



Prostitución: comercio de personas sin fronteras

Comunicación

Congreso Virtual:
Del 20 de septiembre al 10 de octubre



PROSTITUCION, INMIGRACION Y
SALUD: PERFIL DE LAS MUJERES
QUE EJERCEN LA PROSTITUCION EN
AVILES (ASTURIAS)

María Jesús Fernández Ollero

fernandobello@telecable.es

Teléfono: 696 34 25 77 y 985 09 07 94

Docotoranda del Departamento Psicología de la Universidad de Oviedo y
Coordinadora (voluntaria responsable) del Proyecto Priapa (Médicos del Mundo
Asturias)



INDICE

RESUMEN	3
SUMMARY	3
1. INTRODUCCIÓN	4
2. METODO.....	5
2.1 Muestra.....	5
2.2. Instrumentos	5
2.3. Análisis de datos.....	6
3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	6
3.1. Perfil sociodemográfico.....	6
3.2. Planificación familiar	7
3.3. Estado de salud	8
3.4. Hábitos de salud	9
4. CONCLUSIONES.....	10
5. CONCLUSIÓN FINAL	12
6. BIBLIOGRAFÍA	13



RESUMEN

Se ha realizado en Asturias una investigación sobre las variables más relevantes que inciden en la salud y bienestar de las Mujeres que ejercen la Prostitución (MEP) en los clubs de Avilés. Es un estudio transversal con una muestra de 115 MEP; los objetivos son la descripción y análisis de: el perfil socio-sanitario de las MEP, en su mayoría inmigrantes; las variables vinculadas con el ejercicio de la prostitución en clubs; y el estudio del estrés psicosocial de las MEP. El periodo de estudio ha sido de 17 meses, (Febrero- 2002, Julio- 2003.). La investigación ha sido publicada por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias en Diciembre del 2004. Esta comunicación expone la 1º parte del estudio (perfil sociosanitario). PALABRAS CALVES: prostitución, inmigración, salud y bienestar

SUMMARY

An investigation has been made in Asturias on the most relevant variables affecting health and welfare of women who practise prostitution in nightclubs in Avilés (Asturias). It is a cross study on a sample of 115 women who practise prostitution. The objectives are the description and analysis of: the sociosanitary conditions of the women who practise prostitution, most of them immigrants; the variables linked to practice of prostitution in nightclubs and the study of psychosocial stress of those women. The survey has been made over 17 months (February 2002, July 2003). The investigation has been published by the housing and social welfare regional Ministry of Regional Government of Asturias in December 2004. This report sets out the first part of the study (socosanitary profile). KEY WORDS: Prostitution, Immigration, Health and Welfare.



1. 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.

A partir de este planteamiento se justifica la necesidad y la conveniencia de realizar un estudio sobre el colectivo de Mujeres que ejercen la prostitución 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).

Por otro lado, las razones que justifican el presente estudio son las demandas específicas que plantean las usuarias del proyecto PRIAPA (Programa de Reducción de Daños y Atención Integral para Mujeres que ejercen la prostitución del área de Avilés) de Médicos del Mundo Asturias; a partir de la información proporcionada por las usuarias, Mujeres que ejercen la prostitución de clubs (MEP 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 MEP.

Es un estudio transversal que describe y analiza el perfil sociosanitario y las condiciones de trabajo vinculadas con el ejercicio de la prostitución de 115 MEP, en su mayoría inmigrantes de los clubs de Asturias (Avilés); y por otro lado, describe y analiza las variables psicosociales y su relación con el estrés psicosocial de una submuestra de 35 MEP inmigrantes. El periodo de estudio ha sido de 12 meses, desde febrero del 2002, hasta julio de 2003.

En la presente comunicación exponemos la 1º parte del estudio (perfil sociosanitario). La investigación ha sido publicada en su totalidad por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias en Diciembre del 2004.



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 tiene 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.

Frente a otros colectivos similares (MEP de calle, de piso de contactos, MEP no inmigrantes, etc.), las MEP de nuestra muestra (Mujeres, en su mayoría inmigrantes, que ejercen la prostitución 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.

2. METODO

2.1 Muestra

Para el estudio se ha seleccionado una muestra de 115 MEP que acuden al Cereda de Médicos del Mundo de Avilés.

El perfil y distribución de la muestra de 115 MEP, 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 MEP 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.

2.2. Instrumentos

Para el análisis de los datos Sanitarios y Demográficos de las 115 MEP usuarias del proyecto se ha utilizado como instrumento el protocolo de la consulta psicosocio- sanitaria de la sede del Proyecto para la recogida de datos.

Las Variables analizadas son: 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 se recogen los resultados de serologías, enfermedades de transmisión sexual, VIH, etc. de todas las usuarias del proyecto (N 115).

2.3. Análisis de datos

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).

3. RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

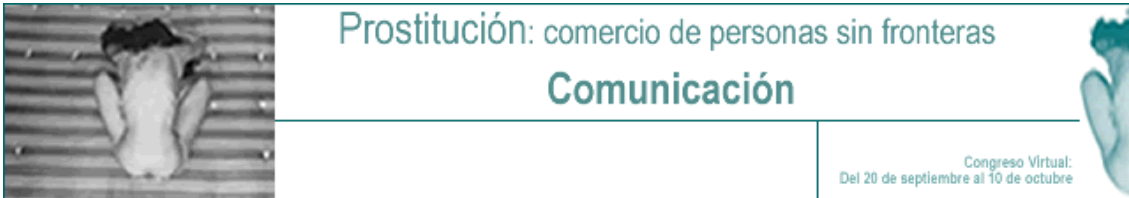
3.1. Perfil sociodemográfico

Actualmente en Asturias las MEP de clubs son inmigrantes (94,8%) y un 5,2% españolas. La procedencia y por lo tanto el perfil de las MEP 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: MEP inmigrantes: el 21, 8%; cerca del 80% de MEP son españolas (Pons, 1992);. En Castilla y León, (Jiménez y Vallejo, 1999) las MEP 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 MEP 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, 1999); Castellón (Ferrer, 2001); España (Estébanez, Rodríguez, Rodrigo y Ramón 2002).

En nuestra muestra y en los estudios citados, el perfil de las MEP 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 MEP 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 MEP inmigrantes no viven con sus madres; están a cargo de los abuelos en el país de origen; las MEP 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 (censo del 2003), 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.

3.2. Planificación familiar

El 81% de las MEP ha tenido embarazos: entre 2-3 embarazos de media. Han tenido abortos (no se especifica si son provocados o espontáneos) el 50% de las MEP, 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 MEP 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 MEP 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 MEP españolas (Andrade y Casal, 2000), o un 47,68 % de las MEP 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 MEP, 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 MEP (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 MEP 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 MEP, 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 IMEP 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 MEP 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).

3.3. Estado de salud

En general se constata que las MEP 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 IMEP 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 MEP inmigrantes. En general, se registra baja prevalencia de seropositividad (1,69%), porque las MEP 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 MEP como agente de transmisión si no está asociado a otras conductas de riesgo.

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

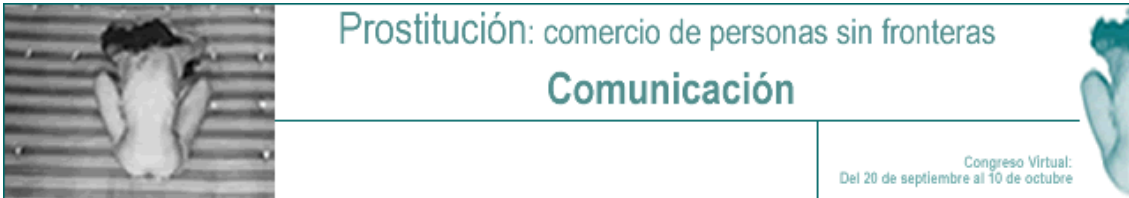
3.4. Hábitos de salud

Las MEP que trabajan en el club consumen tabaco y alcohol; el 54% fuman (de las cuales el 58,6% fuma menos de 10 cigarrillos al día); el 71,3% bebe alcohol (de las cuales el 63% consume de forma ocasional 1-2 copas al día); evidentemente los hábitos de consumo están asociados al ejercicio de la prostitución; para aumentar las ganancias es necesario beber, pues de cada copa consumida, tanto por el cliente como por la MEP, ganan un 50%; cada copa cuesta aproximadamente 6 euros para el cliente y 30 euros para la MEP.

Otras MEP, las que muestran un mayor índice de consumo de alcohol, aducen otros motivos para el consumo de alcohol en el club: vencer la timidez, formas de afrontamiento a la situación, 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 están en el club; entre los motivos señalan: imitación de las compañeras, imitación del cliente y acompañamiento para tomar la copa, aburrimiento cuando no hay apenas clientes en el local, etc. Otras nos señalan que sólo fuman en las horas que están en el club.

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 MEP 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.

4. 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.



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

- nivel de percepción del riesgo en la actividad que ejercen; no se toman métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados.
- conductas de riesgo con el cliente: ante la rotura del preservativo 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 MEP 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.

5. CONCLUSIÓN FINAL

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, Prostitución-Inmigración, inciden negativamente en la calidad de vida y bienestar de las mujeres inmigrantes.

La inmigración tiene asociadas variables 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 ejercicio de la prostitución, 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-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.



6. BIBLIOGRAFÍA

- 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*.
- Bonelli, E. (coord.) (2002). *Tráfico e inmigración de mujeres en España, colombianas y ecuatorianas, en los servicios domésticos y sexuales*. ACSUR-Las Segovias.
- 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.
- Fernández M.J.(2004). *Prostitución, Inmigración y Salud. Perfil de las trabajadoras sexuales de Avilés (Asturias)*. Consejería de Vivienda y Bienestar Social, Principado de Asturias.
- Ferrer, A. (2001). Mujeres que ejercen la prostitución 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.
- 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.
- 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.
- Padilla, M. "Las imperfecciones del método", *Diario El País*, 27/05/03, pág. 51.
- Palacio, V. y Cuesta, M. (2001). Prostitución femenina y ETS. *Plan sobre el SIDA en Asturias*, Anexo 5, pág. 243-252.
- *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.
- Serrano, I. (2003). La salud sexual de las mujeres inmigrantes. *Diario El País*, 27/05/ 03, pág. 52.