y les escuche narrar sobre cómo viven sus condiciones de vida y sus procesos, sus expectativas y sus frustraciones, todo ello desde el máximo respeto y empatía.

Y para concluir, un lema de las trabajadoras sexuales,

“Nosotras no somos el problema en el VIH, somos parte de la solución”

Y una afirmación que nos transmitía una trabajadora refiriéndose al trabajo que ellas también realizan en materia de prevención, y que es quizás una de las mayores y más contundentes que hemos escuchado durante nuestro trabajo

“Esos que os pagan a vosotras por decirnos qué tenemos que hacer para no caer enfermas de SIDA, deberían darnos a nosotras una paguita por el trabajo que también hacemos con los clientes”



■ 5. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Ley 33/2011 General de Salud Pública.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-15623>
- IV Plan Andaluz de Salud. Consejería de igualdad y políticas sociales.2010-2015 (último).
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/IV_PAS_v9.pdf
- Documento para la presentación marco para la atención a la salud de las personas que ejercen la prostitución. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud, junta de Andalucía. (fecha por determinar)
http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/31/AtencionProstitucion_FINAL.pdf
- Estrategia de los servicios de salud en los protocolos de atención a las personas que ejercen la prostitución en Andalucía.
http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/31/ESTRATEGIA_SERVICIO_SALUD_PROSTITUCION.pdf
- Subvenciones para la atención a la salud de las víctimas de trata con fines de explotación sexual y de las personas en situación de prostitución. Participación en salud - Línea 3.
<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/procedimientos/detalle/8684/datos-basicos.html>
- Convenio de colaboración entre la consejería de salud y las asociaciones que trabajan con el colectivo que ejercen la prostitución en Andalucía, en materia de Salud Pública. Año 2008.
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/docs/31/convenio%20atencion%20personas%20ejercen%20prostitucion.pdf>
- Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS (2010-2015)
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/plan_sida_pdf
- III Plan integral para la inmigración en Andalucía, Horizonte 2016. Consejería de justicia e Interior. Junta de Andalucía.
<https://ws199.juntadeandalucia.es/IIIplanintegral/files/assets/basic-html/index.html#1>
- Proyecto de Decreto para la aprobación del IV Plan Integral de la Inmigración en Andalucía 2018-2022: "Ciudadanía Migrada"
<https://www.juntadeandalucia.es/servicios/participacion/normativa/consulta-previa/detalle/139774.html>

- Guía rápida Protocolo Andaluz para la Actuación Sanitaria ante la violencia de Género.
<https://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/GuiaRapidaProtocoloVG.2019.pdf>
- Salud comunitaria basado en activos, Andalucía. Editado por EASP, 2019.
https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf
- Fernández Raigada, R.I. Prostitución y trata de seres humanos con fines de explotación sexual : una visión desde la enfermería comunitaria. Ridec nº1 Vol.11
<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27154/prostitucion-y-trata-con-fines-de-explotacion-sexual-una-vision-desde-la-enfermeria-comunitaria/>
- Acíen González, E. Accesibilidad al Sistema Sanitario Público andaluz de las trabajadoras del sexo nigerianas en el Poniente almeriense. Notas etnográficas. Gazeta de antropología. 2014
http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/33427/GA30-2-08E_Acien.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Barroso-Pavía, R y Cordero Ramos, N. Derecho a la salud de las mujeres en contextos de prostitución en Sevilla. Más allá de la salud sexual. en Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Derecho, 2018.
<http://roderic.uv.es/handle/10550/66917>
- Segura del Pozo, J. Desigualdades sociales en salud; conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)- Universidad Nacional de Colombia, 2013.
https://saludpublicayotrasdudas.files.wordpress.com/2013/09/desigualdades-sociales_final.pdf
- Starfield, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. SESPAS report 2012. En Gaceta Universitaria.
<http://www.gacetasanitaria.org/en-primary-care-an-increasingly-important-articulo-SO213911111003876>

■ 6. ANEXO

Respuesta enviada y redactada por Myriam Díaz Rodríguez, Delegada de Igualdad, Juventud y Relaciones con la Comunidad universitaria del Ayto. de Sevilla en el momento en que, el grupo municipal de Participa Sevilla, en la Comisión de ruegos, preguntas e interpelaciones del día 24 de marzo del 2017, formula la siguiente pregunta (a instancia de APDHA).

■ HAZTE DEFENSOR/A DE LOS DERECHOS HUMANOS



Asociación Pro Derechos
Humanos de Andalucía

APDHA

Delegación Bahía de Cádiz

C/Barbate, 62 Triplicado
1º C. P. 11012 Cádiz

www.apdha.org/cadiz

 Apdha Cadiz

 @APDHACadiz

San Fernando

C/Real, 175 CP11100
956 882856
sanfernando@apdha.org

El Puerto de Santa María

C/Gatona, 7 CP11500
956 876086
elpuertodesantamaria@apdha.org

Puerto Real

C/San Alejandro, 2 - 1º CP11510
956 474760
puertoreal@apdha.org

Barbate - La Janda

barbate@apdha.org

Chiclana

Centro Cívico El Cerrillo
C/Ancha, s/n CP11130
956 490196
chiclana@apdha.org

Sede Andaluza

C/Blanco White, 5
CP 41018 Sevilla
andalucia@apdha.org

www.apdha.org

facebook.com/apdha 

@APDHA 