



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Género, Derechos Humanos, salud sexual y
reproductiva

Esther Castellanos Torres



Tesis

Doctorales

www.eltallerdigital.com

UNIVERSIDAD de ALICANTE

Género, derechos humanos, salud sexual y reproductiva

Esther Castellanos Torres



TESIS DOCTORAL
Noviembre 2015

 Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud
Pública e Historia de la Ciencia
Facultad de Ciencias de la Salud

Género, Derechos Humanos, salud sexual y reproductiva

Esther Castellanos Torres

Tesis presentada para aspirar al grado de

DOCTORA POR LA UNIVERSIDAD DE ALICANTE

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Dirigida por:

Carlos Álvarez Dardet, doctor del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina
Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante

Noviembre 2015

Para ellas, Valeria y Ada

Sueño con un mañana en el que las niñas y las mujeres vivan una vida, libres de violencias en la cual disfruten plenamente de sus derechos sexuales y reproductivos



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Agradecimientos

A la memoria de Concha Colomer Revuelta, ella estuvo en el origen de toda esta aventura intelectual, confió en mí para el diseño de la encuesta de salud sexual y gracias a ella conocí a mi director de Tesis, Carlos Álvarez-Dardet, quien me animó a hacer la tesis y tras estos años de re-conocimiento mutuo llegamos al final de este camino, confiando que otros se abrirán para seguir investigando, trabajando y creciendo.

A quienes estarán en la lectura de esta Tesis y a quienes me acompañaron en la elaboración de los artículos que integran la presente memoria de Tesis. Hago extensivo este agradecimiento a María Teresa Ruiz Cantero, Mercedes Carrasco Portiño, Elisa Chilet, Pepe Fernández, Vicente Clemente, Erica Briones, y al conjunto de profesionales y colegas que integran el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante.

A Marina Mandarina como autora de la ilustración que aparece en la portada, dándole color y alegría, y a Ñito por darle el toque final al diseño de la misma.

A quienes caminan conmigo en lo cotidiano y que forman parte de mi esfera personal y privada, a mi familia, por el respeto y escucha de mi padre, por el apoyo y sororidad de mi hermana Mónica, y por el amor y los recuerdos de mi madre, momento que tantas veces imaginó y que estarán en algún lugar en su memoria. A Luz Helena que me acompañó en la recta final y me animó a concluir esta etapa, cuando era lo necesario. Y a Bea por compartir estos momentos académicos similares, apoyándonos mutuamente. Y por último, a esas noches de desvelo, crianza y con tesón y amor, mucho amor! gracias a la corresponsabilidad de mi pareja, Juan, he podido terminar de escribir la presente memoria de Tesis.

Índice

| | |
|---|----|
| Acrónimos y abreviaturas..... | 9 |
| Resumen..... | 11 |
| Objetivos..... | 11 |
| Metodología..... | 11 |
| Resultados..... | 12 |
| Conclusiones..... | 13 |
| Palabras clave..... | 14 |
| 1. Presentación..... | 15 |
| 2. Introducción e hilo temático..... | 17 |
| 2.1. Antecedentes y estado actual del tema..... | 17 |
| 2.2. Marco conceptual..... | 18 |
| <i>Sistema sexo-género y sexualidad</i> | 19 |
| <i>Una cuestión de derechos humanos</i> | 19 |
| 3. Objetivos y Metodología..... | 21 |
| 4. Resultados..... | 25 |
| 5. Discusión..... | 27 |
| 6. Conclusiones..... | 31 |
| 7. Bibliografía..... | 33 |

| | |
|--|----|
| 8. Anexos | 45 |
| 8.1. Trabajos publicados..... | 45 |
| Estudio 1..... | 47 |
| Estudio 2..... | 64 |
| Estudio 3..... | 71 |
| 8.2. Difusión de resultados en relación a los trabajos publicados..... | 91 |



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Acrónimos y abreviaturas

APRAMP: Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención a la Mujer Prostituida

CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas

ENSS: Encuesta Nacional de Salud Sexual

MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

OMS: Organización Mundial de la Salud

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

ORa: Odd ratio ajustado



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Resumen

Objetivos

El objetivo general de esta tesis es poner de manifiesto la importancia de incorporar la perspectiva de género en la construcción de la salud sexual y reproductiva, visibilizando las desigualdades de género en la salud y condiciones de vida de mujeres y hombres.

Metodología

Estudio 1: Para elaborar la reflexión teórica acerca de cómo la maternidad es una construcción social, se procedió a una revisión documental bibliográfica de fuentes secundarias como investigaciones, programas, informes y artículos, tomando aquellos que se sustentan en la teoría diferencial de género y excluyendo los de corte esencialista.

Estudio 2: Estudio transversal en población residente en España de 16 años y más. La fuente de información fue la Encuesta Nacional de Salud Sexual (ENSS), 2009. Se seleccionaron los hombres (n=3951) y las mujeres (n=3433) que habían tenido relaciones sexuales alguna vez. La variable dependiente fue haber sentido satisfacción después de las relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Las explicativas fueron: sexo declarado, edad, nivel de estudios, clase social, compartir tareas domésticas, dedicar tiempo a cuidarse, colaborar económicamente en mantenimiento familiar, cuidar menores de 15 años, salud autopercebida en los últimos 12 meses, gusto por aumentar o disminuir las relaciones sexuales. Se obtuvieron los odd ratio crudos y ajustados (ORa) y los intervalos de confianza al 95% mediante modelos de regresión logística. Todos los análisis se realizaron estratificando por sexo.

Estudio 3: Investigación de corte cualitativo con una muestra intencional, se realizaron 16 entrevistas a mujeres, en situación de trata y prostitución, de distintas procedencias¹ [Nigeria (MN1, NM2, NM3); Rumania (MR1, MR2, MR3, MR4, MR5); República Dominicana (ML1); Brasil (ML2); Ecuador (ML3); Marruecos (MM1, MM2, MM3), China (MC1) y España (ME1)]. De las entrevistadas, dos de ellas habían sido víctimas de trata y en la actualidad se encontraban en un recurso de acogida. El resto de las entrevistadas se hallaban en situación de prostitución. Algunas de ellas llegaron a España siendo víctimas de trata tanto de explotación laboral como sexual, en la actualidad continuaban en situación de prostitución². Las mujeres que presentan indicios de trata de explotación sexual más claros son de origen rumano.

A su vez, se realizaron 4 acercamientos para las observaciones en el terreno, en este sentido el trabajo de campo realizado pone de manifiesto las dificultades metodológicas que supone la aproximación a la realidad de la prostitución y la trata, pues el acceso a los espacios de prostitución es complicado para personas que no intervienen en la configuración del fenómeno

Resultados

Estudio 1: Es necesario revisar el concepto del “rol reproductivo” de las mujeres introduciendo su derecho a una salud sexual plena. Las mujeres, además de madres, son también sujetos con derechos (derecho a la sexualidad sin riesgos, derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la maternidad, derecho a elegir pareja, derecho a elegir el número de hijos e hijas que se desea tener, etc.). Como apunta Alejandra López y su equipo (2003), mirar la salud sexual desde la perspectiva de género significa entender la salud reproductiva como un proceso multidimensional, que integra los aspectos vinculados con el ciclo vital de las mujeres y hombres, así como el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos. Esta mirada permitirá complejizar el diseño e implementación de las políticas de salud ajustándolas a las necesidades prácticas y estratégicas de las mujeres.

¹ Todas las mujeres hablaban español, excepto una de las mujeres nigerianas que se le realizó la entrevista en inglés, y a la mujer china que hubo una intérprete traductora de chino.

²No obstante, los datos obtenidos mediante las entrevistas no son suficientes para determinarlo.

Estudio 2: En las mujeres, la satisfacción sexual muestra una disminución progresiva y significativa a partir de los 45 años: las mujeres de 45 a 64 años ($ORa=0.48$) y las mayores de 65 años ($ORa=0.19$) presentan menor satisfacción sexual que las de 16-29 años. En los hombres, la satisfacción sexual se mantiene estable en todas las edades.

La contribución económica a la familia se relaciona con la satisfacción sexual en ellos ($ORa =1,52$) y en ellas ($ORa =1,36$) y también se relaciona con dedicar tiempo a cuidarse, en ellas ($ORa=2.31$). Ajustado por edad y clase social, la buena salud autopercebida continúa asociada con la satisfacción sexual en ellas ($ORa=1.97$) y ellos ($ORa=1.57$). ($IC_{95\%}$)

Estudio 3: A través de los discursos de las entrevistadas, se comprobó la hipótesis de partida: la feminización de la pobreza, las violencias y la desigualdad de género son las causas de la prostitución femenina y la explotación sexual. Convirtiendo dicha hipótesis en un hallazgo común en estudios sobre el fenómeno (OIM Movimiento del Pozo, 2004; Ruiz et. al., 2005; Anzadeia, 2007; Federación de Mujeres Progresistas, 2008; García Cuesta et. al., 2011; APRAMP, 2011). Los rasgos comunes de la mayoría de las entrevistadas con indicios de ser víctimas de trata, traficadas o en situación de prostitución son: mujeres jóvenes o que llegaron a España siendo jóvenes; con hijos o hijas a su cargo en España o en el país de origen; escasos recursos económicos familiares o personales; con bajo nivel educativo y escasa cualificación profesional. Prácticamente, todas asistieron a la escuela a excepción de las mujeres de origen marroquí, que no recibieron educación reglada. Algunas nunca habían trabajado de manera remunerada en su país de origen; y todas contaban con historias de malos tratos y abusos bien en su país de origen, en el trayecto o en el destino.

Conclusiones

Para contribuir al empoderamiento de las mujeres en su sexualidad es necesario la mirada de género, así en los tres estudios ésta ha permitido visibilizar las desigualdades de género en las diferentes esferas de la salud sexual de las mujeres. En este sentido, en la satisfacción sexual se reproducen dichas desigualdades y a su vez se asocia con la salud autopercebida mostrándose evidencia empírica que sustenta la definición de salud sexual de la OMS.

Por otro lado, la explotación sexual y la prostitución forman parte de un continuum de violencia que tiene sus raíces en las desigualdades estructurales de género, la feminización de la pobreza, el racismo sexualizado, la demanda de mujeres para el mercado prostitucional, la compra-venta del cuerpo de las mujeres como objetos sexuales, la laxidad de las leyes y las falsas creencias de profesionales de la justicia, y de los intereses económicos creados por la industria del sexo.

Palabras clave: salud sexual, maternidad, derechos humanos, satisfacción sexual, violencia contra las mujeres, trata y prostitución.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

1. Presentación

Origen de la Tesis

- Desarrollo profesional como socióloga en el Observatorio de Salud de las Mujeres desde octubre del 2007 a diciembre del 2010
- Trabajo del Diploma de Salud Pública y Género: Una mirada de género para la Salud Sexual: el caso de la Encuesta Nacional de Salud Sexual.
- Integrante del equipo técnico y metodológico del eje de salud sexual de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en el Sistema Nacional de Salud.
- Estancia de un mes en la Agencia de Salud Pública de Barcelona
- Inquietud intelectual combinada con la incidencia política desde el feminismo

La memoria de Tesis Doctoral que se presenta a continuación, se acoge a la modalidad de Tesis Doctoral por compendio de publicaciones, regulada por la normativa de fecha 2 de marzo de 2005, aprobada por el Pleno de la Comisión de Doctorado de la Universidad de Alicante. Es por ello que esta investigación ha consistido en tres estudios independientes pero relacionados entre sí pues el punto de encuentro entre ellos es la aplicación de la perspectiva de género en la vida y salud de las mujeres, en tres situaciones que dan cuenta del ejercicio o no (vulneración) de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Estos tres artículos ³ se engloban en la línea de investigación de Salud Pública y Género del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante.

La estructura de la memoria se acoge a los requisitos de presentación que vienen recogidos en el artículo 15 apartado 3 del Reglamento de régimen interno de la Escuela de Doctorado, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad de Alicante el 17 de diciembre de 2013, a saber: una síntesis donde se incluyen: los trabajos presentados y la unidad temática de los mismos. Incorporando un resumen global de los resultados obtenidos, discusión y las conclusiones.

³ Y un cuarto pendiente de redacción y publicación pero que trata sobre el amor romántico y su vinculación con la salud.

Las tres publicaciones que comprende esta Tesis son las siguientes:

- Esther Castellanos Torres e Isabel Soriano Villarroel. “Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad”. Revista Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. nº 5, 2010- pp. 89-108
- Esther Castellanos-Torres, Carlos Álvarez-Dardet, Dolores Ruiz-Muñoz, Gloria Pérez. “Social determinants of sexual satisfaction in Spain considered from the gender perspective” Annals of Epidemiology, Volume 23, Issue 3, March 2013, pp. 150–156
- Esther Castellanos Torres y Beatriz Ranea Triviño. “La perspectiva de género y de los Derechos Humanos en el análisis de la prostitución y la trata de mujeres con fines de explotación sexual. Una aproximación desde la voz de las propias mujeres”. Revista Internacional de Éticas Aplicadas DILEMATA año 6- 2014, nº 16, pp. 161-179



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

2. Introducción e hilo temático

2.1. Antecedentes y estado actual del tema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia. A partir de esta definición se entiende la salud como un concepto integral en donde intervienen factores de orden biológico, socioeconómico y cultural, así como psíquicos, subjetivos y de género, en la medida en que todos ellos actúan como condicionantes de este bienestar.

Con esta perspectiva integral se reconoce a la persona como sujeto psíquico, social y cultural (López y Quesada, 1994). Esto implica considerar su condición de género, clase social, edad y etnia, promoviendo el respeto a sus derechos, la no discriminación y la equidad. Se parte entonces de un modelo de atención integral de la salud que implica reconocer esa multidimensionalidad (biológica, psicológica, política, económica, socio-cultural, geográfica), un modelo en donde la salud es un derecho humano fundamental.

En el 2002 la OMS retoma de nuevo el concepto y concluye que:

"Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos."

Siguiendo estas definiciones se observa la evolución hacia un concepto positivo de la salud sexual que incluye el bienestar, la satisfacción y el placer, dejando de lado la concepción de la sexualidad ligada a la represión, el miedo y lo moralmente bueno o malo. A su vez la conceptualización utilizada en la presente Tesis sobre la satisfacción sexual es aquella que se refiere a la percepción y valoración subjetiva que una persona hace en relación a múltiples aspectos de su vida sexual, desde lo físico hasta lo emocional

y relacional, tales como el cumplimiento de un deseo erótico o satisfacer la pasión, el sentirse amada o amado, la frecuencia y la actividad en las relaciones sexuales, el cumplimiento de expectativas y satisfacción con su relación de pareja en general (Ortiz & Ortiz, 2003).

Hay estudios que han investigado las disfunciones sexuales (Goldmeier, Judd, & Schroeder, 2000; Laumann, Paik, & Rosen, 1999; Laumann et al., 2005; McCabe, 1997; Shepherd, Heke, & O'Donovan, 2009; Simons & Carey, 2001), pero mucho menos aquellos que examinan las intersecciones entre la satisfacción sexual y actividad sexual con la posición socioeconómica, con la imagen corporal de las mujeres, con las motivaciones sexuales, con el tipo de prácticas y las normas sociales, con el tipo de uniones de pareja, con la relación entre el tiempo de trabajo doméstico y la frecuencia en las relaciones sexuales. (Fahs & Swank, 2011; Gager & Yabiku, 2010; Pedersen & Blekesaune, 2003; Sanchez, Crocker, & Boike, 2005; Stephenson & Sullivan, 2009)

Desde un enfoque positivo de la sexualidad, algunos países han comenzado a expandir sus marcos de referencia. Por ejemplo, Suecia está avanzando hacia el pleno reconocimiento de la diversidad de deseos y experiencias que forman la sexualidad humana. Varios programas para el desarrollo, también han comenzado a promover el placer y la satisfacción sexual como factores de empoderamiento, y como medios para alentar prácticas sexuales más seguras. (Correa y Jolly, 2007).

2.2. Marco conceptual

El concepto "sexo" se refiere a las características tanto biológicas y anatómicas, referentes al tamaño y forma corporal; como fisiológicas, referidas a la actividad hormonal y el funcionamiento de los órganos, que distinguen a un sexo del otro, dando como resultado básicamente dos posibilidades: hembras y machos (Lagarde, 2008).

Por género se entiende: *"el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar, es un proceso histórico que se desarrolla a diferentes niveles tales como el estado,*

el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso supone la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definen como masculinos se les atribuye mayor valor (Benería, 1987:46)." Así tal y como refiere Kabeer, el género es visto por tanto como el proceso por el cual personas nacidas dentro de una categoría biológica determinada, macho o hembra, se convierten en las categorías sociales hombre o mujer, mediante la adquisición de atributos socialmente definidos de masculinidad y feminidad (Parpart, 1996).

Sistema sexo-género y sexualidad

El género, la condición social de ser hombre o mujer, y la sexualidad, la manera cultural de experimentar nuestros placeres y deseos corporales, están estrechamente vinculados. Pasar la frontera del comportamiento definido socialmente como femenino o masculino en lo referente a la sexualidad, puede ser tomado como una grave trasgresión. Esto sucede, en tanto que la sexualidad en gran parte se ha construido sobre la suposición de diferencias fundamentales entre mujeres y hombres, y de la dominación masculina sobre las mujeres. Como se ha visto, las distinciones genitales y reproductivas derivadas de la biología se han interpretado no sólo como una explicación necesaria, sino también suficiente, de distintos deseos y necesidades sexuales (Weeks, 1998: 47).

Por otro lado, Weeks define la sexualidad como una construcción histórica, que recoge una multitud de distintas posibilidades biológicas y mentales, incluyendo la identidad genérica, las diferencias corporales, las capacidades reproductivas, las necesidades, los deseos y las fantasías. Estos aspectos no necesariamente están siempre vinculados y de hecho existen culturas en las que no están presentes (Weeks, 1998: 20).

Una cuestión de derechos humanos

Según Correa y Jolly, (2007) respecto a la sexualidad de las mujeres, sus aspectos relacionados con la salud y los principios de derechos humanos, la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer

(Beijing 1995) constituyeron grandes pasos adelante. En El Cairo, por primera vez la comunidad internacional acordó una definición amplia de salud reproductiva, reconociendo que “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social... en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo...” (Programa de Acción 7.2), y que los derechos reproductivos implican la decisión libre y responsable de las parejas y las personas acerca de tener hijas e hijos o no, cuándo y con qué frecuencia (par. 7.3).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) reafirmó estas definiciones amplias sobre la salud y los derechos reproductivos, y llamó a los Estados a considerar la revisión de las leyes que castigaban a las mujeres por realizarse abortos ilegales. La Plataforma de Acción de Beijing también afirmó que “Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

Por otro lado, el marco interpretativo de la trata con fines de explotación sexual se establece desde la perspectiva de género y de los derechos humanos de las mujeres, ya que la inmensa mayoría de las víctimas de trata para la explotación sexual son mujeres y niñas. Por tanto, no podemos analizar el fenómeno de la explotación sexual sin hacer referencia al patriarcado como sistema de poder que jerarquiza lo masculino sobre lo femenino.

La perspectiva de género nos permite analizar y comprender las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, así como las características que definen lo masculino y lo femenino dentro de un contexto social determinado. Con esta perspectiva podemos analizar de qué forma los fenómenos sociales, como la explotación sexual, afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres, profundizando en las relaciones de poder y desigualdad que se producen y que posicionan a las mujeres en un lado (oferta), y a los hombres en otro (demanda). De otro lado, nos permite ahondar en la socialización y construcción de diferencias para examinar cuál es el grado de reproducción de los roles tradicionales de género de mujeres y hombres.

3. Objetivos y Metodología

Objetivos

El objetivo general de esta Tesis es poner de manifiesto la importancia de incorporar la perspectiva de género en la construcción de la salud sexual y reproductiva:

- Visibilizar las desigualdades de género en la salud y condiciones de vida de mujeres y hombres desde el enfoque de género.

Objetivos específicos son los siguientes:

1. Explicitar que la sexualidad engloba la reproducción humana y reflexionar sobre la maternidad como construcción social, para entender la reproducción social como sustentadora del orden económico y social patriarcal. (Estudio 1)
2. Describir las desigualdades de género y de clase social en la satisfacción sexual, analizando la relación existente entre salud autopercibida y satisfacción sexual en España en el 2009. (Estudio 2)
3. Aportar conocimiento sobre el fenómeno de la trata de mujeres con fines de explotación sexual en España. (Estudio 3)

Metodología

Cada uno de los estudios que conforman la Tesis Doctoral ha sido abordado desde distintos enfoques metodológicos y fuentes de información.

Estudio 1.

Para elaborar esta reflexión teórica acerca de cómo la maternidad es una construcción social *ad hoc* para la supervivencia del sistema patriarcal y capitalista, se ha recurrido a distintos estudios realizados por mujeres que han abordado estas cuestiones desde la rigurosidad científica y el pensamiento crítico feminista. Se quiere destacar la tesis doctoral de Maribel Blázquez “Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid”, y el artículo de Lorena Saletti “Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de

maternidad”, como documentos imprescindibles que han servido de base teórica y motivadora del artículo.

Además se ha realizado una revisión documental bibliográfica de fuentes secundarias como investigaciones, programas, informes y artículos, tomando aquellos que se sustentan en la teoría diferencial de género y excluyendo los de corte esencialista.

Estudio 2.

El segundo artículo consistió en un estudio transversal en población residente en España de 16 años y más. La fuente de información fue la ENSS (2009) desarrollada por el Observatorio de Salud de las Mujeres (MSPSI) junto con el CIS. Se seleccionaron los hombres (n=3951) y las mujeres (n=3433) que habían tenido relaciones sexuales.

Las variables dependientes elegidas fueron: haber sentido satisfacción o insatisfacción después de las relaciones sexuales en los últimos 12 meses; gusto por mantener relaciones sexuales con menos o más frecuencia.

Y las variables explicativas fueron: edad, nivel de estudios, clase social, compartir tareas domésticas, dedicar tiempo a cuidarse, colaborar económicamente en mantenimiento familiar, cuidar menores de 15 años en las últimas 4 semanas y salud autopercebida en los últimos 12 meses.

En este sentido, se escogieron variables como las situaciones cotidianas de mujeres y hombres y las cargas familiares al cuidado de menores que dieran respuesta en el análisis de la distinta asignación de roles, espacios y atributos de unas y de otros entorno a la satisfacción sexual. Identificando las cuestiones que perpetúan la desigualdades de género y haciéndolas visibles.

Se realizaron análisis descriptivo y modelos bivariados y multivariados de regresión logística calculando OR crudas y ajustadas con los correspondientes intervalos de confianza al 95%, desagregando por sexo.

Estudio 3.

El abordaje metodológico del tercer estudio fue de carácter cualitativo, mediante la observación de los contextos donde tiene lugar la situación de explotación-prostitución, y a través de la entrevista abierta no estructurada⁴, donde los temas clave fueron: situación y contexto en el país de origen, el viaje, la llegada y el momento actual. Se tuvo en cuenta las recomendaciones éticas y de seguridad realizadas por la OMS (2003). Dichas entrevistas tenían como objetivo poder contar con la voz de sus protagonistas, a través de sus experiencias, opiniones, percepciones y perspectivas de futuro.

A partir de una muestra intencional, los criterios de identificación de las mujeres fueron: estar en situación de prostitución con o sin indicios de trata, y/ o que hayan sido víctimas de trata con fines explotación sexual y/o de tráfico de seres humanos en el pasado; que provinieran de países con mayor presencia en España; y que estuvieran en espacios abiertos o en recursos de acogida. La estrategia de acercamiento varió en función del perfil de la mujer a entrevistar y del contexto.

Se realizaron 16 entrevistas a mujeres de distintas procedencias⁵ [Nigeria (MN1, NM2, NM3); Rumania (MR1, MR2, MR3, MR4, MR5); República Dominicana (ML1); Brasil (ML2); Ecuador (ML3); Marruecos (MM1, MM2, MM3), China (MC1) y España (ME1)]. De las entrevistadas, dos de ellas habían sido víctimas de trata y en la actualidad se encontraban en un recurso de acogida. El resto de las entrevistadas se hallaban en situación de prostitución. Algunas de ellas llegaron a España siendo víctimas de trata tanto de explotación laboral como sexual, en la actualidad continuaban en situación de prostitución⁶. Las mujeres que presentan indicios de trata de explotación sexual más claros son de origen rumano.

A su vez, se realizaron 4 acercamientos para las observaciones en el terreno, en este sentido el trabajo de campo realizado pone de manifiesto las dificultades metodológicas

⁴ Todas las entrevistas fueron grabadas, bajo el consentimiento explícito de las mujeres entrevistadas, y se utilizó un cuaderno de campo para el registro de la información no grabada, es decir, comunicación no verbal, observación contextual.

⁵ Todas las mujeres hablaban español, excepto una de las mujeres nigerianas que se le realizó la entrevista en inglés, y a la mujer china que hubo una intérprete traductora de chino.

⁶ No obstante, los datos obtenidos mediante las entrevistas no son suficientes para determinarlo.

que supone la aproximación a la realidad de la prostitución y la trata, pues el acceso a los espacios de prostitución es complicado para personas que no intervienen en la configuración del fenómeno. Asimismo, muchas de las mujeres prostituidas son inmigrantes en situación de irregularidad administrativa y muestran desconfianza para hablar con personas desconocidas, o si se encuentran en situación de trata, participar en el estudio puede ponerlas en riesgo.

Finalizado el trabajo de campo y procesada la información de las entrevistas realizadas, se procedió al análisis de los resultados. No se utilizó ningún software específico de análisis cualitativo, sino que fue un proceso artesanal. Para ello se puso el foco en los discursos desde una perspectiva feminista e interpretacional, para dotar de significaciones e interpretaciones que las mujeres tienen sobre el fenómeno en función de su posición social y de género. La fenomenología permite adentrarse en su mundo identificando cómo y bajo qué condiciones viven, así como definir el significado que ellas les dan.

En función de las dimensiones planteadas en los guiones de conducción de las entrevistas, se procedió a “codificar los datos”, y para ello, se fueron extrayendo diferentes categorías conceptuales cuya finalidad era facilitar la comprensión de toda la información, agrupando como lo más relevante: las divergencias y convergencias de los discursos, las percepciones, valoraciones, prejuicios o inhibiciones subyacentes en los comportamientos, y los contextos donde se desarrollaron las entrevistas. Todo bajo un proceso “flexible y creativo” conjugando la teoría e interpretación discursiva, se fueron definiendo las categorías hasta a la interpretación final.

4. Resultados

A continuación se nombran los tres artículos como resultados de la presente Tesis que pueden verse detalladamente en el apartado de Anexos

Estudio 1

- Esther Castellanos Torres e Isabel Soriano Villarroel. “Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad”. Revista Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia. nº 5, 2010- pp. 89-108

Estudio 2

- Esther Castellanos-Torres, Carlos Álvarez-Dardet, Dolores Ruiz-Muñoz, Gloria Pérez. “Social determinants of sexual satisfaction in Spain considered from the gender perspective” Annals of Epidemiology, Volume 23, Issue 3, March 2013, pp. 150–156

Estudio 3

- Esther Castellanos Torres y Beatriz Ranea Triviño. “La perspectiva de género y de los Derechos Humanos en el análisis de la prostitución y la trata de mujeres con fines de explotación sexual. Una aproximación desde la voz de las propias mujeres”. Revista Internacional de Éticas Aplicadas DILEMATA año 6- 2014, nº 16, pp. 161-179



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

5. Discusión

En la presente Tesis se ha intentado poner de manifiesto la importancia de incluir la mirada de género en el análisis de la salud sexual y en la vida de las mujeres con el fin de poder entender las desigualdades existentes entre mujeres y hombres. Estas se evidencian de distinta manera, tanto en la satisfacción sexual como en la maternidad, siendo la trata de mujeres con fines de explotación sexual una de las expresiones más extrema de las desigualdades y violencias, pues vulnera los derechos humanos de las mujeres.

En el **estudio 1** se constató que la maternidad es un constructo social y así numerosas autoras por tanto afirman que la maternidad no es un hecho natural, y que el proceso de procreación humana está mediado por factores culturales que determinan quienes están en condiciones de hacerlo y quiénes no, de qué forma hacerlo y con quienes. Incluso, en qué momento de sus vidas llevarlo a cabo, según clase social, pertenencia étnica, religiosa, época histórica y ubicación geográfica (Knibiehler, 2001; Navarro, 2002; Arango, 2001; Di Marco, 1997; Tubert, 1993). En la misma línea que Alice Miller (2000), el papel de los Estados es crear las condiciones necesarias para que las mujeres y los hombres ejerzan sus derechos sexuales respecto a la elección de si enlazar o no la sexualidad con la reproducción. Esta idea debería permitir, en el marco de las demandas sobre los derechos sexuales, atender con igualdad a una más amplia gama de identidades, prácticas y condiciones sexuales, que actualmente no pueden ser protegidas al tratar a los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos. Por otro lado, la implicación de las parejas es fundamental para sostener este proceso de cambio, ya que deben considerarse co- responsables en el cuidado tanto de las propias mujeres como de las criaturas. Por lo que desde un planteamiento de equidad, deben distribuirse las responsabilidades y deberes referidos a la sexualidad y a la reproducción entre ambas partes de la pareja.

Además, no hay que olvidar que existe la posibilidad de que las mujeres puedan afrontar la maternidad sin pareja. Puesto que esta realidad existe, desde los servicios de salud se

deben poner las medidas necesarias para no discriminar a estas mujeres, garantizándolas el ejercicio de sus derechos de la misma manera que al resto de mujeres.

Respecto a la reproducción social, es preciso señalar que el contrato social que se desarrolló a partir de las relaciones existentes en el régimen industrial de producción, y que se ha visto erosionado con el advenimiento de la era informática y los cambios socioculturales, debe ser reemplazado por un nuevo contrato laboral y de género, que dé espacio al desarrollo normal de la fuerza de trabajo actual y futura según las nuevas condiciones económicas, sociales y culturales. Por ejemplo, en el caso de nuestro país, es por importante considerar, la ampliación de los permisos de paternidad en las mismas condiciones que el permiso de maternidad.

En el **estudio 2**, los hombres y las mujeres presentaron diferencias en los factores que explican la satisfacción sexual. Para ellos lo más relevante y que puede condicionar su satisfacción sexual es el estado de salud auto-percibido y la frecuencia de las relaciones sexuales. En este sentido, la posición de los hombres es clara, ya que ninguna de las variables que tienen que ver con la reproducción social, tales como las tareas o cuidados familiares influyen en los resultados, así los hombres que no tienen cargas familiares o de cuidados tienen mayor satisfacción sexual, mejor salud sexual y más tiempo para las relaciones sexuales. Para las mujeres la clase social y la posición desigual ante la reproducción social condicionan los niveles de satisfacción sexual. En concreto, para las mujeres el tiempo para sí mismas, para cuidarse y sentirse bien, es decir, aquellas que tienen capacidad de negociación y poder de decisión sobre su tiempo propio, manifiestan una mejor satisfacción sexual.

En consonancia con el hallazgo que las mujeres que comparten las tareas domésticas están más satisfechas, un estudio (Risch, Riley, & Lawler, 2003) encontró que la conciliación trabajo y familia y la frecuencia sexual de las relaciones fueron clasificados como de las primeras y la segunda cuestiones entre las más preocupaba a una muestra nacional de jóvenes parejas casadas. Además, las variables sociodemográficas y de clase social nos muestran resultados en la misma línea que otros estudios (Barrientos & Páez,

2006; Fenton, Johnson, McManus, & Erens, 2001) de que a mayor nivel socioeconómico mayores niveles de satisfacción y mejores resultados en salud.

Por lo tanto el principal hallazgo del segundo estudio es que también la satisfacción sexual está socialmente determinada y relacionada con la salud autopercebida. Hay una asociación positiva entre el nivel de percepción de estado de salud y la satisfacción sexual, en este sentido se aporta evidencia empírica a la definición de salud sexual acuñada por la OMS (WHO, 2006), ya que la satisfacción sexual parece ser positiva para la salud.

En el **estudio 3**, la construcción de la identidad de género de las mujeres en prostitución no se aleja de la identidad hegemónica femenina que está presente en las narraciones del resto de las mujeres. Así, entre los discursos analizados de las mujeres que participaron en la investigación, la maternidad y su imaginario es común en ellas. En este sentido y siguiendo a Almudena Hernando (2008) el ejercicio de la maternidad condicionan la identidad de género relacional típicamente femenina. Ésta, se ha construido bajo el reclamo del sacrificio y abnegación en pro del bienestar familiar, sentando las bases para la opresión de las mujeres en el ámbito doméstico, privado y público, así como para las múltiples formas de violencias de género dentro y fuera del hogar (Rodríguez, 2008).

Muchas afirman que están ahí por sus hijos o hijas, *para que no les falte de nada*, y en el caso de que se encuentren en su país de origen, a cargo de algún familiar, las mujeres les remiten el dinero periódicamente. Como afirma Susana Rostagnol (2000, 87) "son mujeres de sectores populares que comparten con el resto de mujeres de dicho sector social características de su identidad de género. Sin embargo, por otra parte, las prostitutas representa en el imaginario social -del cual ellas mismas también participan- una alteridad necesaria para la definición identitaria".

Esta alteridad u otredad está basada en la construcción de los dos modelos patriarcales tradicionales definitorios del rol de las mujeres: la madre y la puta. La madre es la "mujer decente" que está en el ámbito privado, mientras que la "puta" es la "mujer pública". Sin embargo, en la figura de "la prostituta" se suelen encarnar los dos modelos, puesto que la

mayoría de las mujeres en situación de prostitución son madres. Además, suelen ser madres de familias monomarentales, es decir, jefas de hogar.

La violencia y los abusos forman parte de la biografía de estas mujeres, sus relatos muestran el continuum de violencia a lo largo de sus vidas. En este sentido, entre las manifestaciones de las violencias ejercidas contra las mujeres en relación a la sexualidad y la reproducción, cabe destacar la violencia sexual, los abortos inducidos o provocados, la mutilación genital femenina y los embarazos forzados (Castellanos Torres et.al, 2010). Es por ello que el tratamiento de la violencia de género ha de ser visto, no como un hecho aislado sino como un fenómeno estructural que impregna y se manifiesta en todos los ámbitos de desarrollo de la vida humana. Así, para el análisis se siguió el término "continuum de la violencia contra las mujeres" acuñado por Liz Kelly en 1988, que engloba las distintas manifestaciones de opresión de las mujeres a través de la violación, el abuso físico y emocional, la coacción y el acoso sexual, la explotación sexual, la maternidad forzada y la violencia sexual en el conflicto armado, entre otras. Cualquiera de estas manifestaciones que termine en asesinato de las mujeres y niñas se convierte en feminicidio. Además, es importante señalar que los asesinatos de mujeres en situación de prostitución no se contabilizan dentro de los datos de víctimas de violencia de género oficiales, puesto que la legislación española sólo contabiliza los asesinatos a manos de parejas o ex-parejas. Entre 2010 y 2012 fueron asesinadas 20 mujeres en situación de prostitución, 19 a manos de hombres (Feminicidio.net, 2013).

En la siguiente figura resume las causas estructurales de la trata de mujeres para la explotación sexual.



Elaboración propia

6. Conclusiones

En primer lugar, es importante tener en cuenta las necesidades estratégicas de género en las políticas públicas, ya que contribuirá a revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción, así como sus efectos concretos en la vida de mujeres y hombres. En el caso de España, cabe destacar como los avances en las políticas públicas en el ámbito de la salud como la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud del año 2007, han supuesto la satisfacción de las necesidades prácticas de las mujeres mejorando los servicios de salud materno infantiles, la salud perinatal, la atención al parto normal, etc. Aun así, ahora es el momento de dar un paso más y acompañarlas con políticas de transformación de las relaciones de género, que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres. Históricamente, el movimiento de mujeres (Boston Women's Health Book Collective, 1976) ha luchado por incorporar a la agenda política, entre otros temas, la salud como derecho y por poner en primer plano de las conciencias y de las legislaciones los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres – incluidos la anticoncepción, el aborto y las nuevas tecnologías reproductivas-, también ha denunciado el modelo masculino de sexualidad.

En segundo lugar, la satisfacción sexual ha venido siendo estudiada en sus dimensiones biológicas o psicológicas dejando de lado la perspectiva de la construcción social de la sexualidad, en los que el papel de las familias y el medio social, económico y político es clave para poder entender las desigualdades de género. Por ello que una de las fortalezas del estudio ha sido poner de manifiesto la metodología del enfoque de género, no sólo con la desagregación de la información de mujeres y hombres sino el haber elegido variables que tienen que ver con la reproducción social. Esto ha permitido ver las diferencias y similitudes de la satisfacción sexual de mujeres y hombres y su relación con la salud autopercebida y la reproducción social. Además se ha podido evidenciar que uno de los elementos para la promoción de la salud sexual de las mujeres es el tiempo propio, entendido como tiempo del ciclo vital, del desarrollo de las capacidades y del

empoderamiento y que aquellas mujeres que disponen de él gozan de una mayor satisfacción sexual. En este sentido sería importante que las políticas de promoción de la salud contaran con esta información a la hora de planificar los contenidos de los programas específicos. Desde un enfoque que promueva el empoderamiento y que se adapte a las necesidades de salud sexual de las mujeres, en definitiva que asegure el control de las mujeres de sus propios cuerpos (Amaro, Raj, & Reed, 2001).

En tercer lugar, la explotación sexual y la prostitución forman parte de un continuum de violencia que tiene sus raíces en las desigualdades estructurales de género, la feminización de la pobreza, el racismo sexualizado, la demanda de mujeres para el mercado prostitucional, la compra-venta del cuerpo de las mujeres como objetos sexuales, la laxidad de las leyes y las falsas creencias de profesionales de la justicia, y de los intereses económicos creados por la industria del sexo. Aplicar la perspectiva de género en el fenómeno permite profundizar si el pago realizado por los hombres para acceder al cuerpo de las mujeres dificulta el camino hacia una sociedad igualitaria y libre de violencias, así como si dificulta la lucha contra la trata de mujeres para la explotación sexual. Por todo ello, se recomienda, entre otras cuestiones, que se incorpore plenamente la perspectiva de género y de Derechos Humanos en todos los ámbitos de actuación frente a la lucha contra el delito de trata con fines de explotación sexual de mujeres, así como una adecuada protección legal y recuperación integral de las víctimas.

7. Bibliografía

Albite-Vélez, L. & Valle-Ferrer, D. (2003). "La ideología de la maternidad en la subjetividad femenina: Mecanismo de opresión y violencia doméstica" en L. Martínez Ramos y M. Tamargo López (eds.). *Género, sociedad y cultura*. San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Gaviota. 110-134.

Amaro, H., Raj, A., & Reed, E. (2001). Women's sexual health: the need for feminist analyses in public health in the decade of behavior. *Psychology of Women Quarterly*, 25(4), 324-334.

Amorós, C. (2005). "Globalización y orden de género" en Celia Amorós y Ana de Miguel (eds.) *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización* vol. 3. Madrid: Minerva.

Anderson, J. (1991). *Reproducción social / Políticas sociales*. Lima: SUMBI.

Anzadeia (2007). *Diagnóstico e Intervención con Mujeres Víctimas de Trata y Explotación Sexual*. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha

APRAMP (2011). *Esclavas sexuales en España. Trata de mujeres y niñas paraguayas. Propuestas para una cooperación eficaz*. Madrid: APRAMP.

Arango, G.; León, M. & Viveros, M. (comp.) (2001). *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Madrid: TM.

Arber, S. (1987). Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in health debate. *BMJ*, 294, 1069-1073.

Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science & Medicine*, 44(6), 773-787.

Artazcoz, L., Borrell, C., & Benach, J. (2001). Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *Journal Epidemiology & Community Health*, 55(9), 639-647.

Artazcoz, L., Borrell, C., Cortès, I., Escribà-Agüir, V., & Cascant, L. (2007). Occupational epidemiology and workrelated inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *Journal Epidemiology & Community Health*, 61(Suppl II), ii39-ii45.

Asociación Mundial de Sexología WAS (1999). "Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España". Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999. En 14º Congreso Mundial de Sexología. Hong Kong, República Popular China.

Bajos, N., Wellings, K., Laborde, C., & Moreau, C. (2010). Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ*, 340, c2573.

Barrientos, J. E., & Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32(5), 351-368.

Benería, L. (1987). "¿Patriarcado o sistema económico?: Una discusión sobre dualismos metodológicos." en Celia Amorós, Lourdes Benería y Christine Delphy (eds.), *Mujeres y ciencia y práctica política*. Madrid: Debate.

Beneria, L. (2003). Paid and unpaid labor: Meanings and debates. In L. Beneria, *Gender, development and globalization: Economics as if people mattered* (pp. 131-160). New York, NY: Routledge.

Black, D., Morris, J. N., Smith, C., & Townsend, P. (1988). The Black Report. In P. Townsend, N. Davidson, & M. Whitehead (Eds.), *Inequalities in health: The Black report and the health divide* (pp. 31-213). London, England: Penguin Books.

Blázquez Rodríguez, M^a. I. (2009). Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid. Universitat Rovira I Virgili.

Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241-249.

Borrell, C., García-Calvente, M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 2-6.

Boston Women's Health Book Collective. (1976). *Our bodies, ourselves: a book by and for women*. (2d ed.). New York, NY: Simon and Schuster.

Caporale Bizzini, S. (coord.) (2004). *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*. Madrid: Etnema.

Carpenter, L. M., Nathanson, C. A., & Kim, Y. J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 87-107.

Castellanos Torres, E & Soriano Villarroel, I. (2010). Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad. *Cuestiones de género: De la igualdad a la diferencia. Revista del Seminario Multidisciplinar de Estudios de las Mujeres*. Universidad de León 5, 89-108

Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P., & Santos, P. (2007). Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 883-998.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2008). Encuesta Nacional de Salud Sexual. 2780

Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.

CIPD - Naciones Unidas (1994). "Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo", El Cairo, [en línea] Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm#i1>

Colomer, C. (2007). El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Revista Española de Salud Pública*, 81(2), 91-93.

Correa, S; Jolly, S. (2007). *Sexualidad, desarrollo y derechos humanos. Series para el debate* 5

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on women's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1385-1401.

De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo*. Vol. I y II. Madrid: Cátedra Feminismos.

De León, Marta Elisa (2012). *Las ocultas*. Madrid: Turner.

De Miguel, Ana (2012). La prostitución de mujeres, una escuela de desigualdad humana. *Revista Europea de Derechos Fundamentales* 19 (1): 49-74.

Di Marco, G. y Schmuckler, B. (1997). Madres y democratización de la familia en la Argentina contemporánea. Buenos Aires: Biblos.

Díez, E., & Peiró, R. (2004). Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 158-167.

Esteban, M^a. L. (1993): "La salud de las mujeres: nuevas preguntas para nuevas respuestas". En M. C. Díez y V. Maquieira (eds.): *Sistemas de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad*. Granada. Actas del VI Congreso de Antropología.

Esteban, M^a. L. (2000). "La maternidad como cultura: algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil". En Perdiguero, Esteban; Comelles, E. (eds.): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona. 207-226.

Fahs B., & Swank, E. (2011). Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Archives of Sexual Behavior*, 40(5), 903-914.

Farley, M.; Cotton, A.; Lynne, J.; Zumbek, S.; Spiwak, F.; Reyes, M E.; Álvarez, D.; Sezguin, U. (2003). Prostitution and trafficking in nine countries. An update on violence and posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma Practice* 2 (3/4): 33-74.

Farley, M. (2006). "Prostitución, trata y estrés postraumático" Liliana Marcos (ed.), *Explotación sexual y trata de mujeres*. Madrid: Editorial Complutense.

Federación de Mujeres Progresistas (2008). *Trata de mujeres con fines de explotación sexual en España: estudio exploratorio*. Madrid.

Feminicidio.Net (2013). *Feminicidio por prostitución en España: Violencia de género ignorada*.

Fenton, K. A., Johnson, A. M., McManus, S., & Erens, B. (2001). Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sexually Transmitted Infections*, 77(2), 84-92.

Folbre, N. (1995). Holding hands at midnight: The paradox of caring labor. *Feminist Economics*, 1(1), 73-92.

Franco-Giraldo, Á., & Álvarez-Dardet, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 280-286.

Gager, C. T., & Yabiku, S. T. (2010). Who has the time? The relationship between household labor time and sexual frequency. *Journal of Family Issues*, 31(2), 135-163.

Gager, C., & Yabiku, S. (2009). Sexual frequency and the stability of marital and cohabiting unions. *Journal of Marriage and Family*, 71(4), 983-1000

García Cuesta, S; López Sala, A M.; Hernández Corrochano, E.; Mena Martínez, L. (2011). *Poblaciones mercancía: tráfico y trata de mujeres en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine. (2000). Guidelines for the analysis of Gender and Health. Liverpool, England: University of Liverpool.

Geoffroy, G.; Bousquet, D.; Goujon, P.; Vidalies, A.; Zimmermann, M-J.; Aboud, Élie Clergeau & Marie-Françoise (2011). *Rapport d'information: Mission d'information sur la prostitution en France*. Paris: Assemblée Nationale.

Gimeno, B. (2012). *La prostitución*. Madrid: Bellaterra.

Golden, S. (1998). *Slaying the mermaid: Women's culture of sacrifice*. New York: Harmony Books.

Goldmeier, D., Judd, A., & Schroeder, K. (2000). Prevalence of sexual dysfunction in new heterosexual attenders at a central London genitourinary medicine clinic in 1998. *Sexually Transmitted Infections*, 76(3), 208-209.

Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. (1995). La medición de la clase social en Ciencias de la Salud. Barcelona: SG Editores y SEE.

Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África (2005): Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África y Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Hernando, A. (2008). Género y sexo. Mujeres, identidad y modernidad. *Claves de la Razón Práctica* (188), 64-70.

Himmelweit, S. (1995). The discovery of "unpaid work": The social consequences of the expansion of "work". *Feminist Economics*, 1(2), 1-19.

Ilkharacan, P. y Jolly, S. (2007). Género y sexualidad. Informe General Brighton: Bridge Development Gender.

INE (2003). *Encuesta Nacional sobre Salud y Hábitos Sexuales*. Madrid. INE.

Johannes, C., & Avis, N. (1997). Gender differences in sexual activity among mid-aged adults in Massachusetts. *Maturitas*, 26(3), 175-184.

Kelly, L. (1988): *Surviving Sexual Violence*. Cambridge: Polity Press.

Knibiehler, Y. (2001). Historia de las madres y de la maternidad en Occidente. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kunkel, S.R., & Atchley, R. C. (1996). Why gender matters: being female is not the same as not being male. *American Journal of Preventive Medicine*, 12(5), 294-296.

Kunst, A. E., Bos, V., & Mackenbach, J. (2001). Monitoring socioeconomic inequalities in health in the European Union: Guidelines and Illustrations (Final report) Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University.

Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 3-25.

Lagarde, M. (2008). Sexo, amor y género. En: Jornadas de verano de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo: Proyecto imaginado, una mirada joven a la frontera del conocimiento. Sexualidad: edades discursos y vivencias. Santander.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57.

Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281(6), 537-544.

Lazarus, E. (1988). "Poor women, poor outcomes: social class and reproductive health". En Michaelson K.: Childbirth in America: Anthropology perspectives. South Hadley Mass: Bergin and Garvey, 39-54.

Legarreta, M. (2009). Le temps donné dans le travail domestique et de care. *Multitudes*, 2(37-38), 106-112.

Lindau, S. T., Schumm, P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C., & Waite, L. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.

Lindau, S.T., & Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, 340, c810.

Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(5), 409-424.

López Gómez, A; Quesada, S. (1994). Guía Metodológica: Material de apoyo en salud sexual y reproductiva con enfoque de género a Equipos Técnicos de los Centros CAIF. Montevideo: Gurises Unidos: UNFPA: CAIF.

López Gómez, A.; Benia, W. y Contera, M.; Güida, C. (2003). Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectiva. Montevideo, Uruguay.

Macran, S., Clarke, L., & Joshi, H. (1996). Women's health: dimensions and differentials. *Social Science & Medicine*, 42(9), 1203-1216.

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.) (1999). Social determinants of health. Oxford, England: Oxford University Press.

Mazarrasa, L y Gil, S. (2006). Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva, dentro del Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud del Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Complutense de Madrid).

McCabe, M.P. (1997). Intimacy and quality of life among sexually dysfunctional men and women. *Journal Sex Marital Therapy*, 23(4), 276-290.

Meneses Falcón, C., y Rua Vieites, A. (2011). Comportamientos de riesgo en los varones que pagan servicios sexuales. *Norte de Salud Mental*. 9 (39): 27-39.

Miller, A. (2000). "Sexual not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights". En *Health and Human Rights*, vol. 4, nº. 2, Harvard College.

Naciones Unidas (1995). "Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer". Beijing, [en línea] Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4654.pdf>

Naciones Unidas (2010). *The globalization of crime. A transnational organized crime threat assessment*. Nueva York: Naciones Unidas.

Navarro, M. y Stimpson C. (comp.) (2002). Sexualidad, género y roles sexuales. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

OIM y Movimiento El Pozo (2004). *Trata de mujeres para fines sexuales comerciales en el Perú*. Lima. <http://goo.gl/WiJqR>

OMS (2003). Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas.

Ortiz, R. M., & Ortiz, H. (2003). ¿La cultura determina la satisfacción sexual? Un estudio comparativo en mujeres y varones maduros desde la perspectiva de género. Santiago, 101, 165-170.

Parpart, J. (1996). ¿Quién es la otra? Una crítica feminista postmoderna de la teoría y la práctica del desarrollo. *Debate feminista*, 7, v. 13:327-356

Pateman, C. (1988). *The Sexual Contract*. Stanford, California: Stanford University Press.

Pedersen, W., & Blekesaune, M. (2003). Sexual satisfaction in young adulthood: Cohabitation, committed dating or unattached Life? *Acta Sociologica*, 46(3), 179-193.

Pujols, Y., Meston, C., & Seal, B. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2pt2), 905-916.

Purnine, D. M., & Carey, M. P. (1997). Interpersonal communication and sexual adjustment: The role of understanding and agreement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(6), 1017-1025.

Putnam, Frank W. (1994). "Dissociative disorders in children and adolescents" en S.J. Lynn and J. W. Rhue (Eds.). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York, Guilford Press. 175-189

Ramos Padilla, M. (2006). La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(3), 201-220.

Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L., & Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades de salud en España*. Madrid, España: Díaz de Santos.

Reglamento (CE) n° 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

Risch, G. S., Riley, L. A., & Lawler, M. G. (2003). Problematic issues in the early years of marriage: Content for premarital education. *Journal of Psychology and Theology*, 31, 253-269.

Rodríguez, V. (2008). Reflexiones sobre el género, maternidad y el éxito profesional de las mujeres. *Revista Kalathos*

Rostagnol, S. (2000). Identidades fragmentadas: Prostitutas callejeras de Montevideo". *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*. 87 – 97

Ruiz, B.; Martínez E.; Martínez, A.; Bascuñana, C.; Cutrín M. (2005). *Esclavas en tierra de nadie. Acercándonos a las víctimas de la trata de mujeres*. Red Acoge.

Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*. 169-183.

Sanchez, D., Crocker, J., & Boike, K. (2005). Doing gender in the bedroom: Investing in gender norms and the sexual experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(10), 1445-1455.

Sassen, S. (2003). *Contrageografías de la Globalización: Género y Ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Scott, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *American Historical Review*, 91(5), 1053-1075.

Segura, C. (2004). "Mujeres, trabajo y familia en las sociedades preindustriales". En *La Historia de las mujeres una revisión historiográfica*. Universidad de Valladolid,. 229-248.

Shepherd, L., Heke, S., & O'Donovan, A. (2009). Sexual problems in two inner city London sexual health centres: prevalence, attributions and need for psychosexual services. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(3-4), 249-260.

Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219.

Stephenson, K. R., & Sullivan K.T. (2009). Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 18(3), 89-105.

Stephenson, K. R., Ahrold, T. K., & Meston, C. M. (2011). The association between sexual motives and sexual satisfaction: Gender differences and categorical comparisons. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 607-618.

Todaro, R. y Yáñez, S. (2004). El trabajo se transforma: relaciones de producción y relaciones de género. Centro de Estudios de la Mujer. Chile.

Tubert, S. (1993). La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre, cuerpo y subjetividad femenina, salud y género. Madrid: Siglo XXI.

Weeks, J. (1998). Sexualidad. México: Paidós, Universidad Nacional Autónoma de México.

Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429-445.

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. Sexual health document series.

Zimmerman, C.; Yun, K.; Shvab, I.; Watts, C.; Trappolin, L.; Treppete, M.; Bimbi, F.; Adams, B.; Jiraporn, S-T.; Beci, L.; Albrecht, M.; Bindel, J.; & Regan, L. (2003). *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)

8. Anexos



8.1. Trabajos publicados

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Estudio 1

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**SOBRE LA MIRADA DE GÉNERO EN LA SALUD REPRODUCTIVA Y LA CONSTRUCCIÓN
SOCIAL DE LA MATERNIDAD**

Esther Castellanos Torres y Isabel Soriano Villarroel

Femtopía Consulting

info@femtopia.es

Recibido: 28-02-2010

Aceptado: 22-04-2010

Resumen

El presente artículo contempla tres objetivos: 1) explicitar que la sexualidad engloba la reproducción humana; 2) reflexionar sobre la maternidad como construcción social y 3) entender la reproducción social como sustentadora del orden económico y social patriarcal. A partir de la lectura de fuentes secundarias de diferentes autoras que han abordado estas cuestiones desde un planteamiento constructivista de la maternidad y las relaciones de género, se ha reflexionado y estructurado el artículo en tres apartados que dan respuesta a los objetivos. Por último, se plantean conclusiones encaminadas a posibilitar el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: Derechos sexuales, Salud reproductiva, Maternidad, Reproducción social, Enfoque de género.

Abstract

This article seeks three objectives: 1) to clarify that sexuality includes also human reproduction, 2) to reflect on motherhood as a social construction and 3) to understand the social reproduction as a supporter of the patriarchal, social and economic order. The article answers the objectives in three sections from a point of view of a constructivist

approach to the motherhood and the gender relations through the reading of secondary sources of several authoresses. Finally, the article sets some conclusions out in order to make possible the full exercise of sexual and reproductive rights.

Key words: Sexual Rights, reproductive health, motherhood, social reproduction, gender approach.

1. Introducción y objetivos

Como ya apuntó Silvia Caporale (2004), la capacidad de dar a luz es algo biológico, mientras que la necesidad de convertirlo en un papel primordial para las mujeres, es cultural. Esta diferencia que en principio resulta bastante obvia, en ocasiones se ha omitido por parte de instituciones, profesionales y mujeres, posicionando a estas últimas en situaciones de desigualdad respecto a los hombres.

Desde esta perspectiva, el presente artículo persigue dos grandes objetivos:

1. Explicitar que la sexualidad engloba dentro de sí misma a la reproducción humana.
2. Reflexionar sobre la maternidad como construcción social.
3. Entender la reproducción social como sustentadora del orden económico y social patriarcal.

Para dar respuesta a estas cuestiones se parte de dos premisas: por un lado, que la salud reproductiva forma parte integrante de la salud sexual, y por otro, que es necesario mirar la salud reproductiva desde el enfoque de género. Esto contribuirá a la ruptura de los mandatos tradicionales de género establecidos para las mujeres en la socialización diferencial, en tanto que seres reproductores-cuidadores, logrando un mayor empoderamiento de las mismas en sus elecciones y procesos de embarazo, parto y puerperio.

2. Material y métodos

Para elaborar esta reflexión teórica acerca de cómo la maternidad es una construcción social ad hoc para la supervivencia del sistema patriarcal y capitalista, nos hemos nutrido del saber de distintas mujeres que han abordado estas cuestiones desde la rigurosidad científica y el pensamiento crítico feminista. Se quiere destacar la tesis doctoral de Maribel Blázquez “*Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*”, y el artículo de Lorena Saletti “*Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad*”, como documentos imprescindibles que han servido de base teórica y motivadora del presente artículo.

Además se ha realizado una revisión documental bibliográfica de fuentes secundarias como investigaciones, programas, informes y artículos, tomando aquellos que se sustentan en la teoría diferencial de género y excluyendo los de corte esencialista.

3. La salud sexual como contenedora de la salud reproductiva

La reproducción de mujeres y hombres es una parte más de la sexualidad. Esta afirmación se recoge en la Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997 Valencia (España), revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS) el 26 de agosto de 1999, en el XIV Congreso Mundial de Sexología (Hong Kong). En dicha Declaración se enuncian los 11 derechos sexuales que deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades y con todos los medios. El *Derecho a tomar decisiones reproductivas libres y responsables*, que encontramos en 8º lugar, se refiere al “derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir o no tener hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los

métodos de regulación de la fecundidad.” (Declaración del XIII Congreso Mundial de Sexología, 1997: 2)

Cabe recordar otras Conferencias Internacionales relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, un hito importante se produjo en 1994 cuando se celebra la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en adelante CIPD, que supuso un gran cambio con respecto a las políticas de población que hasta entonces se habían discutido en foros internacionales. Hasta ese momento, el objetivo principal consistía en cumplir una serie de metas demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. El interés en los temas reproductivos se debía por tanto a la importancia del control sobre la fecundidad como medio para alcanzar dichas metas demográficas (Mazarrasa y Gil, 2006).

En la CIPD surgen dos posturas contrapuestas, por un lado una perspectiva demográfica que aludía principalmente a las cuestiones de crecimiento, estructura y cambio de la población así como de sus repercusiones en el desarrollo social y económico, enfoque planteado también por gran parte del movimiento de planificación familiar. Por otro lado, la perspectiva que partía de la defensa de la salud y los derechos de las mujeres centrados en los desequilibrios de género y las necesidades sanitarias de las poblaciones.

La discusión entre esas dos posturas dio lugar al concepto de salud sexual y reproductiva, vinculando a nivel teórico el discurso sobre los derechos humanos y el derecho a la salud. Como resultado de las reivindicaciones del movimiento de mujeres, se produce un cambio de paradigma en el desarrollo humano consiguiendo que:

- Se rompa con la preocupación centrada únicamente en aspectos demográficos y de planificación familiar, asumiendo las necesidades en la salud de las personas, en especial de las mujeres, de un modo integral.
- Se fortalezca la reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos por encima del interés por el control demográfico.
- Se defina la salud sexual a partir de la salud reproductiva.

En esta Conferencia se introdujeron tres cambios fundamentales respecto a las conferencias anteriores (Ramos, 2006):

- El nuevo concepto de “salud reproductiva” es más amplio e integral que el de “planificación familiar”.
- Se reconoce la sexualidad como una dimensión fundamental de las personas.
- Se considera que son las mujeres quienes deben controlar su propia fecundidad bajo una libre decisión, con condiciones que permitan que esto ocurra.

Aún así, el término “derechos sexuales” no logró ser incorporado en el documento final de consenso de la Conferencia del Programa de Acción de la CIPD, ya que resultaba bastante polémico llegar a un acuerdo en cuanto al término “derechos reproductivos” y aún más “derechos sexuales” (Ilkcaracan y Jolly, 2007). No obstante, el documento incluyó varios puntos importantes referentes a la sexualidad, entre ellos:

- Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos.
- Velar por que mujeres y hombres tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación.
- Responsabilidad de los hombres en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad y los ayude a ejercer esas responsabilidades.
- Recomendaciones a los gobiernos y las comunidades que adopten medidas con carácter urgente para poner fin a la práctica de la mutilación genital de la mujer y proteger a las mujeres y las niñas contra todas las prácticas innecesarias y peligrosas de esa índole.

- Se reconoce que la violencia sexual basada en género y los esfuerzos por controlar la sexualidad de las mujeres tienen impactos tanto en la salud de ellas como en su condición dentro de la sociedad.
- La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad.

Además en la CIPD, se recoge el concepto de una vida sexual satisfactoria:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia” (CIPD, 1994: Capítulo VII, Párrafo 7.2).

En el Programa de Acción de la CIPD se plantea que la salud reproductiva incluye también “la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (CIPD, 1994: Capítulo VII, Párrafo 7.2).

Además, se alude explícitamente al papel que han de jugar los hombres en relación a la salud sexual y reproductiva:

“El hombre desempeña un papel clave en el logro de la igualdad de los sexos, puesto que en la mayoría de las sociedades, ejerce un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, que van de las decisiones personales respecto al tamaño de la familia, hasta las decisiones sobre política y programas

públicos a todos los niveles. Es fundamental mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva, y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma que unos y otras colaboren por igual en la vida pública y privada” (CIPD, 1994: Capítulo IV, Párrafo 4.24).

Después de El Cairo, en 1995 se celebra la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing. En ella, los derechos sexuales se convirtieron una vez más en un tema de gran debate. Hubo una gran resistencia al término “derechos sexuales” por parte de alianzas conservadoras, pero sin duda el asunto más controvertido fue la sexualidad, en especial la orientación sexual, el control de las mujeres sobre su propio cuerpo y el aborto (Ilkkaracan y Jolly, 2007).

Finalmente se aprobaron por unanimidad la Declaración y la Plataforma de Acción, constituyéndose como el parámetro a seguir por los gobiernos y la sociedad civil.

A modo de resumen general, la Plataforma afirma de nuevo que los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia y reconoce que la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. Además es indispensable para mejorar la salud de las mujeres, la responsabilidad compartida por la mujer y el hombre respecto de las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo (Naciones Unidas, 1995).

Además, en el año 2003 el Parlamento Europeo y el Consejo de la Unión Europea publica el *Reglamento 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo*, en el Artículo 1.2 se apuesta por: “un enfoque holístico y el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad [...], incluida una maternidad exenta de riesgos y el acceso

universal a una gama completa de cuidados y servicios seguros y fiables en materia de salud reproductiva y sexual”.

Dicho esto, la causa de que el abordaje de la salud sexual no se haya desarrollado desde una perspectiva holística, centrándose de manera exclusiva en la salud reproductiva, se debe principalmente a las altas tasas de mortalidad materno infantil que han acompañado a las mujeres a lo largo de la historia, y que todavía hoy, en numerosos países, siguen siendo una realidad. Es por esto que los movimientos feministas y de mujeres pedían y piden a través de la agenda política de las diferentes Conferencias Internacionales, actuaciones específicas en torno a la salud reproductiva, en concreto a la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio.

Sin duda, esta necesidad de primer orden, hace que la mayor parte de los esfuerzos realizados por los gobiernos en materia de salud sexual y reproductiva vayan dirigidos a la atención al embarazo, parto y puerperio, con diferencias dependiendo de los contextos socioeconómicos y culturales de los países. Este hecho ha traído consigo dos cuestiones: la invisibilización de la sexualidad entendida de manera integral por un lado, y la omisión del enfoque de género en el hacer biomédico de la salud reproductiva por otro.

Por todo ello, es necesario atender la sexualidad y la salud sexual desde una mirada de género, lo cual significa poner el foco en los derechos sexuales y reproductivos.

4. La construcción social de la maternidad

En todas las sociedades históricas conocidas, la maternidad ha sido considerada la condición femenina por excelencia, entendiéndola en ocasiones incluso como la misma esencia femenina. Sin duda, como apunta Lorena Saletti (2008), ha sido la capacidad biológica de procrear de las mujeres la que ha sustentado la permanente identificación entre feminidad y maternidad.

Por su parte, autoras como Nancy Chodorow (1984), señalaron el ejercicio maternal de las mujeres como el punto central de la división sexual del trabajo, promoviendo la necesidad de estudiar la noción de «maternaje» como el resultado de un proceso cultural, que ha asignado históricamente a las mujeres el papel de cuidadoras. De esta manera, el ejercicio maternal de las mujeres determina su localización en la esfera doméstica de la sociedad, reproduciendo la identidad genérica que se adquiere a través de la socialización, uno de los pilares del mantenimiento de la división sexual del trabajo y de las relaciones de poder entre mujeres y hombres.

De la misma manera, Simone De Beauvoir indicó ya en 1949 que la condición social femenina no es sólo un efecto de la diferencia sexual, sino sobre todo una consecuencia de la socialización de las mujeres que tiene lugar en todos los ámbitos de su vida cotidiana, entre los que destaca de nuevo la maternidad.

De esta manera se explica cómo tradicionalmente, y con los cambios en la industrialización, la sociedad ha asignado a hombres y mujeres diferentes roles y tareas estereotipadas a través de la división sexual del trabajo, siendo para unos fecundar, proveer el sustento, ejercer la autoridad y defender a la familia, y para otras ocuparse del cuidado del hogar, la maternidad, velar por la salud de quienes integran la familia y brindar afecto. Estos dos grupos de tareas se diferencian claramente por el lugar en el que se realizan, configurando la división en los usos del tiempo y de los espacios domésticos para las mujeres, y los espacios públicos para los hombres (aunque cada vez más también para las mujeres), estableciendo por tanto un contrato social, laboral y de género. Así pues, las mujeres contemporáneas ocupan cada vez más espacios públicos desarrollando actividades productivas remuneradas, mientras siguen asumiendo las tareas domésticas, sin que haya una reciprocidad de funciones por parte de los hombres.

Esta realidad actual no es sino el continuo de la historia de las mujeres, en quienes ha recaído la responsabilidad de la maternidad y la crianza, así como el cuidado de las personas dependientes. Es decir, las mujeres han incorporado por mandato de género el cuidado de otras personas, independientemente de nuestra posible condición de madres, por lo que las mujeres que han optado por la no reproducción, o que

simplemente no han tenido oportunidad de ejercerla, no se libran de las tareas vinculadas con la reproducción social. Esto, aunque el presente artículo se centre únicamente en cuestiones relacionadas con la maternidad, es muy importante no perderlo de vista.

Otra de las cuestiones estructurales que ha hecho posible esta división sexual del trabajo, tiene que ver con que ni a las políticas públicas, ni a las parejas, les ha interesado hacer de la procreación y la crianza un acto más allá de lo meramente biológico. De haberlo hecho, tendrían que haber puesto los medios necesarios para contribuir a su desarrollo, tambaleando los cimientos del sistema patriarcal y capitalista de dominación. Por tanto, los Estados omiten su responsabilidad de crear recursos públicos para hacerse cargo de los cuidados a personas dependientes como escuelas infantiles, centros de día o residencias, mientras que los hombres se desprecupan del uso de métodos de prevención de ITS y anticonceptivos, así como de la reproducción social vinculada en este caso al cuidado y la crianza de las criaturas.

Como ya se ha dicho, Saletti (2008) insiste en que la posibilidad biológica de dar a luz se convierte en un mandato social para las mujeres a través de la afirmación del instinto materno universal. Dicha afirmación garantizará que se asuma -y que las propias mujeres asuman- que tienen la obligación de ser madres. Gracias a este supuesto instinto, la maternidad biológica se transforma en maternidad sociológica, en hecho social, logrando que las diferencias biológicas entre los sexos se conviertan en la base del sometimiento de las mujeres. El mito del instinto maternal, supuestamente natural e intrínseco, predestina a las mujeres a ser madres para posteriormente dedicarse con prioridad al cuidado de las criaturas que dan a luz. Es necesario resaltar que no se encuentra ningún correlato equivalente en el caso de los hombres.

La maternidad, y en especial su ejercicio, condicionan la identidad de género relacional, típicamente femenina (Hernando, 2008). El mito del instinto maternal es un claro exponente de la utilización de datos biológicos (como el útero, el embarazo o el parto) con fines de opresión y aislamiento de las mujeres en las funciones reproductivas.

De esta forma, la construcción de la maternidad se fundamenta en la relación natural y biológica de la madre con su hijo o hija, en el presunto instinto maternal y en la necesidad del “vínculo materno-filial”, mientras que la paternidad se construye como una función social elaborada por la cultura (Blázquez, 2009). El proceso de construcción de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos a su ejercicio, normas que se encarnan en las personas e instituciones y que son reproducidas en discursos, imágenes y representaciones de todo tipo, produciendo de esta forma un ideal maternal (Saletti, 2008).

Todo este conjunto de naturalizaciones –en el sentido de que son afirmaciones que se han ido estableciendo, percibidas actualmente de una forma natural, ahistórica y asocial– siguen vigentes, aunque bajo formas tan complejas como nuevas. Así, los cambios legales y sociales que han permitido el acceso a la educación, a los derechos sexuales y reproductivos, al trabajo remunerado y a la autonomía para las mujeres, como también las nuevas formas de familia y de convivencia, han contribuido por ejemplo a que se tengan muchos menos hijos e hijas, focalizando todo el cuidado y la atención en ellos y ellas (Blázquez, 2009).

Por tanto, la ideología de la maternidad (Albite-Vélez & Valle-Ferrer, 2003; Golden, 1998) se construyó bajo el reclamo del sacrificio y abnegación femenina en pro del bienestar familiar, sentando las bases para la opresión femenina en el ámbito doméstico, privado y público, así como para las múltiples formas de violencia contra las mujeres dentro y fuera del hogar (Rodríguez, 2008). En este sentido, entre las manifestaciones de las violencias ejercidas contra las mujeres en relación sexualidad y reproducción, cabe destacar la violencia sexual, los abortos inducidos o provocados, la mutilación genital femenina y los embarazos forzosos. Respecto a esto último, los derechos sexuales y reproductivos presuponen que las hijas e hijos son decididos, pues existen medios anticonceptivos para su planificación, aunque lo cierto es que existen embarazos llevados a término que no son deseados.

Numerosas autoras por tanto afirman que la maternidad no es un hecho natural, y que el proceso de procreación humana está mediado por factores culturales que

determinan quienes están en condiciones de hacerlo y quiénes no, de qué forma hacerlo y con quienes. Incluso, en qué momento de sus vidas llevarlo a cabo, según clase social, pertenencia étnica, religiosa, época histórica y ubicación geográfica (Knibiehler, 2001; Navarro, 2002; Arango, 2001; Di Marco, 1997; Tubert, 1993).

Tal y como afirma Maribel Blázquez (2009), la naturalización de los procesos femeninos conduce por tanto a una visión esencialista y determinista de las mujeres, excluyendo otros factores que pudieran estar interviniendo en su toma de decisiones. También impide pensar en las “rupturas” que pueden producirse en función de los entornos sociohistóricos en que se desarrolla la vida de las mujeres o las condiciones sociohistóricas en las que la medicina elabora sus discursos y conforma sus prácticas. Se excluyen así también las diferencias entre las mujeres en el deseo del embarazo, en sus formas de sentir y afrontar el dolor, en la capacidad de resistir al mismo, de cuidar su vida y la vida de su criatura, de percibir y vivir el amamantamiento, etc. Estas interpretaciones están ordenadas, además, dentro de unas concretas relaciones sociales de género, donde las mujeres son vistas principalmente como madres y cuidadoras.

Como consecuencia tanto del determinismo biológico como de la naturalización, se considera que todas las mujeres son iguales, tienen una biología común y su biología se comporta igual en todas ellas (Op. cit.). Es necesario considerar las biografías, contextos y circunstancias en los procesos de salud y enfermedad de cada mujer, ya que por ejemplo, todas tienen el mismo deseo de un buen parto, pero no todas parten de las mismas condiciones para tener a sus criaturas de una forma saludable (Lazarus, 1988).

A pesar de esto, la maternidad es uno de los ámbitos de la salud y de la experiencia general donde los factores sociales, de género y culturales son más invisibles, tanto para la población general como para profesionales de la salud (Esteban, 2000).

Así, desde la asistencia sanitaria se refuerza el ideal maternal esencialista desde el mismo momento del embarazo, cuando las y los profesionales nombran a las mujeres como madres antes de serlo, elaborando a través de los discursos la centralidad de la maternidad en la vida de las mujeres y la creación de los vínculos con la futura criatura.

Por ejemplo, se advierte a las mujeres que optan por la lactancia artificial o plantean que sus parejas disfruten de la baja maternal, todos los inconvenientes que conllevan estas elecciones. Lo cual no sucede al contrario, es decir, a las mujeres que quieren lactancia materna y disfrutar de la baja de maternidad no se les explican los inconvenientes que esto supone para ellas, para sus criaturas y para sus parejas (Op. cit.).

Bajo esta óptica, se invisibiliza que las relaciones y vínculos entre las mujeres y sus criaturas son construidas, siendo en realidad el resultado de una experiencia entre la criatura cuidada y las personas que la cuidan. De esta manera, en el caso de cada mujer puede ir surgiendo o no el vínculo en la medida en que avanza su embarazo, se sucede el parto, se recupera del mismo, va relacionándose con su criatura y descubre habilidades propias para el manejo de las distintas situaciones. Entre los factores que se nombran para el no establecimiento del “buen vínculo”, se encuentran la falta de información de las mujeres sobre estas cuestiones, el que no hayan tenido “partos fisiológicos”, la incorporación al trabajo remunerado, la brevedad de la baja maternal y la deshumanización de la atención (Blázquez, 2009).

Por ello, es importante recoger lo que apunta Maribel Blázquez (2009), que la deconstrucción de la maternidad como hecho natural, teniendo en cuenta las distintas experiencias entorno a este proceso que viven mujeres y hombres, dependen de la cultura, de lo aprendido socialmente y no de la “naturaleza” y de lo “innato”.

5. La maternidad y la reproducción social

Es necesario entender la forma en que las relaciones de género sustentan el orden económico-social e inciden en su evolución y, a la vez, cómo los cambios en este orden afectan el sistema de género. Ya se ha visto como el rol maternal tiene efectos profundos en la vida y la identidad de las mujeres, en lo que se espera de ellas, en la reproducción también de la masculinidad tradicional, en la desigualdad entre los sexos y en la generación de formas precisas de poder laboral.

Tal y como han mostrado numerosas escritoras, las alianzas establecidas entre el patriarcado y el capitalismo son absolutamente necesarias para mantenerse como sistemas dominantes. Su sustento se basa, en primer lugar, en las actividades que las mujeres realizan en sus casas y que vienen a dominarse “tareas domésticas” o “reproducción social”, concepto que se utiliza en este artículo.

Se entiende por reproducción social el proceso dinámico de cambio vinculado a la perpetuación de los sistemas sociales, que involucra tanto factores económicos como ideológicos, políticos y sociales en un proceso de mutua influencia. Se refiere también a la reproducción de las condiciones que sostienen un sistema social: la cuestión fundamental es qué estructuras se tienen que reproducir para que pueda reproducirse la sociedad en su conjunto. Implica la transmisión del acceso y el control de recursos económicos de una generación a otra, lo cual varía con el tipo de organización social que en este caso es patriarcal y capitalista. Cabe señalar por tanto que hay una correspondencia entre la organización de trabajo productivo y el tipo de organización del trabajo reproductivo que le sirve de sustento, que marca y a la vez muestra un sistema de relaciones de género (Todaro y Yáñez, 2004).

Históricamente, tal y como apunta Cristina Segura (2004), las tareas vinculadas con la reproducción social no reciben retribución alguna, no devengan derechos y no tienen valor social. La crianza de las criaturas por parte de las mujeres es una de estas tareas dirigidas al bienestar y al mantenimiento de las personas que forman la unidad familiar. Estas tareas no han sido reconocidas como imprescindibles para el desarrollo de la vida ni validadas como actividades económicas, es más, desde los diferentes modelos de producción se ha hecho creer que la reproducción social no produce riqueza, justificando así su falta de retribución económica.

Hay que poner de manifiesto una vez más como la reproducción social supone un gran ahorro para el sistema de producción capitalista, ya que se utiliza a las mujeres como mano de obra gratuita y se exime a los Estados de poner los recursos públicos necesarios para proveer las necesidades de cuidados de sociedades cada vez más envejecidas. La familia patriarcal se define, por tanto, como un espacio que genera

plusvalías, derivadas de todos los trabajos que las mujeres llevan a cabo sin recibir ningún tipo de remuneración, pero de los que se benefician los hombres, y sobre todo el Estado, gracias como se ha dicho a la mano de obra gratuita que aportan las mujeres.

Es más, Anderson (1991: 24) señala que “el trabajo doméstico, olvidado en la caja negra de la reproducción social, no figura en las cuentas nacionales, ni incide en el cálculo de la productividad o la riqueza de país alguno, ni (aparentemente) consume el tiempo o las energías de quienes lo realizan”. En este sentido, se ha valorado la repercusión que tendría en el PIB si el Estado supliera la mano de obra gratuita de las mujeres atendiendo a criaturas, personas enfermas, ancianas y discapacitadas de las familias. La conclusión a la que se ha llegado es que, independientemente del sistema de producción, en cualquier país la economía entraría en una profunda crisis (Segura, 2004).

Estas reflexiones en torno a la entera disponibilidad de las mujeres para la crianza de las criaturas no pueden obviarse a la hora de teorizar o actuar sobre la salud reproductiva y la maternidad. Omitir estas variables supone mantener las relaciones de poder-subordinación, encadenando a las mujeres a las tareas domésticas, a la vez que van asumiendo cada vez más trabajos productivos remunerados.

6. Conclusiones y recomendaciones

En primer lugar, en la misma línea que Alice Miller (2000), consideramos que el papel de los Estados es crear las condiciones necesarias para que las mujeres y los hombres ejerzan sus derechos sexuales respecto a la elección de si enlazar o no la sexualidad con la reproducción. Esta idea debería permitir, en el marco de las demandas sobre los derechos sexuales, atender con igualdad a una más amplia gama de identidades, prácticas y condiciones sexuales, que actualmente no pueden ser protegidas al tratar a los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos.

En segundo lugar, y aterrizando al caso de España, cabe destacar como los avances en las políticas públicas en el ámbito de la salud como la Estrategia de

Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud del año 2007, han supuesto la satisfacción de las necesidades prácticas de las mujeres mejorando los servicios de salud materno infantiles, la salud perinatal, la atención al parto normal, etc. Aun así, ahora es el momento de dar un paso más y acompañarlas con políticas de transformación de las relaciones de género, que garanticen el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres.

Tener en cuenta las necesidades estratégicas de género en las políticas públicas, contribuirá a revertir las inequidades construidas históricamente en la sexualidad y la reproducción, así como sus efectos concretos en la vida de mujeres y hombres. En este sentido, tendremos que estar atentas al desarrollo de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo en sus diferentes ámbitos relacionados con la educación sexual a población y profesionales, con las iniciativas de estrategias y programas de salud sexual y reproductiva, con la financiación de los métodos anticonceptivos e IVE's, y con su práctica en los servicios sanitarios públicos.

En tercer lugar, para contribuir al empoderamiento de las mujeres en su sexualidad, es necesario revisar el concepto del "rol reproductivo" de las mujeres introduciendo su derecho a una salud sexual plena. Las mujeres, además de madres, son también sujetos con derechos (derecho a la sexualidad sin riesgos, derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la maternidad, derecho a elegir pareja, derecho a elegir el número de hijos e hijas que se desea tener, etc.), por lo que la implicación de las parejas es fundamental para sostener este proceso de cambio, ya que deben considerarse co-responsables en el cuidado tanto de las propias mujeres como de las criaturas.

Mirar la salud reproductiva desde el enfoque de género, como apunta Maribel Blázquez (2009), supone reconocer que el papel de la pareja ha estado descuidado por los Estados en general, y por los sistemas sanitarios en particular. Para generar cambios estructurales en las relaciones de género es necesario su participación en el desarrollo de los derechos y responsabilidades que acarrea la llegada de una nueva criatura a la unidad familiar, por lo que desde un planteamiento de equidad, deben distribuirse las

responsabilidades y deberes referidos a la sexualidad y a la reproducción entre ambas partes de la pareja.

Se puede añadir incluso que como apunta Alejandra López y su equipo (2003), mirar la salud sexual desde la perspectiva de género significa entender la salud reproductiva como un proceso multidimensional, que integra los aspectos vinculados con el ciclo vital de las mujeres y hombres, así como el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos. Esta mirada permitirá complejizar el diseño e implementación de las políticas de salud ajustándolas a las necesidades prácticas y estratégicas de las mujeres.

En cuarto lugar no hay que olvidar que existe la posibilidad de que las mujeres puedan afrontar la maternidad sin pareja. Puesto que esta realidad existe, desde los servicios de salud se deben poner las medidas necesarias para no discriminar a estas mujeres, garantizándolas el ejercicio de sus derechos de la misma manera que al resto de mujeres.

Finalmente, teniendo en cuenta lo apuntado anteriormente respecto a la reproducción social, es preciso señalar que el contrato social que se desarrolló a partir de las relaciones existentes en el régimen industrial de producción, y que se ha visto erosionado con el advenimiento de la era informática y los cambios socioculturales, debe ser reemplazado por un nuevo contrato laboral y de género, que dé espacio al desarrollo normal de la fuerza de trabajo actual y futura según las nuevas condiciones económicas, sociales y culturales.

BIBLIOGRAFÍA

- Albite-Vélez, L. y Valle-Ferrer, D. (2003): “La ideología de la maternidad en la subjetividad femenina: Mecanismo de opresión y violencia doméstica”. En L. Martínez Ramos y M. Tamargo López (eds.): *Género, sociedad y cultura*. San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Gaviota, pp. 110-134.
- Anderson, J. (1991). *Reproducción social / Políticas sociales*. Lima: SUMBI.
- Arango, G.; León, M. y Viveros, M. (comp.) (2001): *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Madrid: TM.
- Asociación Mundial de Sexología WAS (1999): “Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España”. Revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999. En *14º Congreso Mundial de Sexología*. Hong Kong, República Popular China, [en línea] Disponible en: <http://www.redeser.org/decladerecsexu.pdf> [02/01/2010].
- Blázquez Rodríguez, M^a. I. (2009): *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Universitat Rovira I Virgili.
- Caporale Bizzini, S. (coord.) (2004): *Discursos teóricos en torno a la(s) maternidad(es): una visión integradora*. Madrid: Etinema.
- Chodorow, N. (1984): *El ejercicio de la maternidad. Psicoanálisis y sociología de la maternidad y paternidad en la crianza de los hijos*. Barcelona: Gedisa.
- De Beauvoir, S. (1949). *El segundo sexo. Vol. I y II*. Madrid: Cátedra Feminismos.
- Di Marco, G. y Schmuckler, B. (1997): *Madres y democratización de la familia en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Biblos.
- Esteban, M^a. L. (1993): “La salud de las mujeres: nuevas preguntas para nuevas respuestas”. En M. C. Díez y V. Maquieira (eds): *Sistemas de género y construcción (deconstrucción) de la desigualdad*. Granada. Actas del VI Congreso de Antropología.

- _____. (2000). “La maternidad como cultura: algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil”. En Perdiguero, Esteban; Comelles, E. (eds.): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, pp. 207-226.
- Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África (2005): Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África y Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).
 - Golden, S. (1998): *Slaying the mermaid: Women's culture of sacrifice*. New York: Harmony Books.
 - Hernando, A. (2008): “Género y sexo. Mujeres identidad y modernidad”. En *Claves de la Razón Práctica*, nº. 188, pp. 64-70.
 - Ilkkaracan, P. y Jolly, S. (2007): *Género y sexualidad*. Informe General Brighton: Bridge Development Gender.
 - Knibiehler, Y. (2001): *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
 - Lazarus, E. (1988): “Poor women, poor outcomes: social class and reproductive health”. En Michaelson K.: *Childbirth in America: Anthropology perspectives*. South Hadley Mass: Bergin and Garvey, pp. 39–54.
 - López Gómez, A.; Benia, W. y Contera, M.; Güida, C. (2003): *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectiva*. Montevideo, Uruguay.
 - Mazarrasa, L y Gil, S. (2006): *Módulo 12: Salud Sexual y Reproductiva*, dentro del Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud del Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad Complutense de Madrid).
 - Miller, A. (2000): “Sexual not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights”. En *Health and Human Rights*, vol. 4, nº. 2, Harvard College.
 - Naciones Unidas (1995): “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer”. Beijing, [en línea] Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4654.pdf> [02/01/2010].
 - CIPD - Naciones Unidas (1994): “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo”, El Cairo, [en línea] Disponible en:

<http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm#i1>
[02/01/2010].

- Navarro, M. y Stimpson C. (comp.) (2002): *Sexualidad, género y roles sexuales*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Ramos Padilla, M. (2006): “La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género”. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, jul-sep, vol. 23, n.º. 3, pp. 201-220.
- Reglamento (CE) n.º 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.
- Rodríguez, V. (2008): “Reflexiones sobre el Género, la Maternidad y el Éxito profesional de las mujeres”. En *Revista Kálathos*.
- Saletti, L. (2008): “Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad”. En *Clepsydra*, pp. 169-183.
- Segura, C. (2004): “Mujeres, trabajo y familia en las sociedades preindustriales”. En *La Historia de las mujeres una revisión historiográfica*. Universidad de Valladolid, pp. 229-248.
- Todaro, R. y Yáñez, S. (2004): *El trabajo se transforma: relaciones de producción y relaciones de género*. Centro de Estudios de la Mujer. Chile.
- Tubert, S. (1993): *La construcción de la feminidad y el deseo de ser madre, cuerpo y subjetividad femenina, salud y género*. Madrid: Siglo XXI.



Estudio 2

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

Annals of Epidemiology

journal homepage: www.annalsofepidemiology.org

Social determinants of sexual satisfaction in Spain considered from the gender perspective

Esther Castellanos-Torres BA^{a,b}, Carlos Álvarez-Dardet MD, PhD^{a,c,*}, Dolores Ruiz-Muñoz BA, MPH^{c,d}, Gloria Pérez MD, PhD^{c,d}

^a Department of Public Health, University of Alicante, Alicante, Spain

^b Women's Health Observatory, Ministry of Health, Social Policy and Equality, Spain

^c CIBER in Epidemiology and Public Health (CIBERESP), Spain

^d Health Information Systems Service, Barcelona Public Health Agency, Barcelona, Spain

ARTICLE INFO

Article history:

Received 10 July 2012

Accepted 12 December 2012

Keywords:

Sexuality
Satisfaction
Health status
Gender relations
Gender issues
Gender role
Social class

ABSTRACT

Aims: To describe gender- and social class-related inequalities in sexual satisfaction and analyze their relationship with self-perceived health status.

Methods: This population-based, cross-sectional study included 7384 sexually active people aged 16 years and over residing in Spain in 2009 (3951 men and 3433 women). The explanatory variables were gender, age, social class, share in performing domestic tasks, spend time looking after oneself, collaborate economically in supporting the family, caring for children, self-perceived health status, and the desire to increase or decrease frequency of having sexual relations. Bivariate and multivariate logistic regression models were fitted.

Results: Among women, sexual satisfaction declines progressively after age 45. Sexual satisfaction is 1.7 times higher among women who look after themselves and who feel good compared with those who do not. The odds of wanting to increase sex is 3.3 times higher for women who are satisfied compared with women who desire a lower frequency of sexual intercourses; and good perceived health was associated with sexual satisfaction. In satisfied men, the corresponding odds is 1.9 times that of men desiring to reduce their frequency of sex.

Conclusions: Gender and social class inequalities are found in sexual satisfaction. This is associated with perceived health status, adding evidence in support of the World Health Organization definition of sexual health.

© 2013 Elsevier Inc. All rights reserved.

Introduction

The World Health Organization proposes a positive conceptualization of sexual health, which includes well-being, satisfaction, and pleasure [1]. Sexual satisfaction refers to the subjective perception and assessment a person makes in relation to multiple aspects of their sex life whether physical, emotional, or relational, such as realization of erotic desires or satisfaction of passion, feeling loved, frequency of activity in sexual relations, meeting of expectations, and satisfaction in general with their relationship [2]. Power-related inequalities between women and men can have an impact on the way a couple relates sexually and on the experiencing of sexual satisfaction. The present study takes a gender perspective

as its framework, which is understood as a process of historical and social construction involving beliefs, attitudes, values, behaviors, activities, and power relations between women and men [3], in a given social, economic, and cultural system.

The scientific literature deals with health inequalities in many spheres of human health [4–6]. Some studies have shown that social determinants with a gender perspective [7–9] affect the health of women and men, and yet there remains a lack of empirical information on gender and social class inequalities in sexual health, and on how sexual satisfaction relates to health. Some studies have investigated sexual dysfunction [10–12], but there are fewer studies examining the intersections between sexual satisfaction and sexual activity with socioeconomic position, with women's body image, with sexual motivation, type of practices and social norms, with types of pair-union, or with relationships between time spent in domestic work and the frequency of sexual relations [13–17]. On the other hand, there has been an increasing interest in

* Corresponding author. Department of Public Health, Ed. Social Sciences, 03690, University of Alicante, Spain. Tel.: +34965903918; fax: +34965903964.

E-mail address: carlos.alvarez@ua.es (C. Álvarez-Dardet).

factors related with the perceptions that men and women have of their state of health [18] and the relationship of this self-perception with other indicators [19]. The present study aims to explore whether sexual satisfaction, as a subjective dimension, could be another determinant positively influencing people's self-perceived health and well-being.

The National Sexual Health Survey of Spain (NSHSS) was first conducted in 2009, with a design and development incorporating a gender perspective, tackling sexual health in an integral manner, and providing information on sexual satisfaction of women and men.

Other existing studies are affected by various limitations, whether because of using data collected in 1992 [15], focusing on interpersonal communication [20], and limiting analysis to specific population groups [21], investigating sexual satisfaction of only one gender [22], or seeking associations with some particular aspect of health status [23]. The aims of the present study were, on one hand, to describe gender and social class inequalities in sexual satisfaction, and on the other to analyze the relationship between self-perceived health and sexual satisfaction in Spain in 2009.

Methods

Design, setting, and patients

In this paper, we present data from a population-based cross-sectional study of 7384 noninstitutionalized, sexually active people from aged 16 years residing in Spain in 2009.

The information source for this study was the first NSHSS, and was promoted, financed, and developed by the Women's Health Observatory of the Spanish Ministry of Health, Social Policy and Equality and carried out in 2009 by the Centre for Sociological Research [24]. The survey consisted of a face-to-face interview carried out in the participant's home, which collected sociodemographic data and information about the sexual life of men and women aged 16 years or older. The interview was introduced via a letter signed by the Chief Medical Officer of the Ministry of Health, detailing the objective of the study and providing a free phone number to deal with queries. The interview had a mixed mode of administration, with a self-administered questionnaire for questions related to first sexual intercourse and sexual intercourse during the previous 12 months, and an interviewer-administered questionnaire for the remaining items. A random, multistage sample selection strategy was used, stratified by Autonomous Communities (the 17 regions into which Spain is divided), and with primary (municipality) and secondary (census section) sampling units randomly selected in proportion to the population size of the Autonomous Community. Individuals from these units were selected using random route procedures with quotas calculated on the basis of sex and age. Weighting coefficients were applied to restore proportionality to the sample. The survey covered a total of 9850 participants aged 16 years and over and the estimated overall sample error was $\pm 1.01\%$. Details of NSHSS methodology are described elsewhere [24]. Only those who mentioned having engaged in sexual relations in the past 12 months were selected for analysis, namely, 3951 men and 3433 women.

Measurements and variables

During the interview, sexual intercourse was defined as any practice performed by two or more persons for the purpose of obtaining sexual pleasure, and which does not necessarily include penetration or lead to an orgasm.

The dependent variable chosen was: Having felt satisfaction or dissatisfaction after engaging in sexual relations during the last

12 months, obtained through the question, "Which of the two feelings which I am going to read to you would best define your state of mind after having sexual relations?" Answers were recoded as a dichotic variable. The stratification variable was the subject's gender as recorded on their birth certificate. The explanatory variables used were: age (16–29, 30–44, 45–64, and >64 years); and social class of the interviewee or of the household's main earner, when this could not be attributed to the interviewee. Social class is derived from occupations after the classification most extensively used in the study of inequalities in health, that proposed by the British Registrar General, in which occupations are ranked based on the level of education or the training period required, creating a hierarchical scale with the following social classes: I (professional), II (managerial/technical), III N (skilled, nonmanual), III M (skilled, manual), IV (partly skilled), V (unskilled), and VI (other). This classification is the basis for the proposed classification developed for Spain by the Spanish Society of Epidemiology and the Spanish Society of Family and Community Medicine. According to the classification system proposed by the Spanish Society of Epidemiology social classes I, II, and III N were grouped together as nonmanual workers and social classes III M, IV, and V as manual workers [25].

Other explanatory variables were included related with social reproduction [26–28], namely, share in doing domestic work (yes, no), spend time looking after yourself (yes, no), collaborate economically in supporting your family (yes, no), and take care of children aged under 15 in the last 4 weeks (yes, no). Desire to engage in sexual relations with more or less frequency was collected through the question "Would you like to engage in sexual relations...", recoded as 1 (less often or indifferent) or 2 (same frequency or more often). Finally, perception of health status in the last 12 months was included, and grouped into regular, poor, or very poor versus good or very good.

Gender analysis

The gender perspective methodology permits analysis and interpretation of characteristics that specifically define women and men, as well as their similarities and differences. In so doing, one systematically examines the life opportunities of each, in our case the situations and positions of women and men with respect to sexual satisfaction. Differential socialization and the sexual division of work [29] are taken as the basis. Differential gender socialization is the process by which people learn (at school, at home, from the media, religion, and the state) which types of behaviors, values, interests, emotions, and psychological qualities are considered socially appropriate for men (masculine identity) and which for women (feminine identity). These processes depend on norms applied in each social context.

This materializes through gender-based division of work, which consists of the differentiation of activities expected of women and those expected of men, assigning different spaces depending on gender, basically meaning women develop their activities, considered reproductive, in the domestic setting, whereas men develop theirs in a public setting, and are considered as productive.

In this respect, variables were chosen to reflect the everyday situations of men and women, and family responsibilities such as child care. These variables reflect the different allocation of roles, spaces, and attributes of women and men regarding sexual satisfaction and are thus considered as identifying issues that perpetuate gender inequalities and make them visible. Moreover, gender analysis seeks to disaggregate the information by gender before analysis, particularly with regard to inequalities between population groups, and to highlight relevant socioeconomic and cultural factors. This is the conceptual basis of gender, which orients

the statistical analysis and interpretation of the results in the present study.

Statistical analysis

Within this framework, we undertook univariate descriptive analyses and bivariate analyses using the chi-square test. To quantify associations between independent and dependent variables, bivariate and multivariate logistic regression models were fitted, calculating both crude and adjusted (aOR) odds ratios and their corresponding 95% confidence intervals (CI). All analyses were stratified by sex and were performed using STATA, version 10.1 [30]. Missing values in the dependent variables represented 0.9% and 1.3% of men and women, respectively.

Results

Table 1 presents the prevalence of sexual satisfaction among women and men in Spain in 2009. In general, the feeling of satisfaction after sexual intercourse is high, at 91.3% and 94.8%, respectively. However, when subjects' ages are taken into account, sexual satisfaction for men remains stable over all age ranges, whereas in women there is a decline from age 45 years onward (Fig. 1). With regard to social class, women who are classified as in the manual classes report less satisfaction, whereas among men there are no social class differences. In women, the prevalence of sexual satisfaction is related to good self-perceived health. Among

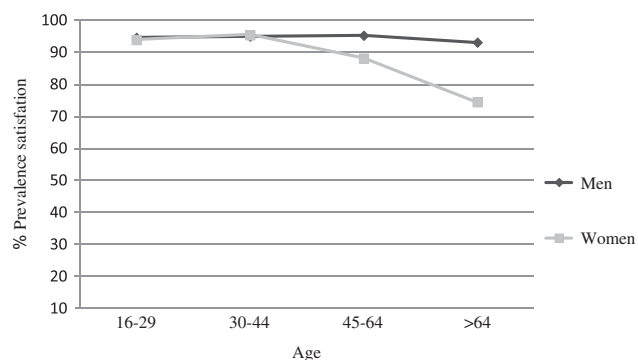


Fig. 1. Prevalence of satisfaction after having sex in the last 12 months, by gender and age. National Sexual Health Survey, Spain, 2009.

men, it only presents differences in relation to the same or higher frequency of relations and good self-perceived health.

Tables 2 and 3 present the associations between sexual satisfaction and the independent variables selected based on previous models, for women and men, in terms of crude odds ratios, and odds ratios adjusted for age and social class, for each one of the explanatory variables.

Sexual satisfaction is 1.46 higher among subjects who share in performing domestic tasks (aOR, 1.46; 95% CI, 1.07–1.99) compared with those who do not, and is 1.74 higher among women who report looking after themselves and who feel good compared with those who do not (aOR, 1.74; 95% CI, 1.24–2.43). The odds of wanting to increase sex is 3.36 times higher for women who are satisfied (aOR, 3.36; 95% CI, 2.55–4.43) compared with women who desire a lower frequency of sexual intercourse. Among satisfied men, the corresponding odds is 1.99 times higher (aOR, 1.99; 95% CI, 1.31–3.00) compared with men who desire to have sex less often. Satisfaction is positively associated with good or very good self-perceived health, particularly among women (aOR, 1.81 [95% CI, 1.35–2.41] and aOR, 1.46 [95% CI, 1.00–2.14], respectively).

Variables with missing values that could have a potential effect on results are age and the sharing of domestic tasks among men (0.9%; $P \leq .01$) and age among women (1.3%; $P < .001$).

Discussion

In this study, men and women presented differences in the factors explaining sexual satisfaction. Men, the most relevant aspect, which can condition their sexual satisfaction, is self-perceived health status and the frequency of sexual relations. Owing to the differential socialization of men, it is expected that the sexuality associated with their masculine identity be available at any time and of greater satisfaction, a premise that agrees with the findings obtained in this study. The position of men is clear; none of the variables that have to do with social reproduction, such as domestic tasks or caring for family members, influence the results; that is, men who have no family or caring role have greater sexual satisfaction, better sexual health, and more time for sex.

For women, age, social class, and the assumption of tasks related with social reproduction all condition their levels of sexual satisfaction. Therefore, inequalities derived from the gender-based division of work have negative repercussions for the sexual health of women. However, women who have powers of negotiation and decision over their own time (time to themselves, to look after and feel good about themselves) manifest greater sexual satisfaction.

It is well known that gender inequalities are produced by the different uses men and women make of their time [31], mainly as a result of traditional gender roles, and visible in the gender-based

Table 1
Prevalence of sexual satisfaction in the last 12 months in terms of social, demographic, and gender-conditioned characteristics, Spain 2009

| | Women | | | Men | | |
|---|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| | n | % | P | n | % | P |
| Age (yrs) | | | | | | |
| 16–29 | 812 | 93.98 | | 906 | 94.66 | |
| 30–44 | 1252 | 95.46 | | 1343 | 95.03 | |
| 45–64 | 851 | 88.17 | | 1093 | 95.30 | |
| ≥65 | 218 | 74.55 | | 405 | 93.15 | |
| Total | 3133 | 91.26 | <.001 | 3747 | 94.81 | .35 |
| Social class | | | | | | |
| Nonmanual | 1358 | 93.16 | | 1506 | 95.84 | |
| Manual | 1687 | 89.65 | | 2130 | 94.00 | |
| Total | 3045 | 91.19 | <.001 | 3636 | 94.76 | .012 |
| Caring for children <15 yrs, last 4 weeks | | | | | | |
| No | 1520 | 89.31 | | 2342 | 94.86 | |
| Yes | 1602 | 93.25 | | 1389 | 94.76 | |
| Total | 3122 | 91.29 | <.001 | 3731 | 94.82 | .89 |
| Share in performing domestic tasks | | | | | | |
| No | 584 | 86.31 | | 661 | 95.47 | |
| Yes | 2468 | 92.54 | | 2911 | 94.80 | |
| Total | 3052 | 91.28 | <.001 | 3572 | 94.93 | .46 |
| Take time to look after oneself | | | | | | |
| No | 380 | 83.92 | | 496 | 94.97 | |
| Yes | 2746 | 92.36 | | 3241 | 94.84 | |
| Total | 3126 | 91.24 | <.001 | 3737 | 94.85 | .89 |
| Collaborate economically in supporting family | | | | | | |
| No | 835 | 89.57 | | 347 | 92.82 | |
| Yes | 2185 | 92.10 | | 3226 | 95.16 | |
| Total | 3020 | 91.39 | .02 | 3573 | 94.93 | .03 |
| Desire regarding frequency of having sex | | | | | | |
| Less often or indifferent | 525 | 79.64 | | 329 | 91.22 | |
| Same frequency or more often | 2579 | 94.11 | | 3383 | 95.27 | |
| Total | 3104 | 91.30 | <.001 | 3712 | 94.89 | <.001 |
| Perceived health status, last 12 months | | | | | | |
| Regular, poor, very poor | 651 | 83.81 | | 570 | 92.62 | |
| Good, very good | 2472 | 93.48 | | 3168 | 95.23 | |
| Total | 3123 | 91.28 | <.001 | 3738 | 94.82 | .007 |

Totals of different variables are not the same because of missing values. Totals can differ from the sum of categories because of the sample weights.

Table 2
Associations with sexual satisfaction in the last 12 months and social, demographic, and gender-conditioned characteristics among women, Spain 2009

| | Crude OR (95% CI) | aOR* (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Age (yrs) | | | | | | | | |
| 16–29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30–44 | 1.35 (0.92–1.98) | 1.36 (0.92–2.00) | 1.30 (0.87–1.96) | 1.41 (0.94–2.10) | 1.43 (0.96–2.12) | 1.38 (0.92–2.07) | 1.39 (0.93–2.07) | 1.56† (1.01–2.40) |
| 45–64 | 0.48‡ (0.34–0.66) | 0.49‡ (0.35–0.68) | 0.50‡ (0.36–0.70) | 0.53‡ (0.38–0.74) | 0.51‡ (0.37–0.72) | 0.49‡ (0.35–0.69) | 0.53‡ (0.38–0.75) | 0.72 (0.50–1.03) |
| ≥65 | 0.19‡ (0.13–0.29) | 0.19‡ (0.13–0.28) | 0.19‡ (0.13–0.29) | 0.21‡ (0.14–0.32) | 0.20‡ (0.13–0.30) | 0.19‡ (0.13–0.29) | 0.26‡ (0.17–0.39) | 0.39‡ (0.25–0.62) |
| Social class | | | | | | | | |
| Nonmanual | 1.57† (1.22–2.03) | 1.42† (1.09–1.84) | 1.43† (1.10–1.87) | 1.43† (1.09–1.87) | 1.35† (1.04–1.76) | 1.36† (1.04–1.77) | 1.38† (1.06–1.81) | 1.26 (0.95–1.67) |
| Manual | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Caring for children <15 yrs, last 4 weeks | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 1.65‡ (1.29–2.11) | 1 | 1.17 (0.89–1.54) | | | | | 1.27 (0.94–1.69) |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Share in doing domestic tasks | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| No | 1.97‡ (1.51–2.57) | 1 | 1.61† (1.22–2.13) | | | | | 1.46† (1.07–1.99) |
| Yes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Take time to look after oneself | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| No | 2.32‡ (1.73–3.10) | 1 | 2.11‡ (1.56–2.84) | | | | | 1.74‡ (1.24–2.43) |
| Yes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Collaborate economically in supporting family | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| No | 1.36† (1.05–1.77) | 1 | 1.07 (0.81–1.41) | | | | | 0.89 (0.66–1.19) |
| Yes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Desire regarding frequency of having sex | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Less often or indifferent | 4.08‡ (3.17–5.25) | 1 | 3.30‡ (2.53–4.30) | | | | | 3.36‡ (2.55–4.43) |
| Same frequency or more often | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Perceived health status, last 12 months | | | | | | | | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Regular, poor, very poor | 2.77‡ (2.15–3.56) | 1 | 1.97‡ (1.50–2.58) | | | | | 1.81‡ (1.35–2.41) |
| Good, very good | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

aOR = adjusted odds ratio; OR = odds ratio.

Crude OR refers to the OR derived from univariate analysis.

* aOR refers to the OR adjusted for age and social class, for each of the variables included in the column.

† $P < .05$.

‡ $P < .01$.

§ $P < .001$.

Table 3
Associations between sexual satisfaction in the last 12 months and various sociodemographic and gender-conditioned characteristics among men, Spain, 2009

| | Crude OR (95% CI) | * aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) | aOR (95% CI) |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Age (Yrs) | | | | | | | |
| 16–29 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 30–44 | 1.07 (0.74–1.58) | 1.06 (0.72–1.55) | 1.05 (0.72–1.54) | 1.21 (0.81–1.80) | 1.08 (0.73–1.58) | 1.05 (0.72–1.55) | 1.07 (0.73–1.57) |
| 45–64 | 1.14 (0.79–1.66) | 1.12 (0.77–1.65) | 1.09 (0.75–1.61) | 1.13 (0.77–1.67) | 1.14 (0.78–1.67) | 1.08 (0.73–1.58) | 1.20 (0.81–1.77) |
| ≥65 | 0.77 (0.49–1.21) | 0.73 (0.46–1.17) | 0.72 (0.45–1.14) | 0.82 (0.51–1.32) | 0.73 (0.46–1.16) | 0.76 (0.47–1.23) | 0.83 (0.51–1.34) |
| Social class | | | | | | | |
| Nonmanual | 1.47† (1.08–1.99) | 1.46† (1.07–1.98) | 1.49† (1.09–2.03) | 1.43† (1.04–1.97) | 1.47† (1.07–2.00) | 1.56† (1.14–2.13) | 1.42† (1.04–1.93) |
| Manual | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Caring for children <15 yrs, last 4 weeks | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 0.98 (0.73–1.31) | 0.96 (0.71–1.30) | 0.96 (0.71–1.30) | 0.85 (0.58–1.25) | 0.85 (0.58–1.25) | 0.89 (0.64–1.23) | 0.89 (0.64–1.23) |
| Share in doing domestics tasks | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 0.87 (0.59–1.27) | 0.85 (0.58–1.25) | 0.85 (0.58–1.25) | 0.85 (0.58–1.25) | 0.85 (0.57–1.28) | 0.85 (0.57–1.28) | 0.85 (0.57–1.28) |
| Take time to look after oneself | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 0.97 (0.64–1.47) | 0.94 (0.62–1.44) | 0.94 (0.62–1.44) | 0.94 (0.62–1.44) | 0.94 (0.62–1.44) | 0.79 (0.50–1.25) | 0.79 (0.50–1.25) |
| Collaborate economically in supporting family | | | | | | | |
| No | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Yes | 1.52† (1.02–2.26) | 1.57† (1.00–2.47) | 1.57† (1.00–2.47) | 1.57† (1.00–2.47) | 1.57† (1.00–2.47) | 1.67† (1.04–2.69) | 1.67† (1.04–2.69) |
| Desire regarding frequency of having sex | | | | | | | |
| Less often or indifferent | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Same frequency or more often | 1.94† (1.31–2.86) | 1.89† (1.27–2.81) | 1.89† (1.27–2.81) | 1.89† (1.27–2.81) | 1.89† (1.27–2.81) | 1.99† (1.31–3.00) | 1.99† (1.31–3.00) |
| Perceived health status, last 12 months | | | | | | | |
| Regular, poor, very poor | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Good, very good | 1.59† (1.13–2.24) | 1.57† (1.09–2.24) | 1.57† (1.09–2.24) | 1.57† (1.09–2.24) | 1.57† (1.09–2.24) | 1.46 (1.00–2.14) | 1.46 (1.00–2.14) |

aOR = adjusted odds ratio; OR= odds ratio.

Crude OR refers to the OR derived from univariate analysis.

* aOR refers to the OR adjusted for age and social class, for each of the variables included in the column.

† $P < .05$.

‡ $P < .01$.

division of work. The greater workload assumed by women generally means they have less time to spend in leisure activities (and we may consider that sexual relations form part of leisure or time for personal enjoyment). In this sense, one study [13] has reported that women in traditional roles who dedicate more time to domestic tasks have a higher frequency of sexual relations, contrary to our findings, which show that the women spending more time on domestic and caring tasks have lower frequency of sex and lower sexual satisfaction.

In line with our findings that women who share domestic tasks are more satisfied, one study [32] found that the reconciliation of work and family and the frequency of sexual relations were ranked first and second among a series of questions put to a national sample of young married couples. Moreover, our sociodemographic and social class variables present results which are in line with other studies [33,34] in the sense that the higher the socioeconomic level, the higher the levels of satisfaction and health outcomes. Therefore, the main finding of the present study is that sexual satisfaction is related to social determinants as well as self-perceived health, because sexual satisfaction seems to be positive for health.

There is a positive association between the perceived health status and sexual satisfaction (Table 2 and 3), and in this sense our study provides empirical evidence for the definition of sexual health developed by the World Health Organization [1]; sexual satisfaction seems to be positive for health.

Strengths and limitations

This study has some limitations, particularly in relation to the information source, the SNSHS of 2009, because the nonresponse rate is not available [24]. All surveys based on self-reported data, especially those dealing with sexual behavior, are likely to suffer from social desirability bias [35]. However, the interview methods are widely accepted as valid, if participants trust in the legitimacy and confidentiality of the survey, and if the interviewer takes an appropriate professional approach, which facilitates accurate disclosure of sensitive information [34,36]. On the other hand, data from a cross-sectional study do not permit assumptions about cause and effect, and this mainly affects the association we have found with self-perceived health and to a lesser extent the pattern of gender and class. Still, we may extrapolate to the population at large and not just patients, because we have population-based data in which we correlate sociodemographic and social reproduction variables with those of the interpersonal setting, of communication between couples, or those which associate frequency of sexual relations with marital stability [20,21,37].

Another limitation is the construction of social classes, because it is the social class of those persons who are working or have ever held a paid job, or is the class of the main household breadwinner in the case of people who have never worked, and therefore does not necessarily reflect that of either the household or the interviewee. Some studies have suggested that social class obtained based on occupation provides a more precise view of a man's environment than of a woman's, because occupational hierarchy does not reflect the poorer conditions of female workers [38]. Even so, it should not be forgotten that occupation-based social class is a determinant of health status and also of a person's nonoccupational environment. In this regard, the characteristics associated with social reproduction have acquired relevance for explaining women's perceived health status.

One of the strengths of the present study lies in demonstrating the methodology of using a gender-based perspective, not only in the disaggregation of information for women and men, but also for having chosen variables that concern social reproduction. This has

allowed us to see differences and similarities in the sexual satisfaction of women and men and their relationship with self-perceived health and social reproduction. Sexual satisfaction has usually been studied in terms of its biological or psychological dimensions, ignoring the perspective of the social construction of sexuality, in which the role of the family and the social, economic, and political context are key to understanding these differences and how they have become converted into gender inequalities.

Moreover, this study included all age groups from 16 years onward; some studies have focused only on young people or adolescents [14,16,17,39], whereas others [40–42], like our study, have included mid-range ages and the elderly, or have been extended to young people [33].

Policy implications

The women's movement has historically [43] fought to incorporate certain topics on the political agenda, such as the right to health, or increasing public awareness and legislation of the sexual and reproductive rights of women—including contraceptive measures, abortion and new reproductive technologies—they have also denounced the masculine model of sexuality. With the results of this study, we are able to show that one of the elements for the promotion of sexual health in women is having time for themselves, understood as time dedicated to their lifecycle, for the development of capacities and empowerment, and that those women who have such time enjoy greater sexual satisfaction. Thus, it is important for health promotion policies to take this information into account when planning the content of specific programs to promote empowerment and adapt them to the sexual health needs of women, ensuring that women have control over their own bodies [44].

Acknowledgments

The authors dedicate this article to the memory of Concha Colomer Revuelta (who died April 9, 2011), Subdirector General of the Health Planning Office and Director of the Women's Health Observatory of the Spanish Ministry of Health, Social Policy and Equality, who promoted and supported the first SNSHS in 2009, the source of the data analyzed in the present study. Our thanks to the team of the Women's Health Observatory who worked in close collaboration with the CIS in the design of questionnaire to permit inclusion of the gender perspective. This article forms part of the doctoral dissertation of Esther Castellanos Torres at the Alicante University (UA) (Spain). This paper has been presented in the Spanish Public Health Association (SESPAS) meeting in Madrid 2011.

Supported by a contract of consultation and technical assistance for the exploitation of data from the 2009 SNSHS, Ministry of Health, Social Policy and Equality (Women's Health Observatory) and CIBERESP (2010).

References

- [1] World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva, 2006. www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health/en/index.html; 2006. [accessed 11.12.10].
- [2] Ortiz RM, Ortiz H. La cultura determina la satisfacción sexual? Un estudio comparativo en mujeres y varones maduros desde la perspectiva de género. *Santiago* 2003;101:165–70.
- [3] Scott JW. Gender: A useful category of historical analysis. *American Historical Review* 1986;91:1053–75. Available at: <http://www.indiana.edu/~ahrweb/index.html> [accessed November 12, 2010].
- [4] Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22:429–45.
- [5] Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.

- [6] Kunst AE, Bos V, Mackenbach J. Monitoring socioeconomic inequalities in health in the European Union: guidelines and illustrations. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University; 2000.
- [7] Colomer C. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:91–3.
- [8] Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on women's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000;50(10):1385–401.
- [9] Gender and Health Group-Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the analysis of Gender and Health. Liverpool: University of Liverpool, <http://www.lstmliverpool.ac.uk/research/academic-groups/international-health/gender-and-health-group/guidelines>; 2000 [accessed 6.1.11].
- [10] Simons JS, Carey MP. Prevalence of sexual dysfunctions: results from a decade of research. *Arch Sex Behav* 2001;30(2):177–219.
- [11] Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537–44.
- [12] Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39–57.
- [13] Gager C, Yabiku S. Who has the time? The relationship between household labor time and sexual frequency. *J Fam Issues* 2010;31(2):135–63.
- [14] Sanchez D, Crocker J, Boike K. Doing gender in the bedroom: investing in gender norms and the sexual experience. *Pers Soc Psychol Bull* 2005;31(10):1445–55.
- [15] Fahs B, Swank E. Social identities as predictors of women's sexual satisfaction and sexual activity. *Arch Sex Behav* 2011;40(5):903–14.
- [16] Stephenson KR, Sullivan KT. Social norms and general sexual satisfaction: The cost of misperceived descriptive norms. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2009;18(3):89–105.
- [17] Pedersen W, Blekesaune M. Sexual satisfaction in young adulthood cohabitation, committed dating or unattached life? *Acta Sociologica* 2003;46(3):179–93.
- [18] Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Soc Sci Med* 1997;44(6):773–87.
- [19] Macran S, Clarke L, Joshi H. Women's health: dimensions and differentials. *Soc Sci Med* 1996;42(9):1203–16.
- [20] Purnine DM, Carey MP. Interpersonal communication and sexual adjustment: the role of understanding and agreement. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(6):1017–25.
- [21] Litzinger S, Gordon KC. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *J Sex Marital Ther* 2005;31(5):409–24.
- [22] Pujols Y, Meston C, Seal B. The association between sexual satisfaction and body image in women. *J Sex Med* 2010;7:905–16.
- [23] Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C, CSF Group. Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ* 2010;340:c2573.
- [24] Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Informe Metodológico. Encuesta Nacional de Salud Sexual. Estudio n° 2780; 2010. http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/2780_2799/2780/informe_metodologico.pdf. [accessed 6.21.12].
- [25] Alvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en Ciencias de la Salud. In: Informe de un Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología SG, editor. Barcelona: SG editores; 1995.
- [26] Artazcoz L, Borrell C, Cortés I, Escribà-Agüir V, Cascant L. Occupational epidemiology and workrelated inequalities in health: a gender perspective for two complementary approaches to work and health research. *J Epidemiol Community Health* 2007;61(2):ii39–45.
- [27] Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(9):639–47.
- [28] Himmelweit S. The discovery of “unpaid work”: The social consequences of the expansion of “work.” *Feminist Economics* 1995;1(2):1–19.
- [29] Beneria L. Paid and unpaid labor: Meanings and debates. In: Beneria L, editor. Gender, development and globalization. London: Routledge; 2003. p. 131–60.
- [30] Stata Corporation. Stata statistical software, release 9. College Station, TX: Stata Corporation; 2008.
- [31] Legarreta M. Le temps donné dans le travail domestique et de care. *Multitudes* 2009;2(37-38):106–12.
- [32] Risch GS, Riley LA, Lawler MG. Problematic issues in the early years of marriage: content for premarital education. *Journal of Psychology and Theology* 2003;31:253–69.
- [33] Barrientos JE, Páez D. Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *J Sex Marital Ther* 2006;32(2):351–68.
- [34] Fenton KA, Johnson AM, McManus S, Erens B. Measuring sexual behaviour: methodological challenges in survey research. *Sex Transm Infect* 2001;77(2):84–92.
- [35] Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006;368:1706–28.
- [36] Mitchell K, Wellings K, Elam G, Erens B, Fenton K, Johnson A. How can we facilitate reliable reporting in surveys of sexual behaviour? Evidence from qualitative research. *Cult Health Sex* 2007;9:519–31.
- [37] Gager C, Yabiku S. Sexual frequency and the stability of marital and cohabiting unions. *J Marriage Family* 2009;71(4):983–1000.
- [38] Arber S. Social class, non-employment, and chronic illness: continuing the inequalities in health debate. *BMJ* 1987;294:1069–73.
- [39] Stephenson KR, Ahrold TK, Meston CM. The association between sexual motives and sexual satisfaction: gender differences and categorical comparisons. *Arch Sex Behav* 2011;40(3):607–18.
- [40] Carpenter LM, Constance A, Nathanson CA, Kim YJ. Physical women, emotional men: gender and sexual satisfaction in midlife. *Arch Sex Behav* 2009;38(1):87–107.
- [41] Lindau ST, Gavrilova N. Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ* 2010;340:c810.
- [42] Lindau ST, Schumm P, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh C, Waite L. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357(8):762–74.
- [43] The Boston Women's Health Book Collective (BWHBC). Our bodies, ourselves: a book by and for women. 2nd ed. New York: Simon and Schuster; 1976.
- [44] Amaro H, Raj A, Reed E. Women's sexual health: the need for feminist analyses in public health in the decade of behaviour. *Psychol Women Q* 2001;25(4):324–34.



Estudio 3

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

La perspectiva de género y de los Derechos Humanos en el análisis de la prostitución y la trata de mujeres con fines de explotación sexual. Una aproximación desde la voz de las propias mujeres.

Gender and Human Rights in the Analysis of Prostitution and Trafficking in Women for Sexual Exploitation. An Approach from the Voices of the Women Themselves

Esther Castellanos Torres

Socióloga en Femtopía Consulting

Estudiante PhD,

Grupo de Investigación en Salud Pública,

Universidad de Alicante

ecastellanos@femtopia.es

Beatriz Ranea Triviño

Politóloga

Estudiante PhD, Universidad Complutense

beatriz.ranea@gmail.com

RESUMEN: Estudio cualitativo desde el enfoque de género y DDHH, que analiza la prostitución y trata de mujeres con fines de explotación sexual a partir de sus causas estructurales. De los hallazgos coincidentes en los discursos de las mujeres participantes, destaca el continuum de las violencias en sus biografías, tanto las sufridas en origen o en tránsito, como en el cuerpo donde se materializan, o en la calle como el espacio de tensión entre los diferentes agentes que configuran el fenómeno; las percepciones que ellas tienen sobre los demandantes; y por último, las expectativas de salida de la situación de prostitución que se mueven entre la esperanza y la resignación. Se recomienda que se incorpore plenamente la perspectiva de género y DDHH en todos los ámbitos de actuación frente a la lucha contra el delito, así como la adecuada protección legal y la recuperación integral de las víctimas.

ABSTRACT: Qualitative study from gender and Human Rights perspective in which prostitution and trafficking for sexual exploitation are analyzed from its structural causes. From the narratives of women who were interviewed, it is important to highlight common results such as what it is called the violence continuum along their biographies. Violence is present in both their origin and their trip and it is materialized in their bodies and in the streets as a space of tension between the different actors who take part of the phenomenon; also their perspective about clients; and finally, their expectations out of prostitution that are between hope and resignation. It is recommended that gender and Human Rights perspective are completely taken into account in all areas of the persecution of the crime of human trafficking. Also it is recommended an improvement of law and victims assistance.

PALABRAS-CLAVE: Perspectiva de género, derechos humanos, prostitución y trata de mujeres, explotación sexual

KEYWORDS: Gender, human rights, prostitution and women trafficking, sexual exploitation

ISSN 1989-7022

ILEMATA año 6 (2014), n.º 16, 161-179

Consideraciones generales

El objetivo del presente trabajo es analizar desde la perspectiva de género y los Derechos Humanos (DDHH) el fenómeno de la prostitución y la trata de mujeres con fines de explotación sexual, que es una violación sistemática de los DDHH de las mujeres y niñas*. Las víctimas sufren la privación de sus derechos fundamentales, son deshumanizadas y convertidas en mercancía

* El presente artículo forma parte de un proyecto de investigación más amplio que se llevó a cabo en el año 2013 para la entidad APROSERS y cuya financiación estuvo al cargo del Ministerio de Empleo y Seguridad Social - Dirección General de Migraciones y cofinanciado por el Fondo Europeo de Integración. Disponible en <http://goo.gl/vTo6wy>

Agradecimientos: Este artículo forma parte de la tesis doctoral de Esther Castellanos Torres, en el programa de doctorado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante y será usado, con el consentimiento de las autoras en la presentación de la tesis por compendio de artículos.



Received: 02/08/2014

Accepted: 01/09/2014

que será vendida, revendida y explotada en la búsqueda de la mayor rentabilidad para los tratantes.

El artículo se divide en 3 bloques. El primero presenta una aproximación al marco conceptual. El segundo explica la metodología de trabajo de campo y las características de las mujeres participantes en el estudio. En el tercero explicita los resultados encontrados en relación a la prostitución y trata de mujeres con fines de explotación sexual. Finalmente, se cierra el artículo con las conclusiones más relevantes

1. Aproximación al marco conceptual

La perspectiva de género visibiliza como la explotación sexual, afecta de manera diferenciada a mujeres y hombres, profundizando en las relaciones de poder y desigualdad que se producen y que posicionan a las mujeres en un lado (oferta), y a los hombres en otro (demanda). Permittiéndonos plantearnos cuestiones como las siguientes: “¿Por qué la mayor parte de las personas destinadas al mercado de prostitución son mujeres y no son hombres? ¿Por qué tantos hombres aceptan con normalidad que haya cuerpos de mujeres que se observan, se calibran y finalmente se paga para disponer de ellos? ¿Cómo es posible que los hombres obtengan placer de personas que se encuentran en una situación de clara inferioridad (...)?” (De Miguel, 2012, 52).

Este fenómeno existe porque hay un mercado prostitucional que busca satisfacer una demanda compuesta en una inmensa mayoría por hombres. Así, la prostitución es una institución social que satisface la demanda masculina. Las estructuras patriarcales entran en relación con el resto de estructuras de poder, posicionando a las mujeres, especialmente a las mujeres de las clases bajas y a las mujeres inmigrantes, en situaciones de mayor vulnerabilidad que a los hombres. Existe por tanto una clara vinculación entre prostitución y trata para la explotación sexual, ya que la trata existe en aras de proporcionar mujeres al mercado prostitucional, de tal manera que se renueva la “oferta” de mujeres de forma constante y proporciona una amplia variedad de mujeres jóvenes y “exóticas” a bajo precio, por lo que además, facilita el consumo de prostitución por parte de un mayor número de hombres. Así, “este abaratamiento y la cultura de la inmediatez en el consumo favorecen un mayor

acceso y consumo de prostitución, e incrementan los riesgos de las prostitutas, la competencia y la intensidad de su dedicación, forzada o voluntaria" (García Cuesta et. al., 2011, 49)

Para poder entender el fenómeno de explotación sexual de las mujeres es necesario visibilizar las causas estructurales que acompañan al fenómeno, surgidas de las desigualdades económicas y de género. En este sentido, la situación de las mujeres entrevistadas para el estudio, refleja el contexto estructural de sus países de origen, en cuanto a condiciones demográficas, educativas, políticas y culturales. Se constató, que aun habiendo diferencias geográficas, en todos ellos se producen condiciones similares en el conjunto de mujeres víctimas de explotación sexual para la prostitución.

2. Metodología

El abordaje metodológico fue de carácter cualitativo, mediante la observación de los contextos donde tiene lugar la situación de explotación y la entrevista abierta no estructurada¹, donde los temas clave fueron: situación y contexto en el país de origen, el viaje, la llegada y el momento actual. Se tuvo en cuenta las recomendaciones éticas y de seguridad realizadas por la OMS (2003). Dichas entrevistas tenían como objetivo poder contar con la voz de sus protagonistas, a través de sus experiencias, opiniones, percepciones y perspectivas de futuro. A partir de una muestra intencional, los criterios de identificación de las mujeres fueron: estar en situación de prostitución con o sin indicios de trata, y/ o que hayan sido víctimas de trata con fines explotación sexual y/o de tráfico de seres humanos en el pasado; que provinieran de países con mayor presencia en España; y que estuvieran en espacios abiertos o en recursos de acogida. La estrategia de acercamiento varió en función del perfil de la mujer a entrevistar y del contexto.

Se realizaron 16 entrevistas a mujeres de distintas procedencias² [Nigeria (MN1, NM2, NM3); Rumania (MR1, MR2, MR3, MR4, MR5); República Dominicana (ML1); Brasil (ML2); Ecuador (ML3); Marruecos (MM1, MM2, MM3), China (MC1) y España (ME1)]. De las entrevistadas, dos de ellas habían sido víctimas de trata y en la actualidad se encontraban en un recurso de acogida. El resto de las entrevistadas se hallaban en situación de prostitución. Algunas de ellas llegaron a España siendo

víctimas de trata tanto de explotación laboral como sexual, en la actualidad continuaban en situación de prostitución³. Las mujeres que presentan indicios de trata de explotación sexual más claros son de origen rumano. A su vez, se realizaron 4 acercamientos para las observaciones en el terreno, en este sentido el trabajo de campo realizado pone de manifiesto las dificultades que supone la aproximación a la realidad de la prostitución y la trata, pues el acceso a los espacios de prostitución es complicado para personas que no intervienen en la configuración del fenómeno. Asimismo, muchas de las mujeres en situación de prostitución son inmigrantes en situación de irregularidad administrativa y muestran desconfianza para hablar con personas desconocidas; o se encuentran en situación de trata y participar en el estudio puede ponerlas en riesgo.

Finalizado el trabajo de campo y procesada la información de las entrevistas realizadas, se procedió al análisis de los resultados. Para ello se puso el foco en los discursos desde una perspectiva feminista e interpretacional, para dotar de significaciones e interpretaciones que las mujeres tienen sobre el fenómeno en función de su posición social y de género. La fenomenología permite adentrarse en su mundo identificando cómo y bajo qué condiciones viven, así como definir el significado que ellas les dan.

En función de las dimensiones planteadas en los guiones de conducción de las entrevistas, se procedió a "codificar los datos", y para ello, se fueron extrayendo diferentes categorías conceptuales cuya finalidad era facilitar la comprensión de toda la información, agrupando como lo más relevante: las divergencias y convergencias de los discursos, las percepciones, valoraciones, prejuicios o inhibiciones subyacentes en los comportamientos, y los contextos donde se desarrollaron las entrevistas. Todo bajo un proceso "artesanal, flexible y creativo" conjugando la teoría e interpretación discursiva, se fueron definiendo las categorías hasta a la interpretación final.

3. Interpretación y Resultados

Según el Informe de Desarrollo Humano del 2013, los datos de los países de origen de las mujeres entrevistadas muestran las desigualdades económicas de sus países, la feminización de la pobreza, la carencia de estructuras estatales que garantizan el acceso y permanencia de la población a los recursos educativos, sanitarios y

derechos civiles, así como la falta de oportunidades laborales, lo que se traduce en la ausencia de expectativas de futuro. Así, para la mayoría de las entrevistadas, la carencia económica es la que hace que tomen la decisión de emigrar y buscar en Europa una vida mejor. A través de los discursos de las entrevistadas, se comprobó la hipótesis de partida: la feminización de la pobreza, las violencias y la desigualdad de género son las causas de la prostitución femenina y la explotación sexual. Convirtiendo dicha hipótesis en un hallazgo común en estudios sobre el fenómeno (OIM Movimiento del Pozo, 2004; Ruiz et. al., 2005; Anzadeia, 2007; FMP, 2008; García Cuesta et. al., 2011; Apramp, 2011)

Los rasgos comunes de la mayoría de las entrevistadas con indicios de ser víctimas de trata, traficadas o en situación de prostitución son: mujeres jóvenes o que llegaron a España siendo jóvenes; con hijos o hijas a su cargo en España o en el país de origen; escasos recursos económicos familiares o personales; con bajo nivel educativo y escasa cualificación profesional. Prácticamente, todas asistieron a la escuela a excepción de las mujeres de origen marroquí, que no recibieron educación reglada. Algunas no habían trabajado (remunerado) nunca en su país de origen; y con historias de malos tratos y abusos bien en origen, en el trayecto o en destino. A continuación se exponen algunos de los principales resultados que dan cuenta de los elementos comunes a todas las mujeres entrevistadas, a saber:

3.1. La estafa del proyecto migratorio: engañadas y obligadas

Las trayectorias de las mujeres que se encuentran en situación de prostitución son diferentes en cuanto al comienzo, la duración, la simultaneidad con otras actividades, etc. No obstante, hay elementos de unión en sus historias: la mayoría son mujeres de origen inmigrante tanto en situación administrativa regular como irregular en el territorio español, pertenecientes a las clases bajas, con unas necesidades económicas extremas. En ese escenario, la vulnerabilidad y la pobreza se multiplican, y la prostitución parece la única salida para algunas mujeres ante la falta de ingresos. Por tanto, la entrada en prostitución se produce ante situaciones de pobreza, no se da cuando existen otras posibilidades o recursos.

Previo a dicha situación, las mujeres entrevistadas que trabajaron en España se enfrentaron a un mercado de trabajo que las situaba en la posición de "proveedoras frustradas" (Amorós, 2005) en condiciones de mayor precariedad y ocupando

trabajos relacionados con el rol femenino tradicional, especialmente en el ámbito de los cuidados, limpieza y hostelería. A este hecho hay que sumarle que son mujeres inmigrantes, y por tanto, se enfrentan a nichos laborales, por lo general aún más precarizados, caracterizados por las largas jornadas laborales y salarios bajos.

El proceso migratorio en sí no supone el riesgo de ser tratada, sino que el riesgo se corre a través del contacto que establecen las mujeres con determinadas personas para emprender su viaje. Es decir, la carencia económica en origen sumado a las restricciones de entrada de inmigrantes irregulares, facilita que en el proyecto migratorio entren terceras personas que realizan préstamos para el pago del viaje, y en ocasiones facilitan la documentación necesaria. Esta deuda por el viaje, en la mayoría de las ocasiones, supone una cifra más elevada de lo que el viaje cuesta realmente, como en el caso de las mujeres nigerianas en el que suelen rondar los 45.000 euros.

Me dijo: "tú tienes que buscar algo de dinero porque te he traído aquí y tú me tienes que pagar 45.000 euros". Yo digo, ¡¿Qué?! ¿45.000 euros? Pero me dijo que venía aquí para estudiar, no para otra cosa y ¿dónde voy a sacar estos 45.000 euros? (...) Y me dice que ahora tengo que prostituirme. (MN1)

De las mujeres entrevistadas que fueron víctimas de trata para la explotación sexual, se daban dos situaciones: por un lado, aquellas que dejaron su país sin saber que iban a dedicarse a la prostitución a su llegada a España, como son los casos de las mujeres de origen nigeriano, quienes tomaron la decisión de emigrar de forma autónoma y contactaron con personas "facilitadoras" para emprender el viaje, produciéndose el engaño y que sin saberlo acabaron en prostitución a su llegada a España.

Y por otro, aquellas que, aun sabiendo que vendrían al entorno de la industria del sexo, desconocían las condiciones de explotación a las que serían sometidas, este es el caso de algunas de las mujeres rumanas. Es el engaño denominado por la Guardia Civil como "*príncipe azul*". Los tratantes establecen relaciones afectivas con las mujeres, aprovechando la situación de carencia o vulnerabilidad en la que se encuentran en origen, les engañan y prometen un futuro en pareja, y una vez aquí son coaccionadas para prostituirse, dicho vínculo dificulta la salida de la situación de trata.

Para todas ellas, la deuda contraída condiciona entre otras cosas su autonomía, así para las víctimas de trata, su pago es percibido como un acto donde podrán recuperar su libertad. No

obstante, tras el pago, algunas mujeres continúan en situación de prostitución: "sí, aún sigo por mis hijos..." (ML3)

3.2. Sobre la identidad de género: entre la maternidad y el sacrificio

La maternidad, y en especial su ejercicio, condicionan la identidad de género relacional típicamente femenina (Hernando, 2008). Ésta, se ha construido bajo el reclamo del sacrificio y abnegación en pro del bienestar familiar, sentando las bases para la opresión de las mujeres en el ámbito doméstico, privado y público, así como para las múltiples formas de violencias de género dentro y fuera del hogar (Rodríguez, 2008). En este sentido, entre las manifestaciones de las violencias ejercidas contra las mujeres en relación a la sexualidad y la reproducción, cabe destacar la violencia sexual, los abortos inducidos o provocados, la mutilación genital femenina y los embarazos forzados (Castellanos Torres y Soriano Villarroel, 2010).

La construcción de la identidad de género de las mujeres en prostitución no se aleja de la identidad hegemónica femenina que está presente en las narraciones del resto de las mujeres. Muchas afirman que están ahí por sus hijos o hijas, para que no les falte de nada, y en el caso de que se encuentren en origen, a cargo de algún familiar, las mujeres les remiten el dinero periódicamente. Como afirma Susana Rostagnol (2000, 87) "son mujeres de sectores populares que comparten con el resto de mujeres de dicho sector social características de su identidad de género. Sin embargo, por otra parte, las prostitutas representa en el imaginario social -del cual ellas mismas también participan- una alteridad necesaria para la definición identitaria". Esta alteridad u otredad está basada en la construcción de los dos modelos patriarcales tradicionales definitorios del rol de las mujeres: la madre y la puta. La madre es la "mujer decente" que está en el ámbito privado, mientras que la "puta" es la "mujer pública". Sin embargo, en la figura de "la prostituta" se suelen encarnar los dos modelos, puesto que la mayoría de las mujeres en situación de prostitución son madres. Además, suelen ser madres de familias monomarentales, es decir, jefas de hogar.

"Me iría, saldría de aquí porque creo que a ninguna chica que estamos aquí nos gusta esto, lo hacemos por necesidad, tengo todavía a mis hijos allá, que les estoy educando, ayudo a mi madre que necesita sus pastillas." (ML3)

“Si mi familia está bien y mi hija está bien, yo soy feliz. Otras cosas no me importan ahora y tampoco pienso en mi felicidad ahora porque no puedo pensar. Viven de mi dinero, todos están a mi cargo.” (MR2)

3.3. El continuum de la violencia

La violencia y los abusos forman parte de la biografía de estas mujeres, sus relatos muestran el continuum de violencia a lo largo de sus vidas. Es en este sentido que el tratamiento de la violencia de género ha de ser visto, no como un hecho aislado sino como un fenómeno estructural que impregna y se manifiesta en todos los ámbitos de desarrollo de la vida humana. Así, para el análisis se siguió el término “*continuum de la violencia contra las mujeres*” acuñado por Liz Kelly en 1988, que engloba las distintas manifestaciones de opresión de las mujeres a través de la violación, el abuso físico y emocional, la coacción y el acoso sexual, la explotación sexual, la maternidad forzada y la violencia sexual en el conflicto armado, entre otras. Cualquiera de estas manifestaciones que termine en asesinato de las mujeres y niñas se convierte en feminicidio. Además, es importante señalar que los asesinatos de mujeres en situación de prostitución no se contabilizan dentro de los datos de víctimas de violencia de género oficiales, puesto que la legislación española sólo contabiliza los asesinatos a manos de parejas o ex-parejas. Entre 2010 y 2012 fueron asesinadas 20 mujeres en situación de prostitución, 19 a manos de hombres (Feminicidio.net, 2013).

Para poner de manifiesto las violencias ejercidas contra las mujeres entrevistadas los resultados de este apartado se estructuraron en tres secciones:

1) En el lugar de origen y tránsito: violencias de pareja y vejaciones en el camino

Diez mujeres manifestaron haber sufrido violencia de género a manos de sus parejas o ex-parejas, o abusos sexuales infantiles, violaciones y vejaciones por parte de otros hombres con los que no mantenían una relación afectivo-sexual. De tal manera, que su identidad se ha construido en base a una agresión sufrida⁴. En este sentido, el libro *Las Ocultas* (2012), que relata en primera persona la historia de Marta Elisa de León, hace hincapié en esa construcción de la identidad femenina en base a una agresión, a través de la cual interiorizó la relación entre la reducción

de la mujer a objeto sexual masculino y la supervivencia femenina basada en ello: *"desde entonces interioricé que eso era lo que te pasaba en esta sociedad si eras mujer. Sobrevives porque te follan. Punto. Así de cruda fue mi programación mental, en la cual, para siempre, sexo y supervivencia iban a ir de la mano"* (De León, 2012, 13). Por otro lado, las violencias contra las mujeres no sólo se dan en el contexto de origen sino en el viaje emprendido para llegar a su destino. Este es el caso de las mujeres nigerianas, muchas de ellas realizan el camino andando desde Nigeria a Marruecos y de ahí en patera a España. Tanto en la travesía del desierto, como durante la espera en Marruecos para cruzar el estrecho de Gibraltar, se producen abusos, violaciones y vejaciones.

2) La calle: tensiones del espacio público

El espacio es donde se ponen de manifiesto las situaciones de explotación y se producen las relaciones de poder, en unos se invisibilizan (hoteles, saunas, clubes de alterne y pisos) y en otros se visibiliza la explotación sexual (calles, parques, polígonos y carreteras). La **calle** un elemento central en el que confluyen y se definen las tensiones, relaciones y contactos tanto con demandantes, autoridades, instituciones y sociedad, ya que es el espacio de prostitución más abierto y visible a los ojos de la sociedad y el más perseguido por las autoridades. La exposición de los cuerpos en venta de las mujeres en la calle provoca tensiones, entre otras, con la Administración Pública que muestra deficiencias en el análisis desde la perspectiva de género y de los DDHH para la aplicación de las políticas públicas. Éstas se centran, desde el ámbito estatal, en la persecución de los delitos y el control migratorio; y desde lo local en una cuestión de orden público, sin profundizar en las causas estructurales que provocan que las mujeres se encuentren en situación de prostitución en calle, existiendo claras diferencias en función del enfoque de partida⁵.

Las vivencias de las mujeres mostraron los riesgos y los miedos intrínsecos a la prostitución de calle y las situaciones que se producen: montar en coches de desconocidos, lejanía de los recursos de asistencia y denuncia, aislamiento, etc. Como también lo evidenció⁶ la observación durante el trabajo de campo. En las visitas a los diferentes polígonos de la Comunidad de Madrid, varias mujeres relatan agresiones sufridas a manos de demandantes y proxenetas, entre las cuales, destaca la agresión sufrida por una mujer transexual que quedó en coma. No obstante, ellas

son conscientes estableciendo estrategias de protección y supervivencia que van desarrollando en base a la experiencia cotidiana, a los vínculos y fortalezas que crean con las distintas mujeres con las que comparten el espacio, para protegerse las unas a las otras:

"Socorro es la primera palabra que aprendemos por la calle, por si acaso cliente está pegando" (MN1)

"Nos vamos juntas, nunca nos quedamos solas porque es muy peligroso. Puede venir cualquier loco y habernos matado." (ML1)

"Me da mucho miedo, cuando estoy sola si me da miedo, mucho. Cuando estoy con ella no, pero estando sola tengo miedo. Muchas veces que rechazo clientes por eso mismo, porque no me gusta su cara o no me gusta la manera de hablarme y no voy con ellos." (MR1)

3) El cuerpo: lugar donde se materializan las violencias contra las mujeres

La explotación sexual es vivida en el cuerpo de las mujeres y por tanto, como muestran los relatos de ellas mismas, influye de manera determinante en la forma de experimentar su propia sexualidad. Como afirma Beatriz Gimeno (2012), la prostitución es una institución que tiene que ver con la sexualidad, pero con la sexualidad masculina. Son los demandantes los que disfrutan libremente de ella, apropiándose del cuerpo y sexualidad femenina. De tal forma que muchas de las mujeres en prostitución muestran incapacidad de mantener relaciones sexuales deseadas, si no están instrumentalizadas por la obtención de dinero. Además, la explotación sexual implica ciertos riesgos para la salud, tal y como nos cuentan los relatos de las propias mujeres:

"Esto tiene muchos riesgos, puede aparecer gente con muchas cosas y lo malo es que es con tu cuerpo porque tu cuerpo sufre. Algunas veces, hay días que no quieres que te toquen, hay días que tú quisieras decir, "a este maldito tío no se lo traga la tierra" hay días que son difíciles." (ML1)

"No es bueno, tiene riesgos... Hay muchas, muchas cosas. Si tú trabajas en eso, es un problema. Esta vida no es fácil, no hay ayuda. (...) Yo no me sentía bien... Tuve problemas en la espalda y me dieron medicinas, y también fui a comprar abrigo para protegerme del frío y del dolor... Paracetamol... No es bueno. Yo advierto a las chicas a no hacerlo porque es muy peligroso. Esa gente de la mafia viene y te pegan." (MN3)

Algunos estudios han demostrado los daños físicos y psicológicos que deja la prostitución en las mujeres (Farley et. al., 2003), y especialmente en las víctimas

de trata que pueden ser sometidas a violencia y amenazas constantes, así como al daño psicológico que supone el ser consciente de haber sido vendida (Zimmerman et. al., 2003). Los abusos más comunes son: intimidación y amenazas a ellas y a su familia; engaños y mentiras sobre la búsqueda de ayuda, a las autoridades, a su estatus legal; manipulación emocional; aislamiento y dependencia.

El estudio realizado por Melisa Farley et. al. (2003) con una muestra de 854 mujeres en situación de prostitución en nueve países diferentes concluyó que: el 71% de las entrevistadas había sufrido violencia física; el 63% habían sido violadas; el 89% quería abandonar la prostitución, pero manifestaron no tener otra opción de supervivencia; y de todas ellas, un 61% mostró síntomas de padecer trastorno de estrés postraumático. El trastorno de estrés postraumático está asociado a personas que sufren violencia sexual y física de forma continua durante un periodo de tiempo.

Por otro lado, el estudio de Cathy Zimmerman et al. (2003) sobre los riesgos en la salud de las mujeres víctimas de trata para la explotación sexual en países de la Unión Europea, muestra que los riesgos y el abuso que sufren las víctimas de trata, pueden incluir violencia física, sexual, psicológica, ser forzadas a consumir drogas y alcohol, restricciones sociales y manipulación, explotación económica y deuda, condiciones de vida infrahumanas, marginación y una serie de riesgos asociados a la condición de inmigrante ilegal. Todos estos abusos tienen graves consecuencias en la salud de las mujeres, tienen impacto en su salud física -incluyendo la salud reproductiva- y psicológica, así como posibles adicciones a las drogas que han sido obligadas a consumir para poder soportar la situación de prostitución.

Varias de las mujeres entrevistadas, afirmaron haber llevado a cabo alguna interrupción de embarazo no deseado. Así, ME1, afirmó haberse provocado ella misma abortos⁷ en varias ocasiones, desde los 17 años cuando se quedó embarazada por primera vez. MR1 tuvo dos abortos espontáneos mientras se encontraba en situación de prostitución, además llevó a término un embarazo no deseado, a pesar de haber mostrado interés en haberse practicado una IVE, que finalmente no resultó por las semanas de gestación fuera de los plazos marcados por la ley, dando a la criatura en adopción. Verbalizó en numerosas ocasiones sentir rechazo hacia su cuerpo, afirmando "*ya no reconozco mi cuerpo como propio*". Durante el proceso, su pareja se marchó a Rumania y desde allí la siguió controlando, pidiéndole dinero. Por esto, se siguió prostituyendo a pesar de afirmar sentir rechazo hacia los

demandantes, tal y como relata: *“me siento incómoda y siento rabia por mantener relaciones sexuales con ellos (...) sigo haciendo completo y me duele después, por las noches”*, debido al daño emocional que supone mantenerse en esta situación, muestra rechazo hacia sí misma, así como a los actos que realiza. En las últimas semanas de gestación dice *“me estoy volviendo loca”*, incluso se plantea hacerse daño. A menudo, la disociación traumática es interpretada por las víctimas como un “estado de locura” como le sucede a MR1, cuando en realidad son procesos muy complejos, en los cuales las funciones normalmente integradas de la consciencia, identidad, memoria o percepción del ambiente están interrumpidas. Disociarse de las agresiones y la violencia sistemática experimentada durante el ejercicio de la prostitución, permite la alteración en los pensamientos, sentimientos o actos de forma que, durante un periodo de tiempo, ciertas informaciones que llegan a la mente no se asocian o integran con otras, como sucede en condiciones normales (Putnam, 1994). En este caso, el mecanismo de disociación es imprescindible para soportar la situación de prostitución, al igual que sucede con la violencia sexual o cualquier otra violencia de género (Farley, 2006).

Las agresiones sufridas por las mujeres en situación de prostitución, muestran que son especialmente vulnerables debido a su previa estigmatización social. Por la estigmatización y la violencia a la que están sometidas sistemáticamente, por parte de proxenetas y clientes, algunas de las entrevistadas manifiestan dificultades para establecer relaciones de pareja y muestran desconfianza hacia los hombres, como se muestra en el siguiente fragmento:

“No me fío mucho. No me fío y no creo que te puede cambiar la vida. Una vez que trabajas en esto y te conoce aquí. Si te conoce en otro sitio y no sabe de tu vida a lo mejor sí puedes cambiar y no enterarse, pero una vez que te conoce aquí, ya lo sabes lo que te puede pasar. Muchos prometen muchas cosas, pero ya hacer... No. No me fío de la gente (...) no puedo tener pareja. Tampoco quiero. No lo necesito.” (MR2)

En cuanto al acceso a los sistemas públicos de salud, hay que destacar el impacto negativo que el Real Decreto Ley 16/2012, que modifica el acceso a la sanidad pública, está teniendo en muchas de las mujeres inmigrantes en situación irregular que no pueden optar a la tarjeta sanitaria. De todas las mujeres entrevistadas, solo la mujer de origen chino carecía de tarjeta sanitaria. En este sentido, el trabajo que realizan las ONGs es fundamental para asesorar a las mujeres y acercarlas a recursos. Todas las mujeres participantes afirman hacerse revisiones ginecológicas

periódicas. Muchas de ellas establecen el contacto con las clínicas privadas o con la Sanidad Pública a través de las asociaciones y ONGs. Sin embargo, para las víctimas de trata el hecho de estar sometidas a coacciones y encierros limita su acceso a los recursos sanitarios así como a los servicios sociales.

3.4. Los demandantes

Cuando hablamos de trata y prostitución es fundamental referirse a la demanda masculina, ya que sin ésta no existiría la prostitución. Además, sin los niveles de demanda existentes, la trata de mujeres con fines de explotación sexual no habría llegado a ser uno de los tres negocios ilícitos más rentables a escala global junto con el tráfico de armas y drogas. Por ello, se identifica a la demanda como otro de los elementos centrales en el fenómeno de la prostitución y la trata.

Naciones Unidas (2010) en su informe sobre la globalización del crimen, en el apartado sobre la industria del sexo en Europa destaca que el 39% de los hombres españoles ha pagado alguna vez en su vida por sexo. Por otro lado, según la Encuesta Nacional sobre Salud y Hábitos Sexuales realizada en 2003 (INE) entre los hombres encuestados que tenían relaciones sexuales, un 27,3% respondió afirmativamente al hecho de haber pagado por sexo alguna vez en su vida. Un 6,7% de los mismos respondió haberlo hecho en el último año. Por tanto, el porcentaje estimado de hombres que alguna vez han sido clientes de prostitución varía entre un 27,3% y un 39%. En este sentido, el informe elaborado por el Parlamento francés en 2011 (Geoffroy et al.) establece que el número de hombres en España que alguna vez ha pagado por sexo es uno de los más altos en Europa. A la vista de los datos y de los escasos estudios que ponen el foco en el demandante, aproximadamente tan solo el 1% de todos los estudios que se realizan sobre prostitución (Meneses, 2011), éste continúa siendo invisibilizado.

A continuación se recogen las percepciones y opiniones en relación con los demandantes que las mujeres entrevistadas manifestaron, aunque muchas de ellas se negaron a hablar de ellos. Algunos de sus discursos marcan claramente una dicotomía entre lo que se espera del "*buen cliente*", es decir aquel que "*llega, folla, paga y se va*" (ME1); y aquel que ellas definen como "*malos*", asociado a prácticas de riesgo, falta de higiene, insistencia en la petición de prácticas sexuales que ellas se niegan a realizar, atentados contra su persona, robos, engaños, etc.:

"Mucha gente puede pasar cualquier cosa, cualquier enfermedad, vienen sucios... Cualquier cosa". (MN1)

"Algunos que se pasan pero lo pongo en su sitio. Y algunos que te trata bien, te respeta." (MR2)

"Sí, me robaron, me quisieron atropellar con el coche... Dos veces. Y nada más. Hay chicos que tratan mal, que no quieren pagar, que quieren estar mucho tiempo conmigo y no quieren pagar y empiezan a gritar ¿sabes? Cosas de estas pero en general todo está bien.." (MR1)

"Una vez subí a un coche y el cliente me quiso dar un beso, besos no. Forcejamos un rato y al final me bajé del coche. Me quedé pensando ¿qué ha pasado? Llevaba 70 euros en el bolsillo y el cliente me los había robado" (MC1)

"Bueno, hay de todo, una vez me robaron aquí mi bolso y se llevaron mis papeles. Eso es lo peor que aquí me ha pasado. Nada más..." (ML3)

La normalización de la situación de explotación, así como la interiorización del discurso biologicista en torno a las conductas sexuales se aprecia en el discurso de MN3. Habiendo sido forzada a prostituirse, justifica el comportamiento de los demandantes:

"No puedo culpar a los hombres, ¿sabes? porque ellos necesitan mujeres, ellos pueden ir allí y coger a una mujer. Y si no tienen mujer... Hay muchos españoles que no tiene esposa y ellos necesitan una mujer, van allí y la cogen. Aconsejo a las chicas jóvenes a parar de trabajar en esto, ese es mi consejo." (MN3)

A su vez, las mujeres muestran preocupación ante las conductas de riesgo llevadas a cabo por algunos clientes, especialmente en cuanto al uso del preservativo. Como en cualquier relación sexual de desigualdad y poder, la responsabilidad en el uso del mismo recae en ellas, mientras que parece frecuente que los demandantes soliciten prácticas sexuales sin protección. Todas ellas afirmaron que aunque los clientes lo soliciten, nunca acceden al sexo sin preservativo, aunque de ello se deriven tensiones:

"Piden muchas cosas, a ver puede pedir sin condón (...) No me importa el dinero, prefiero coger menos pero hacer las cosas como yo quiero." (MR2)

"Y me dice: "yo nunca he venido a esos sitios, yo siempre me hago chequeos y cosas" y digo yo, no, sin preservativo no puedo, ¿sabes? No tanto por ti, sino por mí, es porque yo no puedo." (ML1)

Además, en este discurso subyace el modelo de la "buena" y "mala mujer" en cuanto a la *esposa* y *puta*, respectivamente, clásico en la construcción de la identidad de género de las mujeres y de la heterodesignación de las mismas.

Por otro lado, todas las entrevistadas coinciden en afirmar que la crisis económica ha disminuido la demanda e incrementado la competencia entre las mujeres. En este sentido, la prostitución se rige en los mismos términos en los que funcionaría el mercado de consumo. En épocas como la actual de crisis, donde la tasa de paro aumenta y el poder adquisitivo de la población disminuye, la demanda decrece. Pero esta disminución, posiciona a los demandantes que acuden al mercado de la prostitución en una situación más poderosa, ya que ante la falta de clientes, algunas acceden a realizar determinadas prácticas sexuales, aun sabiendo del riesgo para su salud, con el fin de tener ingresos y sobrevivir.

3.5. Salida, recuperación y futuro: entre la esperanza y la resignación

Los discursos de las entrevistadas que permanecen en prostitución sobre las perspectivas de futuro muestran el deseo de salir de esa situación de forma inmediata o tras el paso de unos años. En el caso de las víctimas de trata la salida de esta situación, entre otras cosas, está condicionada por los años del pago de la deuda. El elemento coincidente en todas es que abandonarían en el momento en que encontrarán un trabajo que les reportara suficientes ingresos para mantenerse y principalmente, para mantener a su familia en origen o en España. No obstante, ante la falta de oportunidades vitales, sociales, formativas y laborales o las opciones tan precarias a las que podrían tener acceso en el contexto actual, continúan en esta situación.

Entre los planes de muchas de ellas, independientemente de su situación en prostitución o con indicios de trata, está volver a su país con el deseo de comprarse allí una casa o montar su propio negocio, objetivos, entre otros, con los que emprendieron el proceso migratorio, intentando recomponer su vida familiar, afectiva y relacional, impregnando en todo ello su identidad de género.

“No descarto volver algún día a mi tierra. Yo digo algunas veces, si yo tuviera por ejemplo, pero como no tengo nada (...) Me hago mi casita en mi tierra y me hubiera ido.” (ML1)

“Ay, mis planes son muchos, tener una familia junta, no estar separada de la familia, tener lo que necesita, no quiero ser rica pero que no me falte nada. Y estar cerca de mi familia y de mi hija. Y a tener una vida normal, un trabajo normal, no sé, como todo el mundo ¿no? Eso creo que son los planes. Vivir tranquilamente, y bien. En mi país, aquí no, aquí no puedo vivir. Prefiero ir a mi país, luego si tengo una relación con alguien, todavía... No tengo pensado eso pero todavía soy joven, tengo 27 así que, todavía hasta los 30. A los 30 a lo mejor me paro, no sé.” (MR2)

“Pues de momento quiero seguir así porque como tengo un hijo quiero tener mi casa en Rumania para poder tenerlo conmigo y poder vivir tranquila en mi piso, un coche y algo más de dinero ahí ahorrado y ya después, ya dejo este trabajo y si me puedo abrir un negocio vale pero si no, me voy a buscar la vida de otra manera pero así ya no, lo máximo que quiero más, tres años más y ya está. Porque con la edad que ya tengo ya... Bastante. Son seis años que lo hago y ya no puedo más.” (MR1)

Algunas relatan deseos de formación y planes profesionales concretos, como en el siguiente caso donde se especifica qué actividad profesional que le gustaría realizar en el ámbito de la hostería.

En cuanto a la salida de la situación de explotación sexual, existen varios factores que la determinan: en primer lugar, la intervención de las autoridades y correcta identificación por parte de las mismas; por otro lado, las capacidades y fortalezas personales de las víctimas; así como que se vean expuestas a hechos de violencia extrema o engaño que desencadenen la huida o la búsqueda de ayuda para preparar la salida. El proceso de recuperación es largo y complejo, según la psicóloga Rita Alarcón⁸, con años de experiencia en trabajo de recuperación con víctimas de trata:

“Es importante para la asistencia de las víctimas, tener en cuenta las consecuencias de la trata y la explotación sexual (prostitución) sobre cada víctima ya que tiene repercusiones individuales, familiares y en la sociedad en general. Estas nefastas consecuencias varían según la edad, el sexo, la modalidad y duración de la situación de explotación y las características de cada persona. La violencia física y psicológica ejercida sobre las víctimas implica una situación de sometimiento y vulnerabilidad llevada al extremo.”

Por último, las víctimas de trata que se encuentran en casas de acogida se recuperan gracias a la intervención integral, tanto psicológica, médica, jurídica y social. Como se aprecia en el relato de MN3 lo que necesita es tranquilidad y nuevas oportunidades para recuperarse:

“A mí me gustaría vivir en paz, porque no hay paz para mí, no hay libertad...” (MN3)

“Necesito un buen trabajo para mi futuro y cuando me case, a mis hijos no les faltará de nada. No van a sufrir. Porque yo he sufrido demasiado, ¿sabes? Necesito un buen trabajo. Dicen que el dinero no lo es todo pero lo es todo, si tienes dinero puedes hacer lo que quieras, vivir tu vida.” (MN3)

4. A modo de conclusión

La principal conclusión del estudio es que la explotación sexual y la prostitución forman parte de un continuum de violencia que tiene sus raíces en las desigualdades estructurales de género, la feminización de la pobreza, el racismo sexualizado, la demanda de mujeres para el mercado prostitucional, la compra-venta del cuerpo de las mujeres como objetos sexuales, la laxidad de las leyes y las falsas creencias de profesionales de la justicia, y de los intereses económicos creados por la industria del sexo. Aplicar la perspectiva de género en el fenómeno permite profundizar si el pago realizado por los hombres para acceder al cuerpo de las mujeres, dificulta el camino hacia una sociedad igualitaria y libre de violencias, así como si dificulta la lucha contra la trata de mujeres para la explotación sexual.

Por todo ello, la presente investigación recomienda, entre otras cuestiones, que se incorpore plenamente la perspectiva de género y de Derechos Humanos en todos los ámbitos de actuación frente a la lucha contra el delito de trata con fines de explotación sexual de las mujeres y la prostitución, así como una adecuada protección legal y recuperación integral de las víctimas.

Bibliografía

- Amorós, Celia (2005): "Globalización y orden de género" en Celia Amorós y Ana de Miguel (eds.) *Teoría feminista: de la Ilustración a la globalización* vol. 3. Madrid: Minerva.
- Anzadeia (2007): *Diagnóstico e Intervención con Mujeres Víctimas de Trata y Explotación Sexual*. Toledo: Junta de comunidades de Castilla-La Mancha
- Apramp (2011): *Esclavas sexuales en España. Trata de mujeres y niñas paraguayas. Propuestas para una cooperación eficaz*. Madrid: APRAMP.
- Castellanos Torres, Esther y Soriano Villarroel, Isabel (2010): "Sobre la mirada de género en la salud reproductiva y la construcción social de la maternidad" *Cuestiones de género: De la igualdad a la diferencia. Revista del Seminario Multidisciplinar de Estudios de las Mujeres Universidad de León* 5
- De León, Marta Elisa (2012): *Las ocultas*. Madrid: Turner.
- De Miguel, Ana (2012): "La prostitución de mujeres, una escuela de desigualdad humana" *Revista Europea de Derechos Fundamentales* 19 (1): 49-74.
- Farley, Melisa; Cotton, Ann; Lynne, Jacqueline; Zumbeck, Sybille; Spiwak, Frida; Reyes, María E.; Álvarez, Dinorah; Sezguin, Ufuk (2003): "Prostitution and trafficking in nine countries. An update on violence and posttraumatic stress disorder." *Journal of Trauma Practice* 2 (3/4): 33-74
- Farley, Melissa (2006): "Prostitución, trata y estrés postraumático" Liliana Marcos (ed.), *Explotación sexual y trata de mujeres*. Madrid: Editorial Complutense.

- Feminicidio.Net (2013): *Feminicidio por prostitución en España: Violencia de género ignorada*.
- Federación de Mujeres Progresistas (2008): *Trata de mujeres con fines de explotación sexual en España: estudio exploratorio*. Madrid.
- García Cuesta, Sara; López Sala, Ana María; Corrochano, Elena Hernández; Mena Martínez, Luis (2011): *Poblaciones mercancia: tráfico y trata de mujeres en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Geoffroy, Guy; Bousquet, Danielle; Goujon, Philippe; Vidalies, Alain; Zimmermann, Marie-Jo; Aboud, Élie Clergeau Y Marie-Françoise (2011): *Rapport d'information: Mission d'information sur la prostitution en France*. Paris: Assemblée Nationale.
- Gimeno, Beatriz (2012): *La prostitución*. Madrid: Bellaterra.
- Hernando, Almudena (2008): "Genero y sexo. Mujeres, identidad y modernidad" *Claves de la Razón Práctica* 188
- INE (2003): *Encuesta Nacional sobre Salud y Hábitos Sexuales*. Madrid. INE.
- Kelly, Liz (1988): *Surviving Sexual Violence*. Cambridge: Polity Press.
- Meneses Falcón, Carmen, y Rua Vieites, Antonio (2011): "Comportamientos de riesgo en los varones que pagan servicios sexuales.", *Norte de Salud Mental*. 9 (39): 27-39.
- Naciones Unidas (2010): *The globalization of crime. A transnational organized crime threat assessment*. Nueva York: Naciones Unidas.
- OMS (2003): Recomendaciones éticas y de seguridad de la OMS para entrevistar a mujeres víctimas de la trata de personas.
- OIM y Movimiento El Pozo (2004): *Trata de mujeres para fines sexuales comerciales en el Perú*. Lima. <http://goo.gl/WjIjQr>
- Putnam, Frank W. (1994): "Dissociative disorders in children and adolescents" en S.J. Lynn and J. W. Rhue (eds.). *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York, Guilford Press. 175-189
- Rodríguez, Vivian (2008): "Reflexiones sobre el género, maternidad y el éxito profesional de las mujeres." *Revista Kalathos*
- Rostagnol, Susana (2000): "Identidades fragmentadas: Prostitutas callejeras de Montevideo". *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay* 87 - 97
- Ruiz, Blanca; Martínez Eva; Martínez, Alfredo; Bascuñana, Carlos; Cutrín Manuel (2005): *Esclavas en tierra de nadie. Acercándonos a las víctimas de la trata de mujeres*. Red Acoge.
- Sassen, Saskia (2003): *Contrageografías de la Globalización: Género y Ciudadanía en los circuitos transfronterizos*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Zimmerman, Cathy; Yun, Katherine; Shvab, Inna; Watts, Charlotte; Trappolin, Luca; Treppete, Mariangela; Bimbi, Franca; Adams, B.; Jiraporn, Sae-Tang; Beci, L.; Albrecht, M.; Bindel, Julie; And Regan, Linda (2003): *The health risks and consequences of trafficking in women and adolescents. Findings from a European study*. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)

Notas

1. Todas las entrevistas fueron grabadas, bajo el consentimiento explícito de las mujeres entrevistadas, y se utilizó un cuaderno de campo para el registro de la información no grabada, es decir, comunicación no verbal, observación contextual.
2. Todas las mujeres hablaban español, excepto una de las mujeres nigerianas, a la que le realizamos la entrevista en inglés, y a la mujer china que nos acompañó una interprete traductora de chino.
3. No obstante, los datos obtenidos mediante las entrevistas no son suficientes para determinarlo.
4. Este argumento es compartido por el estudio de la Federación de Mujeres Progresistas (FMP, 2008), en el que la violencia sufrida puede considerarse un factor condicionante -que no determinante- ante la posibilidad de sufrir situaciones sexuales abusivas en etapas posteriores de su vida.
5. Existe ordenanzas municipales que sancionan o bien a las mujeres y a los demandantes, siendo en este caso, mayoritarias las multas a las mujeres y minoritarias a los clientes. El Ayuntamiento de Sevilla es el único en España que tiene un Plan Integral contra la Prostitución con medidas concretas de sensibilización de la ciudadanía, protección a las mujeres en situación de prostitución y sanciones administrativas para los demandantes de prostitución, pues se concibe la prostitución como una forma de violencia contra las mujeres.
6. Ello también lo ha evidenciado los datos de la Comisión para la Investigación de los Malos Tratos a Mujeres (CIMTM) a través del trabajo desarrollado desde 2010 a 2013, con el programa de intervención social y jurídica a mujeres en situación de prostitución a través de la Unidad Móvil.
7. Es frecuente que mujeres en situación de prostitución se provoquen abortos con un medicamento llamado Cytotec, práctica que puede tener graves riesgos para la salud de las mujeres. Sobre esta práctica se puede profundizar en el trabajo realizado por Llácer, Alicia; Mazarrasa, Lucía; Martínez, M., M. Castillo, Susana (2007): "El aborto en las mujeres inmigrantes: una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid" en *Index de Enfermería* 55.
8. Extraído de los talleres de formación en CEPAIM 2013.

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

8.2. Difusión de resultados en relación a los trabajos publicados

- Esther Castellanos-Torres, Carlos Álvarez-Dardet, Dolores Ruiz-Muñoz, Gloria Pérez. "Social determinants of sexual satisfaction in Spain considered from the gender perspective" *Annals of Epidemiology*, Volume 23, Issue 3, March 2013, pp. 150–156.

Este artículo ha sido citado en los siguientes estudios:

1. Alarcão, V., Virgolino, A., Roxo, L., Machado, F. L., & Giami, A. (2015). Exploring Gender in Portuguese Bedrooms: Men's and Women's Narratives of Their Sexuality Through a Mixed Methods Approach. *Sociological Research Online*, 20(2), 8.
2. da Silva Lara, L. A., dos Santos Lima, M. L., Romão, G. S., Ferriani, R. A., & de Albuquerque Salles Navarro, P. A. (2015). Factors related to coital frequency of women in their thirties. *Journal of sex & marital therapy*, 1-10.
3. Dosch, A., Belayachi, S., & Van der Linden, M. (2015). Implicit and Explicit Sexual Attitudes: How Are They Related to Sexual Desire and Sexual Satisfaction in Men and Women? *The Journal of Sex Research*, 1-14.
4. Giuliani, M., Cosmi, V., Pierleoni, L., Recine, A., Pieroni, M., Ticino, A. & Simonelli, C. (2015). Quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis: An Italian preliminary study. *Sexologies*.
5. Jafari, F., Noori, R., Moazen, B., Khoddami-Vishteh, H. R., Narenjiha, H., & Mirabi, P. (2014). Perceived sexual satisfaction among women with drug-dependent husbands in Iran. *Journal of Substance Use*, 19(6), 416-420.
6. Javidi, N., Bolghanabadi, M., & Dehghani, N. M. (2013). The Effectiveness of Couples Therapy Based on Happiness by Cognitive-behavior Method to Increase Sexual Satisfaction in Couples. *Quarterly (Journal of Health Breeze) Family Health*. (4) 1, 6-14.
7. Lodge, A. C. (2015). Sexuality in Long-Term Relationships. In *Handbook of the Sociology of Sexualities* (pp. 243-259). Springer International Publishing.

8. Mella, C., Oyanedel, J. C., Vargas, S., & de Ugarte, N. (2015). Salud sexual en Chile: una aproximación descriptiva al comportamiento y la satisfacción sexual de los chilenos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(4), 289-296.
9. Sánchez-Fuentes, M. D. M., & Santos-Iglesias, P. (2015). Sexual satisfaction in Spanish heterosexual couples: Testing the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of sex & marital therapy*, (ahead-of-print), 1-20.
10. Sánchez-Fuentes, M. D. M., & Sierra, J. C. (2015). Sexual satisfaction in a heterosexual and homosexual Spanish sample: the role of socio-demographic characteristics, health indicators, and relational factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 226-242.
11. Sánchez-Fuentes, M. D. M., Santos-Iglesias, P., Byers, E. S., & Sierra, J. C. (2015). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in a Spanish Sample. *Journal of sex research*, (ahead-of-print), 1-14.
12. Teva, I., Bermúdez, M. P., & Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136.
13. Teva, I., Bermúdez, M. P., & Ramiro, M. T. (2014). Sexual satisfaction and attitudes towards the use of condoms in adolescents: Evaluation and analysis on their relationship with condom use. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136.
14. Vanwesenbeeck, I., ten Have, M., & de Graaf, R. (2014). Associations between common mental disorders and sexual dissatisfaction in the general population. *The British Journal of Psychiatry*, 205(2), 151-157.

Otras publicaciones:

- Dolores Ruiz-Muñoz, Kaye Wellings, Esther Castellanos-Torres, Carlos Álvarez-Dardet, Mariona Casals-Cases, Gloria Pérez. "Sexual health and socioeconomic-related factors in Spain". *Annals of Epidemiology*, Volume 23, Issue 10, October 2013, pp. 620–628

- Ana Koerting de Castro, Esther Castellanos Torres, Inmaculada Gisbert Civera, A Martín Pérez, O Castillo Soria, M Neira León, R Soriano Ocón y A Tapia Raya. Poster "*La salud sexual de mujeres y hombres con el VIH y su abordaje desde el ámbito hospitalario*" en el XV Congreso Nacional sobre el SIDA. 2012
- PMAC (Plataforma de Mujeres ante el Congreso), integrante del equipo de redacción de la Guía Informativa sobre la interrupción voluntaria del embarazo. Sept. 2012. Disponible en <http://issuu.com/mujeresantecongreso/docs/guia-ive>
- Coautora Poster "Why do they call it love when they mean sex and black humor? An analysis of the discourse on twitter in Valentine's Day". Marta Martín Llaguno, Carlos Álvarez-Dardet, Esther Castellanos. Universtiy of Alicante. En el Congreso ECREA 2012 (4th European Communication Conference)
- Coautora Poster "Uso de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos o ITS según tipo de pareja", en el Congreso SEE-SESPAS, octubre 2011.

Presentaciones:

- Presentación de libro: La trata de personas con fines de explotación sexual en España. Presentación del cómic «ESCLAVAS». Traficantes de Sueños. 12 de mayo de 2015⁷
- Comunicación oral "Trata de mujeres con fines de explotación sexual: una vulneración de los derechos humanos" en la XXXII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) IX Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE) "Primero no hacer daño". Septiembre de 2014.
- Ponencia "Trata de mujeres y derechos humanos" en el XVII Curso de Primavera *Políticas Sexuales, Igualdad y Derechos Humanos: Debates abiertos sobre trata y prostitución*. Instituto Universitario de Estudios de las Mujeres de la Universidad de la Laguna. Marzo 2014

⁷ Acto disponible en <http://www.traficantes.net/actividad/la-trata-de-personas-con-fines-de-explotacion-sexual-en-espana-presentacion-del-comic-%C2%ABesc>

- Conferencia anual “Concha Colomer”. Indagando en la sexualidad española: una mirada desde el género y la clase social. Centro Superior de Investigación en Salud Pública. 18 de junio de 2012.
- Socializando avances en la tesis:
 1. “Determinantes sociales de la satisfacción sexual desde el enfoque de género en España”. III Aula de Debate de Jóvenes Investigador@s en temáticas de género *Ahora más que antes*. Instituto Universitario de estudios de la Mujer. Universidad Autónoma de Madrid. 21 de marzo de 2012
 2. “Determinantes sociales salud sexual desde el enfoque de género” Seminario Concepción Arenal Edificio Ciencias Sociales. Universidad de Alicante. 14 de febrero de 2012.
 3. Comunicación oral en el Congreso Sociedad Española de Epidemiología – Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SEE-SESPAS) 2011 “Salud y equidad en todas las políticas” octubre 2011.



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

