

**PROSTITUCION, INMIGRACION Y SALUD:  
PERFIL DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DE  
AVILES (ASTURIAS)**

**MARIA JESUS FERNANDEZ OLLERO**

**INVESTIGACIÓN PUBLICADA Y EDITADA POR LA CONSEJERIA DE  
VIVIENDA Y BIENESTAR SOCIAL DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

**OVIEDO 2004**



## Agradecimientos

A todas las **MUJERES** del Proyecto Priapa que han colaborado con entusiasmo en este estudio y en especial a las Coordinadoras de Médicos del Mundo Asturias: a Teresa por abrirme la puerta y apoyarme siempre; a Marga por su ayuda inestimable; a Lola y Ariadna por su infinita paciencia y comprensión.

Gracias a Natalia Fernández Domingo por su ayuda y dedicación. A Amalia Franco por su esencial colaboración y a Gabriela Bello por su interpretación particular de la realidad.

Gracias a Elena García Vega, Profesora Titular del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo, que ha tenido un papel clave en la dirección y trayectoria de la presente investigación y de las futuras. Y gracias a Paloma Uría que ha hecho posible que escuchemos las voces de tantas mujeres.

Gracias a TODAS por vuestro apoyo incondicional.

Además, quiero expresar mi agradecimiento a la ONG Médicos del Mundo Asturias por ofrecerme la oportunidad de conocer más de cerca la realidad de la Inmigración y la Prostitución. Entré en Médicos del Mundo como colaboradora voluntaria y actualmente desarrollo las labores de Coordinación del Proyecto Priapa. Gracias por la confianza depositada en mí y gracias a la Organización por la oportunidad que me brinda de crecer en lo profesional y en lo personal.

Mi más sincero agradecimiento a la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias que contribuye a la realización del Proyecto Priapa a través de la financiación y el apoyo social y político; gracias por su atención y por el interés demostrado en la divulgación y la publicación de la presente investigación.

## Dedicatoria

A Sandra y a Nayara,  
por creer, y crecer...

Mire la calle  
¿Cómo puede usted ser  
indiferente a ese gran río  
de huesos, a ese gran río  
de sueños, a ese gran río  
de sangre, a ese gran río?

Nicolás Guillén

## ÍNDICE

Introducción.....	4
-------------------	---

### **PARTE TEÓRICA**

1. Evolución de la investigación científica en Prostitución .....	9
2 Binomio Inmigración- Prostitución.....	14
1.1. La Inmigración en España.....	14
1.2. La ley de Extranjería en España.....	18
1.3. Inmigración y Prostitucion.....	20
1.4. La Prostitución en España.....	22
1.5. Prostitución y Legislación.....	31
3. La tríada Inmigración, Prostitución y Salud.....	34
3.1. Inmigración y Salud.....	34
3.2. Inmigración, Prostitución y Salud.....	38

### **PARTE EMPÍRICA**

1. Introducción.....	43
2. Objetivos del estudio.....	43
3. Metodología.....	45
. Muestra del estudio	
. Variables e instrumentos	
. Procedimientos	
. Análisis de datos	
. Limitaciones y Dificultades de la Investigación	

4. Resultados, Discusión y Conclusiones.....	53
--	----

**4.1. Estudio Descriptivo de las Condiciones Laborales y el Perfil Sociosanitario de 115 Trabajadoras Sexuales**

4.1.1. Resultados del Estudio de las Condiciones de Trabajo y Entorno Laboral.....	54
--	----

- A) Tipo de Prostitución
- B) Condiciones de Trabajo
- C) Condiciones Económicas
- D) Prácticas Sexuales
- E) Inconvenientes del Trabajo

4.1.2. Discusión y Conclusiones.....	64
--------------------------------------	----

4.1.3. Resultados del Estudio del Perfil Socio-Sanitario de las Trabajadoras Sexuales.....	69
--	----

- A) Procedencia
- B) Edad
- C) Situación Familiar
- D) Planificación Familiar
- E) Hábitos de Salud
- F) Estado de Salud

4.1.4. Discusión y Conclusiones.....	81
<b>4.2. Estudio Comparativo del Estrés Psicosocial de 35 Trabajadoras Sexuales</b>	
<b>Inmigrantes</b>	
Introducción.....	94
4.2.1. Resultados del Estudio de las Variables Psicosociales.....	95
A) Variables Sociosanitarias de la muestra seleccionada	
B) Resultados de la entrevista semiestructurada	
4.2.2. Discusión y Conclusiones.....	103
4.2.3. Resultados del Estudio del Estrés Psicosocial .....	110
A) Resultados de la Escala de Estrés Psicosocial de 35 Trabajadoras Sexuales	
inmigrantes.	
B) Resultados de la Escala de Estrés Psicosocial en dos muestras: Estudio	
Comparativo	
4.2.4. Discusión y Conclusiones.....	116
5. Conclusiones Finales.....	121
6. Bibliografía .....	125
7. Anexos.....	129

## INTRODUCCIÓN

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias cuenta entre sus proyectos prioritarios en Sanidad con el **Plan sobre Sida** (Plan sobre SIDA para Asturias 2002); el primer objetivo de este Plan consiste en identificar y definir la problemática que rodea el fenómeno del Sida, para abordarla posteriormente desde una multiplicidad de sectores. En la primera fase del Plan se constituyeron grupos focales de trabajo, entre ellos el de Prevención en colectivos de Trabajadoras Sexuales.

A partir de este planteamiento se justifica la necesidad y la conveniencia de realizar un estudio sobre el colectivo de Trabajadoras Sexuales en nuestra región, más aún al constatar que no existe ningún estudio reciente que analice de forma **interdisciplinar** este fenómeno. En Asturias, en la última década, se han realizado estudios (epidemiológicos y transversales) sobre prostitución en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), pero tan sólo hemos encontrado un estudio sobre variables sociosanitarias, y es del año 1992 (Pons, 1992).

Las razones que justifican el presente estudio son las siguientes:

- La falta de estudios más recientes, más específicos y con un enfoque más interdisciplinar para conocer las variables del entorno de las mujeres que ejercen la prostitución en Asturias.

- Las demandas específicas que plantean las usuarias del proyecto PRIAPA (Programa de Reducción de Daños y Atención Integral para trabajadoras sexuales del área de Avilés) de Médicos del Mundo Asturias; a partir de la información proporcionada por

las usuarias, Trabajadoras Sexuales de clubs (TS en adelante) y de sus demandas específicas de atención, se detectan problemas en tres vertientes principales: la Socio-laboral, la Psicológica y la Sanitaria. Destacan, entre otros, los problemas de salud, la falta de información sobre asistencia sanitaria y psicosocial de la zona, las conductas de riesgo asociadas a factores culturales, la mayor frecuencia de exposición a situaciones estresantes, la situación afectivo familiar inestable, las condiciones laborales negativas para la salud, las dificultades para legalizar su situación en España, las diferencias en cultura e idioma, los síntomas de ansiedad, estrés y depresión, la falta de recursos y estrategias de afrontamiento, etc.

La presente investigación aborda el fenómeno de la **Prostitución** desde un enfoque global y amplio, que pretende analizar las variables más relevantes que inciden en la salud y bienestar de las TS.

Es un estudio transversal que describe y analiza por un lado el perfil sociosanitario y las condiciones laborales de las TS, en su mayoría inmigrantes del área III de Asturias (Avilés); y por otro lado, describe y analiza las variables psicosociales y su relación con el estrés psicosocial de las TS inmigrantes. El periodo de estudio ha sido de 12 meses, desde febrero del 2002, hasta julio de 2003.

La muestra está compuesta por las usuarias del Proyecto Priapa de Médicos del Mundo Asturias. El Proyecto cuenta con un Centro de Reducción de Daños (Cereda) en Avilés para las mujeres que ejercen la prostitución; el Cereda da una respuesta integral y multidisciplinar, donde tienen cabida todas las formas de intervención destinadas a minimizar los daños asociados al ejercicio de la prostitución, disminuir la marginalidad inducida por la misma actividad y, en particular, la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles. El centro cuenta con una consulta sanitaria de Infecciones de

Transmisión Sexual (ITS en adelante), una consulta psicológica, asesoramiento social y aula educativa y formativa orientada a la reducción de daños. Por otro lado, el Proyecto Priapa desarrolla un Programa de Acercamiento que tienen como objetivo la prevención y reducción de daños a través del contacto directo con las usuarias en los clubs así como proporcionar los instrumentos necesarios para la adopción de comportamientos preventivos.

La investigación tiene como objetivo general ampliar nuestro conocimiento sobre la realidad del fenómeno de la prostitución, desde un enfoque integral, con el fin de ofrecer pautas de intervención y prevención en los aspectos psico-socio-sanitarios ajustadas a las necesidades del sector.

La investigación se divide en dos estudios:

**1.- Estudio descriptivo de las Condiciones Laborales y el Perfil Socio-Sanitario** de 115 TS de clubs de Avilés; los objetivos de este estudio son los siguientes:

- Marco **Laboral**: conocer y describir las condiciones de trabajo, las conductas de riesgo, las dificultades del entorno laboral, los factores que inciden en su salud.
- Marco **Social**: conocer y describir el perfil y las variables sociodemográficas del sector; los aspectos socio-familiares; las dificultades de inserción social, legal y laboral; y las condiciones de vida actual
- Marco **Sanitario**: conocer, describir e identificar las necesidades y demandas prioritarias del sector en cuanto a la atención sanitaria específica; formación e información de prevención y conductas de riesgo, conocimiento de los recursos sociosanitarios de la zona, etc.

**2.- Estudio Comparativo del Estrés Psicosocial** de una submuestra de 35 TS inmigrantes; los objetivos son los siguientes:

- Conocer factores y **variables psicosociales** que pueden incidir en el estrés psicosocial e identificar factores determinantes del estrés psicosocial específico para esta muestra
- Evaluar **el grado de estrés psicosocial** y la sintomatología que manifiestan las TS inmigrantes.
- **Comparar las puntuaciones** en estrés psicosocial con otros colectivos de mujeres que no son inmigrantes ni TS.

Frente a otros colectivos similares (TS de calle, de piso de contactos, TS no inmigrantes, etc.), las TS de nuestra muestra (trabajadoras sexuales de clubs) pueden presentar un perfil de problemas muy concretos y diferenciados; nuestra investigación pretende identificar ese perfil específico y ofrecer una respuesta profesional adecuada.

# **PARTE TEÓRICA**

## 1. EVOLUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN PROSTITUCIÓN

El estudio del fenómeno de la Prostitución (desde el enfoque médico y socio-psicológico) ha sufrido una evolución desde sus inicios en la mitad del siglo pasado hasta la década de los 90. La revisión bibliográfica realizada por Inne Vanwesenbeeck (2001) aporta los siguientes datos de interés:

Las investigaciones iniciales (desde la **década de los 50**) intentan buscar con un interés casi morboso explicaciones biológicas y psicopatológicas del colectivo de mujeres Trabajadoras Sexuales (TS en adelante); el objetivo es hallar una unidad de análisis específica y un prototipo de personalidad con rasgos concretos, formando un binomio de **Prostitución-Psicopatología**. Estos estudios asocian la entrada y la permanencia en la prostitución a traumas psicológicos en la infancia por abuso o violación sexual. Si bien es cierto que en algunas TS se han encontrado estos antecedentes también es necesario señalar que las muestras de estudio eran muy específicas (TS de calle o en prisión con otros factores asociados como drogadicción, abandono temprano del hogar, problemas socio-familiares graves, etc.) y no representativas de todo el colectivo de TS del mundo occidental. El binomio Prostitución-Psicopatología en los estudios de esta década intenta hallar un perfil psicopatológico en el cliente y en sus motivaciones.

El binomio **Prostitución-Sida** (prevalencia seropositiva, factores de riesgo, etc.) ha sido durante la segunda mitad del siglo XX una constante en las investigaciones biomédicas; se señala al colectivo de TS como grupo de riesgo para la población “normal”. A partir de finales de los 80 se demuestra que en el mundo occidental la prostitución no es decisiva para la propagación de la epidemia, porque se generaliza el uso

del condón. Lo que constituye un factor de riesgo es el uso de drogas por vía intravenosa y la no protección en prácticas sexuales. En el mundo no occidental, (África, Asia, etc.) no ocurre lo mismo y hoy por hoy la prostitución en estos países se sigue asociando a VIH.

**A partir de los 90** se percibe un cambio en la investigación sobre Prostitución. Ya no se trata de hallar explicaciones biológicas o psicológicas de una categoría específica (Mujeres que ejercen la Prostitución); los estudios se centran en **los diferentes aspectos** de la Prostitución: motivación económica, conductas de riesgo, condiciones laborales, estrategias de negociación, eficacia de los programas de reducción de daños, etc. Por otro lado, en cada estudio se **delimitan previamente** la zona geográfica y el sector de población, diferenciando entre Mundo Occidental y no Occidental, prostitución de calle o club, factores asociados como la toxicomanía, etc., sin caer en el error de intentar generalizar los resultados a otras poblaciones. Sin embargo, se siguen encontrando estudios que asocian prostitución con VIH o estudios que intentan estudiar el porqué entran en la prostitución.

Otro avance importante en la **década de los 90 al 2000** es la diferenciación y ampliación de las muestras; se estudian y se comparan a las mujeres TS, hombres TS y a los transexuales TS. Por otro lado se amplían los estudios sobre los clientes y se analizan más factores. Se incorporan temas nuevos como el debate sobre la legalidad y existen numerosas publicaciones sobre los diferentes enfoques de este fenómeno en la sociedad actual.

Para el estudio del **VIH** se centran más en el análisis de los factores determinantes como es el uso del condón aunque no olvidan la vertiente epidemiológica; se estudian en diferentes poblaciones de TS (mujeres, transexuales y hombres) y se hace una clara distinción entre el mundo occidental y no occidental. Se incorporan otros factores

relacionados con el VIH como son los clientes, la vida privada, etc. En estos estudios se concluye que el factor más determinante y el predictor de riesgo para los/las TS es el uso del condón tanto en la vida privada como en el trabajo, el uso de drogas inyectables y tener una pareja seropositiva.

Con respecto al **uso del condón** se concluye que existen buenas prácticas en las/los TS siempre que sea con los clientes y en zonas occidentales; en África, por ejemplo, en el año 2000, se demuestra que tan sólo el 10% de las TS usan el condón en el trabajo. Se estudian también otros factores determinantes para el buen uso del condón como es el poder del control en las relaciones sexuales comerciales o no, el poder de la negociación, la autoestima, nivel educativo, profesionalidad, la autonomía en el trabajo, etc.

Otros estudios de esta época son los referidos a la efectividad de los programas de intervención, prevención, **reducción de daños**, etc. Se concluye que hay una significativa falta de adherencia de las TS de países no occidentales a estos programas, asociado esto a factores socioeconómicos, escaso apoyo social y falta de evidencia de síntomas (en ocasiones las ITS o el VIH son asintomático, lo que dificulta la percepción del riesgo).

En el mundo occidental los programas tienen un mayor éxito y se centran en el bienestar, prevención de la salud, habilidades sociales, inserción social, educación sexual, etc. sin embargo se centran exclusivamente en la mujer TS y se olvidan de incluir en la intervención-educación a los clientes, a las parejas de las TS o los dueños de los locales; tampoco se acredita que las TS constituyan verdaderos agentes de salud pública para conseguir un cambio de actitudes.

Otros temas que se incorporan durante esta década y en la actual son los referidos a las **condiciones laborales** y factores relacionados como son las rutinas diarias, riesgos asociados tanto físicos como de enfermedad, el estrés, tipo de servicios, número de

clientes, satisfacción laboral, etc. Se estudia preferentemente en el mundo occidental y se diferencian a los tres grupos de TS (hombre, mujeres y transexuales), diferenciando en todo momento los contextos y lugares de trabajo. La prostitución de calle conlleva más riesgos para la integridad física que en locales cerrados pues se está más expuesto a violaciones o violencia física, conlleva mayor estrés, etc.; la situación de ilegalidad conlleva mayor exposición a abusos y explotación.

Otros aspectos estudiados son las **estrategias y habilidades** para desempeñar este tipo de trabajo y las formas de afrontamiento personal; se concluye que el llevar una doble vida, afrontar un trabajo estigmatizado o adoptar el papel de TS puede producir estrés. Las TS buscan mecanismos de defensa para amortiguar el impacto de estos factores: la distancia emocional, la distancia física, el uso de drogas o alcohol, etc. Sin embargo, existen estudios actuales donde se comparan mujeres TS con mujeres no TS a través de cuestionarios de salud, calidad de vida y relaciones sociales, y no se hallan grandes diferencias. Existen colectivos de profesiones con mayores riesgos para la salud, tanto física como psíquica.

A pesar de que se ha avanzado en el conocimiento de la realidad de las TS, existen pocos estudios contextualizados sobre su bienestar y su salud, su calidad de vida, sus variables psicosociales, etc. Se necesitan más estudios científicos, que no estén mediatizados por ideas previas estigmatizadoras o victimistas de las TS. Son necesarias investigaciones sobre prostitución que partan de un marco sociopolítico actualizado, como el de la “Migración” o el de “La mujer Inmigrante” y no de variables estigmatizadoras como “La prostitución y el VIH-ITS” o “La Prostitución y las Redes de Tráfico y Explotación Sexual”. El marco “la Migración” permite considerar todos los aspectos posibles de la vida de la mujer inmigrante y no solo como TS (Agustín, 2002).

En la actualidad se aboga por estudios más globales, donde se analicen todas las variables que rodean la vida de las/los TS (calidad de vida; bienestar social, laboral y psicológico; índice de salud; factores de riesgo; condiciones de trabajo; factores psicosociales presentes, etc.); las conclusiones sólo son válidas para la muestra seleccionada, teniendo en cuenta el contexto: (mundo occidental o no), la política del país con respecto a la prostitución, su situación en el país (irregular o no), su procedencia (cultura, religión), el tipo de trabajo (calle, club, piso), si son hombres, mujeres o transexuales, si tienen otros factores de vulnerabilidad asociados (previamente o no) como el consumo de drogas, seropositividad, si tienen pareja y redes de apoyo social o no, sus motivaciones y expectativas, las actitudes y conductas hacia el uso de preservativo, sus condiciones económicas, etc. Las/los TS no son un colectivo o categoría de estudio pero sí las circunstancias y el entorno que les rodean.

## 2. EL BINOMIO INMIGRACIÓN-PROSTITUCIÓN

### 2.1. LA INMIGRACIÓN EN ESPAÑA

Durante el año 2000, se establecieron legalmente en España 600.000 extranjeros (Márkez, 2002), pero se desconoce la cifra real de los indocumentados. Entre 1995 y el 2000 se observa un incremento del número de inmigrantes en nuestro país, que suponen en torno al 3% de la población; en el anuario estadístico, citado en el VII Informe de Exclusión Social de Médicos del Mundo del 2003, las cifras sobre emigrantes en España a 31 de Diciembre en 2002 son las siguientes: el total de emigrantes es de 1.324.001 y la distribución es: 35,56% europeos, 27,7% africanos, 28,75% americanos y 7,91% asiáticos; de los citados tienen alta laboral en la Seguridad Social: 868.288 inmigrantes. El censo oficial de extranjeros en España no deja de ser preocupante, ya que invisibiliza al colectivo de inmigrantes irregulares y sin recursos, cuyo número en la actualidad es una incógnita para todos (Traspas, Bermejo, Valbuena, 2003)

El total de emigrantes en **Asturias** en el 2002 es de unas 12.000 personas (el 1,2%) (Grupo ODINA, 2002). En un informe reciente del CITE (Centro de Información de Trabajadores Emigrantes) de CCOO de Asturias (en prensa, La Nueva España, 22-04-2004, Pág. 26) se reflejan los datos sobre la situación laboral de los inmigrantes en Asturias: el número de nuevos expedientes de trabajo tramitados durante el 2003 es de 1163 (de los cuales, 70 corresponden a Avilés); las actividades más demandadas son Servicio Doméstico (289), sector de la Construcción (76) y Venta Ambulante (60). Por nacionalidades, las demandas proceden de Ecuador en primer lugar (446), Colombia (244) y Marruecos (149). En cuanto al perfil, la mayor parte tienen entre 19 y 30 años y predominantemente son mujeres (645 mujeres frente a 516 hombres). En total el número de expedientes gestionados entre 2002 y 2003 es de 2348. En el mismo Informe se estima

que el número de emigrantes en situación irregular en el Principado de Asturias asciende a 6500 personas.

En el municipio de **Avilés**, en octubre de 2003, la tasa de emigrantes es del 1,4% (Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Avilés, 2003); es mayor el porcentaje de mujeres en inmigrantes de América del Sur (68,8% de mujeres) y de países del Este (60% de mujeres); en el resto de nacionalidades el porcentaje es similar para ambos sexos.

Inmigración en el municipio de Avilés			
Total de población inmigrante.....	1180.....	1,4% de la población	
Total de mujeres inmigrantes.....	684.....	58%	
Total de hombres inmigrantes.....	496.....	42%	
Continente	hombres	mujeres	total
AMERICA SUR	195	430	625
EUROPA	198	158	356
AFRICA	41	31	72
ASIA	29	26	55
PAISES DEL ESTE	17	25	42
AMERICA NORTE	16	14	30

FUENTES: AYUNTAMIENTO DE AVILES: INE. Octubre 2003

La **feminización de la inmigración** no es novedad en nuestro país; es producto de la necesidad de reagrupamiento familiar, pero sobre todo de la incorporación de la mujer al mercado laboral para trabajos pocos cualificados o estigmatizados socialmente en España: servicio doméstico, cuidado de personas y servicios sexuales entre otros. En los años 80, este flujo migratorio femenino (Bonelli, 2002) provenía de países del Tercer Mundo (Marruecos y República Dominicana, Perú y Filipinas principalmente); en las dos últimas décadas han aumentado las inmigrantes chinas, ecuatorianas y colombianas. En Avilés el total de mujeres inmigrantes es del 58%, frente al 42% de hombres. El mayor contingente lo forman las mujeres que proceden de América del Sur: Dominicanas, Colombianas, Brasileñas y Ecuatorianas, por este orden.

El aumento de las mujeres en las corrientes migratorias en España se debe principalmente a la demanda de mercado laboral actual; las mujeres inmigrantes ocupan los puestos de trabajo más desvalorizados por la sociedad (Bonelli, 2002; Oso, 2002). Después de un largo viaje, donde las mujeres abandonan familia, hijos, pareja, etc. y contraen deudas económicas importantes, el país de acogida las relega a una situación jurídica irregular, lo que provoca una evidente desprotección de derechos. La situación de irregular se agrava en el caso de las TS inmigrantes que además trabajan en una actividad que si bien no está penalizada en España, no está debidamente reglamentada. (Rodríguez, 2002b); y se agrava aún más en el caso de las TS inmigrantes que llegan mediante redes ilegales.

En España no siempre se puede hablar de tráfico de mujeres (Bonelli, 2002; Oso, 2002), ya que la migración puede ser autónoma, financiada y preparada mediante redes familiares, de amigos, agencias, etc. con los que contaren una deuda económica. Las situaciones de irregularidad pueden provocar condiciones de explotación y dificultades de integración social y laboral por parte del país de acogida.

Los procesos de inmigración a España son variados; Laura Oso (2002) realiza un estudio con diferentes mujeres inmigrantes dedicadas al Servicio Doméstico y al Servicio Sexual en diferentes puntos de España (Pamplona, Galicia y Madrid) (Bonelli, 2002); el objetivo del estudio es conocer los mecanismos de inmigración, especialmente entre las colombianas y las ecuatorianas.

Las fases del proceso migratorio son las siguientes: 1º fase: **decisión** de emigrar que puede ser autónoma o la mujer puede ser captada o reclutada por terceros. 2º fase: la **financiación** tanto del billete como el monto de dinero suficiente para emigrar y para mostrar en aduana como turista, la preparación de la “bolsa de viaje” etc. puede ser

autónoma o implicar el préstamo por parte de familiares, amigos, agencias de viaje, bancos, prestamistas, etc. 3º fase: **organización** y gestión del viaje, pasaporte, carta de invitación, etc. puede ser autónoma o con la ayuda de terceros como agencia de viajes, particulares etc. 4º fase: **asesoramiento** para “savoir faire” y pasar por turista. 5º fase: **recepción** y acogida en el país receptor, direcciones y personas de contacto para trabajo, vivienda, etc.

Por lo tanto, los tipos de emigración pueden ser:

- 1º Emigración **Autónoma**: por decisión, financiación, etc. voluntaria e individual de la mujer o la familia.
- 2º Individuos o entidades en el **país** de origen que cobran un interés monetario en la migración de mujeres.
- 3º **Individuos** en **España** que prestan dinero, preparan el viaje o concertan contactos y direcciones para la emigración de mujeres. Entre las mujeres entrevistadas por la autora, la modalidad más habitual es la 3ª, ya que los dueños del club adelantan el dinero para “el viaje” para que después se les devuelva con intereses y con el trabajo en el club. Las mujeres dicen que saben a lo que vienen a trabajar; algunas dicen que fueron engañadas, especialmente en el tema de la devolución de intereses, que suelen ser más altos que la cuantía del billete; una vez que saldan su deuda se consideran libres y pasan a trabajar de manera independiente. En Galicia, las colombianas asentadas también adelantan el dinero para el viaje de otras mujeres además de conseguir contactos y direcciones.
- 4º **Redes organizadas** o mafias implicadas en la migración de mujeres que utilizan la violencia o amenaza y se lucran del viaje de las mujeres. Se

encargan del viaje, de los pasaportes (que son requisados a las mujeres), de la recepción y acogida; las colocan en clubs o las venden a terceros; las amenazan con hacer daño a sus familias etc. Estos datos se relatan de forma más detallada en el reciente libro de Antonio Salas (2004). En el estudio de Laura Oso (2002) de las mujeres entrevistadas (30), en Galicia, 10 habían viajado de forma autónoma, 2 tenían deudas a prestamistas y 17 con deudas a individuos independientes en el país de origen o de acogida, de las cuales 7 lo hicieron a través de compañeras ya emigradas, 2 a través de familiares ya emigradas que cobran intereses, 2 a través del dueño del club y 6 por colombianos o españoles que invierten en los viajes; sólo 1 vino por una red organizada.

El acceso a información sobre los procesos migratorios es siempre fácil cuando este se produce sin extorsión, violencia o amenaza física; la mayoría de los estudios cuentan con información de mujeres que permiten ser entrevistadas por lo tanto no temen ni se sienten amenazadas; es más difícil acceder a testimonios de mujeres que vienen a través de redes ilegales ya que se les coarta su libertad y son intensamente vigiladas.

## **2.2. LA LEY DE EXTRANJERÍA EN ESPAÑA**

La normativa que regula la condición de extranjero ha sufrido importantes modificaciones en los últimos años (Belloso, 2003): 1º La Ley Orgánica 7/1985, de 1 de julio, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España; 2º Real Decreto 155/1996, de 2 de febrero: un texto que amplía el reconocimiento de derechos más allá de la propia ley que desarrolla; 3º la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social; 4º Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre,

de reforma de la LO 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Cuando se planteó la necesidad de reformar la Ley de Extranjería de 1985 se pretendía garantizar un mayor número de derechos a los extranjeros, independientemente de su situación legal, y que facilitara la integración de aquellos que ya se encontraran residiendo legalmente en España. Por lo tanto se aprobó la LO 4/2000 que establece en su artículo 3: *“Los extranjeros gozarán en España, en igualdad de condiciones que los españoles, de los derechos y libertades reconocidos en el Título I de la Constitución y en sus leyes de desarrollo en los términos establecidos en esta Ley Orgánica”*. Sin embargo, la realidad es bien distinta ya que los inmigrantes no gozan en España, en igualdad de condiciones que los nacionales, de todos los derechos y libertades reconocidos en la Constitución Española; actualmente sólo los inmigrantes que tienen estancia legal o residencia pueden gozar de todos sus derechos y se excluye a los “ilegales” que carecen por completo de derechos (derecho a reunión, asociación, participación pública, sindicación o huelga, empleo público u opción para trabajar y será expulsado si trabaja sin autorización, etc.). También se han endurecidos las posibilidades del reagrupamiento familiar, la tutela judicial, la regularización permanente y acceso al permiso de residencia continuada (que se contempla como posibilidad y no como derecho) así como las penas para empresarios que contraten a extranjeros “sin papeles”, etc.

Las necesidades de los inmigrantes en España no se solucionan con políticas de Inmigración y con la Ley de Extranjería (Belloso, 2003); el inmigrante que llega a nuestro país se enfrenta a diversas barreras: psicológicas ( falta de apoyo familiar, falta de experiencia positiva de formación, expectativas no cumplidas); sociales (responsabilidades familiares con hijos pequeños, desconocimiento de los recursos existentes en su barrio y/o comunidad, percepción de las actividades de formación como un coste no como una inversión); culturales-religiosas, etc.

Por lo tanto son necesarias políticas interculturales basadas en la democracia y los derechos humanos. La inmigración como fenómeno social se ha convertido en un reto social para la política, los Ayuntamientos, los Servicios Sociales, las Organizaciones no Gubernamentales (ONGS en adelantes), etc.

Actualmente existen problemas para dar respuesta a las necesidades derivadas del proceso de inmigración, principalmente por la falta de planificación y método de las intervenciones, problemas de comunicación intercultural, lentitud de los procesos jurídicos en la normativa vigente, etc. Urge diseñar estrategias de actuación y recursos además de modificar o ampliar la ley de Extranjería vigente para que todo inmigrante, ilegal o no, goce de los Derechos que brinda la Constitución.

### **2.3. INMIGRACIÓN Y PROSTITUCIÓN**

La prostitución y el tráfico de personas con fines de explotación sexual se ha extendido alarmantemente en las últimas dos décadas y por todo el mundo. En los Estados Unidos, existen 100.000 inmigrantes irregulares ejerciendo la prostitución; 200.000 mujeres y niñas de Bangladesh son explotadas sexualmente en Paquistán; En Tailandia hay cerca de 2 millones de mujeres y menores dentro de la prostitución, mientras que al menos 1 millón de mujeres y niñas filipinas son traficadas anualmente dentro de la creciente industria sexual japonesa (Traspas, Bermejo, Valbuena, 2003).

En Europa los grandes flujos migratorios procedentes de Europa Central y Oriental hacia la Europa Occidental cambian el perfil de las TS; el 40% de las TS en la Unión Europea son de Europa del Este (Brussa, 2002). En los Países Bajos las dos terceras partes de TS son inmigrantes que proceden de países no pertenecientes a la Unión Europea. (Van der Helm, 2002). En Francia, las TS son la mayoría inmigrantes y

proceden principalmente de los países de Europa del Este y África (Téqui y Guillermaut, 2002). En España, las TS son en su mayoría inmigrantes y proceden principalmente de Latinoamérica, Europa del Este y África (Rodríguez, 2002b). La inmensa mayoría de mujeres TS inmigrantes se encuentran en situación irregular.

Los flujos migratorios de mujeres inmigrantes en situación irregular favorece una alta movilidad, un aumento de redes y tráfico de personas y un aumento de leyes restrictivas para la libre circulación de personas (Brussa, 2002). El tráfico se favorece por tres elementos: la oferta, la demanda y la impunidad a nivel legal y judicial, lo que favorece, según las Naciones Unidas, un comercio global de mujeres y menores cuyo valor oscila en torno a los 12 mil millones de dólares anuales, por detrás del tráfico de armas y de drogas (Traspas, Bermejo, Valbuena, 2003)..

Las mujeres emigran de países que se caracterizan por su inestabilidad económica y política, produciendo altos índices de pobreza, inseguridad y desempleo. Esta situación propicia el abuso y la explotación por parte de las mafias.

En cuanto a las TS inmigrantes en España, se evidencia la existencia de redes encargadas de traer mujeres a nuestro país, concederles un visado de turista y luego distribuir las por el territorio español. Dentro de la prostitución inmigrante predominan mujeres latinas, con un 39%, mayoritariamente colombianas. Las mujeres procedentes del continente africano han disminuido con respecto al año 2001, pasando del 37% al 25%. Las crisis en los países del Este sin duda han influido para que un 3% de las prostitutas sean rusas o ucranianas. El número de españolas va disminuyendo y entre ellas aumenta el número de toxicómanas (un 90% de las nacionales) y seropositivas (un 3%) que hacen servicios desde 1€ para conseguir rápidamente el dinero para su dosis a costa de lo que sea (Calderón y Ortiz, 2003).

El fenómeno de la Inmigración Femenina en España ha cambiado el perfil de las Trabajadoras Sexuales; el 40% de las TS de calle de la Unión Europea son inmigrantes (Tampet-Europap 1998). En España (Rodríguez, 2002a) se constata un aumento de la Prostitución inmigrante a través de los datos obtenidos de Médicos del Mundo: en 1993 el 98% de TS atendidas por la ONG son españolas; en 1995 se modifica sensiblemente la cifra y aumenta el número de subsaharianas y latinoamericanas; en el 2002, el número de TS atendidas es de 5.722, de ellas el 70% son inmigrantes y en su mayoría en situación irregular. Las cifras de la Dirección General de la Mujer que ofrece Isabel Pisano (Pisano, 2001) en su epílogo son las siguientes: en España hay 300.000 TS según un cálculo oficial. Recientemente el Instituto de la Mujer (en prensa, El País, 2-04-2004, pág. 30) baraja la mínima cifra de 300.000 TS, aunque es una cifra muy cuestionada.

Está claro que además de una feminización de la Inmigración en Europa se da también un binomio indisoluble, por el momento: Inmigración-Prostitución.

## **2.4. LA PROSTITUCIÓN EN ESPAÑA**

En el VII Informe de Exclusión Social de 2002 de Médicos del Mundo, y en el último Informe de Exclusión Social de 2003 se recogen datos sobre la prostitución en España y se constata un cambio en el perfil de las trabajadoras sexuales en los últimos 10 años. Desde el inicio de los 90, existen las mujeres prostitutas usuarias de drogas inyectadas que recurren a prostituirse como medio para financiar su consumo, y probablemente también el de sus parejas. Sin embargo, en los últimos años su presencia en la calle ha decrecido por dos causas: el aumento de los programas con sustitutivos opiáceos y, por otro lado, el fenómeno de la inmigración (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002).

La media de edad es de 31,7 años en las mujeres, de 31,5 en mujeres transexuales y de 23,5 en hombres. La comparativa con los datos de 2001 indica que ha aumentado un 7% el número de personas entre 18 y 24 años que se prostituye.

Médicos del Mundo ha atendido en el periodo de Enero a Septiembre del año 2002 a un total de 5722 TS y en el 2003 se atendieron 7.258 TS en 8 Comunidades Autónomas (de éstos, el 89,1% son mujeres). Se observa en el 2003 un descenso de mujeres españolas, pero un aumento de las mujeres inmigrantes procedentes del Este y Subsaharianas; la distribución de las TS, según su procedencia es la siguiente: 12% españolas, 15% Europeas, 9% del Este, 2% Magrebíes, 36% del África Subsaharina, y 33% de Latinoamérica; estos datos sólo son aproximativos para el total de personas dedicadas a dicha actividad en España.

Es difícil conseguir una cifra exacta del número de TS en el territorio de España; los datos siempre son obtenidos a través de las atenciones sociales, sanitarias o judiciales-policiales que se tramitan en diversos organismos públicos y privados y en diferentes Comunidades Autónomas.

A través de diferentes estudios e investigaciones parciales realizadas durante la última década sobre prostitución en diversas zonas geográficas de España, se obtienen datos también aproximativos y en ocasiones poco generalizables, ya que la Prostitución (perfil de las TS, tipo de prostitución, cifras globales de la provincia, etc.) no es homogénea en todas las Comunidades Autónomas.

Los estudios más recientes de corte sociológico y sanitario sobre la Prostitución en España son los siguientes:

- Estudio en **Asturias** (Pons, 1992): *Condiciones de vida de las prostitutas en Asturias*. Estudio que analiza el fenómeno de la Prostitución desde diferentes vertientes: perfil demográfico, condiciones de trabajo, condiciones socio-familiares y aspectos relacionados con la salud;

el número de encuestas (de 103 preguntas), realizadas en toda Asturias, es de 311, con 24 entrevistas en profundidad. Los datos sobre la Prostitución en Asturias hace una década son los siguientes: casi el 80% de las TS son mujeres españolas, de las cuales la mitad son de Asturias y tan sólo el 20% son inmigrantes, predominantemente portuguesas y dominicanas (el 50 de las inmigrantes son latinas); y de éstas, el 65% sin permiso de residencia. Para venir a España son ayudadas por terceros y la mayoría saben a lo que vienen a trabajar en España y no están más de 2 años aproximadamente; tienen un régimen riguroso de ahorro y gastos, no consumen alcohol y no salen para no gastar; para obtener permiso de residencia se casan con españoles por 100.000 a 500.000 pesetas; suelen trabajar en club y comparten piso con compañeras.

Añade Ignasi Pons que la prostitución en la calle tiende a desaparecer y tan sólo se registra un 7%, vinculado principalmente a toxicomanías y a mujeres principalmente españolas. En el total de la muestra se registra un 9,9% de toxicómanas con adicción a la heroína; las TS trabajan principalmente en Wiskerías, clubs y bares. Tienen un salario diario de 4000 pesetas y obtienen un 50% de porcentaje de cada Servicio Sexual y cada copa. El número medio de clientes al día es de 2,7 (de 1 a 3 servicios diarios) (esto se da en el 80% de las encuestadas). Trabajan una jornada laboral de 7-8 horas (el 60%). Descansan de media entre 1-2 días a la semana (el 63%). La media de edad es de: 30 años. Estudios primarios 55%; bachiller, el 23,2%; Estudios superiores, el 12,5%, y universitarios el 3,2%. No usan el condón con su compañero o pareja el 32%. Han tenido embarazos el 83%, de las cuales el 67,5% han tenido abortos. Hijos vivos: 1 hijo el 36,7%, 2 el 18,3% y 3 hijos el 10,6%; el 71% son madres con una media de 2 hijos y un poco más de la 4ª parte tienen 3 ó más hijos. La tarifa media es de 5.670 pts. pero puede oscilar desde 1000 pesetas a 20.000; el sueldo medio mensual es de 275.000 a 300.000 pesetas. Tienen problemas a nivel de relación social y familiar, porque los horarios de

trabajo y los días de descanso no coinciden con la mayoría de la gente de su entorno. El horario tampoco facilita la gestión de asuntos personales o relacionados con la salud. No tienen contrato laboral, pero tampoco trabajan como autónomas, lo que provoca irregularidades y abusos; carecen de Seguridad Social. En el trabajo están sujetas a condiciones y normas impuestas unilateralmente, y por lo tanto con deberes y sanciones. No descansan en días de fiesta ni en fines de semana; tampoco tienen vacaciones pagadas. Presentan desorden en las comidas y alteraciones del sueño. Tienen cobertura sanitaria siempre que estén informadas y sepan sus derechos (Pons, 1992).

- En **Asturias**, en el año 1989, en las Unidades de ITS de Oviedo y Gijón (López y Cuesta, 1992) se selecciona de entre 1048 historias clínicas de TS una muestra de 150 mujeres y se aplica un cuestionario de 32 preguntas de respuesta libre. Los resultados son los siguientes: trabajan principalmente en club; no hay toxicomanías, tan sólo el 7%; el 80% son españolas, de las cuales el 43,33% son asturianas y tan sólo el 19,35% son inmigrantes, principalmente latinas; el 76% tienen estudios primarios y tan sólo el 4,7% son analfabetas; sólo la mitad tienen tarjeta sanitaria (por estar casadas o en la cartilla sanitaria de los padres); la media de edad es de 28,3 años; tienen hijos el 70%; el 87,3% ha tenido embarazos, de los cuales han tenido abortos casi la mitad; el término medio de permanencia en la prostitución es de 4 años (rango de 1 mes a 20 años); tienen pareja el 65,33%; al mes tienen una media de 47 servicios sexuales; las tarifas oscilan entre las 1.500 y las 15.000 pesetas, la media es entre 4.000 y 6.000 pesetas; ganan al mes una media de 250.000 pesetas, con un intervalo de 70.000 a 1 millón de pesetas.

- En **Galicia**, en el período del 1996 al 1999, se realiza un estudio a través de un programa de atención integral para TS en Galicia (Andrade, y Casal, 2000. *Una aproximación a la*

*realidad social de las mujeres que ejercen la prostitución en Galicia*. Inédito.); el número de historias clínicas es de 140 TS; las conclusiones del trabajo son las siguientes: las TS de los clubs en Galicia son predominantemente inmigrantes; tan solo el 20% son mujeres españolas, que además tienen otros problemas asociados como la drogadicción y suelen ejercer la prostitución en la calle. El 80% de la muestra son inmigrantes y suelen trabajar en club; de las inmigrantes la mitad son colombianas, después les siguen las venezolanas, dominicanas, brasileñas y en menor número las subsaharianas y del Este. El 90% están en España de forma irregular; entran en España como turistas y una vez que vence el visado confían en que no sean detenidas y expulsadas. Las edades oscilan entre 18-43 años, mayoritariamente entre los 23 y los 37 años. Las que más hijos tienen son las inmigrantes; entre las colombianas, un 50% tienen más de 2 hijos. Estas mujeres inmigrantes son responsables de las cargas familiares, ya que más del 60% están solteras y casi el 20% separadas. Se evidencia un nivel de estudios alto entre las inmigrantes, ya que doblan a las españolas en los estudios secundarios y sólo ellas tienen estudios universitarios (casi un 10%). No han padecido ITS anteriormente las inmigrantes frente a las peninsulares; el 40% de las TS que tienen toxicomanías padecen VIH. El uso del condón es mayor entre las inmigrantes (75%), frente a las españolas que sólo dicen usarlo el 50%. El 40% de las colombianas han tenido abortos voluntarios y un 35% de las españolas.

- En la Comunidad de **Castilla y León**, en el año 1996, (Jiménez y Vallejo, 1999) se realiza un estudio similar al de Ignasi Pons en Asturias, y se analizan las mismas variables. Se realiza un cuestionario de 89 preguntas a 2562 TS de club, piso y calle en 9 provincias. Las conclusiones y los datos son los siguientes: la mayoría de las TS son inmigrantes y están más aisladas que las españolas por las barreras del lenguaje, ilegalidad y situación laboral; suelen venir a España a través de intermediarios; vienen por períodos de 2 años y

tienen disciplina en el ahorro por las cargas familiares. Suelen trabajar en club y hotel-club; ganan el 70% de cada servicio y el 50% de cada copa; en el hotel-club les cobran el alojamiento y la comida; la prostitución de calle está en retroceso y se reduce a TS toxicómanas y con otros problemas socio-familiares asociados. La media de edad es de 30 años (intervalo de 16 a 64); el 58,5% son españolas y el 41,5% son inmigrantes. En los clubs trabajan el 86% de inmigrantes; las más numerosas son las colombianas, brasileñas, dominicanas y en menor medida las procedentes de Portugal, Marruecos y Guinea. Tienen estudios primarios el 37,7% y universitarios casi el 5%; el 63,25% tienen hijos y la media es de 2 hijos por cada TS; el 47,68% han tenido abortos. Trabajan una media de 7-8 horas diarias; la media de clientes al día es de 3; la media de tarifa es de 5.575 pesetas y la media de ganancias mensuales es entre 121.000 y 200.000 pesetas. El 36% no usan condón con la pareja; el 63,57% no consumen drogas ni alcohol; el 64% consumen tabaco.

- En **Castellón** (Ferrer, 2001) se hace un estudio sobre las TS colombianas; los resultados son los siguientes: la TS en la zona de Levante es predominantemente colombiana, de 25 años de edad, con cargas familiares y con 1-3 hijos; no tienen pareja antes de venir a España, por lo que son cabeza de familia monoparental; vienen a España por cuenta propia o por “mafias” y dicen que trabajan de forma voluntaria en la prostitución, preferentemente en club, y cuando acaban de pagar la deuda se pasan a trabajar en pisos junto con otras compañeras. La tarifa por media hora de servicio sexual es de 6.000 a 8.000 pesetas; ganan más de 250.000 pesetas mensuales; la deuda se paga a través del dueño del club, que retiene un porcentaje; la deuda suele ser de unas 800.000 pesetas; trabajan en el club por porcentajes en servicio y copa. Trabajan de 15 a 22 días al mes; suelen tener expectativas de estar en España de forma temporal, ahorrar suficiente dinero

para su familia y para el regreso. El 87% asegura utilizar el preservativo con los clientes en relaciones vaginales, pero no en las orales ni con la pareja.

- En **Pamplona y Galicia** (Oso, 2000) durante el año 2000 se realiza un estudio de la Prostitución en diferentes sectores: club, calle y piso, a través de entrevistas y grupos de discusión con mujeres inmigrantes, dueños de club, personas de ONGs y clientes, TS y del servicio doméstico. La mayoría de las entrevistas a TS se realizaron en Galicia. En el estudio se analizan las diferentes modalidades de Prostitución actuales en España y en concreto en el Norte: 1) prostitución de calle, que ha desaparecido de forma paulatina y queda reservada para españolas. 2) prostitución de club: suelen ser pequeños negocios (de 3-5 mujeres, hasta 10-15 mujeres), que suelen estar situados a las fueras de las ciudades; se trabaja desde las 5-6 de la tarde hasta las 3-4 de la madrugada; las ganancias de cada servicio y copa es por porcentajes concertados entre el dueño y la TS; si hay club-hotel suelen hacer el sistema de plazas (trabajan 21 días seguidos y se les cobra de 7.000 a 8.000 pesetas al día por alojamiento y comida, sin establecer el porcentaje de ganancias); en una plaza se suele ganar de 700.000 a 1 millón de pesetas en los 21 días que dura. En otros hoteles no siguen el sistema de plazas, se les cobra diariamente 3.000 pesetas por comida y alojamiento y se fija el porcentaje; la estancia es indefinida. La tarifa media es de 5.000 a 8.000 pesetas por media hora de servicio sexual. En los clubs trabajan principalmente inmigrantes. 3) Prostitución en pisos: trabajan varias TS (de 3 a 20), también se puede hacer una “plaza” de 21 días; los precios son más caros que en el club, de 7.000 a 10.000 pesetas; se trabaja 24 horas y se suele compaginar con otros trabajos; en los pisos suelen trabajar estudiantes, amas de casa e inmigrantes.

Otro estudio reciente (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002) de corte más epidemiológico y que abarca diferentes provincias de **España** es el que analiza tendencias y predictores de riesgo asociados al VIH y Sida y otras ITS en TS en España; es un estudio financiado por FIPSE y se realiza entre 2000 y 2001; la muestra abarca 1057 TS y se les pasa un cuestionario semiestructurado con más de 70 variables. Del total de la muestra, 305 mujeres son españolas, de todas las provincias de España (el 30,6%); el resto son inmigrantes. Los resultados y las conclusiones son los siguientes: la media de edad es de casi 30 años; el nivel de estudios es bajo, ya que la media de edad de abandono de los estudios es a los 15,6 años. Entre las TS inmigrantes, la distribución es la siguiente: son europeas el 2%; proceden de países africanos el 25%, y son latinas el 39,5%. Para el total de la muestra viven en piso alquilado o propio el 50%; casi la mitad viven en compañía de amigos, el 22% con su pareja y casi el 5% con sus hijos. En cuanto al lugar de trabajo: el 43% trabajan en la calle, el resto en clubs, hoteles, bares etc.; la tarifa más extendida es entre 2.000 y 10.000 pesetas por servicio. El 67% consumen alcohol y el 24% reconocen haber consumido alguna vez drogas. Trabajan una media de 6,24 días a la semana y atienden diariamente una media de 4,79 clientes; dicen usar el condón con el cliente el 67% en sexo vaginal. La mitad tienen pareja, y no utilizan el condón con sus parejas el 73,6%. La media de embarazos es de 2,3%; la media de abortos, 0,94%; la media de hijos es de 1,08%. De las serologías realizadas de VIH (a 919 TS) fueron positivas 58, lo que supone una prevalencia del 6,4%, prevalencia alta si se compara con la población general de España (0,3%). Los factores de riesgo son el consumo de drogas vía intravenosa, el tener una pareja con VIH y las prácticas sexuales sin protección. La prevalencia más alta se encuentra en las españolas y europeas (el 14,1%), asociado a consumo de drogas, y también es importante el número de las subsaharianas (4,7%), asociado posiblemente a factores distintos no analizados en el estudio (desprotección en el sexo en su país de

origen, con alta prevalencia de VIH). La tasa más baja se da en las latinas (1,4%) y las del Este (3,4%). Dado el número de inmigrantes (casi el 70%), se realiza un análisis más específico sobre este colectivo, y los resultados son los siguientes: para el 78% de la muestra los motivos para venir a España son económicos y el tiempo de estancia medio para el 60% es de menos de un año; el pago del billete es efectuado por amigos o asociaciones en el 51,7% de los casos, el resto alega que es a través de la familia o la pareja; la mayoría no tienen regularizada su situación en España. Las que presentan menos consumo de alcohol y drogas son las africanas. Trabajan preferentemente en clubs y bares las latinas y las del Este; y en la calle preferentemente las españolas y las subsaharianas; las latinas tienen más servicios por día con clientes y las que menos, las subsaharianas. Las latinas y las del Este cobran una tarifa mayor que las españolas y las africanas. El 88,6% no han trabajado en la Prostitución antes de venir a España.

En conclusión, la evolución del perfil de las TS en España es notable; existe un aumento de TS inmigrantes en situación irregular que trabajan preferentemente en club y hotel-club; las TS españolas disminuyen en proporción, trabajan preferentemente en prostitución de calle, presentan problemas asociados como son las toxicomanías y por lo tanto una alta prevalencia de VIH. No obstante, como se aprecia en la revisión de estudios, las áreas de trabajo son diferentes según las provincias; en Madrid, por ejemplo, existe un mayor número de prostitución de calle, tanto de españolas como de inmigrantes.

Por lo tanto, a la hora de abordar el fenómeno de la prostitución, es necesario delimitar las zonas geográficas y estudiar las peculiaridades de la misma, sin tender a generalizar los datos a todo el territorio español.

La tendencia debería ser la de realizar estudios parciales, en diferentes zonas geográficas, pero con objetivos e instrumentos de valoración comunes, con el fin de

extraer muestras más amplias y datos más fiables, sin perder de vista las características de la prostitución de cada Comunidad.

## 2.5. PROSTITUCIÓN Y LEGISLACIÓN

Una sentencia dictada en 2001 (en prensa, El país, 2-04-2004, pág. 30) por el tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas, con sede en Luxemburgo, y con efecto en todos los países de la Unión Europea, declaró que la Prostitución forma parte de las actividades económicas ejercidas de manera independiente, y por lo tanto se admite como actividad por cuenta propia y no asalariada, con la única exigencia de que se demuestre que el servicio se presta bajo responsabilidad propia y sin vínculos de subordinación, a cambio de remuneración recibida directamente por la trabajadora del sexo.

La sentencia se desarrolla y convive con los diferentes modelos legislativos de cada país (Bolaños, Parrón, Royo y Santana, 2003):

- **España:** la prostitución no está legalizada ni penalizada aunque sí el proxenetismo; existe un vacío legal y si hay juicios es por los problemas de la Seguridad Social, problemas por no asegurar a las trabajadoras o denegar la nacionalidad. La regulación viene recogida en la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre; en ella no se penaliza el ejercicio de la Prostitución, pero sí la explotación y el proxenetismo, especialmente a menores o incapaces y cuando obligue al ejercicio de la actividad empleando la violencia o el engaño, o abusando de una situación de superioridad o de la vulnerabilidad de la víctima. En España las medidas adoptadas para regular la actividad de la prostitución logran que la actividad se ejerza de manera clandestina, en zonas escondidas, sometidas a redes y tráfico de personas y con un bajo o nulo control sanitario (Rodríguez, 2002b).

- **Holanda:** legalizó los locales en el 2000 y equiparó el negocio del sexo con otros negocios de otros sectores; las trabajadoras tienen alta laboral y régimen fiscal con el fin de obstaculizar el tráfico y la explotación de inmigrantes con fines sexuales. Tan solo se han dado de alta 921 (se calculaba su número en torno a 3000). Actualmente, en los Países Bajos la prostitución está permitida pero con restricciones; por ejemplo, a los dueños de los locales no se les permite contratar a mujeres inmigrantes en situación irregular y sin permiso de residencia; esta situación provoca la aparición de locales clandestinos, el aumento de controles policiales, mayor número de detenciones y deportaciones, un alto grado de movilidad de las TS de un país a otro y surge inevitablemente una prostitución “ilegal” (Van der Helm, 2002).

- **Austria:** está permitida la actividad, pero con previo registro.

- **Bélgica:** se tolera sólo en bares y clubs y escaparates de la calle; las TS y los clientes no son sancionados.

- **Alemania:** en el 2002 se articula una ley para 400.000 trabajadoras del sexo con derecho a la Seguridad Social; también conlleva el pago de impuestos, jubilación, etc.

- **Suecia:** la ley persigue a los clientes, que pueden sufrir multas o prisión de hasta 6 meses.

- **Italia:** autoriza la Prostitución en locales, pero la sanciona si es en la calle o lugares públicos. No es ilegal, pero sí lo es la explotación y conseguir el favor del cliente (“adescamento”) según la ley Merlin.

- **Grecia:** deben ser registradas y sometidas a examen médico regularmente para la autorización del ejercicio.

- **Francia:** están prohibidas las casas de tolerancia, pero se permite en la calle, aunque está prohibido incitar públicamente al comercio sexual; no se penaliza al explotador, pero sí al cliente que incite a menores y discapacitados o vulnerables (problemas psíquicos,

enfermas, embarazadas). En Francia la prostitución no es ilegal pero se lucha contra esta actividad con herramientas jurídico-sociales: se penaliza la prostitución de calle, no hay derechos con respecto al asociacionismo, no hay salarios mínimos y si las TS sufren violencia o son agredidas no son siempre protegidas judicialmente. (Téqui y Gillermaut, 2002).

- **Reino Unido:** no está prohibida, pero sí la explotación, la complicidad, publicidad y seducción en lugares públicos.

- **Irlanda:** constituye un delito, por lo que no existen casas de tolerancia; se penaliza a las mujeres y a los clientes.

Existen diferentes enfoques jurídicos sobre el tema (Bonelli, 2002), (Bolaños, Parrón, Royo y Santana, 2003), aunque no siempre responden a las necesidades de las TS:

- postura **abolicionista:** niega la posibilidad de legalización, ya que la Prostitución es una violación de los Derechos Humanos y por lo tanto no se puede aprobar ni moral, social ni jurídicamente. Actualmente se aboga por políticas de intervención y rehabilitación de las TS y la penalización de los proxenetas y clientes.

- Postura **Prohibicionista:** penalización del ejercicio de la Prostitución tanto para el cliente como para la TS.

- Postura **Reglamentarista:** rechazo moral de la Prostitución, pero reconocen que es inevitable, por lo que es aconsejable regularla y mejorar las condiciones. Sitúan a la TS bajo el control médico y judicial, y determinan dónde se puede ejercer esta actividad.

- Postura **Legalista:** la prostitución debe ser legalizada como una actividad laboral, porque así se evitan los abusos y la explotación:

En el mundo occidental se tiende a una postura abolicionista y reglamentarista: a las TS no se las criminaliza, pero tampoco se les reconocen sus derechos. Las posturas

son muy encontradas en la sociedad actual: por un lado la abolicionista y por otro la de quienes defienden los derechos de las TS; ambas coinciden en la despenalización, pero desde un punto de partida diferente: el abolicionismo considera que las mujeres son víctimas y todo el que se aproveche de la situación debe ser castigado, y los que defienden sus derechos abogan por un trato justo y por la protección de los riesgos. España aboga actualmente por una postura abolicionista; no se penaliza a las TS por el ejercicio de la prostitución pero sí a toda persona que se beneficie, lucre u obtenga ventajas económicas de otra persona que ejerce la prostitución.

### **3. LA TRÍADA INMIGRACIÓN, PROSTITUCIÓN Y SALUD**

#### **3.1. INMIGRACIÓN Y SALUD**

La **emigración** es un fenómeno que apenas se ha estudiado en relación a los efectos en la salud tanto física como psicológica. La emigración es un proceso de cambio y es por lo tanto un suceso vital estresante que genera estresores crónicos.

En la emigración se produce un cambio físico (geográfico, de contexto social, cultural, étnico, lingüístico, climático, etc.) que exige además una adaptación a un nuevo estilo de vida (nuevos hábitos alimentarios y de descanso, contaminación, vivienda, ritmo de actividad, trabajo duro, etc.) y se produce un cambio social y económico importante: separación de la familia, pérdida de redes sociales, problemas derivados de la situación en el país de acogida (irregularidad administrativa, pérdida de status laboral, desconocimiento de los servicios públicos y derechos, problemas económicos, etc.).

Se ha de suponer que ante la lista de los estresores sociales mencionados el emigrante puede ser más vulnerable a desarrollar enfermedades y problemas psicológicos.

Sin embargo, existen pocos estudios que relacionen estas dos variables: Emigración y Estrés Psicosocial.

Los estudios sobre el binomio **salud- inmigración** (Márquez, 2002) han sufrido una evolución positiva; en los años 70 se estudiaba a la población inmigrante en relación a trastornos psiquiátricos (prevalencia de trastornos psiquiátricos, tendencia a utilizar recursos sanitarios, medicación para ansiedad y depresión, etc.); estos estudios conducían inevitablemente a una visión parcial, negativa y patológica de la población emigrante. Posteriormente, los estudios se centraron más en las consecuencias de la emigración, como suceso vital mayor y por lo tanto desencadenante de sintomatología específica del estrés. En España existen pocos estudios que evalúen el peso específico de las variables psicosociales como factor determinante de trastornos de ansiedad, depresión y estrés. A lo que hoy se tiende es a evitar la estigmatización social del emigrante y a un análisis de sus dificultades y necesidades para darles respuesta inmediata, y ofrecer propuestas a los profesionales que atienden a esta población.

En la última década, en nuestro país, se ha realizado un estudio que relaciona la Emigración con los efectos psicopatológicos (Valiente, Sandín, Chorot, Santed y González de Rivera, 1996), para evaluar los síntomas y el malestar psicológico y físico provocado por la emigración. Los resultados indican un mayor grado de **alteración psicopatológica** y mayor número de **quejas psicósomáticas** en la población inmigrante que en la autóctona.

El **estrés** es un importante factor de riesgo para la salud física y psíquica (Sandín, 1999); actúa alterando la salud a través de diferentes mecanismos: malestar físico y mental, reducción de la calidad de vida, predisposición a enfermedades somáticas y trastornos psíquicos, repercusión a nivel laboral, familiar y social, etc.; sus consecuencias son más acusadas que las enfermedades biomédicas (virus, bacterias...,etc.); el estrés está implicado

directamente con la vulnerabilidad y mortalidad de muchas enfermedades y trastornos mentales (enfermedades coronarias, cardiovasculares, alergias, cáncer, trastornos psicosomáticos y mentales como depresión, ansiedad, quejas psicosomáticas, etc.) que suponen pérdida de bienestar social y psicológico además de un aumento en la inversión económica sanitaria (Sandín, 1999).

Los **factores** que precipitan el estrés en el mundo occidental, muy relacionados con el estilo de vida, son diversos: factores biológicos, comportamentales y factores sociales y familiares, laborales, socialdemográficos, etc. Estos factores tienen una relación directa con el estrés psicosocial, ya sea como causa o como consecuencia, que da como resultado un estrés crónico que afecta a la salud.

Bonifacio Sandín (1995), para la formulación del **Estrés Psicosocial**, escoge un enfoque específico donde se concibe el estrés como un proceso:

- En un primer momento se dan las demandas psicosociales que son los agentes externos que causan el estrés (sucesos vitales, estrés diario, problemas familiares etc.)
- El sujeto debe realizar una evaluación cognitiva ante estas demandas; el estrés se produce cuando hay una ruptura del equilibrio entre la percepción de la demanda y la percepción de los recursos personales para afrontarla.
- Se da la respuesta de estrés tanto fisiológica como psicológica
- Se movilizan estrategias de afrontamiento para hacer frente tanto a la demanda como al malestar ocasionado por el estrés.
- Existen variables sociales que pueden disminuir los efectos negativos, como el nivel socioeconómico, apoyo social, etc.
- Y existen variables disposicionales como la personalidad, reacciones al estrés, factores hereditarios, sexo, etc.

- El Status de salud, como resultado final del proceso, depende de la resolución de las fases anteriores y se refiere tanto a consecuencias psicológicas como médicas.

Por lo tanto el estrés psicosocial es de naturaleza social y los estresores psicosociales son las demandas, amenazas o pérdidas que ponen en peligro la integridad del organismo.

Estresores psicosociales son los **Sucesos Vitales** o cambios importantes como la inmigración (que también implica un cambio de vivienda, un cambio en el status social, la separación de la familia y de las redes de apoyo social), que altera el funcionamiento usual del sujeto e implica una respuesta tanto fisiológica como psicológica.

Para la evaluación del Estrés Psicosocial se emplearon las escalas: SCL-90-R (González de Rivera y De las Cuevas, 1998) y la escala ESS-R (Sandín y Chorot, 1995); se aplicaron a dos grupos de emigrantes: 30 españoles residentes en Alemania, y 15 mujeres hindúes religiosas residentes en España; se comparan los datos con un grupo de control de 40 españoles residentes en Madrid. Los autores del estudio concluyen que los datos son consistentes con los obtenidos por diferentes autores, pero aconsejan tomar con precaución los resultados dada las características de las muestras seleccionadas (pequeñas y con grandes diferencias intercontinentales y sociales).

En otra línea de estudios que relacionan Emigración y Psicopatología se analiza el **duelo migratorio** (Achotegui, 2003), duelo específico que implica un complejo proceso de reorganización de la personalidad para adaptarse al medio; es un duelo al país de origen, a la familia, a la cultura, el idioma, las costumbres, el status social, y a los riesgos físicos asociados a la emigración (enfermedades, malnutrición, viajes adversos y con serios peligros, etc.)

En el caso de una emigración rodeada de circunstancias muy adversas (ilegalidad, viaje en pateras, explotación laboral, exclusión social...), el duelo migratorio puede convertirse en crónico y favorecer la aparición de trastornos graves de salud física y mental. A partir de la observación, estudio y atención psicosanitaria a emigrantes, el autor elabora un cuadro clínico sobre el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico, llamado **Síndrome de Ulises**, que se caracteriza por la presencia de sintomatología específica de la **depresión** (tristeza, llanto, baja autoestima, sentimientos de culpa, ideas de muerte, falta de interés por hacer cosas, pérdida de interés sexual), junto a síntomas del área de la ansiedad (ansiedad, preocupación excesiva y recurrente, insomnio, irritabilidad), además de síntomas de tipo somatomorfo (cefaleas tensionales; fatiga; molestias abdominales, osteoarticulares, torácicas y neurovegetativas), y, por último, síntomas del área disociativa e interpretación mágica de la sintomatología.

En la mayoría de los estudios desarrollados se enfatiza la necesidad de abordar las consecuencias psicopatológicas asociadas a la población emigrante y la necesidad de diseñar desde la administración pública los servicios sanitarios y sociales que ofrezcan apoyo al emigrante y el desarrollo de programas de prevención que atenúen los efectos de la emigración.

### **3.2. INMIGRACIÓN, PROSTITUCIÓN Y SALUD**

La política migratoria en España, desde el año 2000, depende de la ley 8/2000 sobre Derechos y Libertades de los Inmigrantes en nuestro país y su Integración Social.

La Ley orgánica establece en el artículo 12 el derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes empadronados en el municipio de residencia. (Rodríguez, 2002b). Para el empadronamiento se necesita cierta documentación (pasaporte, documento que acredite la residencia en el municipio, etc.) que excluye a los inmigrantes “sin papeles” o sin

domicilio fijo o aquellos que tengan dificultades con el idioma o para las mujeres traficadas.

Los Servicios sanitarios se enfrentan a un nuevo colectivo con características específicas: mujeres inmigrantes, TS, irregulares, sin acceso a la sanidad y los servicios sociales, víctimas del tráfico de mujeres, etc.; es necesario y urgente promover medidas para cambiar su situación de vulnerabilidad y marginalidad (Rodríguez, 2002b).

Los Servicios sociales y sanitarios no siempre están preparados para el diagnóstico y tratamiento de cierto tipo de patologías nuevas o asociadas a la población inmigrante, ni tampoco para dar una respuesta inmediata y eficaz a una población con características propias y diferenciales, en cuanto a cultura, religión, idioma, etc.

En cuanto a las TS no hay que olvidar que es uno de los colectivos especialmente vulnerables. Presentan unas peculiaridades sociales y culturales específicas que se reflejan en diferentes culturas sanitarias y diferentes prácticas de riesgo, circunstancias que aumentan su vulnerabilidad frente al VIH (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002); el número de confirmaciones de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) favorecedoras de la transmisión sexual de VIH, se ha visto reducido en un 70% en el período 1990-2001 en las TS. Los estudios sobre VIH y prostitución realizados en España han señalado que la seroprevalencia de VIH en TS toxicómanas (por vía intravenosa) es mucho mayor que entre las TS que no refieren esta práctica. Las TS africanas son el colectivo más vulnerable frente al VIH por los motivos siguientes: juventud, falta de integración social, bajo control sanitario por falta de acceso a los servicios sanitarios (Rodríguez, 2002b); a esto habrá que añadir la barrera idiomática, los antecedentes de enfermedades en su país de origen, etc.

Otro aspecto importante en la triada Inmigración- Prostitución- Salud es la gran movilidad de las TS inmigrantes en situación irregular. Las causas que provocan un alto

grado de movilidad son: su situación irregular en el país de acogida, están sin documentar o sin permisos de residencia y ejercen una actividad que en muchos países está penalizada o es ilegal; la movilidad permite evitar los controles policiales y garantiza cierta seguridad. Otros motivos que provocan la movilidad: los clientes exigen caras nuevas, lo que provoca cambiar constantemente de local o zona; las TS prefieren residir en lugares distintos a las zonas de trabajo; las TS acuden a las zonas donde hay un mayor número de clientes por diversas razones como es el trabajo temporal, el turismo, etc. Por lo tanto la movilidad es inherente a la Prostitución e influye decisivamente en el conocimiento y acceso a los servicios sanitarios, sociales y judiciales de cada zona o país; un alto grado de movilidad no favorece por ejemplo, un control de ITS-VIH continuado o la consulta de aspectos jurídicos o legales o la demanda de una atención psicosocial; inevitablemente, las políticas de migración influyen en la salud y bienestar de las TS inmigrantes (Van der Helm, 2002), (Ditmore, 2002), (Brussa, 2002), (Rodríguez, 2002b).

Actualmente en España existen diferentes organismos (ONGs) inmersos en el Plan Nacional del Sida y en Programas europeos para la prevención y reducción de daños, el asesoramiento jurídico y la atención social dirigidos a TS y TS inmigrantes (como Europap y Tampet). Se pretende proporcionar la atención necesaria para mejorar su situación sociosanitaria, a través del desarrollo de programas de reducción del daño, disminuyendo así las conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH y otras ITS; otros objetivos se dirigen a la sensibilización de la sociedad, la formación de profesionales de entidades públicas para el tratamiento de este colectivo, teniendo en cuenta su especificidad cultural y social. En España, y en Asturias en concreto, existen en la actualidad diversas entidades que trabajan con este colectivo con diferentes enfoques: la ONG Médicos del Mundo desarrolla en Avilés el Proyecto Priapa, que proporciona atención sanitaria, psicológica y social en consulta, y cuenta con un Programa de

Acercamiento en los clubs de la zona; el Proyecto SICAR, en Gijón, ofrece atención psicosocial y asesoramiento legal a las TS y se ocupa de su reinserción social a través de un Centro de Día; la ONG Apramp trabaja con un programa de acercamiento, y ofrece asesoría jurídica y atención social en su Centro de Día en Avilés; el Proyecto CATS, de Cruz Roja, atiende prostitución masculina a través de un Programa de Acercamiento en pisos y calle en diferentes puntos de Asturias. Existen otros organismos que se dedican a atender, en general, a toda la población inmigrante, pero dado el perfil actual de las TS en Asturias y en España, se ven de alguna forma implicados con el colectivo de las TS.

Así pues, el binomio **Prostitución e Inmigración** exige una reflexión sobre los retos sanitarios y sociales que plantea: prevención de enfermedades infecciosas, como el VIH; formación e información sobre conductas saludables y no de riesgo; planificación familiar; atención sanitaria ajustada a su cultura y necesidades; previsión de recursos psicosociales; información y atención sobre su situación administrativa y legal; ayudas para el reagrupamiento familiar y la integración social; aprendizaje del idioma; inserción laboral y cualificación profesional, etc. Es necesario identificar los problemas específicos de esta población y adaptar los recursos de prevención y asistencia. Los aspectos relacionados con la salud y la inmigración son de especial relevancia ya que influyen en la salud y bienestar psicosocial de una población que crece.

# **PARTE EMPIRICA**

## 1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación aborda el fenómeno de la **Prostitución** desde un enfoque global y amplio, que pretende analizar las variables más relevantes que inciden en la salud y bienestar psicosociosanitario de las TS.

Se trata de un estudio transversal sobre las variables psicosociales y su relación con el estrés psicosocial y un estudio de las variables relacionadas con las condiciones de trabajo y aspectos sanitarios de las TS, en su mayoría inmigrantes del área III de Asturias (Avilés). La duración del estudio han sido 12 meses (febrero del 2002, hasta julio de 2003).

La investigación se divide en dos estudios:

- **Estudio descriptivo de las Condiciones Laborales y el Perfil Socio-Sanitarias** de 115 TS de clubs de Avilés, usuarias del Proyecto de Reducción de Daños, Priapa, de Médicos el Mundo Asturias.
- **Estudio Comparativo del Estrés Psicosocial** de una submuestra de 35 TS, usuarias del Proyecto.

## 2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1. OBJETIVO GENERAL.

La investigación tiene como objetivo general ampliar nuestro conocimiento sobre la realidad del fenómeno de la prostitución, desde un enfoque integral, con el fin de ofrecer pautas de intervención y prevención en los aspectos psico-socio-sanitarios ajustadas a las necesidades del sector.

## 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

### **Estudio Descriptivo de las Condiciones Laborales y el Perfil Sociosanitario de las 115 TS.**

- Marco **Laboral**: conocer y describir las condiciones de trabajo, las conductas de riesgo, las dificultades del entorno laboral, los factores que inciden en su salud.
- Marco **Social**: conocer y describir el perfil y las variables socialdemográficas del sector; los aspectos socio-familiares; las dificultades de inserción social, legal y laboral; y las condiciones de vida actual
- Marco **Sanitario**: conocer, describir e identificar las necesidades y demandas prioritarias del sector en cuanto a atención sanitaria específica, formación e información de prevención y conductas de riesgo, conocimiento de los recursos sociosanitarios de la zona, etc.

### **Estudio Comparativo del Estrés Psicosocial**

- Conocer factores y **variables psicosociales** que pueden incidir en el estrés psicosocial e identificar factores determinantes del estrés psicosocial específico para esta muestra
- Evaluar **el grado de estrés psicosocial** y la sintomatología que manifiestan las TS inmigrantes.
- **Comparar las puntuaciones** en estrés psicosocial con otros colectivos de mujeres que no son inmigrantes ni TS.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3. 1. MUESTRA

**1º Estudio:** Descripción de las **Condiciones Laborales y Perfil Socio-Sanitario** de las 115 TS.

Para el estudio y análisis de las variables del **Marco Socio-Sanitario** se ha seleccionado una muestra de **115 TS** que acuden a la sede de Médicos del Mundo en Avilés; a partir de las historias clínicas y recogida de datos de las usuarias del proyecto se analizan las variables mencionadas.

Para el estudio de las **condiciones laborales** se ha recurrido a **4 informantes** del Programa que trabajan en diferentes clubs de Avilés. Todos los sujetos han participado de forma voluntaria en el estudio.

El perfil y distribución de la muestra de 115 TS, según procedencia, es el siguiente: Españolas: 5,21%; Inmigrantes: 94,78%.

Por continentes: Europeas Comunitarias, incluidas las españolas: 6,08%; es el grupo menos numeroso junto con las procedentes del Europa del Este: 3,47%, y las Africanas: 11,30%; las TS más numerosas son las Latinoamericanas: 79,13%; de éstas, la distribución y porcentajes de cada país es la siguiente: brasileñas 35,15%, colombianas 30,76%, dominicanas 24,17%, ecuatorianas 8,79% y argentinas 1,09%.

Una de las mayores dificultades para la investigación es que no existe un marco de muestreo para la población que se va a estudiar. Por lo tanto aceptamos el estudio con muestreos intencionales.

Criterios de inclusión: toda mujer que acuda a la sede del Proyecto Priapa y que:

- ejerza la prostitución
- sea mujer

- dé su consentimiento para participar

## **2º Estudio: Estudio del Estrés Psicosocial**

Para la aplicación de la **escala de Estrés Psicosocial** y **Entrevista** semiestructurada hemos seleccionado una submuestra de **35 TS inmigrantes**; para el estudio comparativo del Estrés Psicosocial se ha seleccionado un grupo de control para aplicar la escala; el grupo de control está formado por **35 mujeres españolas** que trabajan en la hostelería; ambos grupos se equiparan en la edad y lugar de residencia; en ningún grupo se detecta seropositividad ni problemas de adicción. La elección de trabajadoras de la Hostelería para el grupo de control se debe a la coincidencia en ambos grupos de algunos aspectos laborales: excesivo número de horas en locales cerrados; conductas asociadas al trabajo, como fumar o beber; condiciones de ruido y ventilación semejantes; relación con el público; en algunos casos, nocturnidad, etc.

En la distribución de la submuestra e 35 TS se intentó respetar la proporción de mujeres teniendo en cuenta el origen; sin embargo esto no ha sido posible, por un lado, por las dificultades para acceder a la realización voluntaria de la entrevista semiestructurada y escala de síntomas a la misma mujer y, por otro, por las dificultades en el idioma, por lo que quedan excluidas las que desconocen el idioma español. Por lo tanto, ha podido haber un sesgo de selección que podría limitar los resultados del estudio.

Para el estudio y aplicación de la escala de síntomas y la entrevista semiestructurada se seleccionan 35 TS inmigrantes, y se excluyen las españolas y las que desconocen el idioma español como las Africanas y se excluyeron a TS con seropositividad y adicción a drogas (para equiparlas a las 35 mujeres españolas del grupo

de control). La distribución según procedencia de la submuestra de 35 TS inmigrantes es la siguiente: las de la Comunidad Europea son el grupo menos numeroso junto con las procedentes del Europa del Este: 5,71% (1 de Portugal y 1 ucraniana); las TS más numerosas son las Latinoamericanas: 94,28% (15 colombianas, 9 brasileñas, 4 ecuatorianas, 4 dominicanas, 1 argentina);

### **3.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS:**

#### **Estudio Descriptivo de las Condiciones Laborales y Perfil Socio-Sanitario**

- **1. a) Condiciones de Trabajo y Entorno Laboral:**
- Instrumentos: diarios personales escritos por las 4 informantes TS de la muestra de 115. Y recogida sistemática de datos del estudio de campo y observación en el lugar de trabajo de las TS en el Programa de Acercamiento en los clubs de Avilés y en los Talleres de sexo seguro efectuados en el club y en la sede del Proyecto.
- Variables: tipos de locales, tipos de servicios y prácticas sexuales, lugar de trabajo, horario, rutinas diarias, ganancias económicas, régimen de comidas y alimentación, situación de irregularidad, normas en el trabajo, consumo de alcohol, tabaco y drogas, conductas de riesgo, uso del condón, indumentaria de trabajo, relaciones laborales, etc.
- **1. b) análisis de los datos Sanitarios y Demográficos de las 115 TS usuarias del proyecto:**
- Instrumentos: protocolo de la consulta sanitaria de la sede del Proyecto para la recogida de datos.
- Variables analizadas para cada una de las TS de la muestra de 115: procedencia, edad, número de embarazos, abortos e hijos vivos, consumo de alcohol,

tabaco y drogas, método anticonceptivo (orales, preservativo, otros), si tienen pareja actualmente, protección con la pareja, número o frecuencia de consultas, estado de salud (antecedentes de enfermedad y antecedentes de ITS).

- A nivel global y de forma anónima (sin identificar los resultados con cada usuaria del proyecto) resultados globales de serologías, enfermedades de transmisión sexual, VIH, etc. de todas las usuarias del proyecto (N 115).

### **Estudio Comparativo del Estrés Psicosocial:**

- 1º Instrumento: **Entrevista semiestructurada** (ver anexo I) aplicada a una muestra de 35 TS inmigrantes.
- Las variables que se analizan: lugar de residencia, con quién conviven, cargas familiares, con quién conviven sus hijos, nivel de estudios o formación, experiencia laboral antes de venir a España y experiencia laboral en España, tiempo en España. Acceso al puesto de trabajo, actividades en el tiempo libre; los datos se complementan con las variables analizadas arriba (procedentes de la consulta sanitaria): edad, número de embarazos, abortos e hijos vivos, consumo de alcohol, tabaco y drogas, método anticonceptivo (orales, preservativo, otros), si tienen pareja actualmente, protección con la pareja, número o frecuencia de consultas, estado de salud (antecedentes de enfermedad y antecedentes de ITS).
- 2º Instrumento: **Escala de Síntomas Somáticos Revisada (ESS-R, Sandín y Chorot, 1995)** se aplicó de forma completa a todos los sujetos, 90 ítems referidos a 9 subescalas.

- Las variables que se analizan: puntuación global de quejas psicosomáticas y puntuaciones parciales en cada una de las áreas: Inmunológico General, Cardiovascular, Respiratorio, Gastrointestinal, Neurosensorial, Piel y Alergia, Muscoesquelético, Genitourinario y Reproductor Femenino; los sujetos deben indicar en una escala del 1 al 4 la frecuencia de los síntomas experimentados en el último año. La escala está validada por los autores (Valiente, Sandin, Chorot, Santed, González de Rivera, 1996). La Escala ha sido aplicada a dos grupos: 35 TS inmigrantes y el grupo de control formado por 35 españolas no TS trabajadoras en la rama de hostelería.

### **3.3. PROCEDIMIENTO:**

Es preciso señalar que dada las características de la población diana ha sido difícil acceder a los datos de una forma totalmente cuantitativa; ha sido necesario recurrir a una combinación de métodos:

- **Fase preliminar: Revisión bibliográfica** de los estudios realizados en España, con el fin de comparar resultados y elegir variables de análisis similares.
- **Estudio Descriptivo de las Condiciones Laborales y del Perfil Sociosanitario de las 115 TS.**
- **Fase 1:** Recogida de datos y observación de las **condiciones y entorno laboral** de las TS. Esta fase simultánea en el tiempo con las anteriores ya que se realiza en los clubs desde que comenzó el Proyecto, al menos una vez a la semana; también se ha contado con la información recogida en diarios personales escritos por 4 informantes; para la elaboración de los diarios se les ofrece un guión con los puntos claves y de mayor interés para el estudio de las condiciones laborales.

- **Fase 2:** análisis de datos recogidos en la **historia clínica** de las 115 usuarias del Proyecto, tanto a **nivel sanitario como demográfico**; se recogen los datos y se establecen las variables más relevantes de estudio para 115 TS que acuden a la consulta. Para los datos de serologías y resultados de analíticas se analizaron los datos a nivel global con el fin de preservar la intimidad de las usuarias.
  
- **Estudio Comparativo del Estrés Psicosocial de 35 TS inmigrantes**
- **Fase 1:** Aplicación de la Entrevistas semiestructurada a la muestra de 35 TS inmigrantes para el estudio de las variables psicosociales de la TS inmigrantes.
- **Fase 2:** Aplicación de Escala de evaluación del **Estrés Psicosocial** para 35 TS inmigrantes (las seleccionadas previamente para la entrevista semiestructurada) y aplicación de la Escala al grupo de control: 35 mujeres españolas no TS, dedicadas a la hostelería; a continuación se realiza un contraste de las puntuaciones totales y parciales entre los dos grupos (TS inmigrantes y españolas).

### 3.4. ANÁLISIS DE DATOS

1. **Análisis descriptivo:** se calculó la distribución de frecuencias para las variables categóricas. Para las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central (media acompañada de su error estándar y mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar).

#### 2. **Análisis Comparativo:**

Para la comparación de las puntuaciones en las Escala de Síntomas (ESS-R) de las dos muestras independientes  $N = 35$  y  $N = 35$  (Inmigrantes y españolas) se ha aplicado la prueba no paramétrica de Kolmogorov Smirnov; se ha aplicado la prueba T de Student

para dos muestras independientes y en el caso de no asumirse la normalidad, se ha aplicado la prueba no paramétrica de U de Mann-Whitney. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS.

### 3.5. LIMITACIONES Y DIFICULTADES DE LA INVESTIGACIÓN

La **muestra** se recogió de manera sistemática entre las mujeres que acudían a la sede del Proyecto de Reducción de Daños, con el fin de utilizar sus servicios. En estos lugares fueron informadas del estudio e invitadas a participar en el mismo. El consentimiento a participar en el estudio se obtuvo de manera oral.

En general, hay que contar con el sesgo de que la muestra no es **aleatoria**; está constituida por mujeres que acuden de forma voluntaria al Proyecto de Reducción de Daños de la zona; por lo tanto no todas las mujeres TS de la zona están representadas (por ejemplo las TS que por diferentes motivos no participan del Programa, ya sea por falta de información, interés, movilidad geográfica, etc.).

La muestra de 35 TS inmigrantes seleccionada para la entrevista semiestructurada y para la aplicación de la escala de Estrés Psicosocial no es representativa, en su totalidad, de las TS usuarias del proyecto ya que se han excluido las TS que desconocen el **idioma** español.

Los resultados de la investigación no son **generalizables** a otros sectores de la Prostitución; la muestra seleccionada son TS con características específicas: son mujeres, son inmigrantes, en su mayoría en situación irregular, trabajadoras de club, y de una zona

geográfica concreta: ciudad del Norte de España, Avilés, por lo tanto no están representadas las TS de calle, piso, TS masculinos, transexuales, etc.

La **muestra es reducida**, como consecuencia de las características de la población diana y sus problemas asociados: estigmatización de la profesión, inmigrantes “sin papeles”, movilidad constante etc.; estas circunstancias dificultan la recogida de datos cuantitativos, aplicación de pruebas y cuestionarios, seguimiento y control de la muestra, etc. A esto se añade el miedo y la desconfianza de las TS inmigrantes en situación irregular, que se muestran reticentes a ofrecer sus datos porque temen el control policial y judicial.

Otro tipo de sesgos provienen de la **veracidad** de la información. Es difícil contrastar la información sobre datos muy personales (uso del preservativo, consumo de drogas, prácticas sexuales, etc.); además hay que tener en cuenta que los datos son recogidos en una consulta clínica y por personal sanitario lo que puede influir en la deseabilidad de la respuesta del entrevistador.

A pesar de estas limitaciones y dificultades, los resultados de la presente investigación proceden de uno de los escasos estudios sobre estrés psicosocial con personas inmigrantes, que, por otro lado, ejercen la prostitución en España y que intenta describir desde varias vertientes el perfil psico-socio-sanitario de las Trabajadoras Sexuales de Asturias.

## **4. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

### **4.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LAS CONDICIONES LABORALES Y EL PERFIL SOCIOSANITARIO DE 115 TS**

#### 4.1.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y ENTORNO LABORAL DE 115 TS

##### A) TIPO DE PROSTITUCIÓN:

Las TS de la muestra seleccionada trabajan en **club**, que es el tipo de prostitución más habitual y visible actualmente en **Asturias**; la prostitución de **calle** ha desaparecido de forma paulatina en las ciudades de Asturias; en Avilés se reduce a zonas específicas de la ciudad y el perfil de las TS es muy concreto: españolas con problemas asociados como drogadicción, alcoholismo, bajo nivel socioeconómico, etc. La presencia de mujeres inmigrantes en las calles de Avilés es nula, a diferencia de otras ciudades como Madrid y Barcelona. Sin embargo, sí se ha detectado en dos zonas concretas de Gijón y Oviedo la presencia de TS Subsaharianas.

La prostitución de **club en Avilés** se ejerce en locales de diferente tipo: hoteles-club (además de ser un club para trabajar ofrece la posibilidad de alojamiento a las TS), club (donde hay habitaciones, pero sin alojamiento), barra americana, whiskería y bar de alterne.

**Los locales** se encuentran en el centro de la ciudad, en los barrios, y en las afueras, cerca de las fábricas de la zona. El número de TS de cada local varía en función del tamaño del negocio, desde 5 hasta 20-25 TS. Los clubs en Avilés son negocios pequeños y no se han encontrado locales grandes (macro-clubs o “mercados del sexo”) como los ubicados en Madrid, Alicante y otras grandes ciudades.

Los propietarios regentan el propio negocio o cuentan con encargados, que además de servir en la barra, controlan el local y las TS. En el programa de “Acercamiento” del **Proyecto de Reducción de Daños** (de Médicos del Mundo Asturias) hemos establecido contacto tanto con los encargados como con los dueños, con el fin de pedir permiso y facilidades para el desarrollo de las actividades del programa.

Los dueños y encargados nunca han puesto dificultades para el desarrollo del programa, excepto si no se cumplen una serie de reglas:

- Acudir al local en horas y días de poco trabajo y con pocos clientes.
- Establecer siempre el mismo día y hora para las visitas.
- No molestar a las TS que estén con clientes en la barra.
- Desarrollar las actividades en el lugar del local previamente establecido.
- No ofrecer y repartir a las TS un número grande de preservativos en aquellos locales en los que se venden en máquina; el dueño lleva un tanto por ciento de ganancia en la venta.

El horario y día de la semana más habitual para el desarrollo de las actividades del programa es entre las 8 y las 10, de lunes a miércoles; son los días y el horario en que hay menos clientes; las TS descanan precisamente entre el lunes y el miércoles, y esto afecta a la efectividad del programa.

El **horario de trabajo** es variable; hay locales que abren por la tarde, a las 18.00, y otros a partir de las 20.00; los que están en el centro de Avilés abren a las 22.00. La hora de cierre suele ser entre las 4.00 y las 6.00 de la madrugada. Los fines de semana se cierran más tarde.

## **B) CONDICIONES DE TRABAJO:**

Las condiciones laborales depende del tipo de local; en los clubs, sin alojamiento, existen varias **modalidades** de trabajo:

- Servicio sexual para clientes en habitaciones.
- Servicio sexual y copa en el reservado.
- Acompañar al cliente para tomar una copa o charlar en la barra o la mesa.

En los **clubs-hotel** permiten trabajar y alojarse. Los precios del alojamiento en Avilés oscilan entre 12 y 30 euros al día; se incluye alojamiento y pensión completa; cuentan con servicio de cocina y servicio de limpieza; en este tipo de local no es necesario estar un mínimo de días o “hacer plazas” de 21 días). En el local se ofrecen los Servicios ya mencionados.

Las **condiciones laborales** (normas y deberes de las TS impuestas por los dueños del local) son las mismas para todos los tipos de locales:

- Se debe trabajar todos los días, excepto el día de descanso (lunes o martes generalmente). Si se falta un día existe una sanción de 30 euros.
- No se puede llegar tarde; si esto sucede, existe una sanción.
- No se puede salir o contactar con los clientes fuera del trabajo.
- Nada de drogas ni alcohol, para evitar problemas policiales y aumentar el rendimiento.
- Utilizar preservativo, que se puede adquirir en el local por 1 euro. (En algunos locales es obligatorio comprar el kit de sábana desechable y preservativo por 2 ó 3 euros.).
- Realizar revisiones periódicas para el control de las ITS.
- Si es un club-hotel, cenar por turnos, para no dejar el local vacío; la comida es de 14.00 a 15.00 horas. No existe servicio de cocina fuera de este horario.
- No estar sentada o parada sin clientes cuando hay mucha demanda.
- La negociación del precio, del servicio sexual y el pago se realiza antes de la prestación.
- No demorarse en la habitación cuando se ha finalizado el servicio.
- El horario de trabajo es de 8 horas diarias, excepto los fines de semana.

### C) CONDICIONES ECONÓMICAS:

Las condiciones económicas varían en cada local; hemos tomado como referencia los precios de diferentes tipos de local de Avilés, a partir de los datos aportados por nuestras informantes:

El **servicio** en habitación oscila entre los 40 y los 60 euros; duración mínima 20 minutos. El porcentaje de **ganancia** de cada servicio **sexual** para la TS y el propietario es de un 75-25 respectivamente; en algunos casos es de un 80-20. El precio mínimo de una **copa** para el **cliente** es de 6 euros y el precio mínimo de una copa para la **TS** es de 30 euros. El porcentaje de **ganancia** en cada **copa** es de un 50 % para cada uno (para el dueño y para la TS). La **duración** de cada servicio sexual en habitación es de 20 minutos mínimo. Las **copas en el reservado** son más caras que en la barra; pero los servicios en el reservado son más baratos que en la habitación.

**No se paga un fijo** o sueldo mínimo mensual. En 1992, Ignasi Pons (Pons, 1992) constataba diferentes tipos de condiciones económicas en los locales de Asturias; el porcentaje de comisión para la TS era más bajo a cambio de un fijo; el resto de las condiciones analizadas eran muy similares y no han cambiado sustancialmente.

**El número de clientes** por día oscila de un local a otro y depende de diversos factores:

- factores asociados a la economía del cliente: hay épocas de recesión económica familiar como el mes de Septiembre por los gastos escolares, por ejemplo; hay épocas de mayor disponibilidad monetaria como la época de Navidades, los primeros días de mes, etc.; en verano hay pocos clientes, porque coincide con las vacaciones familiares
- . Otros factores determinantes dependen de la situación de cada TS: la presión de la deuda, que obliga a trabajar más horas y por lo tanto con más clientes; las

necesidades económicas personales (pagar un billete para visitar a la familia, la compra de un artículo, etc.); el número de clientes por día prefijados por cada TS (que varía para cada una y por razones muy diversas); las preferencias y gustos personales de cada TS con respecto a los clientes (si no quieres trabajar con un cliente lo cedas a una compañera del local). La salud y los días de menstruación también son factores que influyen en el número de servicios sexuales al mes (hay TS que trabajan durante el tiempo que dura el período y otras no; ).

- En general los factores son múltiples y variados; el número medio dado por las informantes de nuestro estudio es de 3 clientes al día; (la cifra media coincide con otros estudios: Ignasi Pons (1992) obtiene en Asturias una media de 2,7 clientes por día, y Pilar Estébanez (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002) en todo el territorio español una media 4 clientes por día).

Las **ganancias mensuales netas**, descontando las comisiones de ganancia del propietario, pagos de preservativos y sábanas, alojamiento, etc., son también muy variables y difíciles de determinar; depende del mes y de la temporada (alta o baja), el tipo de servicios realizados, los precios del local, etc. La media que obtenemos de las informantes es de 1.500 a 2.000 euros.

#### **D) PRÁCTICAS SEXUALES:**

Las **prácticas sexuales** más habituales son el sexo vaginal y el sexo oral al hombre (felación). Si se les pregunta por el uso del **preservativo**, todas las TS dicen que lo utilizan SIEMPRE, aunque la realidad es muy otra (Medeiros, 2000). El uso del preservativo está condicionado por factores como la presión económica y la confianza con el cliente. Las informantes comentan que hay compañeras que ante la presión de la

deuda o la necesidad de hacer un gran número de clientes por noche, ofrecen al cliente el servicio sin preservativo, a veces, por un poco más de dinero, o a condición de repetir el servicio en más ocasiones. Establecer contactos siempre con los mismos clientes, o adquirir un grado de confianza con ellos, supone el riesgo de confundir el trabajo con la amistad, y por lo tanto de tomar menos medidas de prevención y protección. Estos datos son confirmados por otros estudios sobre TS y conductas de riesgo (Vanesenbeeck, 2001).

La **práctica más solicitada** es el sexo oral al hombre (felación), y, en menor medida, el sexo oral por parte del cliente a la mujer. Las TS acceden a este tipo de relación dependiendo de la confianza que les inspire el cliente (no tener enfermedades importantes), o de la cantidad adicional que este ofrezca.

Las TS señalan que la **atracción y el placer** también están presentes en su trabajo; disfrutan más si el cliente es atractivo y sobre todo si presenta buenas condiciones higiénicas.

Para **protegerse de las enfermedades** utilizan el lavado previo de los genitales del cliente, y examinan detenidamente los órganos para detectar posibles manchas, prurito, o heridas sospechosas de ITS; estas estrategias se incluyen en la práctica sexual como juego erótico para el cliente; por otro lado, además de permitir una prevención, acortan el tiempo del servicio.

En **los talleres de “sexo más seguro”** realizados en el Programa de Acercamiento y en el centro del Proyecto, se han detectado una serie de **conductas de riesgo**:

- De cada 7 TS que han participado en un taller, **3 no colocan correctamente el preservativo** en el simulador de pene; dejan aire en la punta, no lo bajan hasta abajo, lo extraen incorrectamente, o abren el envoltorio con las uñas o la boca, entre otros errores.

- En los talleres de sexo seguro se les enseña a poner el preservativo con la boca; se observan diferencias en práctica y habilidad, según la experiencia de la TS; las hay que nunca lo habían hecho y otras dominaban perfectamente la técnica. Se les señala que este aprendizaje es para situaciones de emergencia, cuando el cliente no quiere utilizar el preservativo; las observaciones y comentarios de las TS también resultan muy variados: algunas reconocen que nunca les ha sucedido, y otras dicen incluirlo en la relación con el cliente como juego erótico.
- En otros tipos de talleres se han observado y constatado errores y **desconocimientos sobre conductas de prevención**; muchas TS desconocen qué procedimiento seguir ante la **rotura del preservativo** en la práctica del sexo vaginal; otras no saben qué es la **"pastilla del día después"** (tratamiento abortivo) o dónde está **ubicado el Centro de Planificación Familiar** más cercano.
- Cuando tienen el **período** algunas TS se introducen una esponja (comprada en las droguerías) para evitar el sangrado durante la relación vaginal con el cliente.
- Cuando terminan la relación vaginal con el cliente se suelen lavar con jabones fuertes en olor y textura y realizan **duchas vaginales frecuentes**.
- La **información más solicitada** por las TS en los Talleres es sobre las enfermedades e infecciones venéreas, en especial, cómo detectarlas en los clientes. La pregunta más frecuente es si el sexo oral sin protección facilita la transmisión del VIH. Los productos más demandados en los Programas de Acercamiento son el preservativo y los lubricantes.
- La mayor dificultad en el trabajo con los clientes es la **negociación** del uso del preservativo en el sexo oral. Las informantes nos comentan que algunos clientes ofrecen más dinero o les amenazan con recurrir a otras compañeras que no exigen el preservativo.

## E) INCONVENIENTES DEL TRABAJO:

Las TS se quejan de diferentes aspectos de su trabajo:

### Condiciones físicas del local:

- Son espacios cerrados, con excesivo humo y escasa ventilación.
- A penas ven la luz del día, especialmente en invierno; entran y salen de noche del local; el resto del día lo utilizan para dormir.
- Excesivo ruido en algunos de los locales, con la música tan alta que casi no permite hablar de forma relajada.

### Condiciones horarias:

- Se quejan de trastornos de **sueño**; concilian mal el sueño a pesar de estar muy cansadas y no se acostumbran al trabajo nocturno.
- Sólo realizan una **comida** completa al día; si viven en el club-hotel, no suelen levantarse a mediodía (de 14.00-15.00 horas) para comer, con lo cual sólo pueden cenar, que suele ser entre las 20.00 y las 22.00 horas. No existe servicio de cocina fuera del horario estipulado. Si viven en un piso, los hábitos de alimentación son más regulares y procuran desayunar antes de irse a dormir, y cuando se levantan vuelven a comer (merienda-cena) antes de ir a trabajar. Otras prefieren respetar los horarios de comida habituales, y se levantan para comer, aunque después sigan descansando. Por lo general, las TS se quejan de problemas intestinales por la irregularidad de las comidas y por el alcohol que tienen que ingerir en el trabajo con el estómago vacío.
- Con el horario de nocturnidad casi no tienen tiempo de **relacionarse con amistades** que tengan otro tipo de horario laboral (de mañana o tarde); el descanso entre semana (los martes o lunes generalmente) tampoco les permite participar en reuniones sociales, pues generalmente se reservan estas reuniones para los fines de semana.

- El horario de noche les obliga a estar todo el día durmiendo y no suelen dedicar tiempo al **ocio** y al disfrute de actividades lúdicas.
- Suelen dormir entre 10-12 horas al día. (de 4.00-6.00 horas de la madrugada hasta las 18.00 horas de la tarde). Nos dicen que están muy cansadas físicamente y que no les apetece hacer ninguna actividad; el día del **descanso** lo emplean en hacer alguna compra o realizar tareas pendientes en la ciudad.
- Otro inconveniente del horario nocturno es que a penas tienen horario para realizar **gestiones** (bancos, médico, extranjería, asuntos sociales, etc.) que suelen tener horario de mañana.
- Cuando **viven en el club**, esta “inactividad” es aún más acentuada; el sistema de alojamiento les evita el tener que salir a la ciudad, pueden dedicar más tiempo a dormir y descansar. La rutina de no salir y no hacer nada les lleva a un estado de apatía y de falta de interés por cualquier tarea. También en la consulta de Psicología del Proyecto y en el Programa de Acercamiento se han observado diferencias significativas entre las TS, en función de que vivan en un piso de la ciudad o en el club: las que viven en el club tienden a acudir menos a la consulta y tardan más en venir por primera vez; si piden cita previa en la consulta suelen fallar más y no acudir; se quejan más de problemas psicológicos, como depresión y ansiedad; tienden a evitar las salidas a la ciudad y, por lo tanto, desconocen los recursos de la zona y su ubicación; estas actitudes repercuten en las habilidades de control y afrontamiento de los problemas cotidianos. Estas conductas y síntomas se han observado tanto en las recién llegadas como en las que llevan dos años viviendo en el local.

#### **La indumentaria de trabajo:**

- Las TS suelen llevar calzado muy alto, que les genera dolor en los pies, la espalda y los riñones; algunas se quejan de la aparición de varices por el uso del calzado. En cuanto a la

ropa y el arreglo personal, las TS se quejan de que exige excesivo tiempo y dinero: la ropa de lencería y los vestidos de fiesta o de noche son caros; las que viven en el club-hotel suelen comprar la ropa y los zapatos al vendedor ambulante que las visita en el local cada cierto tiempo. En cuanto a su arreglo personal, tienen que invertir necesariamente todas las semanas en peluquería, maquillaje, depilación, etc.

#### **Relaciones laborales:**

- Las relaciones con las compañeras no siempre son cordiales. Las TS inmigrantes se agrupan y se unen por nacionalidades: forman grupos para hablar, salir a la ciudad, acudir a la consulta médica e incluso para colocarse físicamente en el local; existen rivalidades entre los grupos y también entre las compañeras, especialmente cuando se disputan los clientes. Las que viven en el club-hotel se quejan de la rutina de estar siempre en el mismo sitio y con las mismas personas, y de que apenas hay intimidad. Los problemas personales y familiares prefieren no comentarlos entre ellas: cada una tiene los suyos y comentarlos sólo sirve para acentuar el malestar psicológico.

#### **4.1.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Los datos sobre el Marco Laboral obtenidos en Avilés coinciden y son **consistentes** con los datos obtenidos en otras investigaciones sobre condiciones de trabajo y económicas, tipo de servicios sexuales, tarifas, número de clientes al día, precios,

horario laboral, etc. Existe poca variación con los estudios realizados en: Galicia y Pamplona (Oso, 2000; Bonelli, 2002); Galicia (Andrade y Casal, 2000); Castilla y León (Jiménez y Vallejo, 1996); Castellón (Ferrer, 2001); también se encuentran datos coincidentes con los obtenidos en el estudio más amplio (a nivel nacional) y el más reciente del FIPSE (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002).

En los estudios citados encontramos **coincidencias** en los datos referidos a la presencia de TS inmigrantes en los clubs y no en la calle, excepto en grandes poblaciones (Madrid, Barcelona) y en el Levante, donde se constata que sí existen TS inmigrantes trabajando en la calle. También coincide el tipo y tamaño de local: en el Norte de España suelen ser pequeños negocios que no superan las 20 TS.

Las **variaciones** de nuestro estudio con respecto a los estudios citados se refieren a aspectos económicos como el precio por servicio sexual; se constata una menor ganancia de las TS inmigrantes de los clubs de Asturias y en el Norte de España en general. Otra diferencia importante, que parece característico del Norte, es que no existe la modalidad de "plaza"; las TS en los clubs de Avilés pueden permanecer todo el tiempo que quieran en el Hotel-club (no sólo los 21 días que dura una plaza en Madrid o en el Levante) y pagan menos por día de estancia (en Avilés oscila entre las 2.000 y las 5.000 pesetas, frente a las 8.000- 10.000 que se pagan en Madrid, Levante, etc.). También se observan diferencias en cuanto a la deuda contraída por el viaje; en nuestro estudio se ha constatado que las colombianas pagan alrededor de 600.000 pesetas; en el estudio de Castellón con inmigrantes colombianas pagan hasta 800.000 pesetas.

Otra variación es la ubicación de los locales: en el caso de Avilés (y en Asturias en general) se encuentran dentro de la ciudad, frente a otras ciudades que tienden a ubicar los clubs a las fueras de la ciudad.

Los datos obtenidos actualmente en Avilés, **sí difieren**, de forma más significativa, con los obtenidos en **Asturias** en otros estudios tanto de corte psicosocial como epidemiológico realizados en la **década de los 90**.

Con respecto al estudio de Ignasi Pons (1992), y al estudio realizado en las Unidades de ITS (López y Cuesta, 1992), las diferencias se deben principalmente a dos factores: por un lado, la evolución y cambio de la sociedad en una década (en políticas judiciales, laborales, sanitarias, sociales, económicas, sensibilización social, etc. hacia el fenómeno de la prostitución) y por otro la incorporación de la mujer inmigrante en el sector de la prostitución en España, lo que inevitablemente conlleva un tipo de problemas asociados (irregularidad, vulnerabilidad, abuso y explotación, inexperiencia laboral, emigración temporal, diversidad cultural, estigmatización de la inmigración, etc.) y unas características del sector específicas (madres y cabezas de familia, jóvenes, con estudios y formación, sin adicciones a drogas o alcoholismo, etc.).

En los estudios citados el porcentaje de inmigrantes es muy reducido (el 20%, frente al actual, al menos en el sector club, que asciende al 95%). Por lo tanto, las conclusiones obtenidas en estos estudios sobre las condiciones de vida y de trabajo también difieren sustancialmente. En la década de los 90 se pagaba un fijo diario en los locales a las TS y los porcentajes de ganancias entre dueño del local y TS también varían; se constata que los precios y ganancias hace 10 años en Asturias eran más altos, lo que nos hace pensar que ha habido poca evolución en el nivel de vida o que los precios han caído,

como producto de la fuerte competencia y de la emigración; algunas de las españolas encuestadas y usuarias del Proyecto de Reducción de Daños de Médicos del Mundo, nos informan de que los precios y por lo tanto las ganancias han bajado desde que llegaron las inmigrantes. Otras diferencias son: el nivel cultural, que era más bajo hace 10 años, y por lo tanto se puede deducir que las inmigrantes superan en estudios a las españolas. Otra diferencia importante es el acceso a los servicios públicos sanitarios y sociales, la obtención de cartilla sanitaria, la desinformación sobre servicios, etc.; en la actualidad estos problemas de información y acceso parecen estar superados en parte; en nuestro estudio, se constata que a todas las usuarias de la muestra se les ha informado, por lo tanto tramitado, la tarjeta sanitaria así como el acceso a los servicios sociales y sanitarios públicos. Sin embargo, hay otros datos que no han cambiado, a pesar del paso del tiempo y el cambio en el perfil de la TS: el número de clientes, las condiciones laborales impuestas por los dueños, el horario de trabajo; los mayores inconvenientes que aducían las TS era la falta de relaciones sociales a causa del horario nocturno y del descanso entre semana y no los fines de semana; estos datos coinciden con nuestra muestra actual.

### **En Conclusión:**

Las TS inmigrantes de nuestra muestra trabajan en club. El perfil de las TS de los clubs de Asturias ha cambiado en la última década. Actualmente la mayoría de TS de clubs son inmigrantes.

Las condiciones laborales del club son específicas y diferentes a otro tipo de prostitución. El entorno laboral incide en su calidad de vida y bienestar psicosocial:

- Las condiciones **físicas del local** (falta de ventilación, excesivo ruido ambiental, locales con humo, etc.);

- Las condiciones **horarias** del trabajo (nocturnidad, falta de luz diurna, problemas de regularización del sueño y la alimentación, escaso tiempo de descanso semanal y por lo tanto de ocio y relación social, etc.).

- Las condiciones inherentes al trabajo: **consumo y presencia de alcohol, tabaco y drogas.**

- Otras condiciones inherentes al trabajo: los riesgos de contraer **enfermedades** o infecciones, ITS, VIH; por el contacto permanente con otras personas, etc.

- Las condiciones **económicas**: el trabajo a comisión y no con fijos mínimos diarios las obliga a trabajar bajo fuerte presión para el pago de las deudas diarias, y las deudas a largo plazo; trabajar a comisión supone asumir que las ganancias no dependen del rendimiento personal, sino de factores externos poco controlables (la falta de clientes en determinados días o épocas, por ejemplo, o una enfermedad que impida trabajar en un momento). También hay que añadir la competitividad y la rivalidad con las compañeras.

- Las condiciones **laborales** impuestas por los dueños de forma unilateral, y la falta de regularización del trabajo y por lo tanto la falta de derechos laborales y sociales reconocidos, sitúa a las TS inmigrantes en situaciones de sufrir abuso y explotación y en situación de vulnerabilidad.

- Por otro lado, la **inexperiencia** y la falta de formación cualificada de las TS inmigrantes conduce inevitablemente a que incidan en conductas de riesgo para su salud: el desconocimiento de los mecanismos de transmisión de infecciones, especialmente el VIH; la automedicación de óvulos vaginales para prevenir infecciones; realizar lavados vaginales frecuentes; no descansar en la toma de anticonceptivos orales; introducirse esponjas vaginales; el desconocimiento de métodos anticonceptivos y de planificación familiar (como la “pastilla del día después”), etc.

De todo lo expuesto se deduce que es imprescindible proseguir con las campañas de prevención, sensibilización, información y educación sexual, atención integral (social, sanitaria y psicológica) de las TS, en su mayoría inmigrantes; es fundamental el trabajo realizado por las ONGS con estos colectivos de TS, como los programas de reducción de daños, programas de acercamiento, talleres de sexo seguro, atención sanitaria, etc. Es necesario y urgente que las administraciones públicas y las autoridades sanitarias, así como la Consejería de Bienestar Social, tomen conciencia del problema y articulen políticas conducentes a promover la integración y la atención social a estos nuevos colectivos ciudadanos: los inmigrantes, y, dentro de ellos, los grupos de mujeres TS.

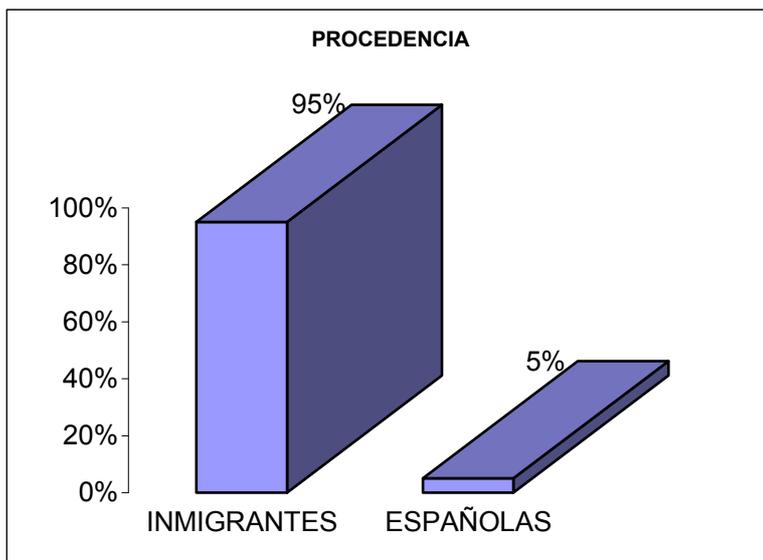
#### **4.1.3. RESULTADOS DEL ESTUDIO DEL PERFIL SOCIO-SANITARIO DE LAS 115 TS**

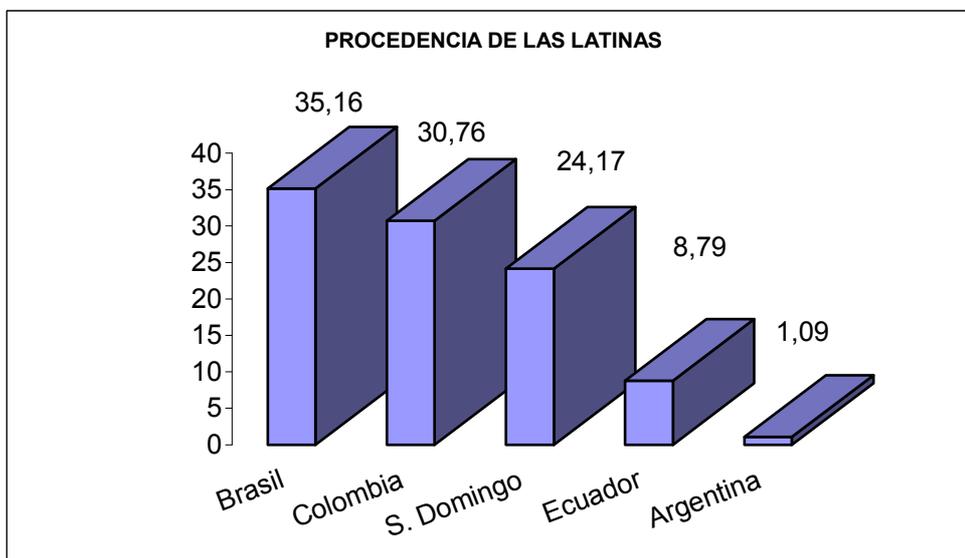
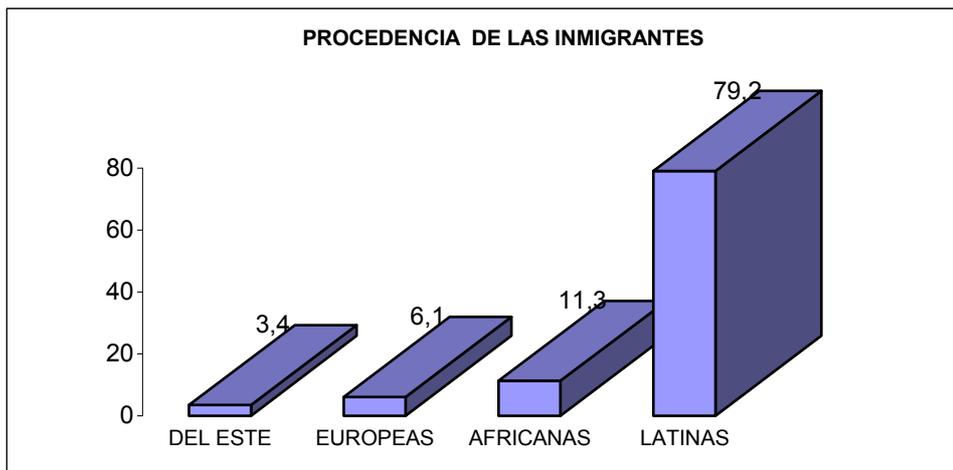
Los resultados del análisis para una muestra N 115 trabajadoras sexuales de clubs del área III de Asturias (Avilés) son los siguientes:

## A) PROCEDENCIA

El perfil de las trabajadoras sexuales de los clubs de Avilés es el siguiente:  
Españolas: 5,2%. Inmigrantes: 94,8%

Por continentes: Europeas Comunitarias, incluidas las españolas: 6,1%; es el grupo menos numeroso junto con las procedentes de la Europa del Este: 3,4%, y las Africanas: 11,3%; las TS más numerosas son las Latinoamericanas: 79,2%; de éstas, la distribución y porcentajes de cada país con respecto a la muestra total es la siguiente: brasileñas 27,8%, colombianas 25,2%, dominicanas 18,3%, ecuatorianas 7% y argentinas 0,9%.





**B) EDAD:**

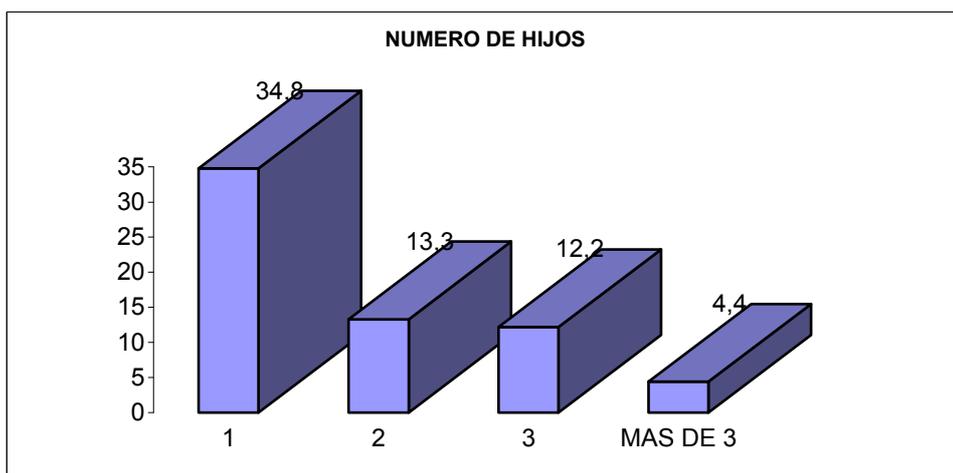
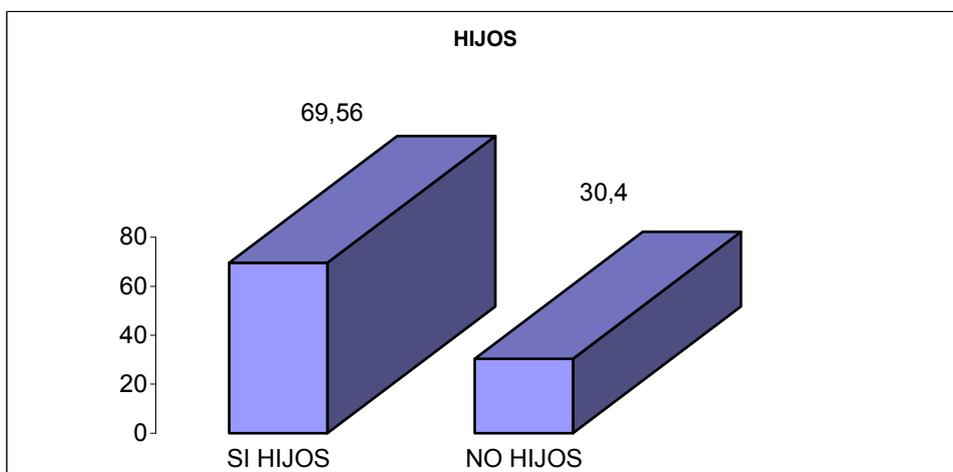
Las edades de nuestra muestra abarcan desde los 20 a los 49 años; no se han detectado menores de 18 años en el grupo de usuarias del Proyecto.

El grupo más numeroso está constituido por las mujeres entre 24 y 26 años. La distribución y la media de edad se asemejan a los datos de los estudios ya citados (media 28,48 y desviación típica 6,37)

### C) SITUACIÓN FAMILIAR:

Tienen hijos el 69,6%, y la distribución según el número de hijos es la siguiente: 1 hijo: el 34,8 %; 2 hijos: el 18,3 %; 3 hijos: el 12,2% y más de 3 hijos: 4,4% de las TS. La media y desviación típica es 1,26 y 1,17.

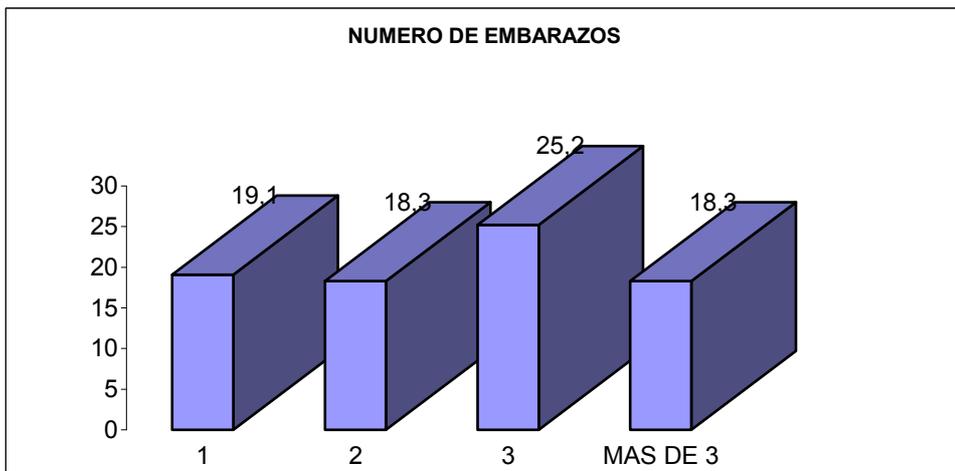
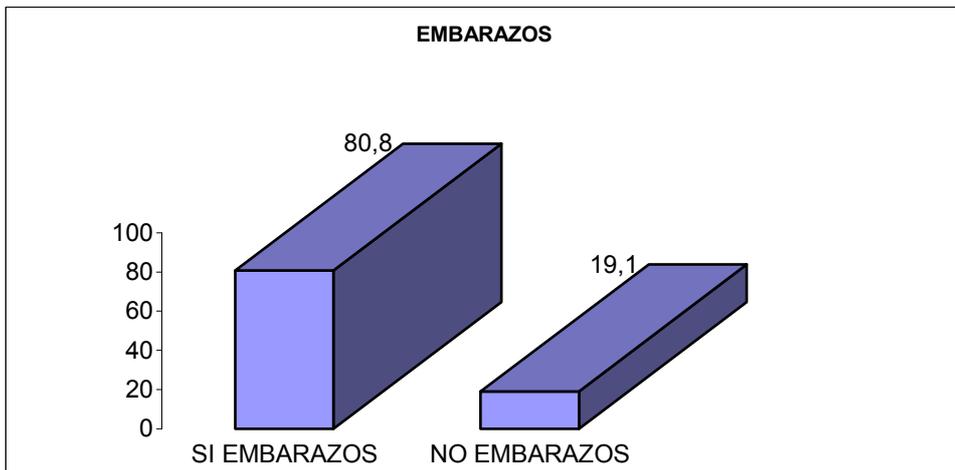
Las que más hijos tienen son las latinoamericanas; las que tienen 3 ó más hijos son el 31% de las Dominicanas y un 25% de las Colombianas.



### D) PLANIFICACIÓN FAMILIAR

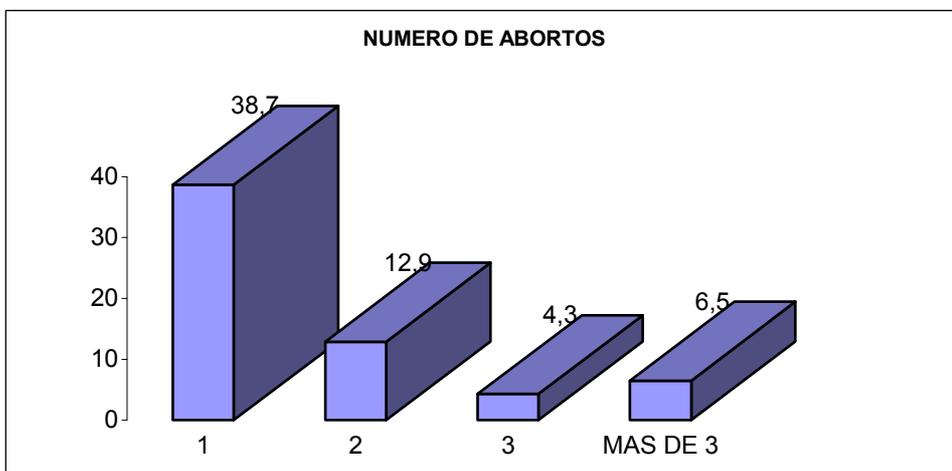
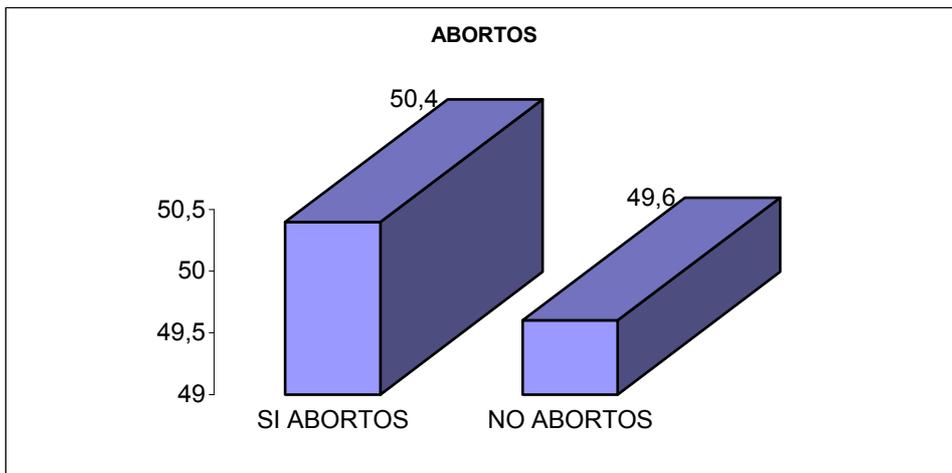
Embarazos:

El 19,1% de las TS no han tenido embarazos; el 80,9% de TS han tenido embarazos. La media son 2,22; mediana 2 y moda 3; desviación típica 1,8. La distribución de la frecuencia de embarazos es la siguiente: 1 embarazo: el 19,1%; 2 embarazos: el 18,3%; 3 embarazos: el 25,2%; y más de 3 embarazos: el 14,8%.



**Abortos** :

Han tenido abortos el 50,4% de las TS. No ha tenido abortos el 49,6%. En los datos ofrecidos sobre abortos no se distingue entre interrupciones voluntarias y espontáneas. El número de abortos es 93, lo que supone una media de 1,12, mediana 1 y moda 1; desviación típica de 1,45. La distribución de la frecuencia de abortos es la siguiente: 1 aborto: el 38,7%; 2 abortos: el 12,9%; 3 abortos: el 4,3% y más de 3 abortos, el 6,5%.



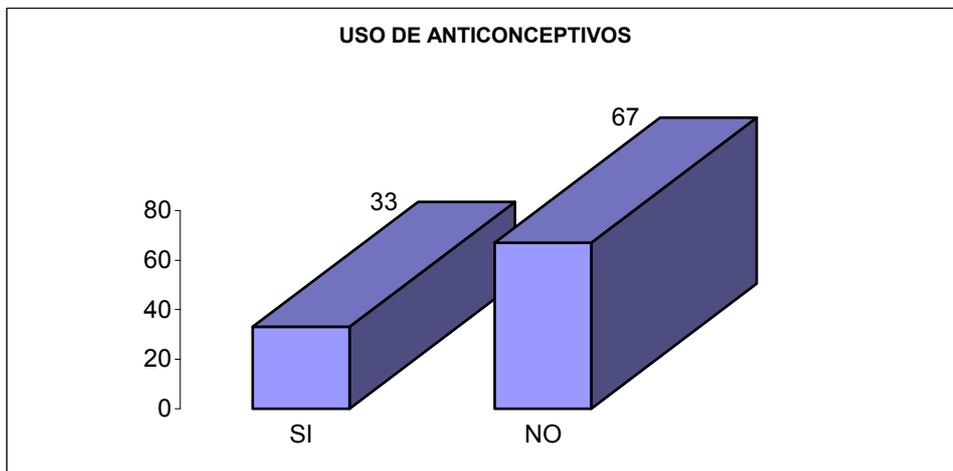
**Pruebas de Embarazos:**

- Se han realizado en consulta clínica del Proyecto un total de 19 pruebas:
- El 52,63% son negativas
- El 47,36% son positivas; de ellas, el 33,33% son embarazos a término

*Datos globales de la consulta, no están registrados en cada una de las mujeres según procedencia dado el pequeño número de la muestra para preservar la confidencialidad de los datos*

### **Métodos anticonceptivos:**

En la primera consulta se registran los siguientes datos: utilizan método anticonceptivo oral el 33%, y no lo utilizan el 67% de las TS.



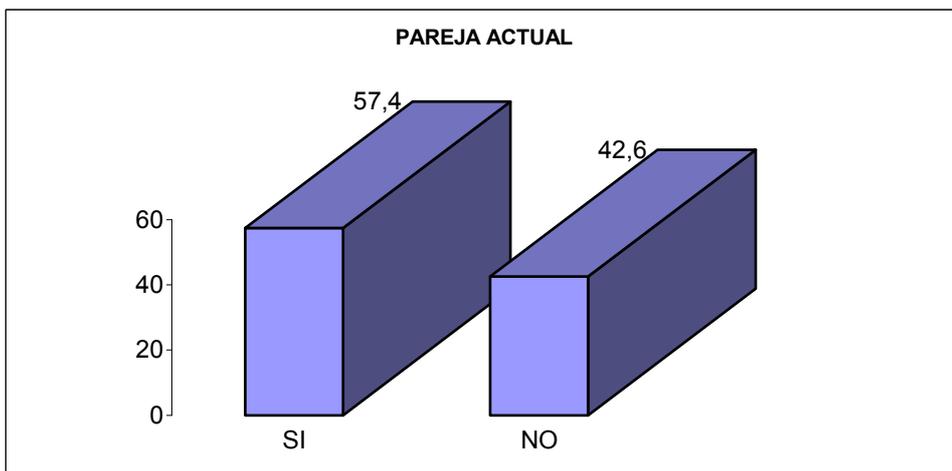
### **Uso del preservativo:**

En la primera consulta dicen utilizar el preservativo en el entorno laboral un 99,1% y tan sólo el 0,9% dice utilizarlo a veces.



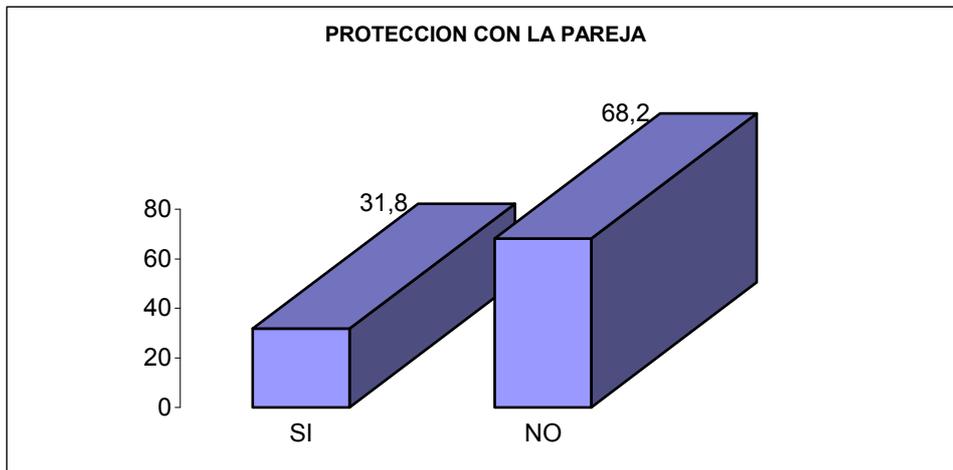
**Pareja:**

En la primera consulta dicen tener pareja el 57,4% de las TS. No tienen pareja el 42,6%. Las parejas suelen ser españoles que han conocido en el lugar de trabajo; en algunos casos se producen uniones reales y en otros son matrimonios de conveniencia para obtener la nacionalidad española; algunas de las entrevistadas señalan que el casamiento de conveniencia es previo pago, entre 2000-3000 euros.



### Protección con la pareja:

Entre las que dicen tener pareja en la primera consulta (el 57,4%), dicen utilizar preservativo con la pareja actual el 31,8% y dicen no utilizarlo el 68,2%.



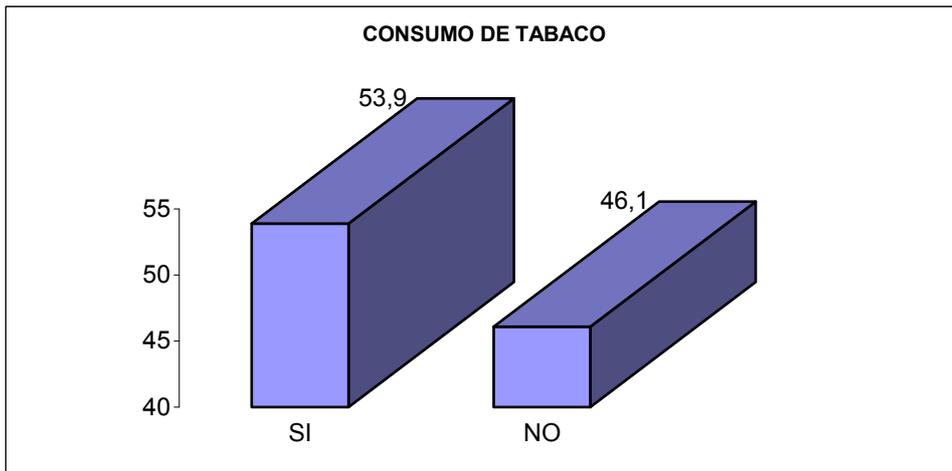
### E) HÁBITOS DE SALUD:

#### Consumo de Tabaco:

Fuman el 53,9% de la muestra y no fuman el 46,1% de las TS. Las cantidades varían:

- |                              |        |
|------------------------------|--------|
| - Menos de 10 cigarros:..... | 58,66% |
| - 1 paquete de tabaco:.....  | 33,28% |
| - Más de 1 paquete:.....     | 8,06%  |

*Datos no registrados en el tratamiento estadístico de los datos*

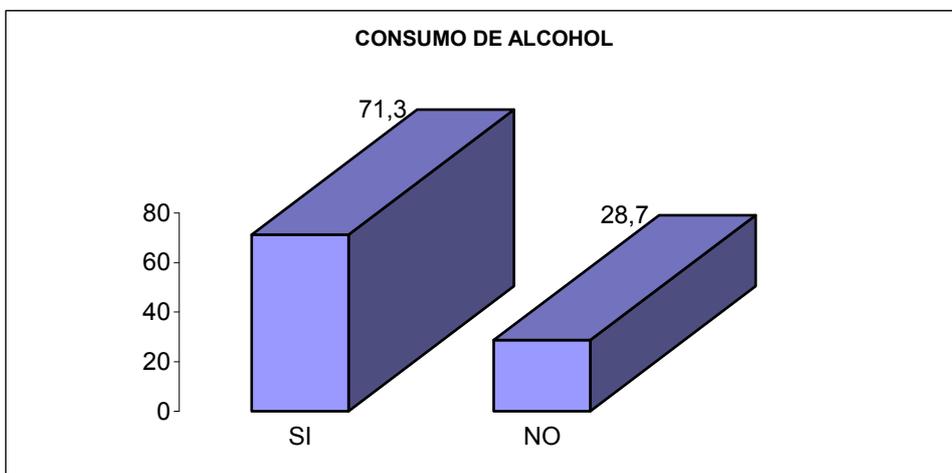


**Consumo de Alcohol:**

No beben alcohol el 28,2% y beben el 71,3% de las TS, con la frecuencia y cantidades siguientes:

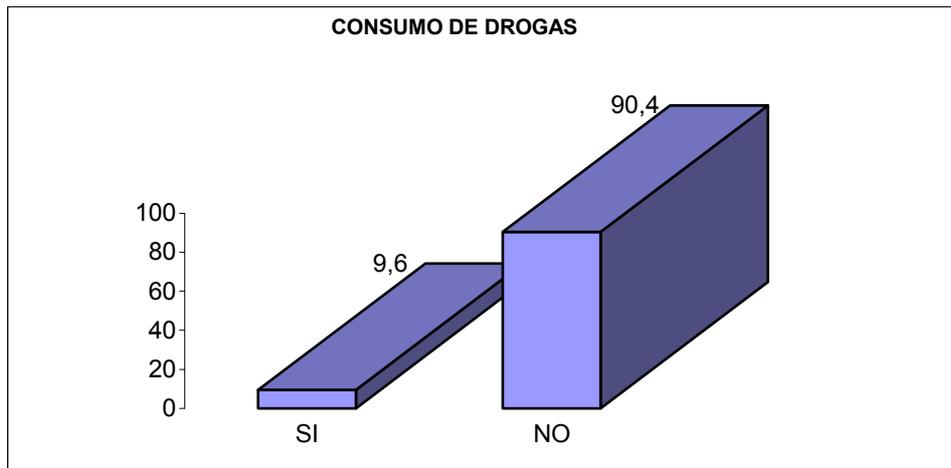
- |  |        |
|--|--------|
| - Beben de forma ocasional, ó 1-2 copas al día:..... | 62,19% |
| - Beben más de 3 copas al día :.....                 | 37,80% |

*Datos no registrados en el tratamiento estadístico de los datos*



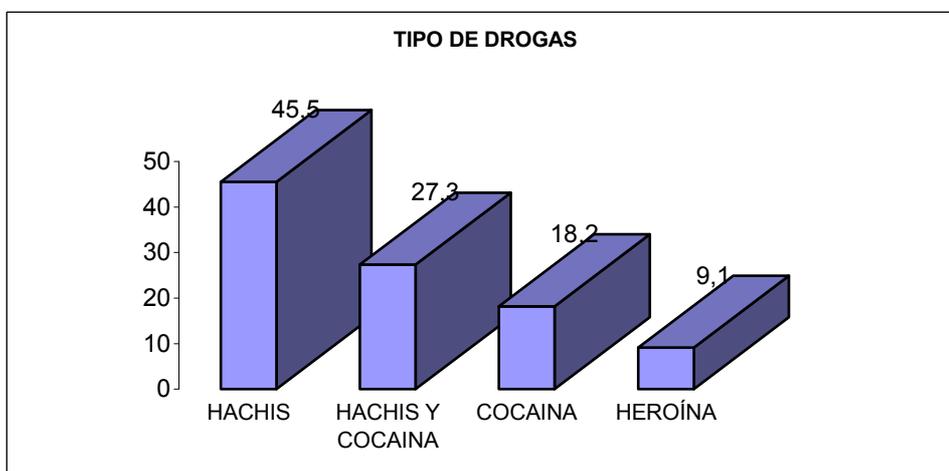
**Consumo de Drogas:**

El 9,6% de las TS reconocen consumir drogas, y no consumen drogas el 90,4%; se consumen en horas de trabajo y con los clientes.



**Tipo de Drogas:**

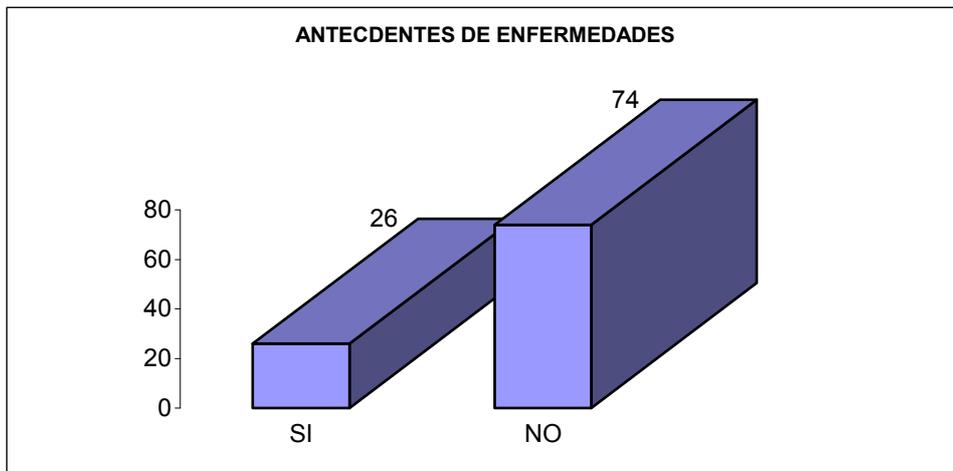
De las que dicen consumir drogas (el 9,6% de la muestra total), el tipo de drogas y su distribución es la siguiente: sólo Hachis, el 45,5%; Hachis y Cocaína, el 27,3%; sólo Cocaína, el 18,2%; y sólo Heroína, el 9,1%.



## F) ESTADO DE SALUD:

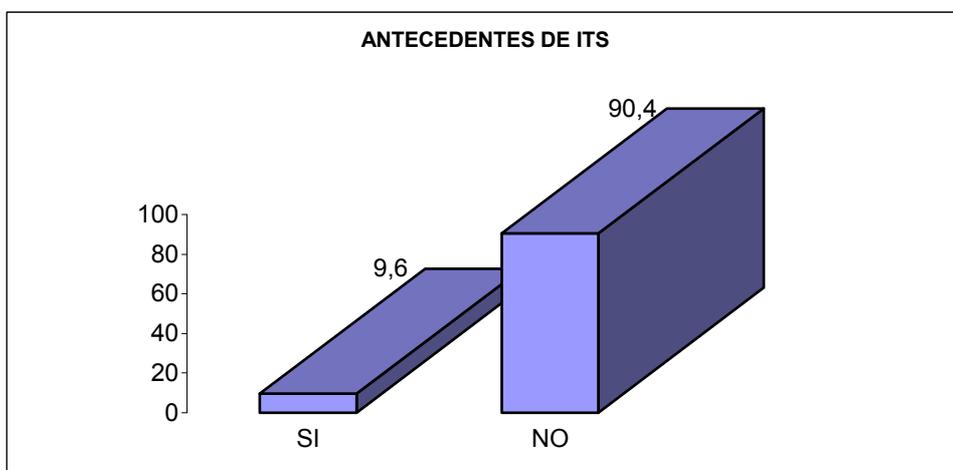
### Enfermedades Previas o Estado de Salud General Previo:

El porcentaje de TS con enfermedades anteriores o previas a la primera consulta es del 26,01%. No tienen antecedentes de enfermedades el 73,9%; la media de TS con enfermedades anteriores es 0,26 con desviación típica de 0,44.



### Infecciones de Transmisión Sexual Previas:

El porcentaje de TS con Infecciones de transmisión sexual anteriores a la primera consulta es del 9,6%. No tienen antecedentes de ITS el 90,4% de las TS.; la media de TS con Infecciones de Transmisión sexual es 0,10 con desviación típica de 0,29.



### **Número de Consultas Clínicas:**

El número medio de consultas de cada TS es de 3,40 y desviación típica de 2,064; la frecuencia y distribución se reflejan en la tabla de frecuencias; sin embargo, hay que señalar que estos datos no son representativos, ya que las TS con historias clínicas abiertas hace más de un año tienen un mayor número de consultas frente a las TS que se han incorporado en el último mes. Por lo general, las TS suelen venir cada 3-6 meses para una revisión y control de ITS.

### **Control de las ITS y del VIH:**

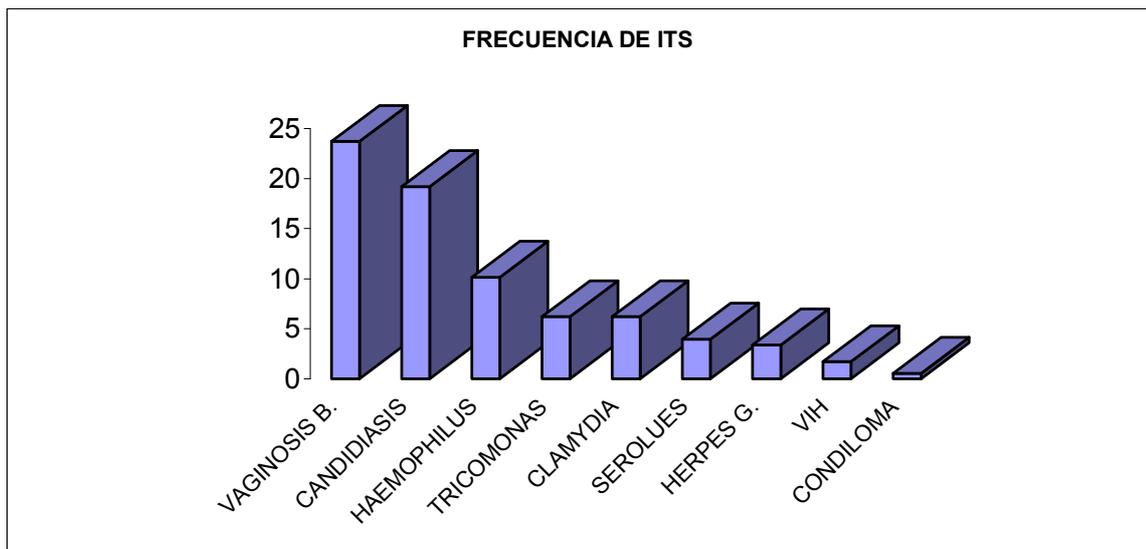
Los datos y resultados de estas variables se presentan de forma global para preservar la intimidad de las 115 usuarias del Proyecto.

En la consulta de ITS del Centro Cereda de Médicos del Mundo (Centro de Reducción de Daños para mujeres TS del área III) se han realizado un total de 298 seguimientos y consultas sanitarias en dos años (2002-2003); la media del número de consultas es de 3,4 por cada TS.; el intervalo es de 1 a 9 consultas.

El número de historias clínicas durante el primer año (2002) ha sido de 58 y en el segundo año (hasta octubre del 2003) se han abierto 57 historias clínicas nuevas: en total, 115.

Se han realizado un total de 177 exudados y serología y 123 citologías. Se han administrado en total 136 dosis de vacunación de la Hepatitis y un total de 119 del Tétanos. Los resultados más relevantes son:

De un total de 177 exudados y serologías en una muestra de 115 mujeres, la proporción de patologías detectadas es la siguiente:



#### 4.1.4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

##### Perfil sociodemográfico:

La **procedencia** y por lo tanto el perfil de las TS de los clubs de Asturias ha cambiado en los últimos 10 años; los datos obtenidos en Asturias en la década de los 90 son los siguientes: TS inmigrantes: el 21, 8%; cerca del 80% de TS son españolas (Pons, 1992); actualmente el 94,8% son inmigrantes y un 5,2% españolas. En Castilla y León, (Jiménez y Vallejo, 1999) las TS inmigrantes son el 41,5%. En el estudio del FIPSE (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002), los datos son: 70% inmigrantes y 30% españolas; no hay que olvidar que el citado estudio abarca toda España y no sólo se refiere a prostitución en club, sino que incluye otras modalidades: calle, piso, etc. de ahí la diferencia de datos con respecto a nuestra muestra.

Las TS inmigrantes de Avilés proceden en su mayoría (80%) de Latinoamérica (el grupo más numeroso, de Brasil y Colombia, y les siguen las dominicanas, ecuatorianas y argentinas); les siguen en menor proporción las procedentes de África, subsaharianas y magrebíes (11,3%), Europa del Este y Rusia (el 3,4%), y en último lugar las de Europa

Comunitaria (Portugal, el 0,9%), que junto con las de España (5,2%) forman el 6%. Estos datos también son consistentes con los estudios siguientes: Galicia y Pamplona (Oso, 2000; Bonelli, 2002); Galicia (Andrade y Casal, 2000); Castilla y León (Jiménez y Vallejo, 1996); Castellón (Ferrer, 2001); España (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón 2002).

En nuestra muestra y en los estudios citados, el perfil de las TS es el siguiente: mujeres inmigrantes jóvenes, en edad fértil y **madres** de familia monoparentales; el intervalo de **edad** más frecuente es de 24-26 años; tiene hijos el 70% de las TS y tienen una media de 1-2 **hijos**, que residen junto con la familia en el país de origen; esta situación las convierte en **cabeza de familia** de 4 -5 personas de media y con cargas económicas importantes.

Los **hijos** de las TS inmigrantes no viven con sus madres; están a cargo de los abuelos en el país de origen; las TS nos comentan que tienen dificultades para la reagrupación familiar por varias razones:

- falta de “papeles” en regla y por lo tanto miedo a ser retenidas en su país.
- si traen a los hijos no tienen posibilidades de atenderlos, dada las características del trabajo: nocturnidad, estigma social, etc.
- las que desean traer a sus hijos, planifican previamente el casamiento o la unión con un español, para arreglar los “papeles”, con la posibilidad de dejar el trabajo actual y atender a sus hijos.

En el estudio de ODINA (Grupo Odina, 2002) sobre el **colectivo de inmigrantes de Asturias** se observa cierta similitud en los datos demográficos con respecto a nuestra muestra: presencia mayoritaria de inmigrantes latinoamericanos; existe un mayor número de mujeres; el intervalo de edad más frecuente es de 25-34 años; el 52% tienen hijos a su cargo; conviven en grupo de 3-4 personas y en pisos compartidos;

predominio de estudios primarios y secundarios; la mayoría tienden a empadronarse para obtener la tarjeta sanitaria; la situación administrativa es mayoritariamente irregular y sin permiso de trabajo o residencia en nuestro país.

Si se comparan los datos de nuestra muestra con los datos generales sobre inmigración ofrecidos por el **Ayuntamiento de Avilés**, el porcentaje y la distribución por países de las inmigrantes latinoamericanas son similares. El grupo más numeroso de mujeres inmigrantes del municipio de Avilés está formado por las latinoamericanas (62,86%); la distribución dentro de este grupo es la siguiente: Dominicanas: 25,34%; Colombianas: 24,18%; Brasileñas: 14,65%, Ecuatorianas: 10%; el resto de las latinoamericanas proceden de 12 países: 25,81,%, cifra semejante al grupo compuesto por las dominicanas y colombianas.

A la vista de estos resultados parece inevitable reforzar la idea del binomio Prostitución – Inmigración. Al menos en los clubes y las barras americanas de Asturias, las españolas son minoría, y han sido desplazadas por las latinoamericanas de forma paulatina. En otras zonas de España, la distribución de la muestra es similar, especialmente en las zonas del Norte.

#### **Planificación Familiar:**

El 81% de las TS ha tenido **embarazos**: entre 2-3 embarazos de media. Han tenido **abortos** (no se especifica si son provocados o espontáneos) el 50% de las TS, con una media de 1,12 abortos. En la consulta también se constata un alto índice de **pruebas de embarazo**.

Los datos sobre los **abortos** de nuestra muestra de TS de Avilés no difieren significativamente con los datos obtenidos en otros estudios; en la investigación a nivel

nacional de Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón (2002), los resultados son 0,63 para el aborto voluntario y 0,31 para el aborto espontáneo.

. Los datos disponibles sobre la prevalencia de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVES en adelante) en la población de TS de Asturias al inicio de la década de los 90, oscilan entre un 33,8% (Pons, 1992) y un 40% (Palacio y Cuesta, 2001), alcanzando un 46% en la población TS españolas (Andrade y Casal, 2000), o un 47,68 % de las TS de Castilla y León (Jiménez y Vallejo, 1999). En nuestra muestra se constata cerca del 50%, lo que supone un aumento considerable con respecto a los obtenidos en Asturias hace una década.

Nogueira (El País, 2003) analiza los resultados de un estudio en España sobre aborto (Delgado, 2001: CSIC): de cada 100 gestaciones se practican 15 IVES (interrupción voluntaria del embarazo). Isabel Serrano (2003) señala que una cuarta parte de las IVES que se realizan lo son en el sector de mujeres inmigrantes.

Es sorprendente que en una profesión donde el contacto sexual es muy alto y donde el control de la natalidad y prevención de los embarazos no deseados debería ser prioritario, exista un porcentaje tan alto de mujeres que no utilizan métodos **anticonceptivos** (en nuestra muestra en primera consulta, no toman la píldora el 67%).

Padilla (El País 2003) describe los datos de un estudio (III Encuesta Schering, 2001) sobre el uso de métodos anticonceptivos en la población general; la distribución de los porcentajes es la siguiente: no utilizan ninguno el 30,9%; y entre las que sí los utilizan (69%) tenemos que: el 29,5% utilizan el preservativo; el 19,2% los anticonceptivos orales; el 5,3%, ligadura; y el 4,7%, DIU.

En lo relativo a estudios realizados con el colectivo de TS, tenemos datos del realizado en Asturias (Pons, 1992), donde el 40% tomaban anticonceptivos orales, y el de Galicia (Andrade y Casal, 2000), donde los tomaban el 68%.

Sorprendentemente, la protección y control de los embarazos es mayor en la población general (69%) que en el sector de TS (51,3%). Hay que señalar, no obstante, que los datos de nuestra muestra se obtuvieron en la primera consulta de las usuarias; en las sucesivas consultas se realiza una intervención formativa y preventiva para cambiar esta situación.

Con respecto al **uso del preservativo**, se observa una tendencia a considerar el condón como herramienta de trabajo, y no se generaliza su uso en el ámbito privado; tan sólo el 31,8% de las que dicen tener pareja actualmente utilizan el preservativo con su pareja; no hay que olvidar que las parejas suelen ser españolas y que las han conocido en el entorno laboral, por lo tanto se puede presuponer que son personas con frecuentes contactos sexuales. Cuando se les pregunta a las TS sobre las causas de la no **protección con la pareja**, señalan que no es necesario, pues ellos confían en que ellas siempre se protegen en el trabajo y por lo tanto no son agentes de transmisión. Es difícil extender la idea, entre las TS, de que las parejas pueden ser causantes de la infección. En general, tienen asumido que se deben proteger del cliente (el 99,1% dicen usar el preservativo con el cliente), pero no se protegen de la pareja; además, ellas piensan que el aumento en el número de controles de ITS en las consultas les garantiza la prevención.

Otros estudios sobre prostitución obtienen datos no coincidentes con los obtenidos en nuestra muestra sobre el uso del condón; sin embargo, difieren poco entre ellos: alrededor del 70% de las TS dicen usar de manera consistente el preservativo en las relaciones (por vía vaginal) con sus clientes, y alrededor del 10% con su pareja (Estébanez,

Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002), (Estébanez et al., 1998), (Pons, 1992), (Jiménez y Vallejo, 1999).

### **Estado de Salud:**

En general se constata que las TS tienden a realizar controles sanitarios para la prevención y cuidado de su salud. Se observa un aumento del número de usuarias del Proyecto de Reducción de Daños (de 58 historias clínicas el primer año, a un total de 115 durante el segundo año del Proyecto) y que existe una buena aceptación del proyecto entre las usuarias ya que reciben una atención sanitaria muy específica y relacionada directamente con su tipo de trabajo. El número medio de **consultas** por usuaria es de 3-4 visitas a la consulta clínica. Realizan revisiones y controles médicos cada 3 meses.

Sin embargo, no hay que olvidar que el control no significa prevención y educación sexual. En algunos casos, la percepción del control y seguimiento de las ITS se asocia a la no percepción del riesgo laboral al que están expuestas las usuarias.

En general, las usuarias presentan **buen estado de salud previo**: en la primera consulta el 74% no tienen enfermedades anteriores, y presentan un bajo nivel de antecedentes de ITS (el 90% no tiene antecedentes de ITS).

En cuanto a los resultados globales de **las ITS y VIH** se constata que la proporción de las ITS de nuestra muestra se distribuye de forma semejante a las de las Unidades de ITS de Asturias (Palacios y Cuestas, 2001). También se asemejan a otros estudios ya citados arriba realizados con TS inmigrantes. En general, se registra baja prevalencia de seropositividad, porque las TS de la muestra de Avilés no presentan consumo de drogas por vía intravenosa (UDI), pareja seropositiva y sexo sin protección, factores determinantes para el VIH.

Por lo tanto, en la muestra estudiada el estigma VIH/SIDA- Prostitución es un binomio que se disuelve; no se puede identificar al colectivo de TS como agente de transmisión si no está asociado a otras conductas de riesgo.

Los datos que arrojan otros estudios con TS en España son los siguientes: el aumento en prevalencia de VIH en España, en TS, oscila del 0 al 5% en TS no UDI y del 37-71% para las TS Usuarías de Drogas por vía Intravenosa (UDIS), (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002).

Desde 1998 se realiza en España un estudio de seroprevalencia de VIH en pacientes que consultan por sospecha de una ITS. En este informe (Grupo para el Estudio de la Seroprevalencia de VIH, 2001) se presentan los resultados del año 2000 y se comparan con los obtenidos en años anteriores. En el estudio se han incluido 7 unidades de ETS de 5 Comunidades Autónomas, entre ellas datos de las consultas de ITS de Gijón y Oviedo. Las características de las TS con seroprevalencia de VIH son las siguientes: tienen antecedentes de consumo de drogas inyectadas el 0,5%, y el 51,4% refirieron ser originarias del Caribe o de África Subsahariana (predominó el origen caribeño frente al subsahariano). La proporción de mujeres de estas procedencias ha aumentado significativamente desde 1998, año en el que suponían el 46,2%. El 19,5% de todas las analizadas en el 2000 fueron diagnosticadas de una ETS en la consulta, porcentaje que ha disminuido significativamente respecto al 29,5% de 1999. El 52,7% refirieron haberse realizado anteriormente la prueba del VIH, y prácticamente la totalidad (99,5%) se realizaron la prueba de VIH voluntaria con motivo de esta consulta. La seroprevalencia de VIH en el año 2000 fue del 0,4% (IC 95%, 0,2-0,9), pero entre las que tenían antecedentes de droga por vía intravenosa ascendió al 10,0%. Las originarias del Caribe y África Subsahariana tuvieron una seroprevalencia de 0,6% y ninguna de ellas refirió antecedentes de consumo de drogas inyectadas.

En el estudio citado del FIPSE (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón, 2002) se constata que entre las no consumidoras de drogas, las africanas tienen una mayor seroprevalencia a pesar de no consumir drogas y exhibir mayor protección en las relaciones sexuales; la posible explicación que apuntan los autores es por la baja protección en las relaciones sexuales en sus países de origen, donde las tasas de VIH son altas; las de origen latinoamericano son las que exhiben una menor seroprevalencia a pesar de tener mayores conductas de riesgo en las relaciones sexuales.

En general, en nuestra muestra de TS de Avilés se observan las mismas tendencias, pero no se puede confirmar totalmente ya que no se ha hecho un estudio de cada una de las usuarias del Proyecto (según procedencia, edad, pareja seropositiva, consumo de drogas, etc.), con el fin de preservar los datos confidenciales de las historias clínicas de la usuarias; cuando se consiga un mayor número de usuarias y se amplíe la muestra, se podrá realizar un estudio más analítico de las tendencias de seroprevalencia.

### **Hábitos de Salud:**

Las TS que trabajan en el club consumen **alcohol y tabaco**; los hábitos de consumo están asociados al tipo de trabajo; para aumentar las ganancias es necesario beber, pues de cada copa consumida, tanto por el cliente como por la TS, ganan un 50%; cada copa cuesta aproximadamente 6 euros para el cliente y 30 euros para la TS.

Otras TS, las que muestran un mayor índice de consumo de alcohol, aducen otros motivos para el consumo de alcohol en horario laboral: vencer la timidez, afrontamiento de la jornada laboral, etc.

Las que menos fuman son las latinoamericanas (dominicanas, colombianas y brasileñas, por este orden). Muchas nos dicen que han comenzado a fumar desde que trabajan en el club; entre los motivos señalan: imitación de las compañeras, herramienta

de trabajo con el cliente para tomar la copa, aburrimiento cuando no hay apenas clientes en el local, etc. Otras nos señalan que sólo fuman en horas de trabajo.

Con respecto al **consumo de drogas**, es evidente que el binomio Prostitución-Droga- Toxicomanía se disuelve totalmente; el 90,4% no consumen ni han consumido ninguna vez ningún tipo de droga. Las informantes aseguran que son los propios clientes los que introducen las drogas en el local; los clientes prefieren compartir el consumo a solas con la TS en la habitación. Existen dos conductas: consumir para complacer al cliente y no perder la ganancia, y fingir la toma de la dosis y tirarla al suelo.

### **Conclusiones:**

Se observa un cambio en el **fenómeno de la prostitución** en España debido a la incidencia de la inmigración. Los datos del presente estudio muestran que el fenómeno de la prostitución en España en la actualidad está inevitablemente ligado a la inmigración, lo que supone importantes cambios en los problemas asociados: desaparecen la toxicomanía y la drogadicción, y por lo tanto la seroprevalencia como factor de peso asociado a la prostitución; sin embargo, aparecen otros nuevos, inherentes a la inmigración.

El fenómeno de la **feminización** de la inmigración exige que las administraciones públicas asuman políticas de atención social, sanitaria, psicológica, judicial, etc. del nuevo colectivo que se ha incorporado a nuestra sociedad: personas inmigrantes, predominantemente mujeres, cuyas características se pueden resumir en:

- Mujeres jóvenes, mujeres sanas, sin antecedentes de ITS-VIH , sin problemas de toxicomanía, alcoholismo y los problemas derivados del consumo; mujeres en edad fértil, con hijos, que son cabeza de familias monoparentales.

- Mujeres que se encuentran en nuestro país de forma irregular; con problemas para encontrar un permiso de residencia por no tener permiso de trabajo; que trabajan preferentemente en el servicio doméstico, cuidado de personas ancianas y niños, y en la prostitución, sin contrato laboral y sin derechos laborales reconocidos.
- Mujeres que necesitan más información y formación en materia de prevención de ITS y VIH y otras enfermedades, prevención de embarazos no deseados, promoción de conductas saludables que minimicen los riesgos y daños derivados de la prostitución.
- Mujeres con un alto grado de movilidad a nivel regional y nacional; que permanecen en España solas (sin familia) al menos 2 años, lo que implica falta de arraigo cultural, familiar y personal; la movilidad supone un desconocimiento y falta de acceso a los servicios sanitarios, sociales, judiciales, etc. de la zona y por lo tanto la falta de constancia en los controles sanitarios, la falta de demandas sociales, etc.
- Mujeres que desconocen sus derechos como inmigrantes y que, en algunos casos, desconocen el idioma español.
- Las mujeres inmigrantes, según su procedencia, y en general, frente a las mujeres españolas, tienen peculiaridades sociales y culturales muy definidas que se reflejan en una distinta cultura sanitaria, distinta planificación familiar, distinto perfil psicosocial, etc. y distinta cultura sexual, educación y formación sexual, prácticas sexuales, prácticas de riesgo, etc. por lo que cada grupo debe ser abordado de forma específica, haciéndose imprescindible el trabajo a través de mediadoras culturales.

Se necesitaría insistir más en la educación y formación sobre temas de prevención y educación sexual de las TS inmigrantes, pero partiendo de sus conocimientos y no de sus errores; las TS inmigrantes vienen con un bagaje cultural, religioso, político, ideológico etc. diferente y diverso; es necesaria la aceptación y adaptación a la diversidad por parte

del profesional que forma o educa en materia de sexo seguro; a partir de la comprensión de sus conocimientos, prejuicios, miedos, preferencias, costumbre... previas, es más fácil educar y formar.

Existen diferencias culturales y por lo tanto de conductas sexuales; se han observado diferencias culturales en el uso del preservativo entre latinoamericanas y subsaharianas (Calderón y Ortiz, 2003); se constata que las latinas utilizan menos el preservativo para sexo vaginal, oral y anal que las africanas; y las latinas se revisan y controlan más en consulta de ITS que las africanas, lo que implica menor percepción del riesgo y menor miedo al VIH. Otras diferencias culturales se refieren a las prácticas sexuales: las africanas practican menos el sexo oral y anal y no practican el coito durante la regla. Ambos grupos no suelen utilizar el preservativo con la pareja.

Sería interesante, en posteriores estudios o como ampliación del presente, analizar la diferencias en conductas sexuales de las TS inmigrantes; con el estudio se lograrían dos objetivos: ampliar nuestro conocimiento de la sexualidad de sus culturas de origen, por un lado, y por otro lado, a partir del conocimiento, ofrecer estrategias y recursos de prevención y formación tanto a las TS inmigrantes como a los profesionales.

A la vista de los resultados de las TS de la muestra, es necesario replantearse el nivel de información de las TS sobre los métodos anticonceptivos; el número de pruebas de embarazo puede ser un indicador de evaluación sobre:

- nivel de percepción del riesgo en el trabajo; no se toman métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.
- conductas de riesgo en el trabajo: ante la rotura del preservativo en el trabajo no saben qué procedimiento seguir.
- diferencias interculturales en cuanto a la sexualidad y planificación familiar.

Sería necesario analizar cada caso y las causas para una intervención preventiva y formativa y ampliar nuestra línea de investigación futura teniendo en cuenta las diferencias en función del origen de las usuarias.

En nuestra muestra se constata una falta de información sobre planificación familiar, y sobre los métodos anticonceptivos y su correcta administración. Hay un índice elevado de solicitud de pruebas de embarazo entre las usuarias, lo que inevitablemente nos conduciría a la necesidad de intensificar la educación y prevención orientadas a la salud.

Para lograr una eficaz intervención sanitaria sería necesario partir de un enfoque binario:

- **Enfoque biomédico:** detección temprana, diagnóstico, tratamiento, prescripción médica, seguimiento, vigilancia, estudio de prevalencias y predictores de riesgo, etc.

- **Enfoque educativo y formativo:** educación sexual a partir de las diferencias culturales, formación en la búsqueda de recursos y servicios de forma autónoma y libre, formación en materia de estrategias de afrontamiento y habilidades sociales para decidir.

Ambos enfoques son complementarios y no excluyentes; la intervención profesional debe contemplar el análisis y estudio de casos sobre los factores que inciden en la salud de cada usuaria (nivel de adherencia al tratamiento, abandono del seguimiento o controles por parte de la usuaria, si existe un tratamiento a la pareja, las circunstancias psicosociales de la TS que inciden de forma negativa, las creencias y valores con respecto a la salud, la percepción del riesgo, la orientación a la salud, etc.). Además del estudio de casos, serían necesarios el análisis y la reflexión profesional sobre los resultados de las intervenciones sobre el colectivo de usuarias (evaluación de la intervención, de la coordinación de medios y recursos personales, de la eficacia de los métodos, evaluación

de las necesidades del profesional a nivel de formación específica, materiales educativos, etc.) con el fin de mejorar la calidad de las intervenciones.

## **4.2. ESTUDIO DEL ESTRÉS PSICOSOCIAL DE UNA MUESTRA DE 35 TS INMIGRANTES**

## INTRODUCCIÓN

En la segunda fase de la investigación se procede a seleccionar un grupo de 35 TS inmigrantes de la muestra total de 115 TS usuarias del Proyecto de Reducción de daños; se excluye a las TS no inmigrantes (españolas), a las TS africanas por el desconocimiento del idioma, y se excluye a las que se inyectan drogas por vía intravenosa y las seropositivas (VIH).

Las fases de este segundo estudio y por lo tanto la presentación de resultados son las siguientes:

- 1º.- Selección de la muestra y recogida de datos sociosanitarios de la historia clínica de 35 TS
- 2º.- Aplicación de la entrevista semiestructurada (ver anexo I) a cada una de las 35 TS seleccionadas.
- 3º.- Aplicación de la escala Síntomas Somáticos ESS-R (Sandín y Chorot, 1995) (ver anexo II) para medir el Estrés Psicosocial a las 35 TS inmigrantes seleccionadas.
- 4º.- Aplicación de la escala de Estrés Psicosocial a una muestra de 35 mujeres españolas trabajadoras en la rama de la hostelería.
- 5º.- Análisis comparativo del Estrés Psicosocial en ambas muestras: españolas e inmigrantes.

#### **4.2.1. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES DE 35 TS INMIGRANTES**

##### **A) VARIABLES SOCIO SANITARIAS DE LA MUESTRA SELECCIONADA**

Las 35 TS inmigrantes seleccionadas presentan el siguiente perfil socio-sanitario:

- Procedencia: el 94,28% son latinoamericanas (de las cuales, el 45,45% son colombianas, 27,27% de brasileñas, 12,12% de ecuatorianas, 12,12% de dominicanas y 3,03% de argentinas); el resto son inmigrantes procedentes de Europa del Este (2,85%) y de Europa Comunitaria (2,85%)
- La edad media del grupo es de 26,57 años y la desviación típica 5,47.
- No tienen antecedentes de enfermedades el 82,9%. No tiene antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual el 91,42%. El número medio de consultas clínicas es 3,97 y desviación típica 1,88.
- No consumen alcohol el 28,6%; no fuman el 40% de la muestra; no consumen drogas el 94,3%; consumen el 5,71% (de las cuales, el tipo de drogas que consumen son: Cocaína y Hachis, o sólo Hachis).
- Tienen pareja actualmente el 71,42%, de las cuales dicen utilizar el condón con la pareja el 36% y dicen no protegerse de su pareja el 64%.
- Toman anticonceptivos orales (en primera consulta) el 48,6% y no toman anticonceptivos el 51,42%, (de las cuales, el 44,44% utilizan otros métodos como el DIU o tiene ligadura de trompas; por lo tanto, en primera consulta el 55,55% no tienen ningún método anticonceptivo.)
- Han estado embarazadas el 74,28% de las TS de la muestra. La media de embarazos es de 1,77 y la desviación típica 1,47; la distribución de los embarazos es la siguiente: 1 embarazo el 20%; 2 el 20%; 3 el 25,7% y más de 3 embarazos el 8,6%. La media de

abortos es de 0,92 y desviación típica 1,05. La distribución de abortos es la siguiente: 1 aborto el 50%; 2 el 11,15% y 5 el 3,8%.

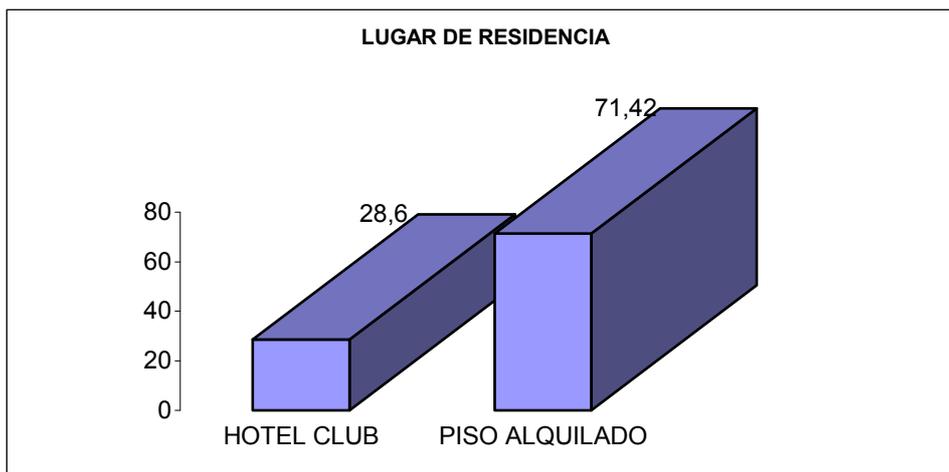
- La media de hijos vivos es 1,46 y desviación típica 0,98; la distribución del número de hijos es la siguiente: 1 hijo el 30,8%; 2 el 34,6% y 3 el 15,4%.

## **B) RESULTADOS DE LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Los resultados de la entrevista semiestructurada (anexo I) para 35 TS inmigrantes son los siguientes:

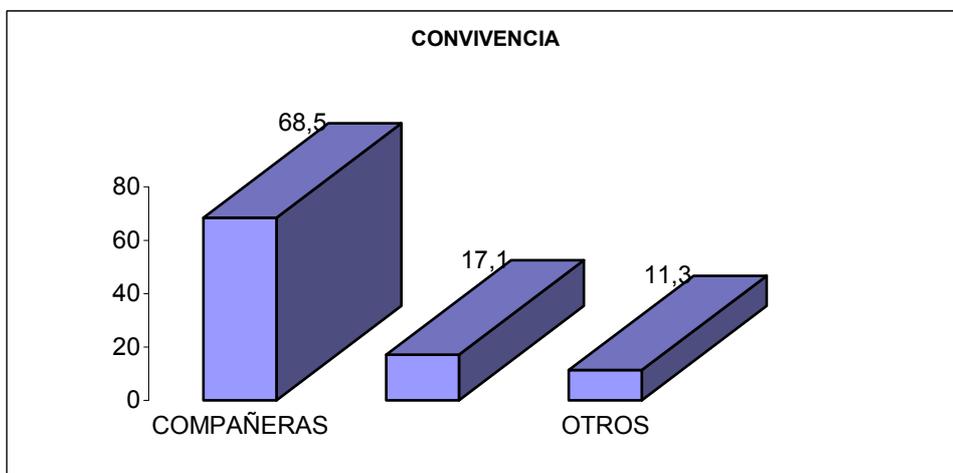
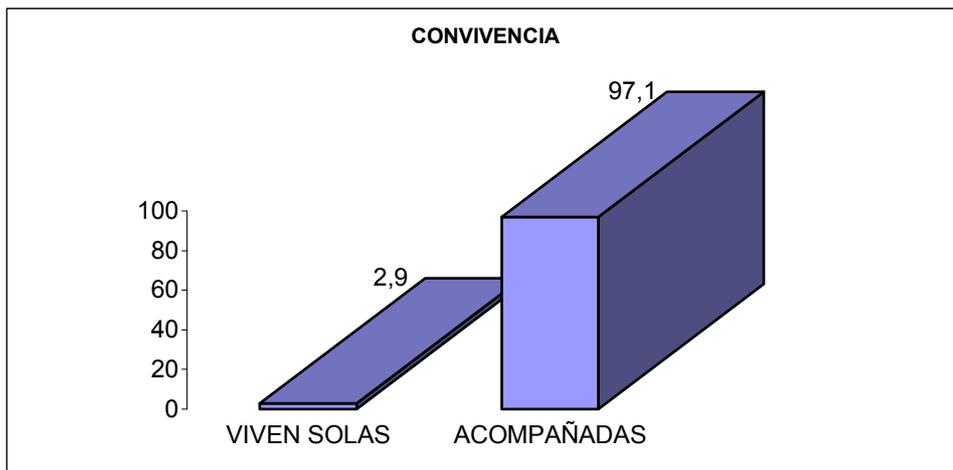
### **Lugar de Residencia:**

Viven en piso alquilado: 71,42%; y viven en el hotel-club el 28,6%



### **Personas con las que conviven:**

El 68,57% con compañeras de trabajo. El 17,14% con la pareja; el resto con amigos o familiares; tan sólo el 2,9% vive sola



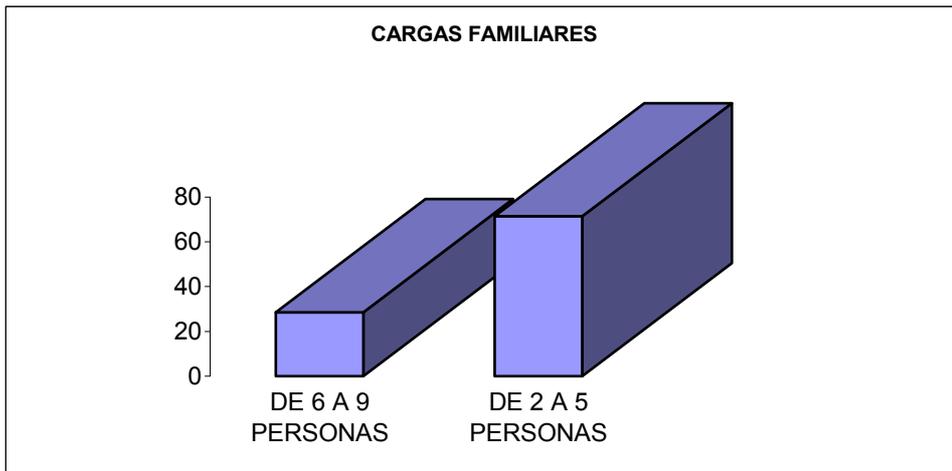
### **Cargas familiares**

#### **- Los hijos:**

Viven con otros familiares, la mayoría (81,81%) con los abuelos maternos; el resto se distribuye con hermanas de la TS inmigrante, abuelos paternos o con el padre de los hijos.

#### **- La familia extensa:**

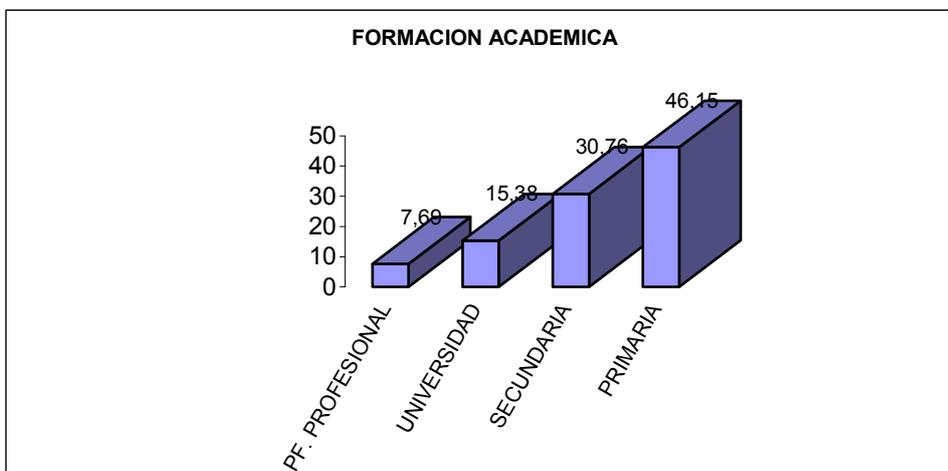
La media de personas que están a cargo económicamente de la TS inmigrante es el 4,48% (entre 4-5 personas) con desviación típica 2,17; de 2 a 5 personas son el 71,4% de la muestra; de 6 a 9 personas a su cargo el 28,6%.



### Formación y Estudios

La distribución de los estudios o formación es la siguiente: Primaria: el 31,42%; Secundaria el 28,57%; Bachillerato el 17,14%; Formación técnica o profesional el 8,57%; Estudios Universitarios inacabados el 14,28%; la media es de 2,46; por lo tanto, el 40% de la muestra tienen por lo menos titulación media.

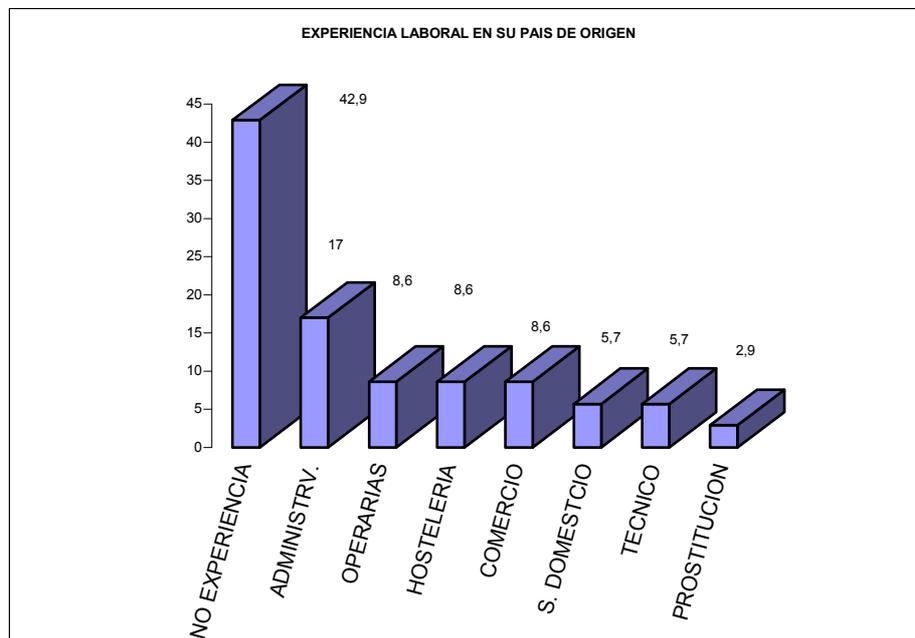
Las TS inmigrantes tienen en general una buena formación académica realizada en sus países de origen, donde la educación y la formación no están al alcance de todas las mujeres. No se puede asociar la Prostitución a un bajo nivel cultural y educativo. Estos datos son similares a los obtenidos en otras muestras de TS en España.



## Experiencia Laboral:

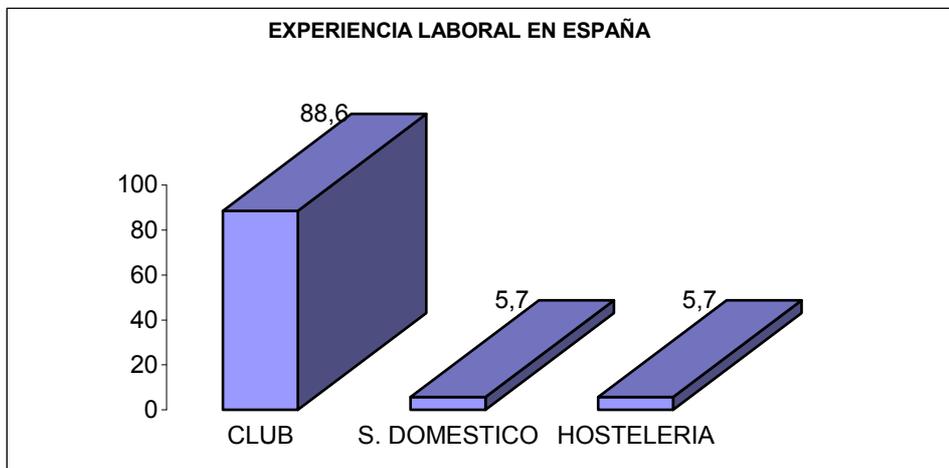
### - Experiencia en su país de origen:

La distribución de la vida laboral de las TS inmigrantes antes de llegar a España es la siguiente: sin experiencia laboral, el 42,9%, ya sea por ser ama de casa, estar en paro o no tener expectativas de trabajo en su país de origen; el resto han trabajado en diferentes sectores: en Administración y Gestión (secretaria, telefonista, contable) el 17,1%; operarias en empresas de producción el 8,6%; en hostelería (camarera, cocinera) el 8,6%; en servicio doméstico el 5,7%; atención al público o ventas (teleoperadora, comercio) el 8,6%; en trabajo técnico cualificado el 5,7% y tan sólo el 2,9% había trabajado en su país de origen en prostitución.



### - Experiencia en España

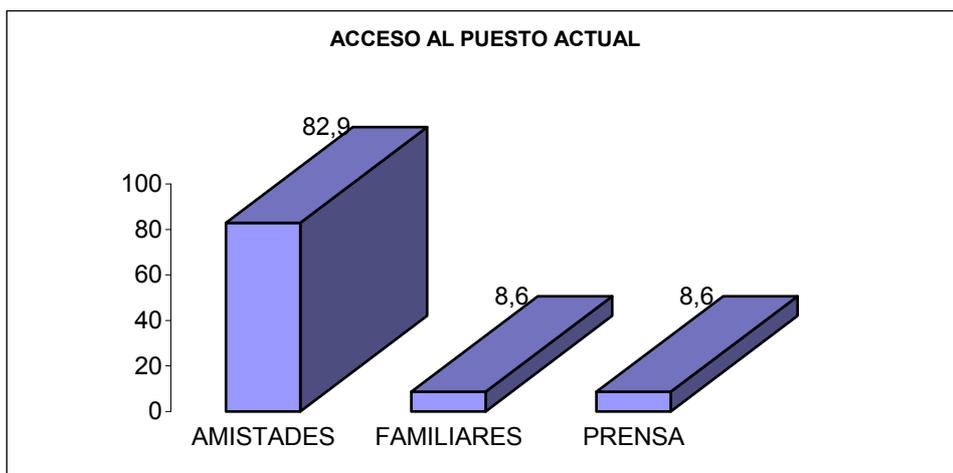
El 11,4% llegan a España para ocupar puestos relacionados con el Servicio Doméstico y el Cuidado de personas y en la rama de hostelería, sin contrato laboral ni permiso de trabajo; cuando llevan tiempo en España y la situación económica es precaria, y no consiguen regularizar su situación administrativa, deciden cambiar el tipo de trabajo; a través de contactos y amigas del mismo país se emplean en el club; las razones aludidas son: el pago del billete en Navidades para ver a la familia, el pago de billetes para el reagrupamiento familiar, problemas médicos repentinos en su familia, etc. El 88,6% llegan a España y trabajan directamente en el club. Por lo tanto, la mayoría de las TS inmigrantes llegan a España y directamente trabajan en la Prostitución, sin experiencia previa, sin conocimiento de las condiciones laborales ni los riesgos de la profesión, etc.



### Acceso al puesto de trabajo actual

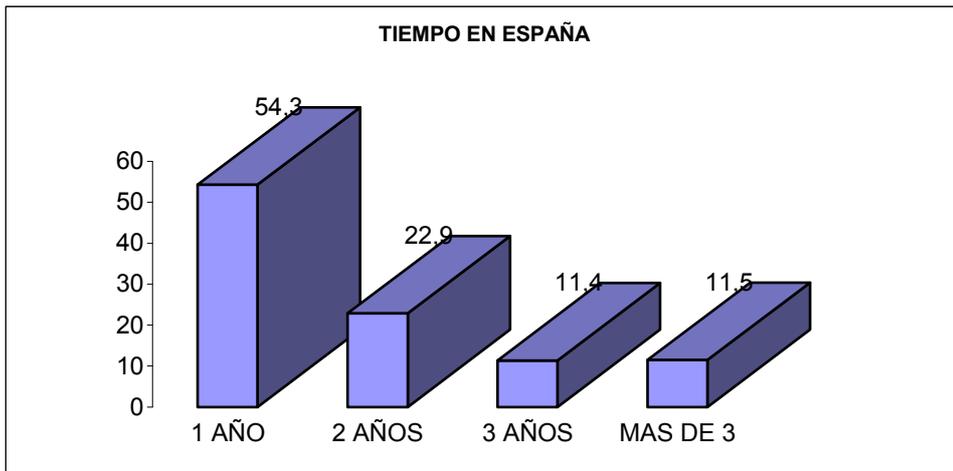
El 83% dicen que el acceso al club es a través de un contacto, generalmente una amiga que ya trabaja en el local; el resto dicen que es a través de la prensa (8,6%) o por familiares (8,6%).

Las TS encuestadas nos informan de que acceden al puesto de trabajo por contactos preestablecidos desde su país de origen con amigas o familiares que ya trabajan en un club en España. La mayoría no cuentan con recursos personales y económicos suficientes para afrontar los gastos del viaje, la búsqueda de empleo, etc. por lo que contraen una deuda importante de dinero con intermediarios o con la familia.



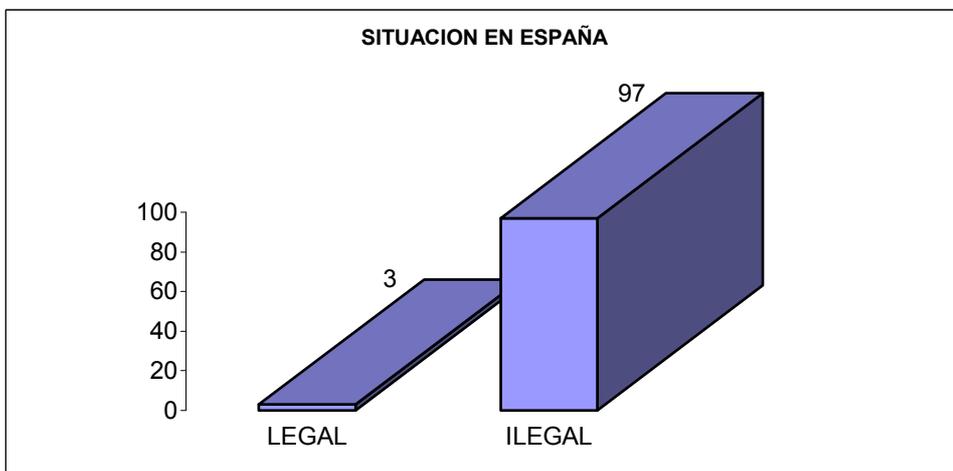
### Tiempo en España

La media de estancia en nuestro país es 2,34 años y desviación típica 3,72; la distribución es la siguiente: 1 año el 54,3%; 2 años el 22,9%; 3 años el 11,4% y más de 3 el 11,5%.



### Situación en España

La situación legal de las TS inmigrantes es deficiente, tan sólo el 2,9% han obtenido el permiso de residencia y la nacionalidad; el resto (el 97,1%) están en situación irregular.



### Tiempo libre y ocio

Las encuestadas dicen dedicar el tiempo libre a dormir y descansar (el 48,6%), porque se encuentran cansadas por su trabajo y especialmente por el tipo de horario

(nocturno); y el 45,7% de las TS inmigrantes eligen pasear o salir con amigos generalmente del mismo país de origen; el resto hacen deporte en gimnasios. Es curioso que ninguna elige opciones culturales como ir al cine o a espectáculos de la ciudad. Todas ellas, tanto las que viven en club como las que viven en un piso, son aficionadas a las telenovelas latinoamericanas.

#### 4.2.2. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las TS inmigrantes viven por lo general en un piso alquilado y en la ciudad. El lugar de **residencia** está en función del tiempo que lleven en España; cuando llegan suelen vivir en los hoteles-club y más tarde en pisos de alquiler; las razones son las siguientes:

Las **ventajas** de vivir en el hotel-club son mayores que las de vivir en un piso alquilado: es más fácil esconderse de la policía, permite mayor movilidad de una ciudad a otra, ganar más dinero en poco tiempo y poder saldar la deuda contraída cuanto antes; por poco dinero reciben alojamiento y manutención y se ahorran los gastos extra de una vivienda en alquiler; además viven en compañía de otras personas, generalmente del mismo país (de esta forma se compensa el desconocimiento del idioma, la ciudad, etc.). El precio por alojamiento es de 15 euros al día. En los clubs que no son hotel, el propietario ofrece pisos de alquiler a 4-5 TS del mismo club.

Los **inconvenientes** de vivir en el club-hotel: no hay separación real entre trabajo y descanso; sólo se hace una comida la día; el tiempo libre sólo se dedica a dormir y descansar; se sale menos a la ciudad, ya que los hoteles están a las afueras y no existen buenas comunicaciones; se depende del taxi o del propietario para los desplazamientos; en el hotel no hace falta salir a comprar, ya que vienen mensualmente vendedores con

diversas mercancías: joyas, vestidos, zapatos etc., y esto favorece el aislamiento; las que llevan tiempo en el hotel confiesan que cada vez les cuesta más salir a la ciudad, porque desconocen dónde están los centros sanitarios, sociales, de ocio, etc. Las que viven en el club son las que menos acuden al Centro de Reducción de Daños.

Una vez que llevan tiempo suficiente en el país y conocen la ciudad, y han establecido contactos más amplios con amistades y/o familiares del mismo país, suelen optar por alquilar un piso. El precio medio de un alquiler en Avilés es de unos 400 euros. Las ventajas de vivir en un piso de alquiler son las siguientes:

Eligen a las personas para la convivencia; regulan los hábitos alimenticios, ya que se obligan a hacer más de una comida al día; tienen mayor accesibilidad a los recursos de la zona, tanto sociosanitarios como de ocio; establecen amistades con las personas del entorno social, que son diferentes a las del trabajo. Llevan una vida más regularizada en cuanto a horarios de comida, sueño y descanso.

En general, se observa una tendencia a la búsqueda de **apoyos de redes sociales**, ya que las TS inmigrantes suelen vivir con compañeras del trabajo (el 68%) o con la pareja, amigos o familiares (el 28%) y tan sólo el 3% viven solas. No hay que olvidar que la convivencia con otras compañeras o familiares en pisos alquilados también reporta beneficios, ya que el pago y los gastos del alquiler se reparte entre todos y permite un mayor ahorro y el envío de dinero a la familia.

Las TS inmigrantes tienen cargas económicas familiares y mantienen a una media de 4-5 personas, generalmente a sus hijos, a sus padres y a los familiares que conviven con los padres: hermanos, sobrinos, etc. El dinero que se envía a la familia nuclear cubre necesidades básicas, como la alimentación, la educación de los hijos, la vivienda, o la compra de una casa. En otros casos sirve para atender necesidades sanitarias, como

operaciones o tratamientos médicos; o incluso, la compra de un negocio para la familia, con las expectativas de volver al país de origen y trabajar allí. Estas cargas familiares suponen en algunos casos una presión importante, por la necesidad de mantener el status social y económico adquirido; así lo señalan algunas de estas TS (“Tengo que seguir trabajando en esto, porque la familia me pide cada vez más dinero”).

Las TS inmigrantes presentan en general **formación académica** básica; el 40% tienen por lo menos una titulación media, por lo tanto no se puede asociar la prostitución con bajos niveles culturales y educativos.

La mayoría (97%) no han trabajado nunca en temas relacionados con el puesto actual; generalmente el primer puesto de trabajo al que acceden en nuestro país es en el club (el 88,6% de las TS inmigrantes), el resto se han empleado primero en hostelería o servicio doméstico. Por lo tanto se puede concluir que las TS inmigrantes acceden a la prostitución con poca experiencia laboral y desconociendo el tipo de trabajo y sus riesgos, las condiciones laborales, etc.

Un número alto de TS inmigrantes acceden al club a través de contactos preestablecidos en su país de origen o por contactos en España; ninguna de las encuestadas mencionó aspectos relacionados con el tráfico de mujeres, mafias, engaño o extorsión.

La media de años en España es de 2-3 años. Las expectativas y motivaciones sobre su **permanencia en España** son variables: trabajar y vivir en España, reunir a su familia en España, formar una familia, etc. Otras nos informan de que su paso por España es temporal y tienen como objetivo a corto plazo reunir dinero suficiente para volver a su país y montar un negocio.

Es difícil el control y el seguimiento de la muestra debido a la constante movilidad de los sujetos; las expectativas al llegar a nuestro país son diferentes entre las encuestadas: las hay que quieren instalarse en nuestro país, ya sea permaneciendo en el trabajo actual o cambiando de profesión; otras quieren cambiar y prefieren un trabajo cualificado y acorde a sus niveles de estudio y preparación profesional; los trabajos a los que aspiran deben estar bien remunerados para no perder el nivel de vida actual; otras desean ganar mucho dinero en poco tiempo para poder regresar a su país y montar un negocio. Otras, como ya se indicó arriba, desean casarse con un español para obtener la nacionalidad y poder así reunirse con su familia de forma más asidua o intentar el reagrupamiento.

La mayoría (el 97%) de las TS inmigrantes no tiene los “papeles” en regla (permiso de residencia y de trabajo, visado o pasaporte), lo que facilita situaciones de abuso y explotación económica así como una constante movilidad geográfica para evitar problemas policiales y judiciales. La mayoría de las usuarias del Proyecto optan por empadronarse en el municipio para obtener la tarjeta sanitaria.

La situación de irregularidad de las TS inmigrantes provoca situaciones de explotación y abuso: trabajar bajo presión para ganar más dinero en el menor tiempo posible y saldar la deuda del viaje; abuso por parte de abogados que les prometen a cambio de dinero su regularización; abuso por parte de los propietarios de los club's, que les ofrecen el empadronamiento en la ciudad a cambio de 50 euros; en algunos casos, y antes de abrir el centro de Reducción de Daños de Avilés, los dueños de los club's obligaban a las TS a someterse a controles médicos en una clínica determinada, con acuerdo previo del pago y la ganancia entre la clínica y el club.

El tipo de emigración que realizan las TS inmigrantes de nuestro estudio es, en general, autónomo, pero no exento de deuda económica a intermediarios o familiares.

En nuestro estudio se constata que las TS inmigrantes realizan una emigración espontánea y autónoma, apoyadas por redes comunitarias y familiares y no difieren de las que se emplean para el servicio doméstico o el cuidado de personas en España; utilizan intermediarios que les proporcionan facilidades para la salida del país en clase turista, visado, pasaporte, etc.. Una vez en España, se les proporciona una dirección o un teléfono de contacto con otros inmigrantes o con españoles que les ofrecen una plaza en un hotel-club. Por lo tanto se puede concluir que *“Ni el tráfico de inmigrantes se reduce a las grandes organizaciones criminales, ni la emigración que hemos denominado como “espontánea”, aquella apoyada básicamente en las redes migratorias y comunitarias, está siempre exenta de fines lucrativos, contribuyendo también a la explotación y al negocio que supone (...) la inmigración irregular de “servidoras”*(Oso, 2000).

### **En Conclusión:**

Las TS inmigrantes presentan una **problemática psicosocial específica**, inherente a su situación de inmigrante irregular que puede incidir en su calidad de vida y bienestar psicosocial.

Los problemas asociados a la inmigración se agravan si las mujeres inmigrantes trabajan en una actividad “alegal” y estigmatizada como es la Prostitución; ambas condiciones, Inmigración y Prostitución, convierten al colectivo de las TS en un grupo extremadamente vulnerable.

A partir de las entrevistas realizadas a 35 TS inmigrantes concluimos:

La mayoría (el 97%) de las TS inmigrantes se encuentran en situación **irregular** en nuestro país; no tiene los “papeles” en regla (permiso de residencia y de trabajo, visado

o pasaporte), lo que facilita situaciones de abuso y explotación económica así como una constante movilidad geográfica para evitar problemas policiales y judiciales. La movilidad incide en el acceso a los servicios y controles sanitarios y sociales. La **permanencia** media en nuestro país es de 2 años, lo que hace difícil la integración social y laboral.

Su **formación educativa y experiencia profesional** no es acorde con los trabajos que desempeñan en España. Son mujeres que han podido acceder a la cultura y a la formación académica; el 40% tienen al menos titulación media; el 60% han trabajado en su país de origen en diferentes sectores; sin embargo, la mayoría, el 88%, vienen a nuestro país para trabajar directamente en un club; no tienen experiencia profesional previa en el sector y no conocen las características del empleo, las condiciones económicas, los riesgos para la salud, los mecanismos de prevención, etc.

La situación de irregularidad de las TS inmigrantes provoca situaciones de explotación y abuso: **trabajar bajo presión** para ganar más dinero en el menor tiempo posible y cumplir con dos objetivos prioritarios: 1º saldar la **deuda** del viaje y 2º ahorrar disciplinadamente para el envío mensual de dinero a la **familia**. El trabajo bajo presión conduce a un aumento de conductas de riesgo para la salud: trabajar más horas, con más clientes, por menos dinero, trabajar a pesar de estar enfermas, trabajar durante la menstruación, evitar la menstruación, etc.

**El tipo de emigración** que realizan las TS inmigrantes de nuestro estudio es, en general, autónomo, apoyadas por redes comunitarias y familiares que no difieren de las que se emplean para el servicio doméstico o el cuidado de personas en España. El tipo de emigración no está exento de deuda económica a intermediarios o familiares.

Una vez en España, se les proporciona una dirección o un teléfono de contacto con otros inmigrantes o con españoles que les ofrecen una plaza en **un hotel-club**. En este tipo de residencia es más fácil burlar el control policial, se puede ganar más dinero en

poco tiempo y evitar los inconvenientes de la búsqueda de un piso en una ciudad y país desconocido, salvar las barreras del idioma, la búsqueda de otros contactos de su país de origen, etc. Una vez que llevan tiempo en España y han saldado la deuda más importante, suelen buscar un **piso** en la ciudad, generalmente compartido con otras compañeras de trabajo o con amigos de su país de origen. Viviendo en un piso, parece que su calidad de vida mejora y se “normaliza”: realizan actividades de ocio, salen con amigos, se relacionan con más gente, regulan sus horarios de comida, buscan más apoyos y recursos, conocen la ciudad y los servicios públicos, etc.

Las TS inmigrantes viven **separadas de su familia** y principalmente de sus hijos; ellas son el soporte económico de la familia. Sus hijos viven con sus abuelas maternas en la mayoría de los casos, lo que nos hace suponer que también las madres de las TS inmigrantes son cabeza de familia preferentemente monoparentales.

Todos estos factores psicosociales inherentes a la Inmigración y a la Prostitución pueden constituir situaciones vitales estresantes que inciden de forma negativa en su salud y calidad de vida. Sería necesario realizar un análisis correlacional entre las variables psicosociales y las puntuaciones obtenidas en la escala de estrés para conocer que factores inciden en la salud.

### **4.2.3. RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE EL ESTRÉS PSICOSOCIAL DE 35 TS INMIGRANTES**

#### **A) RESULTADOS DE LA ESCALA DE ESTRÉS PSICOSOCIAL DE LA MUESTRA DE 35 TS INMIGRANTES**

La **escala de Síntomas Somáticos** (ESS-R, Sandín y Chorot, 1995) (anexo II) para la muestra de 35 TS inmigrantes se ha aplicado a cada una de las mujeres de la muestra de forma completa, 90 ítems, y de forma individual.

La puntuación media total en la escala para las TS inmigrantes es de 53,86 y desviación típica 37,46. Las TS inmigrantes se quejan principalmente en las siguientes subescalas y por este orden:

- Sistema Inmunológico General (IG): fiebre, gripe, cansancio, herpes labial, etc.
- Sistema Reproductor femenino (RF): molestias de la menstruación, etc.
- Gastrointestinal (GI): dolor de estómago, diarreas, vómitos, acidez, etc.
- Órganos Genitourinarios (GU): molestias y dolores genitales y de la uretra, etc.

Los datos hallados en el estudio realizado con mujeres inmigrantes (Valiente, Sandín, Chorot, Santed y Gonzáles de Rivera, 1996) y con la misma escala ESS-R (forma abreviada 54 ítems) son los siguientes: en general, las inmigrantes puntúan más alto, frente al grupo de control en toda la escala y existen diferencias significativas en las subescalas de IG y RF, las inmigrantes presentan más quejas psicósomáticas en ambas subescalas. En nuestro estudio las TS inmigrantes presentan también más quejas en estas dos subescalas, además de GU y GI.

Para comprobar si nuestra muestra difiere o no de otra muestra de mujeres, se procede a hacer un estudio comparativo.

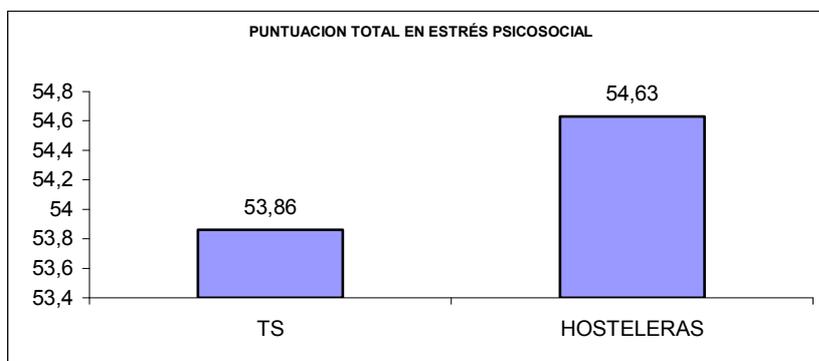
## B) RESULTADOS DE LA ESCALA DE ESTRÉS PSICOSOCIAL EN DOS MUESTRAS: ESTUDIO COMPARATIVO

Para realizar el estudio comparativo del Estrés Psicosocial se han comparado los datos obtenidos de la Escala de Síntomas Somáticos ESS-R de la muestra de 35 TS inmigrantes con los datos obtenidos por una muestra de 35 mujeres españolas trabajadoras en la rama de hostelería.

Ambos grupos están equiparados en la edad, no adicción a drogas por vía intravenosa (UDI) y seroprevalencia (VIH). El intervalo de edad en ambas muestras es de 19 a 44 años.

El estadístico de contraste aplicado es la prueba de Kolmogorov Smirnov; si se asume normalidad la prueba T de Student para dos muestras independientes y si no se asume normalidad la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa informático SPSS/PC.

En general se aprecia que las TS inmigrantes y las hosteleras españolas obtienen puntuaciones totales similares; **la diferencia de medias no es significativa** ( $p$  0,911 > 0,05, con una probabilidad asociada al estadístico superior a 0,05 con un nivel de confianza al 95%); Las TS inmigrantes obtienen una puntuación total de 53,86 y las hosteleras española (grupo de control) 54,63.

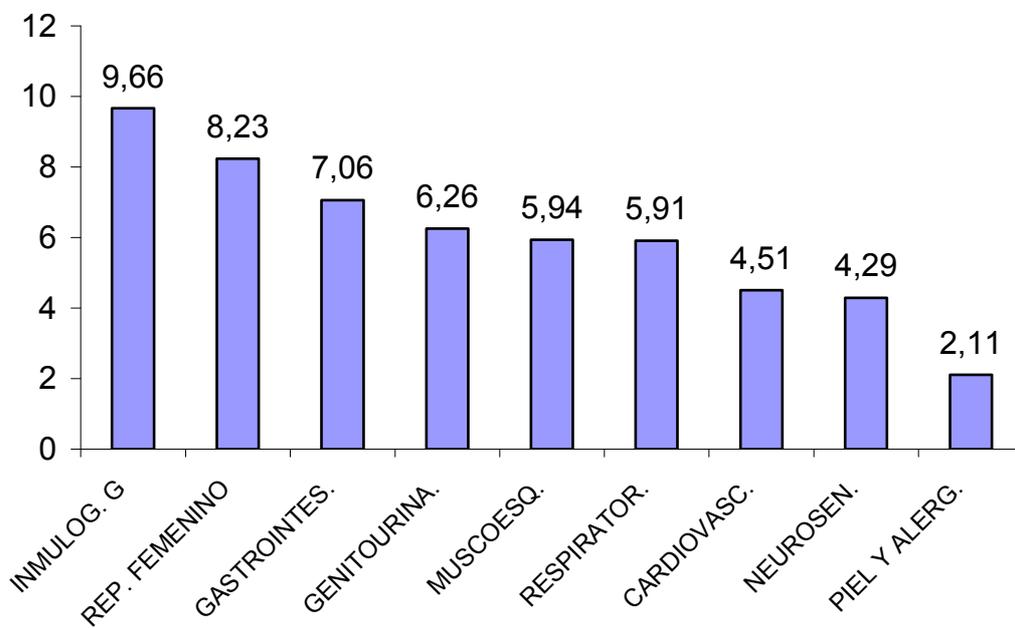


Las diferencias sí son **significativas** en las siguientes subescalas:

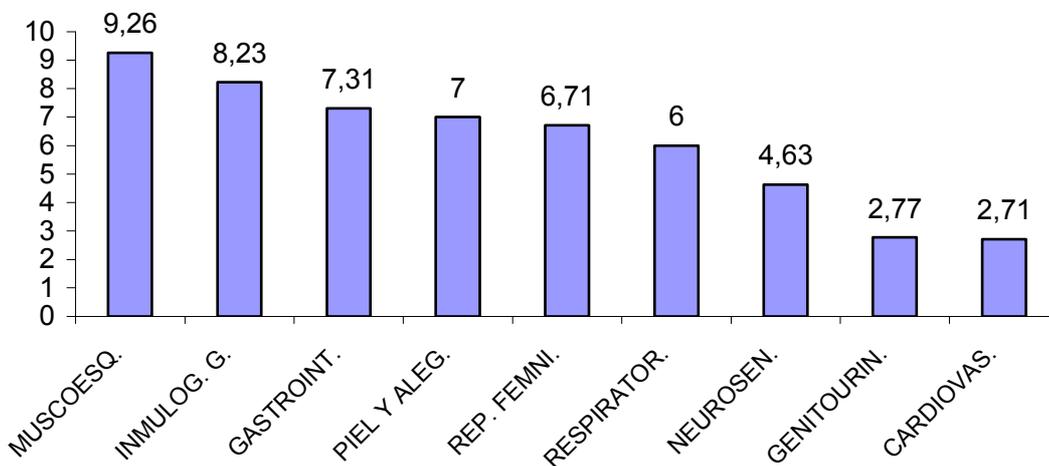
- **Muscoesquelético** ( $p$  0,039 < 0,05); ambos grupos difieren significativamente en la subescala ME, y si observamos las puntuaciones (las media) de cada grupo, se observa puntuación mayor en ME en el grupo de las mujeres españolas.
- **Piel y Alergia** ( $p$  0,001 < 0,05); ambos grupos difieren significativamente en PA y si se observa la el rango promedio, las hosteleras puntúan más alto en esta subescala.
- **Genitourinario** (GU) ( $p$  0,058 > 0,05) ambos grupos difieren significativamente en GU y se constata una mayor puntuación para el grupo de inmigrantes.

Las diferencias significativas en ambos grupos pueden tener relación con el tipo de trabajo desempeñado; las TS manifiestan mayores síntomas y dolencias en el sistema que está más relacionado con su trabajo (Genitourinario) y las Hosteleras tienen más quejas en dolencias de espalda, piernas, (Muscoesquelético) y molestias alérgicas y dermatológicas (Piel y Alergia) por el contacto con productos abrasivos, el humo del tabaco, etc.

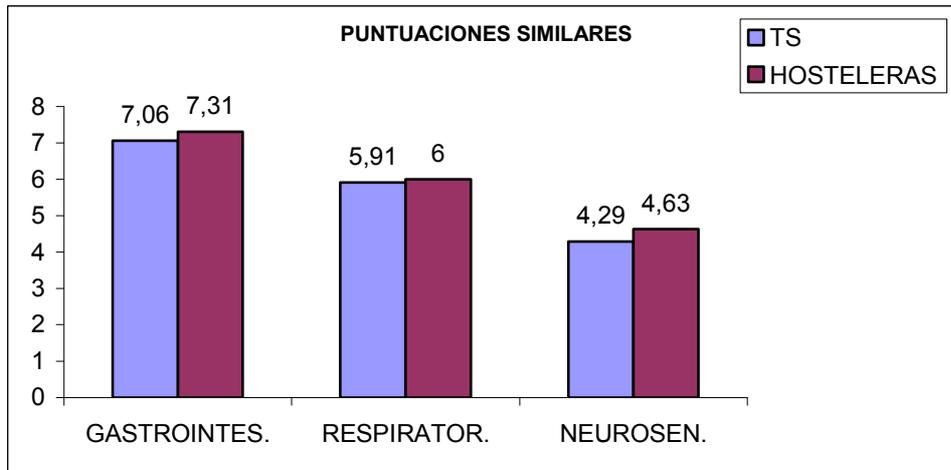
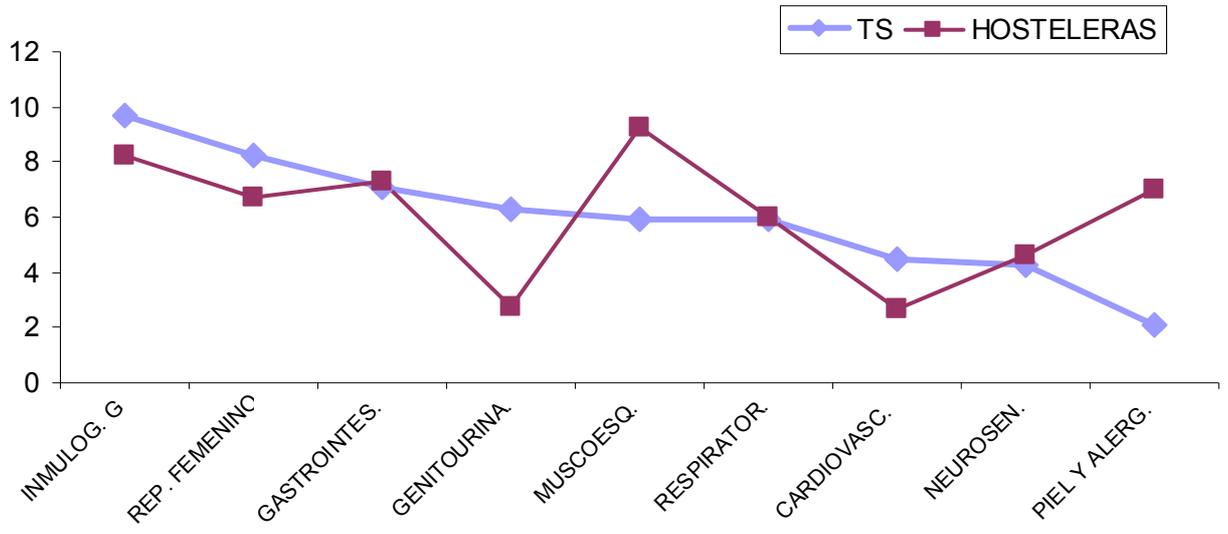
### QUEJAS PSICOSOMÁTICAS DE LAS TS

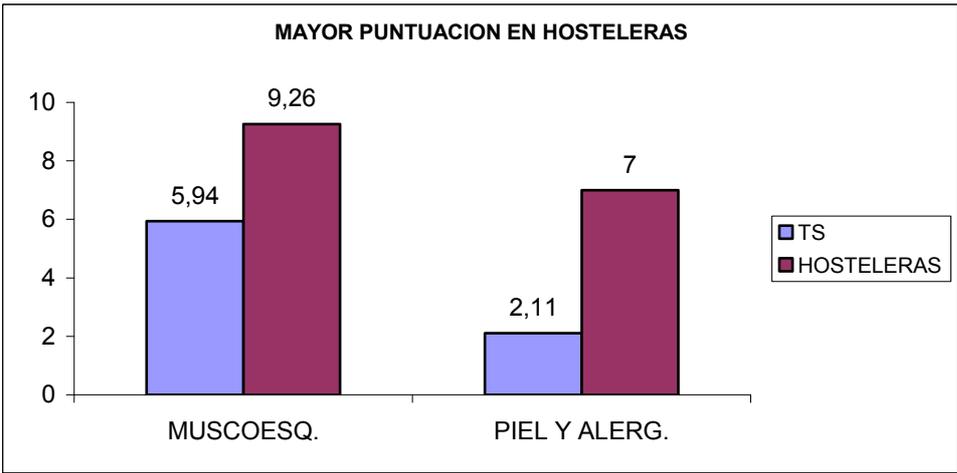
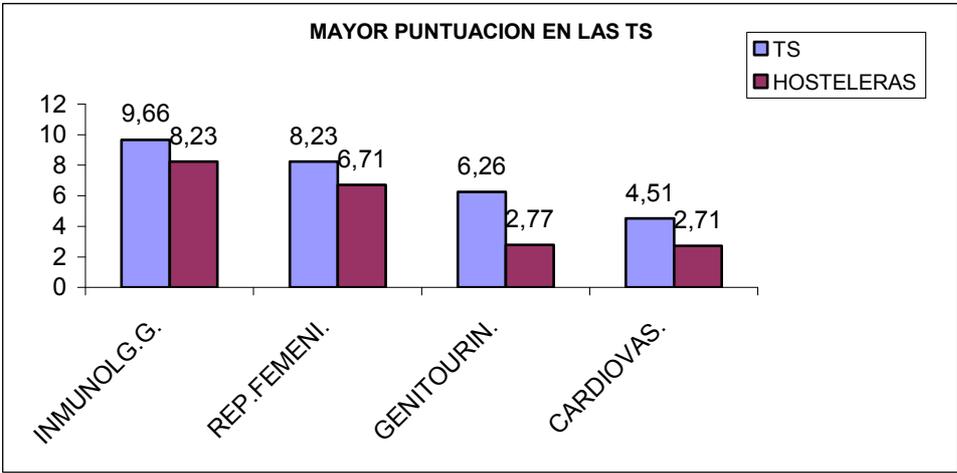
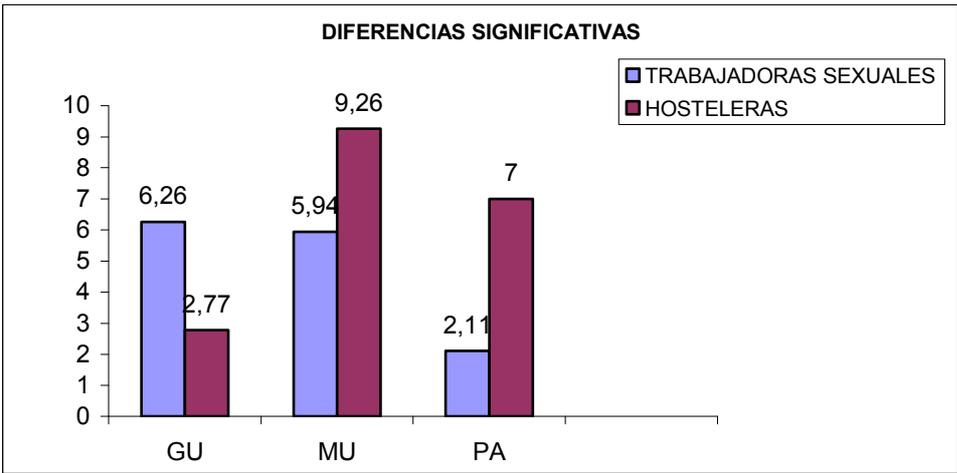


### QUEJAS PSICOSOMÁTICAS HOSTELERAS



### COMPARACION DE LAS MUESTRAS





#### 4.2.4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

##### **Estrés Psicosocial de las 35 TS inmigrantes**

Los resultados de las TS inmigrantes en la escala de estrés psicosocial ESS-R (Sandín y Chorot, 1995) nos informan de las principales quejas psicosomáticas del colectivo: Inmunológico General, Reproductor Femenino, Genitourinario y Gastrointestinal, por este orden. En el estudio realizado con inmigrantes y con la misma escala (Valiente et al., 1996) el colectivo de emigrantes exhibía puntuaciones más altas y con diferencias significativas, en la subescala Genitourinario y en las subescalas de Inmunológico General y Reproductor Femenino.

Las posibles causas de las mayores puntuaciones en estas subescalas son:

- **Inmunológico General**, relacionado con el estrés, ansiedad y depresión; la bajada de defensas es producto de la situación de estrés que produce un suceso vital importante; en este caso la emigración; la emigración de las TS inmigrantes no está exenta de problemas añadidos; a los problemas de superar la adaptación (al clima, idioma, país, cultura, trabajo, estilo de vida) y la separación (de los hijos, de la pareja, de la familia, de sus redes sociales, de su cultura...) se añaden otras situaciones estresantes: situación irregular, trabajo estigmatizado, profesión no legalizada y por lo tanto sin derechos, pago de la deuda del viaje con fuertes intereses, cargas familiares importantes, etc. Tampoco hay que olvidar el nivel de expectativas previo y el resultado final, una vez asentadas en España: son mujeres que a pesar de su formación y nivel cultural, no logran trabajar en un sector acorde a su preparación o experiencia profesional; tienen problemas y trabas para regularizar su situación administrativa y obtener un permiso de trabajo y por lo tanto de residencia; todos estos factores contribuyen al diestrés y a la indefensión ante cualquier intento de cambio.

- Quejas psicosomáticas en las áreas: **Reproductor Femenino y Genitourinario**; parece que existe una relación directa entre las quejas y molestias con el tipo de trabajo que desempeñan; son mujeres que trabajan con su cuerpo, que corren riesgos y que tratan de cuidarse al máximo y que por lo general no tienen experiencia profesional; sus órganos genitales y el aparato urinario están expuestos diariamente al contacto con otras personas; su profesión conlleva un riesgo de infecciones y molestias en las zonas genitourinarias; realizan lavados vaginales y por lo tanto bajan sus defensas, etc. Con respecto a la molestias durante la menstruación, las TS cometen una serie de errores: introducen esponjas en la vagina; para no tener la menstruación, no descansan en la toma de los anticonceptivos orales los siete días establecidos; cambian constantemente de anticonceptivos orales y en algunas ocasiones lo hacen sin receta médica. Sin embargo, no podemos concluir que las dos subescalas se relacionen directamente con el tipo de trabajo, ya que en otro estudio, con la misma escala, las religiosas hindúes residentes en un convento en España también puntúan alto en estas dos áreas. Deberíamos ampliar el estudio con más inmigrantes dedicadas a otros sectores.

- Molestias **Gastrointestinales**: son mujeres que por el tipo de trabajo (nocturnidad) no tienen regulados los horarios de comida ni del sueño; a esto se añade la falta de luz diurna; por otro lado, el tipo de trabajo conlleva hábitos de salud que repercuten en el área Gastrointestinal, por ejemplo, la ingesta de alcohol y tabaco durante la jornada laboral.

En conclusión, las TS inmigrantes presentan síntomas de estrés psicosocial asociados a su condición de Inmigrantes y los derivados del ejercicio de la Prostitución.

## **Estrés Psicosocial: Comparación entre inmigrantes y españolas**

Las puntuaciones totales obtenidas en la escala de estrés psicosocial en ambas muestras, hosteleras españolas y TS inmigrantes, no difieren significativamente si se les compara a nivel global; por lo tanto no se observa mayor estrés psicosocial en las inmigrantes.

Sin embargo, se observan diferencias significativas si se analizan cada una de las subescalas en cada una de las muestras seleccionadas.

Ambas muestras difieren en el tipo de quejas psicosomáticas; las españolas dedicadas a la hostelería se quejan principalmente de dolencias relacionadas con el aparato Muscoesquelético y Piel y Alergia; las TS inmigrantes se quejan más de dolencias y molestias en el aparato Genitourinario. Parece inevitable realizar una **asociación** entre el **tipo de quejas y el tipo de trabajo**:

- las **hosteleras españolas** se quejan de dolores de espalda y piernas (por las horas que pasan de pie y en movimiento para atender las mesas y la barra) y de problemas de alergia en la piel por el contacto con productos (son causas que ellas mismas explican y que hemos observado durante la aplicación de la escala).
- las **TS inmigrantes** refieren más dolencias y molestias en el aparato Genitourinario, porque es el que más directamente está relacionado con el tipo de trabajo que desempeñan.
- **Ambos grupos** se quejan de forma similar de problemas Gastrointestinales (relacionados con los cambios y desarreglos en el horario de comida, turnos de trabajo, etc.).

Los datos obtenidos en nuestra muestra de inmigrantes son **consistentes** con los obtenidos en el estudio de Rosa M<sup>a</sup> Valiente (1996); por un lado, no se hallan diferencias significativas en la puntuación total si se comparan las medias de las inmigrantes con el grupo de control (españolas); y por otro lado, se hallan diferencias entre ambos grupos si se analizan las subescalas por separado. En el estudio de Rosa M<sup>a</sup> Valiente se realiza una comparación del Estrés Psicosocial entre los siguientes grupos de mujeres: 15 hindúes inmigrantes en España, 15 españolas en Alemania y 20 mujeres españolas (grupo de control); las diferencias en la puntuación total no parecen significativas, pero si se analizan en cada una de las subescalas se obtienen diferencias significativas en lo relacionado con el sistema Inmunológico General (IG) y Reproductor femenino (RF); las hindúes son las que exhiben una mayor sintomatología en estas subescalas; no se encuentran diferencias entre las españolas (control) y las españolas inmigrantes en Alemania.

En nuestro estudio tampoco encontramos diferencias significativas en las puntuaciones totales de la escala entre españolas e inmigrantes; sin embargo, sí hallamos diferencias en las subescalas, en este caso, una mayor puntuación en las españolas, en PA (Piel y Alergia), ME (Muscoesquelético) y subescala Genitourinario (GU) para el grupo de inmigrantes; sin embargo, no podemos decir que la diferencia sea significativa ( $p > 0,058 > 0,05$ ).

No obstante, es difícil comparar los datos totales y parciales de nuestro estudio con el estudio citado arriba, entre otros motivos, porque:

- los autores aplican la forma abreviada de la escala de síntomas (54 ítems) y en nuestro estudio se aplica a escala completa (90);
- por otro lado las muestras difieren significativamente en número; en nuestro estudio la muestra está formada por un total de 70 mujeres (35 inmigrantes y

35 españolas) y en el estudio de Valiente cada muestra de inmigrantes está formada por 15 mujeres y se compara con un grupo de control de 20.

- y por último las características y el perfil de la muestra seleccionada difieren en cuanto a procedencia, cultura, religión, modo de vida, profesión, etc.; en el estudio de Valiente la muestra son mujeres hindúes, cuyas diferencias interculturales son mayores con respecto a la cultura occidental; son mujeres hindúes dedicadas a labores religiosas en un convento de clausura, que exige un modo de vida muy diferente a nuestras muestras (TS inmigrantes, mayoritariamente latinoamericanas y Hosteleras españolas).

En conclusión, las TS inmigrantes presentan síntomas de estrés psicosocial específicos relacionados directamente con su condición de Inmigrantes y relacionados directamente con el ejercicio de la Prostitución. Las quejas psicósomáticas de las mujeres TS inmigrantes son significativamente diferentes y específicas frente a otro colectivo de mujeres no inmigrantes. Por lo tanto se puede decir que el binomio Inmigración-Prostitución presenta factores psicosociales específicos que inciden en la salud, bienestar y calidad de vida de las mujeres inmigrantes.

No obstante, deberían ampliarse el número de estudios del estrés psicosocial asociado a factores como la Inmigración y contemplar otros colectivos de mujeres inmigrantes: las dedicadas al servicio doméstico, hostelería, cuidado de ancianos, etc., con el fin de obtener un conocimiento más específico y amplio de los problemas asociados a la inmigración y ofrecer una respuesta más ajustada a las necesidades de este colectivo emergente en nuestra sociedad actual. El estrés psicosocial necesita una intervención urgente en nuestra sociedad, ya que a la larga, provoca enfermedades crónicas y deterioro de la calidad de vida

## 5. CONCLUSIONES FINALES

Del presente estudio se desprenden varias ideas nucleares:

Hay un problema de **feminización de la inmigración**, en España; dentro de este sector femenino, una parte se dedica a la prostitución. La inmigración tiene problemas asociados y muy específicos que se agravan si se añade la Prostitución. Ambas condiciones, **Prostitucion-Inmigración**, inciden negativamente en la calidad de vida y bienestar de las mujeres inmigrantes.

La **inmigración** tiene asociados factores psicosociales que inciden de forma negativa en la calidad de vida de las mujeres inmigrantes y favorece situaciones de explotación y abuso: situación irregular en un país donde la inmigración ilegal está penalizada, alta movilidad geográfica, irregularidad en el trabajo, fuerte deudas contraídas para realizar la emigración, cargas económicas familiares importantes, desconocimiento de sus derechos civiles y del acceso a los recursos, falta de acceso a los servicios sanitarios, sociales y judiciales, desarraigo familiar y social, desconocimiento del idioma, desempeño de actividades profesionales que no están acordes con su formación, dificultades para la integración social, laboral y familiar en el país de acogida, etc.

La **Prostitución** tiene asociados otros problemas específicos que inciden en la calidad de vida, bienestar y salud y que favorece situaciones de abuso y explotación: la prostitución es “alegal” y por lo tanto no hay derechos reconocidos; la prostitución tiene asociados factores como la discriminación y la estigmatización; la prostitución implica el trabajo a comisión, el trabajo bajo presión económica para saldar las deudas del viaje, con normas impuestas de forma unilateral, el consumo de alcohol y tabaco, un horario de nocturnidad que provoca trastornos de sueño y alimentación, el contacto y exposición directa a enfermedades, ITS, VIH, etc.; la prostitución dificulta el acceso a los recursos

sanitarios y sociales por la excesiva movilidad de una zona a otra y dificulta las relaciones sociales normalizadas y la integración en las actividades cívicas.

El binomio **Prostitución-Inmigración** tiene además factores específicos que inciden directamente en la salud de las mujeres inmigrantes: la inexperiencia en la actividad de la prostitución, el desconocimiento de los mecanismos de transmisión de ITS y VIH, la falta de información sobre los métodos anticonceptivos, la falta de formación en conductas de reducción de daños y estrategias de prevención, las diferencias interculturales con respecto a la planificación familiar, las diferencias culturales y religiosas en materia de sexualidad, la situación de partida en su país de origen en cuanto a enfermedades, atención sanitaria y acceso a los recursos, etc.

Por lo tanto, existe una necesidad urgente de **dar respuesta** desde la Administración Pública y desde otras Organizaciones no Gubernamentales a la asistencia sanitaria, psicosocial y jurídica de este colectivo. Es necesario articular medidas de intervención holísticas y abordar el fenómeno de la tríada Inmigración-Prostitución-Salud como prioritario en las agendas políticas tanto del Departamento de la Mujer, como Cooperación Internacional, Sanidad, Trabajo, Inmigración, etc.

Las medidas que se adopten para **una intervención eficaz deberían** de tener en cuenta los siguientes aspectos:

Las medidas para la intervención deberán **implicar y comprometer** tanto a organismos públicos como privados y todas las entidades subvencionadas con fondos públicos; se deberá **trabajar en red** y articular estrategias de forma conjunta y coordinada, para evitar la duplicidad de recursos y profesionales. La intervención será **integral**, teniendo en cuenta las necesidades y demandas reales y prioritarias del sector; procurar una atención global y específica a nivel sanitario, jurídico y socio-laboral y

psicológico. La intervención además de integral debe ser **específica**, teniendo en cuenta la diversidad intercultural, las diferencias en materia de educación, sanidad, religión, etc. que ofrece el amplio marco de la inmigración. Se procurará promover el acceso de los inmigrantes a los recursos de cada área de la forma más **normalizada** posible.

Será necesario **financiar** y promover investigaciones que amplíen el conocimiento de las necesidades del sector, así como los proyectos que ofrezcan una respuesta ajustada a las demandas y necesidades detectadas; por otro lado, será necesaria una cualificación y perfeccionamiento de los profesionales en materia de Inmigración.

Promover actuaciones concretas de **sensibilización** social dirigidas a los profesionales de los diferentes servicios, a los organismos públicos, y a la sociedad en general. Evitar una respuesta de intervención que acentúe los aspectos estigmatizadores y marginadores del fenómeno así como medidas proteccionistas que contemplen al colectivo como víctimas.

A la luz de los resultados de la presente investigación, se sugieren actuaciones más **concretas**, que se consideran **prioritarias**:

Revisar y agilizar las **políticas de emigración**, la regularización del colectivo emigrante, el agrupamiento familiar, la integración socio-laboral, la obtención de la tarjeta sanitaria, etc. asesorar sobre los derechos civiles de los inmigrantes, de los recursos normalizados del sector, del derecho a las prestaciones; promover redes de apoyo psicosocial para prevenir las consecuencias del estrés crónico y los problemas derivados de la inmigración.

Promover **programas de acercamiento** a los colectivos de inmigrantes en diferentes sectores, dada la gran movilidad del colectivo; los programas no se deben

limitar sólo al sector de la prostitución, sino a otros sectores de la población inmigrante; el objetivo es ofrecer asesoramiento y atención integral (sanitaria, jurídica, social, psicológica) a aquellas personas que no pueden acceder a los recursos normalizados o desconocen sus derechos.

A partir de los resultados y conclusiones del presente estudio se proponen algunas **líneas de investigación** encaminadas a profundizar en el conocimiento de una realidad compleja y cambiante como es la tríada Prostitución, Inmigración y Salud:

- 1º ampliar el estudio de las **condiciones de trabajo y entorno laboral de las TS en otras zonas geográficas** de Asturias y ampliar las **modalidades de prostitución**, (de calle y de pisos) con el fin de ampliar el análisis de las conductas de riesgo en el trabajo (causas, motivaciones, diferencias según procedencia y modalidad de prostitución, etc.) y mejorar la intervención en los programas de acercamiento y reducción de daños.
  
- 2º Investigar con mayor profundidad las **diferencias interculturales** en materia de planificación familiar, cultura sexual, educación y formación sexual, conductas de riesgo, etc. de las mujeres inmigrantes que viven en nuestro país y analizar los datos clínicos y sociosanitarios en función de la diversidad; de esta forma se ofrecerán mediadas educativas, preventivas, terapéuticas más efectivas.
  
- 3º Profundizar sobre **el estrés psicosocial** y las variables asociadas en **otros sectores de mujeres inmigrantes** (servicio doméstico, cuidado de ancianos, hostelería) con el fin de detectar las causas y promover estrategias y recursos de afrontamiento, tanto de prevención como de control una vez instaurado.

De todas formas son características del fenómeno de la inmigración y la prostitución la fluctuación y el cambio constante de los parámetros y variables de las personas que lo sufren. Desde que terminamos de elaborar los datos de este estudio hasta hoy, ha habido, en primer lugar, importantes cambios sociales, políticos y legislativos que afectan a la realidad de los inmigrantes. En segundo lugar, constatamos en el día a día del trabajo en Proyecto Priapa que existe un cambio enormemente significativo en el mundo de la prostitución-inmigración: cambios en los flujos migratorios, cambios en la procedencia de las mujeres inmigrantes, cambios en el tipo de emigración, cambios en las redes y tráfico de mujeres, cambios en el tipo de prostitución que ejercen, etc. En tercer lugar, a lo largo del estudio aludimos a la permanencia en España de las TS inmigrantes en nuestro país, que es en torno a dos años; es necesario aclarar que este dato se refiere al tiempo que llevan en España cuando son entrevistadas; hemos constatado, en el día a día del acercamiento a los clubs y en la consulta del Cereda de Avilés, que hay mujeres que llegan a nuestro país con la intención de ganar dinero durante dos años y después regresan a su país de origen; otras muchas vienen a España con la intención de permanecer e intentar obtener la nacionalidad; estas mujeres optan por varias alternativas: permanecen como trabajadoras sexuales en los clubs o en los pisos, otras se casan y forman una familia, otras intentan el reagrupamiento familiar, otras cambian de trabajo, etc. Sería interesante y muy necesario un estudio y seguimiento de la permanencia efectiva posterior de las mujeres inmigrantes y de su problemática, dificultades y posibilidades de integración sociolaboral en nuestro país.

Por lo tanto, los datos que son válidos para el 2003 pueden no serlo para el 2005, lo que nos lleva a concluir que se requiere un seguimiento del fenómeno de la inmigración y prostitución en todas sus vertientes por personal específico y preparado para ello, e

investigaciones rigurosas que garanticen una respuesta profesional y eficaz a las demandas del sector.

Por otro lado, consideraría que he conseguido mis objetivos si el estudio y la presente publicación aporta algo nuevo al conocimiento del fenómeno de la inmigración, prostitución y salud, y logran sensibilizar a quienes se acerquen al fenómeno con intención de cambiar, mejorar, estudiar y responder eficazmente a esta realidad.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Achotegui, J. (2003). La depresión de los inmigrantes: una perspectiva transcultural. 1º *Simposium de psicología, inmigración e interculturalidad*, Gijón (Asturias), 20-21 junio, 2003.

Achotegui, J. (2003). La depresión en los inmigrantes extracomunitarios: características del Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). 1º *Simposium de psicología, inmigración e interculturalidad*, Gijón (Asturias), 20-21 junio, 2003.

Agustín, L. (2002). La necesidad apremiante de efectuar diferentes tipos de investigación. *Reserach for Sex Work. Junio 2002, N° 5.* 30-32.

Andrade, P. y Casal, M. (2000). *Una aproximación a la realidad social de las mujeres que ejercen la prostitución en Galicia*. Inédito.

Ayuntamiento de Avilés. (2003). *Informe estadístico de la población de Avilés*.

Belloso, N.(2003). Inmigrantes y mediación Intercultural. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía del Dercho. N° 7.Marzo 2003* [www.uv.es/CEFD](http://www.uv.es/CEFD)

Bolaños, A., Parrón, N., Royo, E. y Santan, J.M. (2003). Debate sobre prostitución y tráfico internacional de mujeres. Reflexiones desde una perspectiva de género. *Publicaciones Electrónicas de Médicos del Mundo Mayo 2003*.

[www.meddicsodelmundo.org/NAVG/pagina/Debate..](http://www.meddicsodelmundo.org/NAVG/pagina/Debate..)

Bonelli, E. (coord.) (2002). *Tráfico e inmigración de mujeres en España, colombianas y ecuatorianas, en los servicios domésticos y sexuales*. ACSUR-Las Segovias.

Brussa, L. (2002). Trabajadores sexuales inmigrantes en Europa: prevención de ITS/VIH, salud y derechos. *Reserach for Sex Work. Junio 2002, N° 5.* 12-14

Calderón, G.Y. y Ortiz, G. (2003). Estudio descriptivo sobre las prostitución de mujeres inmigrantes latinoamericanas y africanas en Gran Canaria. Madrid: *Boletín de Médicos del Mundo, año 9, n° 89.* 12-13.

Colectivo IOE (1998). *Inmigración y trabajo*. Madrid: Instituto de Migraciones y Serv. Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Ditmore, M. (2002). Influencia de la condición de inmigrante en la salud de las trabajadoras sexuales y su vulnerabilidad a los abusos. Comparación entre dos países. *Reserach for Sex Work*. Junio 2002, N° 5. 3-4.

Estébanez, P., Rodríguez, M.A., Rodrigo, J. y Ramón, P. (2002). *Evaluación y tendencias de predoctores de riesgo asociados a VIH / SIDA y otras ETS asociadas a trabajadoras del sexo en España*. Estudio financiado por el FIPSE. (Inédito).

Estébanez, P. Zunzunegui, V., Agular, D., Coloma, C., Rua-Figueroa, M, Fitch, K., Grant, J., Sarasqueta, C. and Nájera, R. (1998) A Demographic and Health Survey of Spanish Female Sex Workers: HIV prevalence and associated risk factors. Cambridge University Press. *J. Biosoc. Sci* 1998 30: 365-379.

Ferrer, A. (2001). Trabajadoras Sexuales colombianas en Castellón. Un acercamiento a su realidad cotidiana. *V Jornadas de Sexología de Valencia*.

Grupo ODINA (2002). *Memoria proyecto 2002*. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Asuntos Sociales.

Grupo para el estudio de Seroprevalencia de VIH Anónimo no Relacionado en pacientes de ETS. Seroprevalencia de VIH en pacientes de consultas de ETS, 1998-2000.(2001) Estudio anónimo no relacionado. Boletín Epidemiológico semanal. Centro Nacional de Epidemiología Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Semana 35, volumen 9, nº 19/205-212 del 2001

Jiménez, A. y Vallejo, D. (1999). *Estudio sobre la prostitución femenina en la Comunidad de Castilla-León*. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla-León.

López, C. y Cuesta, M.M. (1992). Acercamiento al mundo de la prostitución .Estudio de un grupo de prostitutas. *Impulso*, año 1992, nº 27. 14-26.

- Márquez, I. (2002). Nuevos desafíos: integración y salud mental de los jóvenes emigrantes y transeúntes. *Revista internacional On-line, Vol. 1, n.º 2*, pág. 2, julio 2002.
- Medeiros, R. de (2000). *Hablan las putas*. Barcelona: Virus.
- Nogueira, Ch: “La mayoría de las mujeres adultas que abortan ya son madres de familia”, *Diario El País*, 10 marzo 2003, pág. 32.
- Oso, L. (2000). Estrategias migratorias de las mujeres ecuatorianas y colombianas en situación irregular: servicio doméstico y prostitución en Galicia y Pamplona. *2º Congreso sobre la migración en España*. Madrid, 5-7 octubre 2000.
- Oso, L. (2002). Mujeres inmigrantes colombianas y trabajo sexual en Galicia, España *Reserach for Sex Work. Junio 2002, Nº 5*. 10-11.
- Padilla, M. “Las imperfecciones del método”, *Diario El País*, 27 mayo 2003, pág. 51.
- Páez, D. y otros (2000). *Identidad cultural, aculturación y adaptación de los inmigrantes latinoamericanos en el País Vasco*. Centro Cultural Chileno Pablo Neruda, y Univ. País Vasco.
- PAÍS, EL : “Explotación sexual”, diario *EL País*, 4 marzo 2001, pág. 28.
- Palacio, V. y Cuesta, M. (2001). Prostitución femenina y ETS. *Plan sobre el SIDA en Asturias*, Anexo 5, pág. 243-252.
- Pisano, I. (2001). *Yo puta. Hablan las prostitutas*. Barcelona: Plaza y Janés.
- Plan sobre SIDA para Asturias; proceso de reflexión y debate con la sociedad*. (2002). Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Pons, I. (coord.) (1992). *Condiciones de vida de las prostitutas en Asturias*. Principado de Asturias.
- Rodríguez, M. A. (2002a). *VII informe de exclusión social*. Médicos del Mundo.
- Rodríguez, M. A. (2002b). Prostitución en España, salud y políticas. *Reserach for Sex Work. Junio 2002, Nº 5*. 8-9.
- Salas, A. (2004). *El año que trafiqué con mujeres*. Madrid. Temas de Hoy.

- Sandín, B. (1993). Estrés y salud: Factores que intervienen en la relación entre estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Ed.). *Estrés y Psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología. Vol. 2*. (pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Colección Cursos de postgrado, UNED-FUE. Madrid.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). *Escala de Síntomas Somáticos Revisada (ESS-R)*. Madrid: UNED (material policopiado)
- Serrano, I. (2003). La salud sexual de las mujeres inmigrantes. *Diario El País*, 27 mayo 2003, pág. 52.
- TAMPET- EUROPAP (1998). *Trabajando por la salud. Desarrollo de servicios para las personas que ejercen la prostitución en Europa*.
- Téqui, G. y Guillemaut, F. (2002). Mujeres, migración y salud en Francia. La experiencia de Cabiria. *Reserach for Sex Work. Junio 2002, N° 5*. 5-6.
- Traspas, P., Bermejo, A., Valbuena, B. (2003). *VIII informe de exclusión social*. Médicos del Mundo.
- Valiente, R.M., Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y González de Rivera, J.L. (1996). Sucesos vitales mayores y estrés: efectos psicopatológicos asociados al cambio por migración. *Psiquis*, nº. 17. 211-230.
- Van der Helm, T. (2002). Migración y movilidad de los trabajadores sexuales en los Países Bajos. *Reserach for Sex Work. Junio 2002, N° 5*. 6-7
- Vanwesenbeeck, I. (2001). Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990-2000. *Annual Review of Sex Research*, vol. 12 pág. 242-289.

# **ANEXOS**

ANEXO I

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

FECHA Y LUGAR.....

NOMBRE (REAL O FICTICIO).....

FECHA DE NACIMIENTO.....

PROCEDENCIA (PAIS).....

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL (MUNICIPIO).....

PISO ..... ALQUILADO..... PROPIO.....

CLUB.....

OTROS.....

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE.....

COMPAÑERAS DE TRABAJO.....

AMISTADES.....

PAREJA.....

HIJOS.....

FAMILIARES.....

SOLA.....

Nº DE HIJOS, LUGAR DE RESIDENCIA Y CON QUIEN CONVIVEN

.....  
.....  
.....

Nº DE UNIONES : MATRIMONIOS – PAREJAS DE CONVIVENCIA

.....  
.....  
.....

CARGAS FAMILIARES A NIVEL ECONOMICO

.....  
.....

ESTUDIOS REALIZADOS.....

.....  
.....

CONOCIMIENTO DEL IDIOMA CASTELLANO.....  
PUESTOS DE TRABAJO DESEMPEÑADOS

PUESTOS                    LUGAR                    TIEMPO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

TIEMPO QUE LLEVA EN ESPAÑA.....

FORMAS DE ACCESO AL PUESTO ACTUAL

.....  
.....  
.....

HORARIO DE TRABAJO

AL DIA.....

AL MES .....

AL AÑO.....

NIVEL ECONOMICO (PERCEPCIÓN SUBJETIVA).....

.....

TIEMPO LIBRE

DEPORTE-GIMNASIO..... CINE – TEATRO.....

SALIR CON AMIGOS..... VIAJAR.....

AFICCIONES..... ASOCIACIONES.....

ESTUDIOS-FORMACION..... OTROS.....

HABITOS DE SALUD

ASISTENCIA

MEDICA.....

TABACO.....

ALCOHOL.....

DROGAS.....

OBSERVACIONES

.....  
.....

## ANEXO II

ESS-R  
Escala de Síntomas Somáticos-Revisada  
B. Sandín y P. Chorot, 1995

Nombre.....Edad.....  
FECHA Y LUGAR.....

A continuación se indica una lista de manifestaciones somáticas que suelen ser más o menos frecuentes en la gente. Por favor rodea con un círculo el número que mejor refleje la frecuencia con que has tenido cada síntoma de la lista durante los últimos doce meses (un año). No dejes ningún enunciado de la lista sin contestar.

Nunca durante el último año	Raras veces (no más de una vez al año)	Algunas veces durante el año	Frecuentemente (aproximadamente una vez al mes)	Más de un vez al mes
0	1	2	3	4

1. Catarros o resfriados comunes	
2. Palpitaciones (percepción elevada del latido cardíaco)	
3. Respiración dificultosa o molesta	
4. Molestias o sensación de malestar en el estómago	
5. Mareos	
6. Dolores de cabeza con sensación de tirantez o tensión	
7. Picores en la nariz de tipo alérgico	
8. Dificultades para orinar	
9. Fiebre	
10. Taquicardias	
11. Dificultades para respirar durante el esfuerzo	
12. Dolores abdominales (por ejemplo, "dolor de tripa")	
13. Sensaciones de oleadas de frío y calor	
14. Dolores de espalda	
15. Sudoración excesiva	
16. Necesidad de orinar con frecuencia	
17. Ulceraciones o llagas	
18. Sensación de opresión o molestia en el pecho	
19. Sensaciones de ahogo o falta de respiración	
20. Colitis	
21. Visión borrosa (manchas, destellos, etc.)	
22. Dolores en la nuca o zona cervical	
23. Erupciones en la piel (enrojecimiento, ronchas,)	
24. Molestias al orinar	

25. Herpes (por ejemplo, erupciones en los labios)	
26. Ligero dolor en el pecho al iniciar un esfuerzo físico	
27. Tos repetitiva	
28. Náuseas o sensación de vómitos	
29. Vértigos	
30. Temblor muscular	
31. Síntomas de conjuntivitis alérgica	
32. Necesidad de orinar con frecuencia	
33. Gripe	
34. Dolor en el pecho acompañado de fatiga y respiración dificultosa	
35. Sensación de ahogo o respiración difícil tras emociones fuertes	
36. Acidez de estómago	
37. Molestias en oídos (dolor, zumbidos, etc.)	
38. Calambres o dolor en las piernas	
39. Estornudos repetitivos	
40. Molestias o dolor de riñones (no debidas al ejercicio)	
41. Bulto o verruga nuevos o que reaparecen	
42. Síncope (desmayo, desfallecimiento, lipotimia)	
43. Respiración dificultosa acompañada de tos	
44. Estreñimiento o dificultades para defecar ("hacer de vientre")	
45. Sensaciones de adormecimiento en brazos o piernas	
46. Contracciones o sacudidas musculares	
47. Constipado o congestión de tipo alérgico	
48. Dolor en zonas genitales	
49. Fibroma o tumor nuevos o que reaparecen	
50. Necesidad de tomar medicinas para reducir la tensión arterial	
51. Dolor de garganta	
52. Vómitos	
53. Visión doble o deformada	
54. Dolor en las articulaciones (en manos, piernas, etc.)	
55. Eccema o problemas semejantes de la piel	
56. Molestias en zonas genitales	
57. Sensación general de debilidad	
58. Sensación de falta de aire	
59. Sensación de falta de aire	
60. Diarrea	
61. Dificultades de coordinación (de movimientos)	
62. Dolores musculares	
63. Sensaciones de picor o escozor en la piel	
64. Sangre en la orina	
65. Cansando o fatiga sin causa aparente	
66. Necesidad de hacer dieta para reducir la tensión arterial	
67. Respiración dificultosa acompañada de ruidos(p.ej., silbidos)	

68. Gastritis	
69. Sensaciones de hormigueo en algunas partes del cuerpo	
70. Torpeza en las manos	
71. Picores en los ojos, de tipo alérgico	
72. escozor o malestar al orinar o después de orinar	
73. Estado general de baja energía	
74. Tensión arterial ligeramente alta	
75. Tos acompañada de flemas	
76. Dolor de estómago	
77. Sensación de inestabilidad en la marcha	
78. Inflamación de las articulaciones	
79. Granos en la piel nuevos o que reaparecen	
80. Sensaciones de picor en zona genital, que incitan a rascarse	

Nunca	Casi nunca (sólo en una ocasión)	Algo frecuente (en más de una ocasión)	Con bastante frecuencia (hasta 5 veces en el año)	Con mucha frecuencia (más de 5 veces)
0	1	2	3	4

81. Adelanto del período	
82. Dolores musculares (de espalda, cabeza, etc.) antes del período	
83. Molestias generales (náuseas, mareo, etc.) antes del período	
84. Flujo menstrual excesivo	
85. Retraso del período entre 10 y 20 días	
86. Retraso del período de más de 20 días	
87. Hemorragias fuera del período	
88. aumento de peso, hinchazón antes o durante el período	
89. dolores musculares ( de espalda, cabeza...) durante el período	
90. Molestias generales (náuseas, mareo, etc.) durante el período	

## **CURRÍCULUM VITAE**

María Jesús Fernández Ollero (1966, Kreffeld, Alemania).

Profesora de Enseñanza Secundaria (Psicología) y Jefe del Departamento de Orientación de un Instituto de Enseñanza Secundaria de Asturias.

Coordinadora del Proyecto Priapa de Médicos del Mundo Asturias.

### Estudios:

Diplomada en Pedagogía Terapéutica por la Universidad de Oviedo.

Licenciada en Psicología por la UNED.

Especialista Universitario en Psicopatología y Salud por la UNED.

Doctoranda del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo.

### Investigaciones:

**“Actitudes de los padres frente a la integración Escolar”**, Escuela Asturiana, Junio 1988.

**“La efectividad de la enseñanza para la integración socio- laboral de los discapacitados”**. Subvencionado y Publicado por el CIDE, Ministerio de Educación y Ciencia, 1994. **Accésit** del Premio “Marcos Ortega Mera “VIª Convocatoria de la fundación PAIDEIA”, 1997.

**“Denominación de dibujos en ancianos de la comarca del Bierzo”** (1999, inédito).

**“Sesgos y Metacognición en tareas de Razonamiento Probabilístico”** (1999, inédito).

**“Estrés Psicosocial y Salud: una aproximación a la realidad Psicosociosanitaria de las Trabajadoras Sexuales de Avilés”** (2004, inédito).

