

Manuel Enrique Morales Santiago

manu@asistencia.org

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

<http://cueyatl.uam.mx/>

ARTICULACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE SEXOSERVIDORAS CON LAS POLÍTICAS DE SALUD EN MÉXICO: BARRIO DE LA MERCED 2003

1. Antecedentes

El presente trabajo de investigación surge como respuesta a la inquietud de generar una perspectiva diferente que, además de explicar el fenómeno del sexoservicio y sus implicaciones en la salud, pueda determinar líneas de acción encauzadas al mejoramiento de las condiciones de vida y oportunidades objetivas en la obtención de servicios integrales de salud para las mujeres que ejercen dicha actividad.

Diversas han sido las disciplinas que han abordado el fenómeno del sexoservicio y la salud entre ellas destacan las ciencias médicas, la jurisprudencia y de las ciencias sociales destacan la sociología y la antropología. También diversos han sido los enfoques teóricos que se han aproximado al problema, el enfoque a su vez tiene un correlato con el abordaje político que se traduce en medidas concretas ya sean regulacionistas, prohibicionistas, abolicionistas o higienistas. En este estudio profundizaremos en la corriente contractualista y propondremos un enfoque basado en los conceptos de género y pobreza, esto a consideración de promover un nuevo perfil de análisis y en busca de una consistencia que permita un estudio más sistemático y desprejuiciado que dé origen, finalmente, a un enfoque con cualidades propositivas.

El primer paso en toda política pública es el establecimiento de un correcto diagnóstico que de cuenta de las necesidades a que debe responder, en ese sentido, generar una política de salud correctamente orientada a las necesidades de las sexoservidoras requiere primero un ejercicio de definición, en nuestro caso precisamos que nuestro enfoque no plantea al sexoservicio como el problema en sí, sino que busca explicárselo como una manifestación de procesos de orden económico y cultural que van definiendo una problemática específica de salud que enfrentan las sexoservidoras; con ello pretendemos ampliar el margen de

comprensión al dejar de ver a la sexoservidora como generadora de problemas de salud, específicamente, de infecciones de transmisión sexual (ITS) ya que de esta noción se deriva un enfoque higienista que la percibe como un foco de infección que pone en riesgo la salud de la población, tal propuesta además termina por reducir la política de salud a un monitoreo de su salud reproductiva perdiendo de vista otras necesidades fundamentales.

El sexoservicio existe en formas que dependen de los valores económicos, sociales y sexuales de cada sociedad, incluso es un concepto que se articula según las percepciones predominantes de familia, amor y propiedad privada, que suceden en la historia. Los motivos pueden ser laicos o religiosos, materiales o espirituales. Sus características cambian según la época y el lugar donde se encuentre; aunque la esencia de facto sea la misma: satisfacción de placer sexual del cliente/usuario, por quien ejerce el servicio, a cambio de una retribución por el mismo cliente/usuario. Por lo anterior, partimos de la premisa de que, aunque el sexoservicio es una práctica histórica, adquiere una lógica particular en el capitalismo que a su vez origina problemáticas particulares; las jerarquías por género, la percepción de la mujer como un ser para los otros y el empobrecimiento de la población tiene un efecto de precariedad en las condiciones de vida e insuficiencia en las oportunidades objetivas de desarrollo que llevan a un número cada vez mayor de mujeres a ejercer esta actividad. Esta apreciación puede conducirnos a la propuesta de líneas generales de acción que constituyan una política alternativa de salud para este grupo vulnerable identificando y atendiendo otras necesidades de salud.

En la actualidad una de las principales preocupaciones de las sexoservidoras organizadas es el reconocimiento del sexoservicio como actividad económica, una primera intención es provocar un proceso de desestigmatización social, pero tal proceso tendría que trascender y desembocar en la implementación de políticas públicas dirigidas al sexoservicio y su entorno, principalmente en la salud. El relativo auge de organizaciones de sexoservidoras se ve incrementado con el surgimiento del SIDA que ha motivado la organización para promover medidas preventivas entre ellas, pero además, se ratifica el hecho de que las instancias gubernamentales no tienen, hasta el momento, cursos de acción tendientes a la solución de sus problemáticas.

El trabajo de campo de esta investigación se dirigió precisamente a estudiar las formas organizativas que tomaron las algunas sexoservidoras en el Barrio de la Merced de la Ciudad

de México, poniéndose particular énfasis en su capacidad de integración y la capacidad de injerencia sociopolítica en la elaboración de programas integrales de salud.

2. Contractualismo y determinación social de la salud en sexoservidoras.

El término sexoservicio, aunque no es aceptado por algunos grupos, se acerca a un espacio de neutralidad académica que permitirá analizar elementos del entorno en materia de política pública. Partiremos de una definición general del sexoservicio como la actividad económica de prestación de servicios sexuales mediante una remuneración sin que exista entre el prestador de servicio y el cliente/usuario, la relación obrero-patronal que regula la Ley Federal del Trabajo en México (LFT 2003: 8° y 10°). Es pertinente aclarar que la denominación “trabajador sexual”, es utilizada con la intención de dignificar a quienes ejercen esta actividad, pero tal término no está legalmente sustentado e implica que se asume el tono devaluatorio y estigmatizante de esta actividad, por ello dicha expresión no será utilizada en este trabajo.

La directriz teórica del contractualismo parte de considerar a las personas libres y que sus acciones son plenamente racionales y tienen como finalidad promover sus propios intereses; esto supone una posición inicial de igualdad definitoria en los términos fundamentales de su asociación (Rawls, 2002: 24); sin embargo, esta supuesta igualdad inicial tendría que debatirse.

De esta manera el contractualismo explicaría la relación entre sexoservidora y cliente/usuario, como una forma más de empresa capitalista, el sexoservicio es visto como una empresa privada y el contrato entre el cliente y la sexoservidora se considera un arreglo privado entre comprador y vendedora; en esta perspectiva se sustenta que una sexoservidora pacta una cierta forma de su “fuerza de trabajo” por un periodo determinado a cambio de dinero y que existe un libre intercambio entre la sexoservidora y el cliente, donde el contrato de sexoservicio es exactamente como el contrato de empleo. En dicho contrato, la sexoservidora posee una propiedad en su persona que se oferta en el mercado y se considera que una sexoservidora no se vende a sí misma, sino que contrata el uso de sus servicios sexuales como cualquier otro individuo estableciéndose una relación externa a la propiedad en su persona; los contractualistas proclaman que “las personas tienen el derecho humano de relacionarse con el sexo comerciante” (Pateman, 1995: 263-264).

El contrato se genera por medio de decisiones racionales, fundamento esencial del contractualismo, del que se extrae otra limitante, ¿Cómo se pueden tomar elecciones racionales, cuando no se cuenta con la información necesaria?¹ Se contradice por el factor de la “racionalidad limitada” –término creado por Herbert Simon– que establece que la gente tiene unos recursos y una información limitadas, por lo que se ven obligados a tomar decisiones basadas en una información o un análisis incompletos (Samuelson, 1999: 183). Asimismo si el contrato debe realizarse entre personas en situación de igual libertad, sin ventajas ni desventajas, no será lo mismo, lo que delegue una mujer en un contexto social donde impera una supuesta supremacía sexual de los varones, y en el que se invisibiliza el deseo sexual de la mujer y es obligada estar a disposición del deseo masculino al personificar y reproducir los roles socialmente aceptados; condiciones que se intensifican en la sexoservidora cuya actividad es sancionada y penalizada legal y socialmente.

Otro fenómeno que contradice la perspectiva contractual, es lo que en economía clásica se conoce como el agente racional, caracterizado por intereses egoístas y excluyentes, que busca obtener los máximos beneficios, a los menores costos. Dentro de un contrato se confrontan dos agentes racionales donde, la conclusión extraída del denominado “dilema del prisionero”, establece que la estrategia dominante para cada uno será derrotar al otro, en vez de cooperar con él, por lo que no se obtendrá un resultado colectivamente racional (Olson, 2001: 90). Esto nos impone la necesidad de discutir el entorno que envuelve al sexoservicio con la identificación de las condiciones en que se realiza esta actividad.

En ese sentido, la teoría contractualista ofrece la posibilidad de mirar a la sexoservidora desde una óptica distinta que parece no culpabilizarla; pero tal visión despoja al fenómeno de las comprobadas inequidades que padecen estas mujeres en relación al resto de la sociedad y al interior mismo de las mujeres. Es cierto que el sexoservicio es una relación de tipo comercial en la que la sexoservidora y el cliente/usuario aceptan un contrato no escrito y que en teoría, ambos están comprometidos a respetarlo, pero en la práctica esto no acontece, ya que no existe certidumbre para ninguno de los dos, el cliente ignora si será robado,

¹ Tanto clientes como sexoservidoras pueden no tener información respecto a los riesgos en la salud cuando se toma la decisión de ejercer el contrato. Lo que se complica ante la situación: la sexoservidora como el cliente/usuario desconocen quienes son, incluso aún cuando este último sea asiduo a solicitar los servicios con la misma persona, por temor al rechazo o prejuicio social, la relación se mantiene lo más anónima posible.

golpeado o estafado, si se respetará el tiempo pactado, si su salud no pelagra; de igual manera, la sexoservidora no sabe si será agredida por el cliente o si éste no es portador de una ITS que ponga en riesgo su salud. Lo anterior resume que no se puede obtener de dicho contrato una transacción mutuamente ventajosa de la que ambos consigan el máximo beneficio como lo postularía una perspectiva liberal.

A estos vacíos del contractualismo se agrega la omisión de los ámbitos económicos, políticos y culturales en torno al sexoservicio. No se considera que insertarse en esta actividad, pese a su carácter altamente estigmatizante, puede representar para muchas mujeres la única opción para satisfacer sus necesidades básicas debido a su falta de acceso a la educación y al trabajo remunerado; no se trata entonces de una elección. También se deja de lado que la mayor parte de quienes realizan sexoservicio y quienes se involucran en la industria del sexo son mujeres y que en las formas organizativas del sexoservicio se establecen relaciones de poder donde las mujeres son explotadas por varones y extorsionadas por la autoridad misma. Por último se pierde de vista que los significados culturales sobre el cuerpo de las mujeres hacen ver a ésta como un objeto disponible al deseo masculino; estas tres atenuantes colocan a las sexoservidoras en un estado de vulnerabilidad social que en todo caso, las llevarían al contrato sexual en completa desventaja.

De esta manera, la sexoservidora es expuesta a daños a la salud específicos pero no se trata de un patrón azarosamente establecido por la naturaleza sino consecuencias de procesos sociales en los que priva la desigualdad de género; como es de esperarse, dado que el enfoque que ha prevalecido es el higienista, la mayoría de los estudios epidemiológicos han encontrado tasas más altas de infecciones de transmisión sexual; con un enfoque más integral, es de esperarse un mayor consumo de drogas, tasas más altas de lesiones, homicidio, depresión, intento de suicidio y suicidio, patrón al que hay que agregar sus repercusiones en el estado de salud de sus dependientes económicos; falta de guarderías y atención médica para sus hijos por ejemplo.

3. Determinaciones sociales de la salud enfermedad en las sexoservidoras.

3. 1 La inequidad de género y salud.

Ante la situación anterior, el enfoque de género resulta ser una herramienta de mayor consistencia metodológica. Empezaremos por definir al género como la construcción social de

las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, esta consideración requiere de la deconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de mujeres y hombres denominadas “feminidad” y “masculinidad”; por género nos referiremos a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas (OPS, 2000). Mientras que el concepto sexo corresponde a las características biológicas del individuo, su conformación morfológica y fisiológica que hacen distinta a la mujer del hombre, haciendo referencia a una forma de clasificación biológica; de él se induce que es una construcción social sobre las actitudes, prácticas y valores que diferencian al hombre de la mujer y que en tanto, como construcción social, se encuentra en permanente cambio (Ramírez, 2000: 2).

Dentro de la psicología el género se relaciona con a) la asignación de género, que se establece al nacimiento y que está dado por las características morfológicas del individuo, b) la identidad de género que hace corresponder las diferencias biológicas con las formas de sentir y actuar como mujer o como hombre; (así, la masculinidad y feminidad se establecen en la primera infancia y son difícilmente modificables con el tiempo) y c) el papel de género, que es el conjunto de normas, pautas y preceptos que llevan a establecer estereotipos con matices en las distintas culturas. La categoría género no sólo contribuye a la comprensión de la vida de la mujer y la vida del hombre sino que además permite analizar las relaciones entre ambos (Funke, et. al., 1998: 31-46) (Ramírez, 2000: 3).

Las inequidades de género en salud están concentradas en varios tipos de desajuste, uno de ellos se da entre los **riesgos de salud y las oportunidades** para gozar la salud (estado y determinantes de salud), debido a su capacidad reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto de riesgos diferente al de los varones; pero el menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos, significa también que las mujeres poseen menos oportunidad de disfrutar de una buena salud; otro desajuste se da entre las **necesidades de salud y acceso a los recursos**, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres pero tienen menos oportunidad de acceso a los recursos materiales que les permitan obtener servicios especializados; por último mencionaremos el desajuste entre las **responsabilidades y poder en el trabajo**, las mujeres constituyen la mayoría de los empleos mal remunerados o sin remuneración, no obstante, al estar concentrados en niveles inferiores

de la fuerza laboral, tienen menor capacidad de influenciar en las políticas y la toma de decisiones (OPS, 2000: 1).

Las anteriores son apenas las primeras prerrogativas a que debe orientarse una política de salud con enfoque de género ya que como menciona De los Ríos la perspectiva de género es "un pensamiento orientador para favorecer un cambio en la acción de las políticas y los programas de salud dirigidos no sólo a la mujer sino también a la población en su conjunto" (De los Ríos, 1993: 3-18).

3.2 El sexoservicio como falta jurídica.

En su dimensión político-legal el sexoservicio puede o no constituir un delito o una falta administrativa, ya sea si es reconocido (como ocurre en la tendencia reglamentarista) o marginado por el gobierno y la sociedad (en la tendencia prohibicionista). Por otra parte, los actores que intervienen en el fenómeno (sexoservidoras, organizaciones no gubernamentales, gremios, liderazgos, instituciones gubernamentales y de derechos humanos) conforman una arena política conflictiva donde las decisiones entrañan el riesgo de provocar fragmentaciones; pero expresan también intereses que influyen y modulan la política pública.

En este rubro consideramos necesario el reconocimiento político del sexoservicio para generar leyes regulatorias que incentiven, en lo posible, la reducción de la clandestinidad; otorgándose así, certidumbre tanto a la sexoservidora como al cliente /usuario; de esta manera ambos serán obligados a respetar lo pactado y se evitaría la extorsión. Lo anterior posibilita un contexto en el que las sexoservidoras tendrán mejores oportunidades para prevenir los riesgos a la salud que entraña su trabajo; las autoridades se verán obligadas a respetar y salvaguardar la seguridad del cliente/usuario y de la sexoservidora, reduciendo la presencia de lenones² evitando la explotación, la privación de la libertad y la inducción forzosa de consumo de alcohol y drogas.

3.3 El empobrecimiento.

En la lógica de que sólo las actividades económicas susceptibles de generar plusvalía son legitimadas por el Estado, el sexoservicio se ubica como una alteración a la normatividad jurídica por no generar "plusvalor" y considerada ya delito, ya falta administrativa. Se trata de

² Ver Artículo 189 del Código Penal del Distrito Federal Mexicano.

una actividad en la que no existe de por medio un certificado de compra-venta del servicio que, desde la perspectiva liberal, avale la certidumbre en los títulos de propiedad. Pero además, dicho servicio es visto como un medio para satisfacer las necesidades materiales de quien lo ejerce –y para satisfacer las necesidades sexuales de quien lo contrata- que en la mayoría de los casos representa una forma de obtener dinero rápidamente con la expectativa de dedicarse posteriormente a otra actividad.

En la perspectiva de la satisfacción de las necesidades básicas, hemos dicho que el sexoservicio (nivel bajo y medio)³ es resultado de una falta de recursos materiales e intelectuales de quien lo ejerce, así como a una escasez de oportunidades objetivas. Aquí la pobreza juega un papel trascendente, la consideraremos un proceso incompatible al desarrollo humano; precisamente como la insatisfacción de las necesidades humanas básicas (Doyal, y Gough, 1991: 91-111)⁴ de forma involuntaria y prolongada. De la pobreza se deriva un conjunto de factores que pueden incrementar la oferta del sexoservicio (bajo y medio); pero además refleja el estado de salud que prevalece en el grupo social de las sexoservidoras.

4. La política social y de salud. Contexto y riesgos para las sexoservidoras.

La política social, desde la perspectiva del “Welfare-State”, se define a partir de una lógica política y social en sentido amplio; por definición, es la acción estatal dirigida a compensar los estragos del mercado. Desde esta perspectiva, la política social es la provisión de bienes y

³ Nivel medio: es ejercido profesionalmente, agrupado en prostíbulos, clubes o cooperativas de sexoservidoras. Se considera como la actividad económica principal y es posible tener un control institucional, pues al estar establecidos, tienen un movimiento que va de lo privado a lo público, espacio que entra en la jurisdicción gubernamental. Aparece la figura del lenón. Nivel bajo Se le conoce como prostitución ambulante. Igualmente se ejerce profesionalmente y es la actividad económica principal, sólo que aquí se practica en la vía pública, por lo que la intervención gubernamental y la figura del lenón son notorias. Sin embargo, se presenta en zonas de distinto nivel socioeconómico, por lo que el precio del sexoservicio varía según las características antes mencionadas.

⁴ La noción de pobreza que está más difundida es aquella que vincula con el concepto de necesidades básicas humanas. La pobreza es una situación compleja que se expresa en un conjunto de carencias que pueden amenazar la dignidad de quienes la padecen; las necesidades básicas humanas son aquellas cuya satisfacción permiten al individuo el desarrollo de sus capacidades y su participación plena en la sociedad en la que vive. .

servicios, a través de mecanismos ajenos al mercado; en situaciones de crisis y grave empobrecimiento se trata de una operación que rescata de la indigencia a familias sin medios suficientes para sobrevivir dentro de los límites del circuito económico. El Estado extrae recursos de este circuito y los asigna discrecionalmente, estos recursos son la base de operación de la política social. Son categorías pertinentes y centrales de este tipo de política, la noción de derechos sociales, acceso universal y gratuidad en la provisión de los bienes de la seguridad social (educación, salud, vivienda y seguros) se entiende como función exclusiva del gobierno (Moreno, 1994: 112).

Como sabemos, las transformaciones más recientes en el Estado definen un viraje hacia la política social de corte neoliberal basada en el conjunto de decisiones y acciones económicas y asistenciales dirigidas a mitigar exclusivamente la necesidad extrema. En consecuencia, las necesidades sociales se satisfacen ante todo en el libre mercado y no pueden ser pensadas como efectos negativos por la acción de éste, menos aún como derechos.

Desde ésta perspectiva, lo que antes generaba la política social puede ser producida por el mercado y para tal fin se calculan los costos y beneficios de la provisión de servicios como la educación, los servicios médicos, la vivienda y la seguridad social; para cada caso se distinguen beneficios que por su costo y su beneficio son clasificados en públicos y privados. De esta manera, ciertas acciones médicas (básicamente preventivas), educativas (alfabetización y educación básica), seguirán siendo ejercidas por el Estado pero con esas excepciones, casi todo puede tener usufructo privado, por tanto, no hay razón alguna para que el Estado intervenga en su producción (Ibidem, : 114).

En el caso de la política de salud, la propuesta de una atención sanitaria focalizada hecha por el Banco Mundial, supone una manera de enfrentar los problemas de salud desde una óptica de costo/eficacia, que concentra su atención en un número determinado de padecimientos con los que se define el conjunto de servicios esenciales que serán considerados después como las nuevas atribuciones del Estado. Esta lógica expresa una tendencia hacia la privatización de los servicios de salud, en la que el mercado se convierte en la base de toda posibilidad para obtener atención médica.

La transición arriba expuesta agrava el rezago histórico en materia de seguridad social. Mientras que las sexoservidoras plantearon, de manera tardía, demandas más vinculadas con la amplitud de los beneficios de la seguridad social (sistemas de ahorro,

vivienda, guarderías para sus hijos, por ejemplo); los ajustes de corte neoliberal en la política de salud impone una pérdida de beneficios para la población general, pero tiene peores efectos para quienes no estaban incorporados a los sistemas de aseguramiento y disminuye sus expectativas.

En el discurso oficial frecuentemente se arguye que con la focalización de las medidas las mujeres son quienes llevan la mejor parte ya que son ellas quienes más frecuentemente utilizan los servicios. Aunque, efectivamente, en promedio, las mujeres tienden a utilizar más los servicios de salud, tal tendencia no conlleva necesariamente una ventaja ya que las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres derivada de su capacidad reproductiva, pero también de su más alta morbilidad y su mayor longevidad. Por otra parte, en términos de percepción de la necesidad de atención, la mayor brecha por sexo se observa también, en los sectores más pobres y en ese sentido, la pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud; cuando se controla por necesidad, la utilización de servicios aparece en ocasiones más baja entre las mujeres que entre los hombres de los sectores de bajos ingresos, tanto en el sector público como en el privado; paradójicamente esta menor utilización se da en aquellas circunstancias donde la necesidad de servicios es comparativamente la más alta en relación con los hombres.

Es previsible que el principio de equidad por el cual el pago por la atención se haría según capacidad económica, se vulnere doblemente para las mujeres dentro de los sistemas de financiamiento no solidarios; tanto por las necesidades derivadas de su capacidad reproductiva como por su mayor morbilidad, las mujeres terminarán pagando más que los hombres por mantener su salud, desigualdad que se agudiza al tomar en cuenta la menor capacidad económica que, como grupo, tienen las mujeres ya que constituyen la mayoría dentro de los pobres, por su predominio entre los trabajadores sin remuneración y por su inserción desventajosa en el mercado de trabajo remunerado teniendo menor acceso a recursos para pagar directamente los servicios o para acceder a planes de aseguramiento (OPS, 2001: 6).

5. Patrón de enfermedad y atención en las sexoservidoras.

El proceso salud-enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre, las condiciones sociales en las que los individuos viven, influyen en la biología humana y se reflejan en dicho proceso, de esta manera el cuadro de las principales causas de enfermedad y

muerte que enfrenta cada grupo social sufre variaciones por la influencia del contexto social, hoy es mayor la necesidad de enfocar ambos aspectos (influencia del hombre y la sociedad en el medio natural y a la inversa) (Guadarrama, et.al., 1991: 44-58).

Muchas sexoservidoras narran su inserción en el sexoservicio de manera forzada, en la que una forma de iniciación es la violación por sus proxenetas quienes además las inducen al consumo de drogas y posteriormente las hacen depender de ellos al ser sus proveedores; ya en el ejercicio del sexoservicio pueden ser obligadas por el cliente/usuario a realizar actos que no desean o que no fueron pactados, a lo que hay que agregar las posibles agresiones policíacas para su extorsión. Este contexto de violencia y la percepción de posibles riesgos a la salud e inseguridad generan depresión, ideación e intento de suicidio, además de las lesiones por traumatismos y heridas, así como el riesgo permanente y consumado del homicidio. El abuso de los estupefacientes, además del peligro de adicción que crea, también arroja consecuencias para la salud sexual, puesto que está asociado con la creciente asunción de riesgos (OPS, 2000: 6), entre ellos la menor capacidad para negociar el uso del condón.

Aunque hemos mencionado los límites del enfoque higienista, este ha tenido la virtud de documentar muchos de los daños a la salud en las sexoservidoras. La Organización Panamericana de la Salud, OPS, ha postulado que las ITS constituyen una amenaza particularmente grave para las mujeres, pues la actividad sexual temprana y la multiplicidad de parejas son factores de riesgo que se aplican a mujeres envueltas en el sexoservicio; se ha comprobado que el índice de ITS es más alto entre las sexoservidoras que entre la población en general, el 60.8% de 997 sexoservidoras de la Ciudad de México resultó seropositivo al virus tipo II del herpes simple, frente a un 29.3% de una muestra de mujeres ajenas al sexoservicio (OPS, 2002: 7); se sabe que las ITS bacterianas no tratadas como gonorrea y chlamydia pueden complicarse y progresar a enfermedad pélvica que puede a su vez provocar daños graves y permanentes como dolor pélvico crónico, embarazos ectópicos y esterilidad; también pueden verse en mayor riesgo de cáncer cervical porque se encuentran expuestas al virus del papiloma humano.

Según Hernández-Girón otros estudios realizados en sexoservidoras, han mostrado diversas prevalencias de ITS que hacen difícil establecer comparaciones entre grupos, esto es atribuible a varios factores: las prevalencias de ITS difieren según la región geográfica, las formas de organización del comercio sexual determinan el tipo de sexoservidoras y existen

diferentes técnicas que identifican diversos marcadores de una misma infección (Hernández-Girón 1998: 2). En Chihuahua se reportó una prevalencia de *Treponema pallidum* en 10,5% de 133 sexoservidoras (Gallegos, 1993: 63, cit.pos., Hernández-Girón, 1998)⁵; mientras que en la Ciudad de México se reportó una prevalencia de 6,6% en 2,918 sexoservidoras (Uribe, 1993: 76 cit.pos., Hernández-Girón, 1998)⁶; por su parte un centro de CONASIDA reportó una prevalencia de 2,3% en 482 sexoservidoras (Juárez 1992, cit.pos., Hernández-Girón, 1998)⁷. Estos dos últimos resultados son similares a la prevalencia obtenida en el estudio de Hernández-Girón, lo que sostiene que existe una prevalencia media-baja de este marcador serológico (*T. pallidum*) en sexoservidoras de la ciudad de México, utilizando las mismas técnicas de laboratorio. Sin embargo, esta prevalencia sigue siendo mayor a la encontrada en mujeres de población general; por ejemplo, en Puebla durante 1987 se reportó una prevalencia de 1,17% en 1,362 donadores de sangre (López, M. 1987: 219)⁸ y en 1994 se reportó una prevalencia de 2,5% en 389 mujeres que acudieron a consulta externa en Cuernavaca Morelos (Zamilpa, 1994: 14, cit.pos., Hernández-Girón, 1998)⁹.

La importancia de resaltar la prevalencia de sífilis es que la presencia de esta infección facilita la infección de otras ITS como el VIH (Nakashima, 1992: 1132, cit.pos., Hernández-

⁵ Gallegos F., *Experiencia en la detección de enfermedades de transmisión sexual en un grupo de mujeres prostitutas*. En: Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, 4. Cuernavaca Mor. 1993. Cuaderno de trabajo p. 63. *Cit.pos:* Hernández-Girón, C., *Op.cit.*

⁶ Uribe, F., et al., *Prevalencia y determinantes de algunas ETS en personas con comportamiento sexual de alto riesgo en la ciudad de México*. En: Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, 4. Cuernavaca Mor., 1993. Cuaderno de trabajo p. 76. *Cit.pos:* Hernández-Girón, C., *Op.cit.*

⁷ Juárez, L, et al., *Prevalence and determinants of HIV and other STD's in a population of female commercial sex workers in Mexico city*. En: International Conference on AIDS, 8 STD World Congress, 3 Amsterdam, 1992. Abstract PoC 4131. *Cit.pos:* Hernández-Girón, C., *Op.cit.*

⁸ López, M. *Prevalencia de anticuerpos contra el VIH y otros marcadores serológicos de enfermedades infecciosas en donadores de sangre en la ciudad de Puebla, México*. Revista Investigación Clínica., 1987, p.219. *Cit.pos:* Hernández-Girón, C., *Op.cit.*

⁹ Zamilpa, L., et al. *Prevalencia de factores asociados a sífilis y herpes genital en un grupo de población general femenina*. Enfermedades de Infecciones Microbiológicas., 1994, p. 14. *Cit.pos:* Hernández-Girón, C., *Op.cit.*

Girón, 1998)¹⁰, en general se trata de una población joven (media 29.2 años) con un promedio de 5 años de antigüedad en el trabajo y 7 clientes por semana; similares resultados se han obtenido en muestras de sexoservidoras estudiadas en otros países; por ejemplo, en Australia la media de edad de 231 mujeres fue 28.3 años, en Bélgica 154 mujeres tuvieron una media de edad, de antigüedad en el trabajo y de clientes en la última semana de 34,5 años, 7,1 años y 14 clientes, respectivamente. Estos resultados permiten identificar a un subgrupo de sexoservidoras con mayor probabilidad de presentar marcadores serológicos positivos para sífilis: mujeres que trabajaban en puntos de calle (8 veces más), analfabetas (4 veces más) y quienes tenían una antigüedad en el trabajo mayor a 6 años (4 veces más) (Hernández-Girón, 1998: 7).

Ciertos factores biológicos colocan a las mujeres en un riesgo más alto de adquirir diversas enfermedades; esta mayor vulnerabilidad biológica de la mujer se amplifica por su condición social de subordinación sexual, lo cual aumenta el riesgo de la mujer de exposición a ITS y VIH/SIDA; al contrastar el riesgo de transmisión del hombre a la mujer y viceversa, se ha calculado que el riesgo de exposición en la mujer es hasta 2 a 5 veces más alto que el del hombre (ONU, 1998). Los hallazgos anteriores deben ser discutidos a la luz de otros estudios que han concluido que la mayor transmisibilidad de ITS en sexoservidoras se debe más que al número de clientes, a ciertas prácticas de mayor riesgo como drogadicción intravenosa, compañeros sexuales infectados con alguna ITS, sexo anal y relaciones sexuales sin condón (Gómez 1991: 181).

Varios factores sugieren que un alto porcentaje de sexoservidoras, padecen problemas de salud graves y complicados, cuentan con poco o ningún acceso a la atención de salud u otros servicios sociales. Donde esos servicios se encuentran disponibles, las sexoservidoras enfrentan barreras casi insuperables para hacer uso de ellos. Algunas no están autorizadas a salir de su “zona de trabajo”, ni siquiera para recibir atención de salud y las que tienen libertad de salidas y entradas pueden ver su acceso entorpecido por las barreras sociales (estigmatización) y el temor al rechazo social de su trabajo. Por lo anterior, es posible que las sexoservidoras no estén en condiciones de costear los servicios y es improbable que tengan acceso a un seguro de salud e, inclusive, si logran salvar estas barreras, es posible que no

¹⁰ Nakashima, K., et al. *Sexual transmission of hepatitis C virus among female prostitutes and patients with sexually transmitted diseases in Fukuoka*, Am. J. Epidemics., Kyushu, Japón, 1992, p.1132. *Cit.pos:* Hernández-Girón, C., *Op.cit*

reciban la atención que necesitan, ya que la mayoría de los proveedores de atención de salud no están capacitados para atender, sin prejuicios morales, las particularidades de los problemas de salud de las sexoservidoras.

6. El sexoservicio en el Barrio de la Merced, Ciudad de México.

El propósito fue conocer la forma en que las organizaciones de sexoservidoras articulan sus acciones con las instituciones gubernamentales que les compete. Los resultados permiten identificar un conglomerado de organizaciones formales muy diversas: 1) primarias (conformadas por sexoservidoras) Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer “Elisa Martínez”, A.C.; Humanos del Mundo Contra el Sida A.C.; y, Mujeres por la Salud en lucha contra el Sida (Musa); 2) secundarias (conformadas no necesariamente por sexoservidoras pero cuyo trabajo social gira en torno al sexoservicio) Centro de Atención Integral y Servicios (Cais) y el Instituto Pro Infancia Y Juventud A.C. (Centro Madre Antonia) y 3) sexoservidoras no asociadas o “independientes” que en situaciones coyunturales se integran a las labores sociales.

Al evaluar la información que de dichas organizaciones tienen las sexoservidoras se puede identificar que existe un estándar ideológico que hace referencia a dichas organizaciones como orientadas a promover la salud y los derechos de quienes se dedican al sexoservicio. En términos organizativos, estos grupos sólo han podido superar de manera parcial las relaciones jerarquizadas de poder, ya que en las organizaciones primarias no se observa una eliminación completa de la figura del lenón, que muchas veces se mantiene o es sustituida por la de la lidereza de la organización; por lo que no se puede concluir que a mayor adscripción de sexoservidoras en organizaciones formales, menores los casos de lenocinio, aunque tal hallazgo debe quedar matizado por la dificultad que entraña la ausencia de datos sobre el número de afiliaciones por las implicaciones legales que conlleva. Sin embargo, se ha podido comprobar que la figura del lenón está encubierta por algunas organizaciones civiles que, bajo la máscara de un apoyo psicológico, sanitario y legal, obligan a que el delito se desvanezca ante los ojos del Estado.

Respecto a las organizaciones secundarias (o de entorno), fue hasta 1998, que la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) propuso la creación de un sitio donde las sexoservidoras de este barrio recibieran diversos tipos de servicios como

asesoría legal, atención médica, información sobre sus derechos y terapia psicológica; esta intervención marcó una distancia radical con las intervenciones previas que se reducían al control sanitario, aunque el proveedor no fue propiamente el Estado, sino un organismo desconcentrado. Con el apoyo de la Asociación para el Desarrollo Integral (APADI) y el Instituto Nacional de las Mujeres (INM) se inauguró el Centro de Atención Integral y Servicios (CAIS) que ofreció a las sexoservidoras talleres en donde pudieran trabajar en aspectos como revaloración personal y autoestima, lamentablemente la inadecuada administración de éste Centro y su reducido alcance asistencialista causó su cierre, lo que resultó en un detonante que agravó el conflicto entre las organizaciones de sexoservidoras y las sexoservidoras no asociadas.

Otra organización secundaria es el Instituto Pro Infancia y Juventud, organización integrada por religiosas “oblatas”, con labores de asistencia espiritual enfocada, según su propia denominación, a las “mujeres en contexto de prostitución”, sus estrategias se basan en la caridad y la afiliación religiosa, el acercamiento se realiza a través de los hijos que son cuidados por las religiosas dando así un servicio de guardería. Esta organización ha conseguido un gran arraigo en el Barrio.

Una instancia gubernamental que mantiene una relación muy estrecha tanto con las organizaciones primarias como secundarias es el Inmujer del gobierno local de la Ciudad de México cuyo programa incluye “proyectos especiales” de entre los cuales destaca el orientado a Trabajadoras Sexuales; el objetivo general es implementar acciones que impulsen la defensa de los derechos de las sexoservidoras y evitar la violencia y discriminación hacia ellas, otros de sus objetivos son promover un mayor conocimiento los derechos humanos, civiles, sexuales y reproductivos entre las sexoservidoras; apoyar la atención integral a las mujeres que se dedican a este trabajo a través de instituciones sin fines de lucro y generar iniciativas de prevención para mujeres en riesgo de explotación sexual comercial. La importancia de esta organización radica en la posibilidad de generar un mayor impacto en la resignificación social de la sexoservidora al impulsar que conozca sus derechos, al hacerla consciente de sus necesidades y generadora de demandas que permitan mejorar sus condiciones de vida; sin embargo estas medidas no contemplan la capacidad de respuesta a tales demandas o el grado de interlocución que consigan estas mujeres ante las instancias gubernamentales. Por otra parte existen vacíos que debilitan tales propuestas, no es posible garantizar el ejercicio de los

derechos humanos, sexuales y reproductivos si no se cuenta con las condiciones materiales y culturales para ello y hasta el momento sólo existe una iniciativa de ley que no se ha concretado; por otra parte, no se tiene un programa específicamente identificable que nos hable de cómo se pretende evitar la violencia y la discriminación. Cuando se habla de “atención integral” se remite a la imagen de un CAIS renovado que, al parecer, no ha encontrado la fórmula adecuada para llegar a un consenso sobre las modalidades de articulación de las sexoservidoras con el gobierno. Al hablar “a través de instituciones sin fines de lucro” se entiende que el Estado no asumirá plenamente el compromiso de estas medidas y ante el desinterés obvio de los particulares es claro que se mantendrá el asistencialismo del modelo de las Madres Oblatas¹¹. Por último, aún no se conocen cuáles son las medidas específicas para la protección de mujeres en “riesgo de” explotación sexual comercial.

7. Conclusiones. Hacia una política de salud para las sexoservidoras.

Las sexoservidoras son mujeres que no desempeñan el rol culturalmente aceptado, que ejercen una actividad económica que contradice el predominio de la acumulación capitalista, que tradicionalmente han sido abordadas como un “riesgo” para su salud pública ignorándose, la más de las veces, las condiciones de inseguridad y vulnerabilidad sanitaria en las que realiza su ocupación, omisión en la que se olvidan sus necesidades. Tal circunstancia se ve agravada por un contexto de reducción del Estado en materia de política social, a lo que se agregan las medidas neoliberales que orientan la reforma en salud y seguridad social, la marginación y la pobreza, este conglomerado de condicionantes revela además la parcialidad con que el gobierno ha intervenido en el fenómeno y cuyas acciones se caracterizan por ser asistenciales, reducidas, sin oferta de opciones repitiendo enfoques higienistas que reproducen el significado social punitivo hacia las sexoservidoras; lo anterior no quiere decir que las medidas de supervisión médica no sean necesarias sino que estas deben estar integradas a una perspectiva de seguridad social más amplia que posibilite la superación del estado que lleva a las mujeres a insertarse en esta actividad.

¹¹ También podríamos hablar de las Casas de las Mercedes, pero MUSA fue un actor que obligó al cierre de centros de atención integral como los que estamos tratando.

Lo anterior, nos permite concluir que el retiro actual del Estado en relación a las cuestiones sociales impide la existencia de políticas públicas redistributivas que haría posible un cambio en el enfoque de las intervenciones orientadas a las sexoservidoras, por lo que un primer paso debe ser la reivindicación de los modelos de política social basados en el bienestar, que aunque parciales, se basaron en la aspiración de la ampliación paulatina de los derechos sociales. Las medidas vigentes nos permiten afirmar que no existe una política pública específicamente orientada al sexoservicio y en consecuencia, que prevalece en el gobierno una percepción de la sexoservidora como un sujeto sin derechos lo cual continuará limitando la interlocución de este grupo social. No obstante es de reconocerse un avance en la materia que es la iniciativa de “ley del trabajo sexual”¹² aún sin aprobar y un “proyecto especial para trabajadoras sexuales” (Morales y Rodríguez, 2003: § III.8), temporal y con escasos recursos, que diseñó el Inmujer local. Pero también hay rezagos, la limitada atención médica que recibían las sexoservidoras prácticamente desapareció al dejar de implementarse la certificación sanitaria.

Para poder actuar sistemáticamente en el sexoservicio, se necesita una reestructuración de orden cultural orientado al “estigma social”, éste sin duda es una de las principales limitantes de las acciones gubernamentales, es cierto que no se puede modificar fácilmente las visiones predominantes de la sexualidad y la mujer, pero se impone la necesidad de intervenir en un proceso de desestigmatización social proveniente desde el Estado mismo y fundamentado en el carácter laico y secular que debe observar todo gobierno moderno. Al mismo tiempo deben ofrecerse alternativas efectivas para que estas mujeres puedan satisfacer sus necesidades y las de sus hijos, sin verse restringidas a la única “opción” del sexoservicio; esta tendencia se orientaría a que la sexoservidora pueda contar con medios para generarse un ingreso suficiente, los talleres de capacitación, la incorporación a la educación formal, el acceso a guarderías y modalidades de ahorro, así como la provisión de servicios integrales de atención médica son apenas el complemento.

El reconocimiento gubernamental de esta actividad hace posible la disminución de las pugnas por el poder territorial y clientelar de las organizaciones formales, se combatiría el lenocinio y se disminuirían notablemente ciertos daños a la salud de las sexoservidoras. Pero no se trata de generar organizaciones gubernamentales de sexoservidoras, sino de desarrollar

¹² Ver Iniciativa de Ley para el trabajo sexual, 2001, Ciudad de México, ALDF.

una política social como espacio de articulación entre ambos actores. Para articular las relaciones entre gobierno y organizaciones se requiere atraer hacia el ejercicio del poder público las atribuciones en la provisión de los beneficios sin menoscabo de la capacidad autorganizativa de las sexoservidoras, un buen punto de partida son los puntos de común acuerdo entre ellas, por ejemplo, la “construcción de la ciudadanía” donde la promoción de los derechos humanos, civiles, sexuales y reproductivos son de vital importancia.

Finalmente, podemos proponer medidas que orienten una política gubernamental que enfrente con mayores alcances las necesidades en salud de las sexoservidoras. 1) Todas las iniciativas al respecto deben derivarse de una perspectiva de género para hacer frente a la discriminación y a la estigmatización social. 2) Se deben establecer mecanismos de consulta en los que se garantice la participación de las sexoservidoras no asociadas e incluirlas junto con las organizaciones en la toma de decisiones relativas al diseño, aplicación, supervisión y evaluación de las políticas y los programas. 3) Es preciso revisar el marco jurídico y adecuar las leyes para garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las sexoservidoras y asegurar la aplicación efectiva de la legislación. 4) Revisar y enmendar las leyes y combatir las prácticas, según sea pertinente, que puedan contribuir a la desconfianza de las sexoservidoras, como entidad de explotación, extorsión y contubernio; entre otras cosas promulgando leyes contra las prácticas que contribuyen a ello y, aplicar leyes que protejan a las sexoservidoras de abusos por parte de los clientes y la autoridad. 5) Alentar a todos los sectores de la sociedad, incluido el sector público, así como a las organizaciones internacionales, a que en la formulación de sus políticas se haga explícita la cobertura hacia las sexoservidoras. 6) Otorgar capacitación especializada a los encargados de adoptar decisiones y a quienes crean opinión a todos los niveles de la comunidad, incluidas las autoridades religiosas y tradicionales, sobre la desestigmatización y la necesidad de prevención de las diversas enfermedades y riesgos a la salud de las que son víctimas las sexoservidoras. 7) Impartir a todas las sexoservidoras información y educación sobre la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, sobre el embarazo, proveerlas de los recursos materiales para el sexo seguro y la anticoncepción. 8) Prestar atención y tratamiento médicos integrales y no exclusivamente los relacionados con la salud reproductiva. 9) Otorgar servicio de estancias infantiles. 10) Es fundamental que las sexoservidoras tengan acceso tanto a información y educación, como a recursos sociales y económicos que les permitan romper la crisis económica vinculada con su explotación y

contexto de marginación, lo cual incluye vivienda y programas de crédito, oportunidades de trabajo y capacitación, sistemas de ahorro solidario y seguridad alimenticia.

8. Bibliografía

1. Código Penal del Distrito Federal Mexicano. 2003.
2. De los Ríos, R. 1993. "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", compilado por Gómez, Elsa. Género, salud y población en las Américas. Publicación Científica núm. 541, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
3. Doyal, L. e Ian Gough, A Theory of Human Needs. London: Editorial Mc Millan, 1991.
4. Funke, S., M. Gantier y P. Olguín. "La sexualidad humana", en La educación de la sexualidad humana, v.1 Sociedad y sexualidad. México: Conapo, 1998.
5. Gómez, R, et al. Factores de riesgo de infección en usuarios de un programa de control del VIH. Antioquia, Colombia: Boletín Oficial Sanitario, 1991.
6. Guadarrama P, Martínez M, Centelles, I. Lecciones de filosofía Marxista-Leninista. La Habana: Empresa Nacional Productora de Educación Superior (ENPES). Imprenta "André Voicin", 1991.
7. Hernández-Girón, C., et al, 1998. Prevalencia y factores de riesgo asociados a sífilis en mujeres. Revista do Saúde Pública v. 32 n. 6 São Paulo.
8. Ley Federal del Trabajo en México 2003.
9. Morales, M., y Rodríguez, J. 2003. Sexoservicio y Salud: Articulación de las organizaciones de sexoservidoras con la política de salud. Barrio de la Merced. Tesis de licenciatura en Política y Gestión Social, México: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.
10. Moreno, P., y Canto, M., comps. 1994. Reforma del Estado y Políticas Sociales. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco.
11. Mujeres de la Merced, 2001. La vida desde nuestros ojos. México: Editorial Progreso.
12. Olson, M. 2001. Poder y Prosperidad, Madrid: Editorial Siglo XXI.
13. ONU, El género y el VIH/SIDA: Actualización técnica, Ginebra: ONUSIDA, 1998.
14. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2000. Hoja informativa, Programa: Mujer, Salud y Desarrollo.

15. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2001. Equidad de Género en Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
16. Organización Panamericana de la Salud. (OPS). 2002. Tráfico de mujeres y niñas/os para la explotación sexual en las Américas, Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
17. Pateman, C. 1995. El Contrato Sexual, Anthropos. México: Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa.
18. Ramírez, J.C. 2000. Género y Salud. México: Universidad de Guadalajara.
19. Rawls, John. 2002. Teoría de la Justicia. México: Fondo de Cultura Económica 2ª edición, 3ª reimp.
20. Samuelson, P. , Northaus, W., Economía, Madrid: McGraw Hill, 1999.