

EL PRINCIPIO DE ENFOQUE DIFERENCIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD, APLICADO A LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN PROSTITUCIÓN EN
LA ZONA DE ALTO IMPACTO DE LOS MÁRTIRES BOGOTÁ D.C., DURANTE EL
PERIODO 2008 – 2012.

YULIANA FALLA CASTELLANOS CÓD. 42072154

RAÚL DAVID RONCANCIO RODRÍGUEZ CÓD. 42072252

DELVIN GABRIEL TENJO CAMACHO CÓD. 42072012

UNIVERSIDAD LIBRE

FACULTAD DE DERECHO

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIO JURÍDICAS

BOGOTÁ D.C.

2012

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 PRESUPUESTOS METODOLÓGICOS	12
1.2 OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU COMPORTAMIENTO	13
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	15
1.4 ARGUMENTACIÓN DEL PRINCIPIO DE ENFOQUE DIFERENCIAL.....	16
1.5 FISURAS Y BRECHAS EPISTÉMICAS	16
1.6 DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA METODOLÓGICA JURÍDICA	17
1.7 PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	19
2. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICO CONCEPTUAL.....	22
2.1 EL ACCESO DE TRABAJADORES (AS) SEXUALES AL SERVICIO DE SALUD A NIVEL GLOBAL, NACIONAL Y REGIONAL	22
2.2 MARCO HISTÓRICO.....	25

2.3 MARCO LEGAL.....	30
2.4 ESTADO DEL ARTE.....	41
2.5 MARCO CONCEPTUAL.....	52
2.6 DERECHO COMPARADO	74
3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	79
3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL APORTE PRÁCTICO	79
3.2 TRIANGULACIÓN METODOLÓGICA	80
3.3. VALIDACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS	81
3.4 VALIDACION DE RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.....	94
3.5 PROPUESTA CONCEPTUAL DE SOLUCIÓN A PARTIR DEL PRINCIPIO DE ENFOQUE DIFERENCIAL EN SALUD	101
4. CONCLUSIONES	106
5. BIBLIOGRAFÍA	108
6. ANEXOS	117

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Personas afiliadas al régimen de salud	82
Figura 2. Tipo de asistencia médica que se busca	83
Figura 3. Población que identifica organizaciones que prestan servicios de salud.....	84
Figura 4. Participación en programas de atención en salud.	85
Figura 5. Porcentaje de personas que se han realizado el examen de VIH/SIDA.....	86
Figura 6. Porcentaje de personas que encuentran dificultades para acceder a los servicios de salud.....	87
Figura 7. Población que identifica organizaciones que prestan servicios de salud a trabajadores (as) sexuales.....	88
Figura 8. Asistencia a campañas de salud.....	89
Figura 9. Frecuencia con que se asiste a las campañas de salud	90
Figura 10. Actividades desarrolladas por las diferentes organizaciones de salud.....	91
Figura 11. Percepción de riesgos.....	92
Figura 12. Percepción de eficacia de las campañas de atención en salud.....	93

Figura 13. Porcentaje de personas que encuentran barreras al acudir a un servicio de salud.....94

Figura 14. ¿En caso de existir un centro exclusivo para trabajadores (as) en salud, usted asistiría?95

TABLA DE ANEXOS

ANEXO 1. Modelo de entrevista realizada a trabajadoras sexuales en la calle 22

ANEXO 2. Modelo entrevista a trabajadoras sexuales en la calle 18.

ANEXO3. Modelo de entrevista (Profesora María Mercedes Lafourie)

ANEXO 4. Modelo encuesta realizada a trabajadores (as) sexuales en el año 2012

ANEXO 5. Modelo encuesta realizada a trabajadores (as) sexuales en el año 2010.

INTRODUCCIÓN

La Zona de Alto Impacto de Los Mártires de Bogotá D.C., se encuentra al nororiente de ésta localidad, comprende los barrios de Santa Fe y la Favorita, está ubicada desde la calle 24 a la calle 19 y de la carrera 14 a la carrera 17, en donde trabaja una población constituida por mujeres, travestis y transgeneristas y existen aproximadamente sesenta sitios divididos entre whiskerías, streptase, casas de lenocinio, Nigth Club y residencias.

Esta zona fue legalizada para el ejercicio de la prostitución por medio del Decreto 187 de 2002 siendo así que las personas que ejercen el trabajo sexual, pueden trabajar en este lugar, pero su residencia está en diferentes lugares del distrito capital y constituyen un grupo con alta vulnerabilidad, principalmente, por su inestabilidad económica al estar expuestas (os) a violencia tanto física como psicológica y al alto riesgo de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis A y adicción a las drogas. Debe tenerse en cuenta además, que los factores de riesgo también se desplazan a todos los agentes involucrados en el ejercicio del trabajo sexual.

Parte de la población aún no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), lo cual representa restricciones para acceder a los servicios de salud; otra parte de la población se encuentra afiliada al SGSSS, pero encuentra restringido el acceso por rotar periódicamente entre diferentes ciudades del país ejerciendo también el trabajo sexual. De esta manera, al ser estas personas un grupo vulnerable las autoridades distritales, la Secretaria de Salud y la Policía Nacional hacen presencia en la Zona de Alto Impacto para la prestación de servicios sexuales de la localidad de Los Mártires Bogotá D.C, pero dicha presencia, en la mayoría de los casos, se reduce a regular situaciones muy específicas de control del orden público, dejando de lado la prestación de servicios como el de la salud y el control sanitario.

Los programas de atención en salud que se dirigen a las personas que ejercen el trabajo sexual (como brigadas de salud móviles a cargo de la secretaria de salud y diversas organizaciones particulares) dentro de la zona, implica correlativamente que la población se encuentre más susceptible y cada vez más lejos de lograr satisfacer sus necesidades básicas de prestación de servicios, ya que la percepción que tiene la población frente a estas campañas es regular, ya sea por la falta de frecuencia de la ejecución de las brigadas de salud o por el mismo desconocimiento que tienen las/los trabajadoras sexuales sobre éstas.

De esta forma el problema identificado en esta investigación es la irregularidad en la prestación de servicios que están bajo criterios de igualdad social, como afectación a las condiciones de vida digna, de personas en situación de prostitución, ubicados en la Zona de Alto impacto (ZAI) en Los Mártires, Bogotá D.C, durante el periodo 2008-2012, teniendo como objeto de la investigación el acceso a trabajadoras (as) sexuales, ubicadas en ZAI Los Mártires de Bogotá D.C., al servicio de salud; ya que, al garantizarse un acceso real, efectivo y sin barreras a los servicios de salud, se estaría garantizando y respetando los principios de igualdad y dignidad humana a las personas que ejercen el trabajo sexual, dentro de sus condiciones particulares, y se disminuirían los factores de riesgo a que están expuestas (os) las/los trabajadoras sexuales y el resto de la población.

Para afrontar dicha problemática esta investigación plantea como pregunta científica a responder: ¿La aplicación del principio de enfoque diferencial para la población en situación de prostitución en los programas de atención en salud de la zona de alto impacto, los Mártires Bogotá D.C., implica un acceso efectivo de esta población a la prestación de servicios de salud?

Para responderle se plantea como su objetivo general: evaluar la eficacia jurídica de los programas de atención en salud a personas en situación de prostitución, en la Zona de Alto Impacto en Los Mártires, Bogotá D.C, con base en la aplicación jurídica de un enfoque

diferencial a esta población, y determinar qué alternativas se dan para regularizar la prestación de servicios durante el periodo 2008-2012.

Esta es una investigación socio jurídica porque está orientada a por un lado, estudiar los efectos del derecho en la sociedad, en la vida material y espiritual de las personas que conforman la población de trabajadores (as) sexuales dentro de la zona de alto impacto de los mártires; por el otro lado, analizar la eficacia de los principios del derecho y las normas que regulan el derecho a la salud en Colombia, en relación con la vulnerabilidad y los factores de riesgo que la práctica del trabajo sexual, implica tanto para las personas que la ejercen como para las demás personas que se involucran de una u otra forma en dicha práctica.

El paradigma investigativo es mixto, cuanti cualitativo, ya que se hizo la recolección, análisis y articulación de los datos cuantitativos y cualitativos obtenidos, prevaleciendo los datos recolectados mediante las encuestas a los/las trabajadores sexuales.

El tipo de investigación es el descriptivo, ya que se pretende identificar y especificar las condiciones particulares en que se presenta el acceso de salud a los/las trabajadores (as) sexuales dentro de la zona de alto impacto Los Mártires.

El método utilizado fue el hermenéutico dialéctico, ya que se utilizó la observación científica para interpretar cómo se da en la práctica el acceso a la salud de los/las trabajadoras sexuales y el método de lo abstracto a lo concreto para interpretar la ejecución y eficacia de las diferentes normas que regulan el derecho a la salud y así llegar a su significado.

Las técnicas de recolección de la información, fueron entrevistas y encuestas a trabajadores (as) sexuales, para poder estudiar el objeto de la investigación en la situación problema específica, entrevistas a expertos que han estudiado el tema para comprender la historia,

dinamismo, práctica y pertinencia de herramientas jurídicas en el trabajo sexual, y análisis de textos tales como, legislación colombiana, jurisprudencia, Derecho comparado, monografías y doctrinas, con el fin de entender la eficacia del derecho dentro de la problemática social de la prostitución y la pertinencia de proponer un enfoque diferencial como garantía al derecho a la igualdad y al principio de la dignidad humana.

Con la presente investigación se pretende tener como resultados los siguientes: 1) Brindar una propuesta conceptual que cumpla con las necesidades específicas de la población que ejerce el trabajo sexual en la ZAI de los Mártires, Bogotá D.C, y que sea aplicable en general para todas las personas que lo ejercen en cualquier otro lugar. 2) Brindar herramientas socio jurídicas que garanticen la dignificación del trabajo sexual y que sean compatibles con la progresividad del sistema de salud y su cobertura eficaz para todas las personas.

En cuanto al valor jurídico de los resultados. La presente investigación pretende ofrecer a la comunidad colombiana una herramienta que permita garantizar el derecho fundamental a la salud de las personas que ejercen el trabajo sexual bajo los principios del Estado Social de Derecho y con la aplicación de un enfoque diferencial en salud, que proteja de forma eficaz la prestación de estos servicios en la población estudiada.

De esta manera la investigación se divide en tres capítulos, los cuales se abordan de la siguiente manera:

El capítulo primero, se realiza un análisis metodológico de la investigación que estructura su objeto de estudio de manera amplia y guía al lector para un correcto estudio de la propuesta aquí planteada; en el capítulo segundo, da una contextualización sucinta de la historia de la prostitución, de la prostitución desde la perspectiva de género y sus implicaciones en el acceso a los servicios de salud; se presenta el derecho a la salud y cómo es su manejo y aplicación en el Estado Social de Derecho, y se referencian las

normas pertinentes para el objeto de estudio; un tercer capítulo se enfoca al diagnóstico realizado en esta investigación con el respectivo análisis de la novedad propuesta para dar solución al problema planteado y consecuentemente la propuesta de solución y las conclusiones elaboradas por el equipo investigador.

1. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICO METODOLÓGICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PRESUPUESTOS METODOLÓGICOS

1.1.1 Enfoque de la investigación. Esta investigación se realizó bajo el enfoque socio jurídico, ya que nace con el interés de demostrar la ineficacia de los principios y normas constitucionales, de las normas legales, decretos, ordenanzas y acuerdos, que regulan el derecho a la salud en Colombia. Encontrando de esta manera la disfuncionalidad entre el derecho y las realidades sociales que viven a diario los y las trabajadores sexuales y demás personas involucradas.

Desde la influencia que ejerce el derecho sobre el conjunto de elementos que constituyen la práctica del trabajo sexual, se puede identificar y analizar los factores concretos que representan dicha discrepancia entre el derecho y la sociedad, y así proponer caminos para que las normas sean eficaces y se acerquen a las necesidades de la población involucrada en el trabajo sexual

1.1.2 Tipo de la investigación. Esta investigación obedece a un tipo descriptivo, ya que se evalúan las condiciones de salud y salubridad que se presentan en la Zona de Alto Impacto de Los Mártires, los comportamientos que realizan los y las trabajadores (as) sexuales frente al derecho a la salud y su aplicación y necesidades para suplir los riesgos que ellos/ellas tienen en materia de salud.

1.1.3 Método de la investigación. La presente investigación tiene como método el hermenéutico dialéctico, ya que los datos obtenidos al ser tan variables y tan abundantes se prestaban para diferentes interpretaciones, por lo cual necesitaron de una constante interpretación, por medio de encuestas, entrevistas de la observación científica y estudio de lo abstracto a lo concreto.

1.1.4 Fuentes, técnicas, e instrumentos de recolección de la información. En la presente investigación se usaron los tres tipos de fuentes; como fuentes primarias se utilizaron entrevistas y encuestas; como fuente secundaria se utilizaron interpretaciones de diferentes autores que han estudiado y conocen el tema que se estudia o conceptos que aquí se tratan; como fuente terciaria se analizaron teorías de autores expertos en la temática y doctrinantes del derecho.

Las técnicas utilizadas fueron la entrevista, realizada a la profesora María Mercedes Lafourie, al historiador Andrés Olivos y a trabajadoras sexuales de la ZAI Los Mártires; Encuestas realizadas a trabajadores (as) sexuales de la ZAI.

Como instrumentos se utilizaron cuestionarios elaborados como base para hacer las preguntas respectivas en las encuestas y en las entrevistas.

1.1.5 Paradigma investigativo. La presente investigación utiliza un paradigma mixto, es decir, cuanti - cualitativo, ya que se recolectaron datos para evaluar el objeto de la investigación, la disfuncionalidad del derecho y la realidad social de las personas que ejercen el trabajo sexual, todo lo cual es materia de observación. Además, las percepciones de la realidad social de las/los trabajadores sexuales fue modificada durante el periodo de estudio, ya que los conocimientos adquiridos se construyeron socialmente.

1.2 OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU COMPORTAMIENTO

El objeto de la investigación es el acceso a trabajadores (as) sexuales ubicadas en la Zona de Alto Impacto, Los Mártires de Bogotá D.C., al servicio de salud.

En este sentido, las autoridades distritales, la Secretaria de Salud y la Policía Nacional hacen presencia en la Zona de Alto Impacto para la prestación de servicios sexuales de la

localidad de Los Mártires Bogotá D.C¹, aunque dicha presencia se reduce a regular situaciones muy específicas de control del orden público, dejando de lado la prestación de servicios como el de salud y control sanitario.

Frente al acceso al servicio de salud, la irregularidad en el acceso a la atención de los programas (brigadas de salud móviles a cargo de la secretaria de salud y diversas organizaciones particulares²) dentro de la zona, implica correlativamente que la población se encuentre más susceptible y cada vez más lejos de lograr satisfacer sus necesidades básicas de prestación de servicios, al no enterarse de dichas posibilidades de acceso o al no tener estas la capacidad plena de atención para toda la población que realiza el oficio³.

Con respecto al control sanitario se debe poner de presente que durante el transcurrir temporal de la presente investigación se derrumbo el soporte jurídico distrital para la regulación de los controles sanitarios a los establecimientos que prestan estos servicios⁴, generando así un vacío legal frente a las condiciones en que se realiza el trabajo sexual, atentando no solo contra la salud mental y física de la persona que ejerce la prostitución, sino contra la salud pública en general pues, como es necesario recordar, la exposición al riesgo no se presenta sólo por parte de la persona que ejerce la prostitución sino por quienes acuden en busca de estos servicios y todos los demás agentes involucrados que allí confluyen.

¹ De ahora en adelante para esta investigación entendida como ZAI de Los Mártires.

² Diagnóstico Local con participación social 2009-2010, Secretaria de Gobierno de Bogotá y ESE Hospital Centro Oriente. Ver página Web:

³Téngase en cuenta que las jornadas deben enfrentarse a una población flotante de trabajadores y clientes que varía según la hora o el día en que se presentan dichas jornadas, de modo tal que no se logra abarcar con ellas a toda la población que confluye en esta zona.

⁴Véase el Marco legal de la presente investigación frente a la derogación de los decretos distritales No. 400 de 2001 y Decreto 188 de 2002.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La irregularidad en la prestación de servicios que están bajo criterios de igualdad social, como afectación a las condiciones de vida digna, de personas en situación de prostitución, ubicadas en la Zona de Alto impacto (ZAI) en Los Mártires, Bogotá D.C, durante el periodo 2008-2012.

1.3.1 Análisis conceptual del problema de la investigación. Las condiciones del acceso de las trabajadoras(es) sexuales al servicios de salud esta mediada por una legislación en salud en general dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, en el que la ausencia de un programa de atención en salud enfocado en las necesidades particulares de la población que ejerce la prostitución expuesta a múltiples factores de riesgo que ponen en peligro su salud, pues pese a que disponen de programas de atención y prevención no son muy bien recibidos por sus contenidos poco interesantes y obligatorios lo que origina que algunas personas prefieran no acudir a ellos y evitar así, ser maltratadas por el personal de la entidad.

Si bien la prostitución es una actividad que afecta directamente la dignidad de las personas no se puede victimizar nuevamente a las personas en situación de prostitución someténdolas a un régimen inhumano que partiendo del oficio que desarrollan desconozca su dignidad humana que a ninguna persona se le puede desconocer sin importar la situación en que se encuentre.

1.3.2 Análisis conceptual de la novedad investigativa. La novedad propuesta frente al problema identificado en esta investigación consiste en la aplicación del Principio del Enfoque Diferencial en Salud como una herramienta del Sistema General en Salud para proteger a una población como las personas que ejercen el Trabajo Sexual a través de las políticas gubernamentales de protección especial en vista de las condiciones de vulnerabilidad manifiesta que conlleva su ejercicio.

1.4 ARGUMENTACIÓN DEL PRINCIPIO DE ENFOQUE DIFERENCIAL

El enfoque diferencial es una herramienta del Sistema General en Salud destinado a poblaciones particularmente vulnerables a partir de la identificación de sus factores de riesgo, y el desarrollo de programas particulares en salud que atiendan a estos. La ley 1438 de 2011 lo define así: “El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación”. Ahora bien, partiendo de este concepto se hace necesario de-construir el concepto de “trabajo sexual” o “Prostitución”, como un trabajo que implica condiciones particulares de marginación y discriminación en materia de salud, por lo cual los programas y políticas gubernamentales que deben ser regidos bajo el principio del Enfoque Diferencial en Salud, deben incluir también las políticas en salud para esta población implementado las garantías necesarias para el cuidado de la salud de las personas que la ejercen y en general la salud pública, partiendo desde su identificación en campañas de prevención y promoción, entre otras tantas medidas recogidas por el enfoque diferencial en salud que reconoce estas diferencias y necesidades particulares para disponer de medidas especiales para las poblaciones discriminadas.

1.5 FISURAS Y BRECHAS EPISTÉMICAS

El derecho como área del conocimiento que tiene como objetivo alcanzar el equilibrio de la sociedad, entendida como la paz social no puede ser indiferente a condiciones de desigualdad que pongan en peligro dicho equilibrio; por tal razón dispone de políticas públicas para promover condiciones de igualdad; el derecho a la salud como una necesidad primaria es definido por la legislación colombiana como una servicio público esencial; el enfoque diferencial en salud es una herramienta del Sistema General de Salud para

promover condiciones de igualdad en materia de salud para poblaciones vulnerables como las personas en situación de prostitución.

1.6 DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA METODOLÓGICA JURÍDICA

La evaluación de la eficacia jurídica de los programas de atención en salud se realizó a partir de los programas realizados por tres de las principales instituciones que trabajan el tema específico de la atención en salud dentro de la ZAI de los Mártires, Bogotá D.C, así pues tenemos los programas de la Fundación Eudes, la Fundación de las Hermanas Adoratrices y la Secretaria de Salud de Bogotá entre ellos:

- Programas de atención en salud de la Fundación Eudes⁵:
 - Atención médica. Realizar el seguimiento y control médico del paciente infectado por el VIH-SIDA que acude al centro, así como de las enfermedades que pueda ir presentado tras su detección.
 - Asesoría nutricional. Hacer una evaluación de la nutrición y ejercicios como parte de una estrategia preventiva y global para combatir el VIH-SIDA.
 - Asesoría psicológica. Proporcionar al paciente información adecuada y correcta de lo que implica ser portador del VIH. Ayudar al paciente a permanecer en un estado de ánimo óptimo.
 - Desarrollo social. Contribuir en forma práctica a la rehabilitación de los enfermos y su reinserción como individuos productivos dentro de la sociedad.

⁵ Los programas aquí presentados pueden ser consultados a través de: <http://www.eudes.org.mx/#!/Sistema%20Eudes> (Consultada el 10 de enero de 2012.)

- Programas de atención en salud de la Fundación Hermanas Adoratrices⁶:
 - Vive y camina: Facilitar la atención y seguimientos necesarios para garantizar una buena salud
 - Gestión Laboral: Abordar los procesos de gestión laboral y de prestaciones sociales y económicas de las mujeres para garantizar sus derechos sociales y laborales mientras está en situación inactiva por las exigencias del programa de rehabilitación.
 - Atención psicológica: Proveer de atención psicológica a las usuarias para favorecer un bienestar psíquico adecuado.

- Programas de atención en salud de la Secretaría de Salud de Bogotá D.C⁷:
 - Salud Sexual y reproductiva: Busca la promoción de la sexualidad segura, placentera y responsable; la detección de cáncer cérvico uterino y la prevención de infecciones transmitidas sexualmente.
 - Ambiente: Busca la promoción de entornos saludables, la vigilancia y control sanitario.
 - Género: Busca la promoción de la equidad de género y la Inclusión de población LGTB.
 - Vigilancia en Salud Pública: Busca la centralización del proceso de Inspección Vigilancia y Control Sanitario; la garantía de la Infraestructura para la Vigilancia en Salud Pública; el desarrollo de la Inteligencia Epidemiológica y el fortalecimiento de la red de Vigilancia en Salud Pública.

⁶ Los programas aquí presentados pueden ser consultados a través de: www.hermanasadoratrices.org/ (Consultado el 2 de enero de 2012)

⁷ Los programas aquí presentados pueden ser consultados en el Plan de Salud del Distrito Capital 2008-2011 y a través de <http://www.esecentrooriente.gov.co/hco/> y [http://www.esecentrooriente.gov.co/hco/images/stories/pic/dx_martires%20juev%2030%20diciembre %20cap %202%20y%203.pdf](http://www.esecentrooriente.gov.co/hco/images/stories/pic/dx_martires%20juev%2030%20diciembre%20cap%202%20y%203.pdf) (Consultado el 8 de enero de 2012)

Estos Programas se han explicado por parte del personal técnico de la secretaria de salud de Bogotá y de expertos en el tema a través de Entrevistas en las cuales se ha resaltado el desconocimiento frente al acceso a este tipo de programas, la deficiencia de infraestructura para su realización, la falta de voluntad política y las múltiples prevenciones que se presentan al momento de acceder a estos servicios por parte de las personas que ejercen el trabajo sexual⁸.

1.7 PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.7.1 Campo teórico intradisciplinar del derecho. La presente investigación aborda la propuesta de regulación como solución al problema analizado desde una perspectiva amplia del derecho, la cual integra claramente los mandatos superiores analizados desde el derecho constitucional, con los principios y desarrollos legales que regulan la salud en Colombia específicamente, de allí que más allá del ejercicio exegético, la propuesta aquí planteada realiza un análisis hermenéutico a la luz de la jurisprudencia, la legislación nacional, internacional y la doctrina.

Así pues las fuentes indispensables que han sido tomadas en cuenta para la elaboración de esta propuesta se encuentran en fallos constitucionales, interpretaciones doctrinales frente a la regulación general en salud y las recomendaciones de los organismos internacionales (de derecho privado o público) que trabajan la protección de las garantías sexuales en ámbitos de exposición manifiesta de riesgo como en el caso del trabajo sexual.

De modo tal que el campo intradisciplinar del derecho que se aborda contrapone los criterios de igualdad Social en la prestación de servicios y el derecho a una vida digna con la Gestión de la Salud Pública que realizan tanto las Autoridades públicas y las organizaciones privadas desde la legislación vigente.

⁸ Ver anexos: Entrevistas realizadas en el marco de la presente investigación a expertos en el tema y el análisis de los mismos.

1.7.2 Herramienta metodológica. La evaluación de la eficacia jurídica de los programas de atención en salud es pertinente para determinar el grado de afectación de las personas que ejercen el trabajo sexual en la ZAI de Los Mártires, Bogotá D.C al verificar como la igualdad social (trato igual a los iguales y desigual a los desiguales) es aplicada dentro de los programas de atención en salud garantizando una vida digna para los trabajadores(as) sexuales.

Así pues, esta evaluación de eficacia jurídica pretende: 1) En caso de ser eficaz la prestación del servicio, desvirtuar la irregularidad en la prestación o 2) En caso de no serlo, la necesidad de una aplicación amplia de un principio legal que rige el sistema de salud colombiano (Enfoque diferencial) regulado de modo tal que coordine los esfuerzos de los programas de atención en salud, brindando garantías de atención para esta población de acuerdo a las necesidades concretas que implica el desarrollo del trabajo sexual.

1.7.3 Pregunta científica. ¿La aplicación de un enfoque diferencial para la población en situación de prostitución en los programas de atención en salud de la zona de alto impacto, los Mártires Bogotá D.C, implica un acceso efectivo de esta población a la prestación de servicios de salud?

1.7.4 Objetivos de la investigación.

1.7.4.1 Objetivo general. Evaluar la eficacia jurídica de los programas de atención en salud a personas en situación de prostitución, en la zona de alto impacto en Los Mártires, Bogotá D.C, con base en la aplicación jurídica de un enfoque diferencial a esta población, y determinar qué alternativas se dan para regularizar la prestación de servicios durante el periodo 2008-2012.

1.7.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la afectación de derechos constitucionales de las personas en situación de prostitución, de la ZAI de los Mártires, Bogotá D.C, durante el periodo 2008-2012.
- Determinar la afectación de las personas en situación de prostitución, de la ZAI de los Mártires, Bogotá D.C, en el momento de acceder al servicio de salud, durante el periodo 2008-2012.
- Identificar las necesidades más relevantes de las personas en situación de prostitución, de la ZAI de los Mártires, Bogotá D.C., a la hora de acceder al servicio de salud en condiciones de igualdad, durante el periodo 2008-2012.

2. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 EL ACCESO DE TRABAJADORES (AS) SEXUALES AL SERVICIO DE SALUD A NIVEL GLOBAL, NACIONAL Y REGIONAL

La prostitución es conocida a nivel mundial como uno de los oficios más antiguos del mundo, durante toda la historia y ha experimentado diferentes modalidades que determinan sus características, dependiendo el lugar del mundo en que se desarrolle; en algunas de sus modalidades las trabajadoras(es) sexuales son personas que ejercen su profesión a la vista de la población en general, en otros casos lo hacen bajo un entorno sagrado como el caso de la prostitución sagrada o medica desarrollada por los griegos.

En Latinoamérica precolombina existían algunos fenómenos de prostitución médica semejante a la experimentada por los griegos, con la llegada de los conquistadores españoles también llegaron las primeras prostitutas españolas que al llegar a América trajeron consigo la prostitución con los matices que conocemos hoy en día, después de las españolas que venían en los barcos de los conquistadores las primeras mujeres en ejercer la prostitución fueron mujeres negras liberas y mulatas que para sostener su libertad tenían que acudir a este oficio.

Colombia no ha sido ajena a fenómenos de inmigración que determinan el surgimiento de la oferta en 1871 arribó la primera ola de inmigrantes a Barranquilla, trayendo consigo la proliferación de enfermedades contagiosas y por tanto, los burdeles que eran visitados por hombres de todas las condiciones sociales, representaban un peligro evidente para la transmisión de enfermedades.

En la primera mitad del siglo XX en Bogotá, la población creció rápidamente en pocos años debido a que los avances de la medicina, los servicios médicos, las prácticas de higiene redujeron los índices de mortalidad y se incremento la migración, sobretodo de boyacenses a Bogotá, esta migración se dio en especial por mujeres solteras; este hecho luego indico la presencia de prostitutas en varios sectores de la ciudad.

Hoy en día mundialmente las trabajadoras(es) sexuales habitan un mundo inadvertido por la mayoría de la sociedad que prefieren mirar hacia otro lado. A este mundo paralelo además del intercambio de servicios sexuales por dinero concurre un alto consumo de sustancias psicoactivas licitas o ilícitas, por parte de las trabajadoras(es) sexuales y sus clientes; este mundo es dominado algunas veces por individuos que obligan a las personas a ejercer este oficio bajo la modalidad de esclavitud sexual, en otras oportunidades es ejercida de forma voluntaria por una persona que pretende mejorar su calidad de vida o simplemente sobrevivir; un aspecto adicional que matiza las dinámicas de este entorno son las practicas de limpieza social y de exclusión, estos fenómenos son mucho peores si estas personas son travestis o transgenerista. Todos estos aspectos sumados a los riesgos del contagio de enfermedades de transmisión sexual convierten a las trabajadoras(es) sexuales en una población expuesta a múltiples riesgos que pueden afectar su integridad física.

Por lo general las personas que ejercen la prostitución son personas con escasos recursos económicos víctimas de maltrato y abuso sexual durante su niñez, migrantes desprovistas de toda posesión material, entre otros factores de riesgo que exponen a las personas a caer en el ejercicio de este oficio.

La naturaleza inmoral y cosificante de este fenómeno, los riesgos que corren las personas que ejercen la prostitución, los motivos por los cuales es ejercido este oficio y el impacto social son causa y objeto de los estudios que alrededor de este tema se han realizado, y de las múltiples propuestas que se han generado para combatirlo, acabarlo o simplemente mejorar las condiciones de vida de las trabajadoras(es) sexuales.

Hoy en día en todo el mundo se castiga con fuertes sanciones penales obligar a alguien a ejercer la prostitución, dentro de este fenómeno se pueden encontrar tres conductas básicas: la trata de personas, el proxenetismo y la esclavitud sexual. Sin embargo no existe mundialmente un consenso en cuanto a la actitud que debe desplegar el estado ante este fenómeno cuando es ejercido de forma voluntaria, las posiciones varían desde el prohibicionismo (ejemplo Estado Unidos) hasta el reconocimiento de la prostitución como un trabajo común y corriente que debe ser acogido por el derecho “Colombia recientemente a adoptado esta postura”⁹.

En el escenario latinoamericano encontramos una marcada tendencia a permitir el ejercicio de la prostitución por cuenta propia y la existencia de establecimientos de comercio donde se presten servicios sexuales, la legislación argentina sin embargo se destaca por inclinarse hacia el abolicionismo prohibiendo la existencia de todo tipo de lugares donde se ejerza la prostitución, sin embargo la normatividad regional desconoce la legislación nacional al adoptar posturas reglamentaristas.

A nivel nacional hasta el año 2010 la prostitución en Colombia no estaba considerada como un trabajo, pero se permitía la existencia de establecimientos de comercio en los que se ejerce la prostitución, sin embargo al Corte Constitucional declaro que la prostitución debe ser considerada como un trabajo haciendo referencia entre otros criterios al principio de igualdad, con estos argumentos rompe la tradición jurisprudencial que traía de considerar la prostitución como una actividad tolerada pero indeseable llegando al punto de decir que no podía ser considerado como un trabajo honesto; con esta transformación jurisprudencial se reconoce la posibilidad de que las trabajadoras(es) sexuales puedan exigir a los establecimientos donde prestan servicios sexuales prestaciones tales como la afiliación por parte de los propietarios de dichos lugares al sistema general de seguridad social en salud.

⁹ Entrevista con Andres Olivos. Historiador y Defensor de Derechos Humanos, Bogotá 10 Octubre 2009

En la ciudad de Bogotá el gobierno distrital exige a los lugares donde se prestan servicios sexuales concentrarse en sectores de la ciudad definidos por el plan de ordenamiento territorial (POD), tener medidas de seguridad e higiene específicos; las trabajadoras(es) sexuales están obligadas a portar la cedula de ciudadanía junta un carnet que certifique afiliación a una EPS¹⁰. En el desarrollo de esta monografía se analizaran el acceso a personas en situación de prostitución ubicadas en ZAI Los Mártires de Bogotá D.C. al servicio de salud. Sus dificultades, necesidades particulares y percepción de la atención que reciben de parte de las instituciones a cargo de su cuidado

2.2 MARCO HISTÓRICO

La prostitución tiene orígenes muy antiguos, empezando por la prostitución religiosa que durante el siglo IV a. C., en el apogeo del imperio sumerio ya se comenzaban a estratificar a las distintas personas que se dedicaban al oficio buscando clientes por toda las calles de la ciudad, al respecto Murphey dice “en años posteriores, esta misma clasificación de chicas trabajadoras se extenderá tanto hacia Oriente como hacia Occidente, implantándose en Grecia, Roma China y Japón”¹¹. De Babilonia la prostitución ritual se extendió a otras partes y penetro en Occidente, llego a los sirios, canelós, fenicios, a Chipre, Asía menor, Egipto pasando luego a Grecia, Italia y a la península ibérica. En Egipto, por ejemplo, la prostitución religiosa desapareció rápidamente y se dio la “prostitución civil” en casas que eran propiedad del Estado y por las cuales se percibía impuestos. Los establecimientos en verdad, eran el antecedente histórico de los ‘lenocinios’ romanos, de las ‘mancebías’ españolas y de los ‘prostíbulos’ de nuestra época.¹² En Egipto se dictaron, por primera vez, normas de carácter policial para reglar y sanear el ejercicio de la prostitución, las que no

¹⁰ Decreto 335 de 2009, Decreto 4002 de 2004, Acuerdo 76 de 2003

¹¹ MURPHEY, Emmett. Historia de los grandes burdeles del mundo. Temas de hoy, 1990, p. 19.

¹² CICERI, L y AMAYA, M. Prostitución y proxenetismo. Bogotá D.C: Universidad Libre, 2006.

llegaron a ejercer ninguna influencia efectiva, pero sirvieron de antecedente a las normas de control estatal en este terreno.¹³

Antes de continuar es indispensable señalar como el desarrollo de la prostitución en el mundo está íntimamente atado al desarrollo de la sociedad. En la Europa occidental, pese a que la prostitución era conocida ampliamente en todo el continente asiático, dicha institución era básicamente desconocida entre los nativos de las tierras que hoy corresponden al Reino Unido, y aun más desconocidos para los ancestrales pobladores de América; fue el Imperio Romano quien llevo dicha institución a los pueblos del antiguo reino unido y estos a su vez la llevaron a América a través de la deportación de los elementos menos deseables de la sociedad. En América Latina “no existieron casas de mancebías públicas durante todo el período colonial”¹⁴. Sin embargo tiempo después, las necesidades sexuales de los hombres eran satisfechas por la prostitución ritual y la esclavitud sexual de las mujeres indígenas, ya que los españoles, como dice Trifiró, “convirtieron a las mujeres indígenas en botín de guerra”.¹⁵

En el siglo XVI se empezó a desarrollar una especie de prostitución “domestica” que duró hasta mediados del siglo XX; en el siglo XVIII existieron casas que se dedicaban a la venta del sexo, pues la prostitución se ejercía en la residencia de alguno de los extremos de la relación, la misma familia colaboraba con ello y su ejercicio no conllevaba a una relación fugaz sino que duraba generalmente más de dos años. En Suramérica (al igual que en Europa) la prostitución empezó a ser un problema cuando se hicieron presentes las enfermedades venéreas y poco a poco surgieron regulaciones enfocadas a regulación del orden público (limitaciones y restricciones de varias formas).

2.2.1 La prostitución en Bogotá. En la primera mitad del siglo XX en Bogotá, la ciudad presentó varios procesos que determinan unos rasgos especiales; los primeros a resaltar son

¹³ *Ibíd.*

¹⁴ MARTÍNEZ, Aída y RODRÍGUEZ, Pablo (compiladores). Placer, dinero y pecado. Historia de la prostitución en Colombia. Bogotá: Aguilar, 2002.

¹⁵ TRIFIRÓ, A. Mujeres que ejercen la prostitución. Medellín: Lealon, 2003, p. 34.

la industrialización y la urbanización; la población bogotana creció rápidamente en pocos años debido a que los avances de la medicina, los servicios médicos, las prácticas de higiene redujeron los índices de mortalidad y se incrementó la migración, sobretodo de boyacenses a Bogotá, esta migración se dio en especial por mujeres solteras; este hecho luego indicó la presencia de prostitutas en varios sectores de la ciudad. La violencia de los años treinta y cuarenta conllevó a que muchas mujeres migraran de diferentes pueblos de la sabana de Bogotá, del departamento de Boyacá y también de zonas de colonización antioqueña, los Santanderes y el Tolima a Bogotá, y se dedicarían a la prostitución; por lo cual, la primera característica de las mujeres que ejercían la prostitución en la capital fue su condición de inmigrantes, de allí que las prostitutas de Bogotá, eran mujeres solteras, jóvenes, con escasa educación, sin oportunidades de trabajo y sin conocimiento de otro oficio que permitiera su supervivencia¹⁶.

Hacia 1907 con el reglamento municipal sobre la prostitución, se consideró a la prostituta como mujer pública que “habitualmente y notoriamente se dedica a la prostitución y vive de ella”, sin embargo, cuatro décadas después el artículo 5 de la resolución 282 de 1942 la inscribe como “toda mujer que habitualmente práctica el coito con varios hombres indistintamente, y vive en prostíbulos o casas de lenocinio o las frecuenta”¹⁷.

La prostitución fue materia de estudio de higienistas, legisladores e investigadores sobre las enfermedades venéreas o consumo de alcohol, quienes concluyeron que la prostitución afectaba a la salud pública. La prostitución era ejercida en diferentes lugares, destacándose la prostitución callejera, en bares y en casas, por esto, según Urrego no era raro que “los informes oficiales y la descripción del cronista muestran que los representantes de la ley, los policías, eran visitantes frecuentes de los prostíbulos, es decir que los encargados de

¹⁶ MARTÍNEZ, RODRÍGUEZ, op. cit.

¹⁷ *Ibíd.*

vigilar y reprimir a las prostitutas establecían, como también lo hacían los delincuentes, fuertes vínculos con las mujeres públicas”¹⁸

2.2.2 Prostitución en Medellín en la primera mitad del siglo XX. El incremento de la prostitución en Antioquia se sitúa en Medellín, ya que esta ciudad se veía como el centro de la urbanización, el comercio y el centro educativo más importante de la región, lo que llevó a que se diera un proceso de migración campesina a la ciudad; los hombres y las mujeres procedentes de la zona rural se tuvieron que ver enfrentados a difíciles condiciones económicas sobre todo para obtener una vivienda y empleo. Esta migración fue sobre todo de mujeres, que veían una oportunidad para cumplir sus sueños y liberarse de una familia patriarcal y en algunos casos de la pobreza. El liderazgo, como menciona Reyes, del trabajo fabril pasó a ser de los hombres en los años treinta, quienes representaban el 60% de los trabajadores fabriles de Medellín, por lo cual, las mujeres de sectores más pobres tenían limitado el campo de trabajo al servicio doméstico, actividades informales y a la prostitución¹⁹.

Para los años treinta, se decía que Medellín era la ciudad que más prostitutas tenía y por lo cual se generalizó una preocupación por contrarrestar los problemas de salubridad que esto causaba; se decidió entonces, carnetizarlas y crear instituciones que garantizaran su salud²⁰. Una de las preocupaciones más grandes, es que los maridos que insatisfechos en el lecho nupcial buscaran prostitutas para satisfacer su placer y contagiaran a sus esposas de enfermedades venéreas y ellas a los bebés que parieran. La prostitución entonces, fue organizándose en algunos sectores de la ciudad, por lo cual, afloraron los burdeles. Al crecer el número de mujeres que ejercían la prostitución, empezó una preocupación por parte de los higienistas en el control de las enfermedades venéreas. A finales de los años

¹⁸ *Ibíd.*, p. 214.

¹⁹ *Ibíd.*

²⁰ El primer dispensario para atender pacientes víctimas del contagio venéreo se creó en 1898 por el Concejo Municipal. La entidad debía expedir certificados de salubridad a las mujeres públicas, el cual debía colocarse en un lugar visible y era obligatorio renovarlo cada mes. En 1917 se volvió a abrir el Instituto Profiláctico, examinando a quinientas prostitutas el primer año, pero luego las cifras bajaron mientras la prostitución aumentaba.

cuarenta, la violencia que afectó las zonas rurales del país llevó a otra migración de campesinas a la ciudad de Medellín, sobre todo de mujeres chocoanas que convirtieron la prostitución en actividades aun más descaradas y evidentes²¹, practicadas en las calles de la ciudad a finales de los años cincuenta.

2.2.3 Prostitución en Barranquilla. En Barranquilla a finales del siglo XIX, existían pocas tabernas donde los hombres iban a divertirse y eran atendidos por meseras que estaban dispuestas a atender sus placeres sexuales. En 1871 arribó la primera ola de inmigrantes a Barranquilla, trayendo consigo la proliferación de enfermedades contagiosas y por tanto, los burdeles que eran visitados por hombres de todas las condiciones sociales, representaban un peligro evidente para la transmisión de enfermedades. Vos dice “En 1911, por ejemplo, ante tal situación, se dio a conocer el pronunciamiento de un grupo de habitantes sobre el ingreso de los leprosos en las casas *non sanctas* sin restricción alguna, porque pagaban fuertes sumas de dinero a cambio de ratos de solaz sexual”²²; los burdeles eran frecuentados tanto por hombres eruditos como por mecánicos, policías, soldados y hombres comunes. Poco a poco la situación del trabajo empeoro llevando al país a una inestabilidad económica en 1929, favoreciendo así el incremento de la prostitución, y el aumento del número de prostitutas enfermas: Vos dice “en el mes de julio de 1920, según comentarios de *El nuevo Diario*, el médico encargado de la profilaxis venérea reconoció 339 mujeres de vida libertaria, y argumentó que << si a esta cifra sumamos las que no han sido reconocidas – que podríamos garantizar que sean la mayoría- se tendría una hipótesis de un número aproximado de mil>>”²³

Al incrementarse las personas que ejercían este oficio, y no poder controlar su propagación, las autoridades se empeñaron en prevenir a los hombres de las enfermedades contagiosas y se imponía en los prostíbulos normas de higiene. Esta preocupación además de fundamentarse en la salud de los habitantes de Barranquilla, se fundamentaba en la

²¹ MARTÍNEZ, RODRÍGUEZ, op. cit.

²² *Ibíd.*, p. 251.

²³ *Ibíd.*, p. 261.

importancia del puerto como arteria fluvial, marítima y aérea, pues éste se conectaba con puertos en Estados Unidos y Europa. Así, las autoridades exigieron ‘patentes de funcionamiento’ a los establecimientos públicos donde se podía presentar la prostitución, se exigió la carnetización de las mujeres para que pudieran ofrecer estos servicios (el cual debía ser renovado mensualmente). Por esto, según afirma Vos, fue necesario que las autoridades acudieran a los prostíbulos a imponer medidas de seguridad a las meretrices “en la Gaceta Municipal del 22 de abril de 1920 se publicó el siguiente acuerdo: artículo 1: son deberes del médico jefe de las oficinas de Higiene y Salubridad Municipal: a) asistir diariamente de mañana y de tarde a la Oficina de Higiene y Salubridad. De las 2:00 a 3:00 p.m. practicar el examen de las meretrices en la sala de profilaxis venérea; b) informar al inspector de sanidad de las meretrices que resulten enfermas a fin de hacerlas comparecer y que el practicante del Dispensario de Sanidad las cure, de acuerdo con sus indicaciones, siendo obligación asistir al Dispensario para ser curadas”²⁴. Sin embargo, según lo muestra el Boletín de Estadística Municipal N° 11 – 82, citado por vos, se pasaron de 17 muertes por sífilis en 1931 a 38 muertes por la misma razón en 1939²⁵.

2.3 MARCO LEGAL

2.3.1 El derecho a la salud por parte de las trabajadoras sexuales en Colombia. El presente capítulo parte de un balance de la legislación general sobre salud y el impacto que tiene esta sobre las personas que ejercen el Trabajo sexual finalizando con un análisis de las condiciones fácticas que determinan el acceso real de estas personas a los servicios de salud en general, a partir de los riesgos a los cuales están expuestas a causa de la naturaleza particular de su ocupación.

2.3.2 La Legislación Sobre Salud y Trabajo Sexual. La legislación colombiana contempla disposiciones penales que sancionan conductas tendientes a inducir a la prostitución a una

²⁴ *Ibíd.*, p. 262.

²⁵ *Ibíd.*, p. 263.

persona o a obligarla a prestar servicios sexuales contra su voluntad²⁶, pero no hace reparo en el acceso a salud de las personas que ejercen el Trabajo sexual (entendido como actividad lícita y de carácter laboral, según Sentencia. T- 629 de 2010); La regulación más amplia se da dentro de los ámbitos locales, tomando como ejemplo de ello, las medidas de carácter policivo sanitario del gobierno Distrital de Bogotá D.C, y algunos Decretos de orden nacional, de modo que, para el desarrollo de la presente investigación se hace necesario realizar un balance de las disposiciones que desde la regulación general de salud (principios constitucionales, leyes, decretos, ordenanzas y demás normatividad vigente) para hacer una análisis integral de la legislación que trate el tema de las salud de las personas que ejercen la prostitución.

2.3.3 Principios Constitucionales y Legales Bases del Sistema de Seguridad Social en Salud. La obligación que tiene un Estado con sus ciudadanos en materia de salud en una sociedad que se rige bajo los parámetros del Estado Social de Derecho se entienden reconocidos tácitamente en su mismo concepto, sin embargo la legislación colombiana ha reconocido expresamente dichas obligaciones partiendo de principios como la igualdad entre otros que recogemos a continuación.

Partiendo desde la misma constitución política de Colombia se establecen una serie de obligaciones en cabeza del estado colombiano hacia sus ciudadanos; estas obligaciones parten de algunos principios entre los que resalta el de igualdad ante la ley; cuando la constitución en su artículo 13° desarrolla este principio no se limita a consagrar el mismo trato por parte de la ley para todos los ciudadanos sin distinción alguna, en el párrafo segundo también se reconoce la obligación estatal de promover las condiciones para que la igualdad sea una condición efectiva de la sociedad colombiana, para conseguir este objetivo se debe proteger los grupos vulnerables de la población, siendo las personas en situación de prostitución una población vulnerables por las condiciones de su trabajo, y las necesidades sanitarias que estas tienen, es necesario que se desarrollen políticas públicas de salud.

²⁶ Ley 360 de 1997. Ley 599 de 2000, Ley 1236/2008.

La constitución establece como características de la seguridad social en el artículo 48° la expansión progresiva del sistema con el fin de que este cubra a la totalidad de la población colombiana; este cubrimiento no debe limitarse a la prestación general del servicio de salud sin tener en cuenta las necesidades de los distintos tipos de población, por el contrario atendiendo al principio de igualdad ya mencionado esta atención no solo debe de prestarse de forma progresiva a todos los habitantes del territorio nacional, debe además identificar las necesidades particulares de cada población y darles un tratamiento particular que atienda esas necesidades.

La constitución no es la única disposición normativa que contenga principios generales que matizan la garantía de este derecho por parte del estado un año antes de la constitución política de 1991, la ley 10 de 1990 daba un paso importante en la protección del derecho a la salud cuando la define como un servicio público en su artículo 1°; la trascendencia del concepto se evidencia cuando la doctrina entiende a partir de este que el estado “ha de satisfacer una necesidad colectiva por medio de una organización administrativa o regida por la administración, el estado debe disponer la correspondiente organización administrativa para garantizar la satisfacción de una necesidad colectiva”²⁷; en este caso la necesidad de una atención en salud, abandonando el sistema de asistencia social, dirigido a las personas que no podían acceder a servicios de salud por cuenta propia.

El desarrollo del concepto de salud como servicio público, el reconocimiento de la prostitución como trabajo junto a su posterior reconocimiento como derecho cimientan las obligaciones del estado en cuanto a la prestación de los servicios de salud a la población en general y específicamente para las poblaciones más vulnerables como las personas que ejercen la prostitución atendiendo claro esta a sus necesidades particulares.

En cuanto al tema de la prostitución la Corte Constitucional ha reconocido en su pronunciamiento más reciente la prostitución como un trabajo, de esta manera dice la

²⁷ Guillermo Cabanelas de Torres, Diccionario Jurídico Elemental Ed. Heliasta Buenos Aires 2003, p. 397.

Corte “...habrá contrato de trabajo y así debe ser entendido, cuando él o la trabajadora sexual ha actuado bajo plena capacidad y voluntad, cuando no hay inducción ninguna a la prostitución, cuando las prestaciones sexuales y demás del servicio, se desarrollen bajo condiciones de dignidad y libertad para el trabajador y por supuesto cuando exista subordinación limitada por las carácter de la prestación, continuidad y pago de una remuneración previamente definida...”, de esta forma se refuerza la obligación de los dueños de los establecimientos públicos de realizar los correspondientes aportes a las EPS.

2.3.4 ¿Cómo está diseñado el Sistema de seguridad social en salud? Para efectos del desarrollo de las responsabilidades del Estado en cuanto a salud la legislación colombiana ha establecido como principal responsable como órgano estatal al Presidente de la República y al Ministro de Protección Social²⁸, la ley 100 de 1993 en el Libro II Título I Capítulo VI establece como obligaciones en cabeza de estas dos instituciones la dirección de la prestación del servicio de seguridad social en salud, además de esto al tenor de la ley 9º de 1979 corresponde al Ministerio de Protección Social promover condiciones de higiene y seguridad laboral para proteger la salud de los trabajadores. Esta dirección debe desarrollarse en coordinación con las demás instituciones del estado, particularmente con la Comisión de Regulación en Salud (CRES)²⁹, quien tiene a su cargo funciones destinadas a definir algunos vectores que determinan la forma como son prestados el servicio de salud, entre estas funciones encontramos algunas tan importantes como definir el POS³⁰, definir las UPC³¹, proponer leyes en materia de salud, entre otras.

La salud en Colombia desde su normativa general parece enmarcarse dentro de un perfil mercantilista manejado por los múltiples operadores en salud en desmedro del adecuado funcionamiento del sistema de prestación de servicios que se debe garantizar a partir de los

²⁸Anteriormente Ministerio de Salud.

²⁹ Mediante Ley 1122 del 2007 Capítulo II esta institución entra a remplazar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

³⁰ Plan Obligatorio de Salud, es una lista de los medicamentos y procedimientos que el sistema está obligado a suministrar a sus usuarios.

³¹ Unidades de Pago por Capitación, valor que transfiere el gobierno a los diferentes operadores en salud por cada persona atendida.

preceptos constitucionales citados. “Tendremos personas con el título de médico que no van a ejercer la profesión médica sino el oficio de la medicina, y que no están al servicio del paciente, sino al de la entidad aseguradora intermediaria. Se cambió el imperativo hipocrático por el mandato burocrático de los entes administrativos”³².

Ante las dificultades del Sistema General en Salud se promulga la ley 1438 del 2011 en la que se pretenden corregir los problemas de la Ley 100 del 1993, en la cual se pretende favorecer la sostenibilidad financiera del Sistema General De Seguridad Social En Salud y la prestación para todos los residentes en el país en cualquier municipio en el que se encuentren; además se pone como eje central del sistema al usuario. Para dicho fin se establecen una serie de indicadores que van a ser evaluados cada cuatro años; se incluyen nuevos principios que rigen el sistema entre ellos es necesario resaltar para el estudio que nos ocupa, Enfoque Diferencial, Intersectorialidad, Complementariedad y Concurrencia.

Según el enfoque diferencial descrito por esta ley se reconoce que en el territorio nacional existen grupos discriminados por su género, raza, condición social etc., para estos grupos se dispone de especiales garantías encaminadas a eliminar la discriminación de que estas personas son víctimas; si miramos a las personas en situación de prostitución como personas que son discriminadas de múltiples maneras, estas personas requieren un enfoque diferencial estricto teniendo en cuenta las condiciones que afectan a las personas que ejercen el Trabajo sexual.

La asistencia de las personas que ejercen el trabajo sexual en campañas de prevención requiere de la participación coordinada de los operadores de salud en sus distintos niveles; por eso los nuevos principios de Intersectorialidad, Complementariedad y Concurrencia que hacen referencia a esta coordinación, son completamente oportunos para desarrollar un enfoque diferencial de seguridad social particular para estas personas.

³² EL tiempo LINARES Andrea, Experto dice que ley 100 le hace enorme daño a la medicina colombiana., 2 de enero 2012.

La ley 1438 del 2011 establece además como una política del estado la protección de la salud desde la atención primaria en la etapa preventiva la cual queda bajo la responsabilidad de las organizaciones territoriales; responsabilidad que no excluye a la responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud que actúen coordinadamente en actividades de promoción y prevención en sus territorios. Esta coordinación tendrá en cuenta los distintos grupos poblacionales y sus necesidades particulares; El artículo 12 de la Ley 1438 del 2011 define lo que se debe entender como atención primaria en salud como la coordinación intersectorial encaminada a desarrollar campañas de prevención y promoción de la salud, esta atención primaria es fundamental en la garantía del derecho a la salud de las personas en situación de prostitución, ya que una información adecuada sobre métodos de prevención puede prevenir graves enfermedades que impliquen grandes costos para los individuos y el sistema general de protección social en salud.

Otro elemento creado por esta ley para tener en cuenta son los equipos básicos de salud, organizaciones creadas por los entes territoriales conforme a los requisitos definidos por el Ministerio de la Protección Social, para identificar los riesgos colectivos e individuales de la población, fortalecer las políticas preventivas informando a la población sobre los servicios de salud de acuerdo con sus prioridades, inducir la demanda de servicios de salud en general, identificar a las personas no afiliadas para incluirlas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo este entendido el equipo investigador de esta propuesta considera que una ciudad como Bogotá debe implementar estas dinámicas enfocándolas hacia las personas que ejercen el Trabajo sexual, más allá de los alcances que tiene la “Mesa Interinstitucional para el manejo y control de los servicios de alto impacto referidos a la prostitución y actividades afines en el Distrito Capital” a la cual haremos referencia más adelante.

Para prestar el servicio de salud son definidas por la ley 1438 de 2011, las Redes Integradas de Servicios de Salud como un “conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más

eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuestos conforme a la demanda”.

Las Redes de Prestación del Servicio de Salud serán articuladas por los entes territoriales a través de los Comités Territoriales de Seguridad Social en Salud por objetivos y componentes. Estas redes de prestación del servicio de salud tendrán que: identificar la población a atender, las necesidades de esta, los factores de riesgo y protección, consenso en torno a la implementación de acciones que impacten los factores de riesgo y las estrategias de atención primaria, articulación entre los servicios ofrecidos por las entidades prestadoras de salud y la publicidad suministrada a la población sobre dicha oferta, una red de estas características que particularmente atienda a las trabajadoras(es) sexuales será un instrumento eficaz para la garantía de los derechos de estas personas.

2.3.5 Enfermedades de transmisión sexual en el POS. En sentido general el Comité Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el acuerdo número 117 del 1998 argumentando que “los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad.” y adicionalmente en el artículo 2º recalca distintos términos como el de demanda inducida, y agrupa distintos tipos de enfermedades según su impacto en la sociedad debido a su prevalencia, alto costo, entre otros criterios. Así con estos conceptos previos la Comisión ubica a las enfermedades de transmisión sexual entre las enfermedades de interés en salud pública³³ dentro de su artículo 7º que deben ser objeto de estos tratamientos tempranos y específicos.

³³ “Enfermedades de Interés en Salud Pública: Son aquellas enfermedades que presentan un alto impacto en la salud colectiva y ameritan una atención y seguimiento especial. Estas enfermedades responden a los siguientes criterios:” Acuerdo 117 de 1998 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Una vez considerados estos aspectos conceptuales en el Artículo 9 se establece la responsabilidad de las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado, de prestar los servicios de los que habla la norma, llegando incluso en el Artículo 11° a establecer adicionalmente la obligación de identificar cada uno de los riesgos a los cuales está expuesta la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud. De esta forma la norma consigna la obligación de incentivar a la población para acudir a los servicios correspondientes y detectar tempranamente las enfermedades de interés público. Ahora bien, si se tiene en cuenta que las personas que ejercen el trabajo sexual constituyen una población claramente expuesta a enfermedades de interés público, por el tipo de contacto que implica el ejercicio de su labor se deduce consecuentemente que es una población susceptible de campañas de demanda inducida por parte de los operadores en salud.

2.3.6 El Régimen Policivo y la Prostitución. Mucho antes de la constitución del 91 desde el año 1970 el código de policía nacional expedido mediante decreto presidencial No 1355 hace referencia a la prostitución como una actividad lícita no punible, además de disponer como obligación de los entes territoriales el establecer los mecanismos para que la persona que lo desee pueda rehabilitarse, y dispone como obligatoria la atención a enfermedades venéreas que se debe prestar gratuitamente; durante más de veinte años encontramos un silencio en materia policiva en cuanto a prostitución se refiere hasta el año 2001 cuando la Alcaldía Mayor de Bogotá crea las zonas de tolerancia como sectores de la ciudad donde se concentran los establecimientos de servicios sexuales, siempre y cuando cumplan con las condiciones higiénicas y sanitarias dispuestas por la ley.

En el 2002 la alcaldía mayor de Bogotá continúa con su reglamentación urbanística en la cual le exige a los dueños de establecimientos de comercio en que se ofrecen servicios sexuales, cumplir una serie de normas de seguridad más explícitas en lo referente a los espacios del establecimiento de comercio.

El acuerdo 79 del año 2003 mediante el cual se dicta el código de policía de Bogotá por el Consejo Distrital, establece múltiples obligaciones para las personas que ejercen la prostitución, entre las que se encuentran: asistir anualmente a cursos de mínimo 24 horas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, desarrollo humano, entre otros tópicos; por lo demás se reiteran las disposiciones referentes a las zonas de tolerancia y se establecen deberes en lo referente al trato entre las distintas personas que se mueven en este ambiente, tanto los clientes, como las personas en situación de prostitución.

El distrito en el año 2009 deroga las disposiciones referentes a la sanidad de los dos decretos anteriores, en un error de la organización distrital, si bien estos dos decretos eran insuficientes las medidas de sanidad contemplados en estos son de interés público y afectan los derechos de estas personas en particular.

El distrito atendiendo a las necesidades de esta población crea la “Mesa Interinstitucional para el manejo y control de los servicios de alto impacto referidos a la prostitución y actividades afines en el Distrito Capital” mediante decreto 126 del 2007 cuyas funciones se dirigen desarrollar la gestión urbanística contemplada por el derecho positivo en múltiples consideraciones aún cuando esta mesa no atiende necesidades de salud y ha sido a la fecha muy inactiva.

2.3.7 Los Patronos Facticos de Acceso a La Salud. Las personas que ejercen el trabajo sexual están expuestas a múltiples riesgos, no solamente los que se desprenden evidentemente de tener contacto sexual constante con distintas personas, además están los riesgos de una vida en la calle muchas veces nocturna y los propios de una persona que tenga un trabajo convencional. Algunas veces los riesgos derivados propiamente del ejercicio de la profesión están cubiertos en su dimensión preventiva por parte de la secretaría de salud, que atendiendo al decreto distrital 188 del 2002 y al Código de Policía de Bogotá Acuerdo No. 79 de 2003 del Concejo de Bogotá realiza campañas de prevención

y aunque no reciben las campañas de la secretaria de salud de la mejor forma son conscientes de los riesgos que corren, de lo vulnerables que son y de cómo se deben cuidar.

En cuanto a la atención, al adquirir una enfermedad, por ejemplo S.I.D.A, la única atención particular con la que pueden contar es la de las EPS o ARS; Otro evento bastante particular ocurre con las “chicas travestis”³⁴, pues “las características particulares parten de la misma condición física de los mismos; existe un marcado desprecio por parte de los médicos debido a los cuestionamientos que dicho personal hace de su situación sexual, de sus transformaciones quirúrgicas y en general de su apariencia; el personal médico muchas veces despliega conductas tales como llamar a estas personas por su nombre de pila y no por el nombre que estas han escogido para su nueva identidad, suelen muchas veces ser irrespetuosos, y en los pocos casos en los que el personal médico está capacitado para recibirles con la dignidad que corresponde, la discriminación viene del personal de vigilancia que interviene impidiendo el ingreso a dichos centros de salud a estas personas, lo cual dificulta la atención de estas. Ellas mucho más que las mujeres tienden a venir de otras ciudades de donde son cotizantes o beneficiarios de un sistema convencional de salud”³⁵.

En ocasiones las dificultades de acceso a los servicios de salud y seguridad social pueden ser fruto de estas conductas de rechazo que les conducen a la clandestinidad y dificultan la asistencia a centros de salud convencional para hacerse exámenes de diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual³⁶ u otras necesarias para cada persona que ejerce la actividad. Son pocas las personas que ejercen la prostitución atendidas en lugares en donde

³⁴ Chicas Travestis: Es el individuo quien define su identidad, entendiéndose como mujeres. Esta es la forma correcta de denominarles afirma María Mercedes Lafaury investigadora de la Universidad del Bosque, facultad de psicología. Ver Anexos audiovisuales.

³⁵ Entrevista con María Mercedes Lafaury Bogotá 9 abril del 2010.

³⁶ En entrevista realizada a una trabajadora sexual se manifestó esta dificultad de carácter sociológico debido a que generalmente se pregunta sobre las razones que motivan el examen y ello, –a juicio de la entrevistada–, evidencia la actividad que realizan para sobrevivir. No solamente la asistencia en salud es fruto de esta prevención, también los demás proyectos de vivienda u otros en los cuales se evidencie su condición de trabajadoras sexuales. *Remítase a los complementos auditivos de esta investigación en entrevista realizada a trabajadoras sexuales de la Zona de Alto Impacto de Los Mártires abril de 2010.*

el personal médico está familiarizado con las particulares condiciones tanto biológicas como psíquicas de esta población, por lo demás las personas que no acuden a los sistemas de intervención que adoptan las autoridades locales lo hacen a servicios de instituciones privadas³⁷.

Muchas veces la secretaria de salud hace campañas de educación sobre estas personas, tanto chicas travestis como mujeres, que terminan haciéndose tediosas para la mayoría de las personas en situación de prostitución debido a los contenidos repetitivos de estas capacitaciones, y en ocasiones ven con más aceptación las actividades de entes privados como la Fundación Eudes, debido a la atención integral que estas prestan en cuanto salud frotis vaginal, examen de S.I.D.A. y otros de carácter meramente voluntario.

Las enfermedades de transmisión sexual no son el único riesgo al que están expuestas estas personas, están expuestas a todo tipo de enfermedades comunes de mayor o menor gravedad, y a las agresiones ocasionales de algunos clientes -problema profundizado por la apatía de algunos policías-³⁸, en estos casos su atención nuevamente queda dependiendo de su afiliación o no a una E.P.S., el hecho de que una persona que ejerce la prostitución este o no afiliada a una EPS no depende de la legislación o del lugar en donde trabaje, por el contrario depende de la propia responsabilidad de quien ejerce la prostitución, cuando esta responsabilidad debería estar en cabeza de los dueños de los establecimientos en que estas personas trabajan.

Se plantea por parte de los funcionarios que tienen a su cargo la atención de estas personas las distintas dificultades a la hora de atender a estas personas, la población flotante que varía constantemente en toda la zona. En cuanto a la vigilancia de la aplicación de las

³⁷ Fundación Eudes, Bogotá D.C, enfocad a la atención de trabajadores/as sexuales.

³⁸ En entrevista realizada a una grupo de trabajadoras sexuales a manera de anécdota informo al grupo de investigación sobre una ocasión en que recriminaron a un grupo de policías por su lenta atención a una situación de maltrato este les respondía “mejor una puta menos”.

medidas de protección, la policía rara vez cumple con su obligación de exigir a las personas en situación de prostitución que porten el carné de la EPS³⁹.

Finalmente, a la hora de buscar legislación en materia de salud referida a los y las trabajadoras sexuales, encontramos una extensa legislación que no cubre de forma directa la atención a estas personas, la norma que de forma más cercana se refiere al tema es la ley 1438 del 2009 cuando menciona el Enfoque Diferencial hacia poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, que como ya se explicó en esta propuesta, contempla a las personas en situación de prostitución. Además de una serie de normas de derecho policivo referidas al tema urbanístico sin tener en cuenta las necesidades de las personas que ejercen este oficio; en el mejor de los casos se limitan a exigir de estas personas, la asistencia a jornadas de información y formación humana que poco interés convocan entre ellas.

La corte constitucional recientemente reconoció que la actividad que estas personas desarrollan es un trabajo; lo cual abre la puerta para que, partiendo de este reconocimiento y del enfoque diferencial dispuesto por la ley 1438, la sociedad y el estado protejan los distintos derechos de estas personas con una reglamentación que se corresponda con los riesgos particulares a los que están expuestas.

2.4 ESTADO DEL ARTE

Las investigaciones que se presentan a continuación son importantes y pertinentes en cuanto analizan las causas de la prostitución, sus consecuencias (resaltándose la incidencia negativa en el aspecto de la salud tanto físico como mental) y la necesidad de que tanto la comunidad como el Estado trabajen armónicamente para que los derechos de las personas que trabajan en prostitución sean garantizados dentro de las condiciones particulares de este oficio.

³⁹ Ver anexos graficas de encuesta realizadas por el grupo de investigación.

2.4.1 Investigación: Prostitución y Proxenetismo.

2.4.1.1 Investigadores. Leidy A. Ciceri Polo y Magda Y. Amaya Arevalo. Universidad libre de Colombia- Bogotá D.C. 2006. Trabajo de grado en Derecho.

2.4.1.2 Problema planteado. “¿La prostitución es consecuencia del proxenetismo, y si de serlo que alternativa penal se puede considerar para impedir tanta impunidad respecto del delito de proxenetismo?”⁴⁰

2.4.1.3 Objetivo general. “Analizar socio jurídicamente el proxenetismo como fenómeno social que afecta al país considerablemente, e igualmente investigar que debido a su ocurrencia el fenómeno de la prostitución aumenta cada vez más”⁴¹

2.4.1.4 Objetivos específicos

- “Realizar un estudio analítico sobre los antecedentes de la prostitución.
- Estudiar el comportamiento del sujeto activo de la conducta delictiva de proxenetismo.
- Evaluar la viabilidad sobre qué parámetros legales son los más adecuados para la disminución de la prostitución en nuestro país
- Evaluar en qué medida entornos sociales, culturales y económicos específicos, determinan patrones de comportamiento y condiciones favorables a la prostitución y al proxenetismo”⁴².

⁴⁰ Ciceri, Leidy A. y Amaya, Magda Y. Prostitución y proxenetismo. Trabajo de grado en Derecho. Bogotá D.C.: Universidad libre de Colombia. Facultad de Derecho. 2006.

⁴¹ Ibíd.

⁴² Ibíd.

2.4.1.5 Desarrollo. El problema de esta investigación se planteó así: “¿Si el Estado Colombiano recurre a medios más efectivos y drásticos que ataquen el proxenetismo se disminuiría la prostitución y cesaría la impunidad a favor de sus agresores?”⁴³

De esta manera, la prostitución se analiza desde una concepción multicausal, en el que la familia juega un papel muy importante y es prácticamente la que determina el comportamiento de una persona, es la generadora de valores y de conductas, y donde el proxeneta juega un papel muy importante a la hora de atraer y engañar a personas que son vulnerables y que necesitan suplir carencias para poder sobrevivir.

El tratamiento que se le ha dado a la prostitución desde el punto de vista jurídico ha pasado por las teorías, reglamentistas, abolicionistas, prohibicionistas y neoreglamentista; pero, los sistemas abolicionista y prohibicionista no son tan eficaces como lo puede ser un sistema reglamentista bien estructurado, pues éste no arroja tanta clandestinidad como los dos anteriores y por ende se puede controlar más factores desde la intervención pronta del Estado, como lo es la sanidad, pues al estar delimitadas las zonas donde se practica este oficio, al estar determinada la población y al velar por los derechos que a estas personas corresponden se pueden dar respuestas efectivas a esta problemática.

En ciudades europeas donde se ha reglamentado la prostitución se han encontrado ventajas en algunos campos como la seguridad social, “ En estas ciudades se han obtenido óptimos resultados, tanto en el orden material como moral; la prostituta goza de ciertos beneficios, tales como asistencia médica, seguro de desempleo, seguro de vejez, asistencia en instituciones que procuran su rehabilitación y sobre todo disfruta su libertad, ya que el proxeneta está muy controlado por las autoridades administrativas”⁴⁴

De esta manera al intervenir directamente el Estado en los lugares donde se practique la prostitución, haciendo zonas de tolerancia, que estén bien organizadas en cuanto a la

⁴³ Ibíd.

⁴⁴ Ibíd.

atención que se le debe prestar a las personas que la ejercen y a la población que se sitúe cerca a estas zonas se puede lograr mejores calidades de vida para las diferentes partes afectadas de una población con esta problemática. ´De este modo, lo que se pretende es una especie de municipalización de las casas de tolerancia. Que sean dirigidas por funcionarios dependientes del municipio, con conocimientos de sociología, psicología, higiene, entre otros., para que además de la labor puramente administrativa dediquen esos conocimientos a encontrar la forma de que estas mujeres mejoren sus condiciones de vida´⁴⁵.

2.4.1.6 Conclusiones. La investigación concluye por un lado, que el proxenetismo es uno de los factores que hacen que la prostitución continúe, y por ende merecen toda la represión del Estado; además, no solo los niños son vulnerables a esta problemática social sino todo el conglomerado que puede participar en ésta.

Por otro lado, que si se reconoce la prostitución como un trabajo, conllevaría a que la mujer siga siendo víctima de maltratos y vulneraciones a sus derechos, así como también los demás sujetos involucrados en este oficio.

2.4.1.7 Propuestas.

- Es indispensable empezar a concientizar mas a aquellas personas que son blanco de los proxenetas.
- Se debe atacar y castigar a los proxenetas, el Estado debería ser más drástico y vigilante frente a estas conductas, verbigracia, aumentando la pena de prisión.
- Negarse a la posibilidad de declarar la prostitución como trabajo digno.
- El delito de omisión de denuncia (art 219B del C.P.) debe consagrar a toda la población y no sólo a los menores.

⁴⁵ Ibíd.

2.4.1.8 Análisis. La prostitución se toma entonces, como la profesión más antigua del mundo, pasando por diferentes maneras de llevar este oficio y de tratarlo jurídicamente, viéndose necesario entonces, reglamentarlo para así tratar de asegurarles a las personas que la practican sus derechos tanto nacionales como supranacionales.

Es necesario comprender por un lado, que la prostitución no se da por una sola causa, sino por una variedad de ellas, que comprenden las psicológicas, sociológicas, biológicas, económicas, afectivas, etc. Y que el proxeneta es entonces un mediador que busca mujeres para otras personas.

Por otro lado, como se sabe la prostitución no es una consecuencia directa de las personas que cometen el delito de proxenetismo, y así esta conducta se reduzca lo más posible, se seguirá practicando por algunas personas, cuestión por la cual se hace necesario reglamentar el tema, como los lugares donde se practican, las normas de convivencia y sanidad.

2.4.2 Investigación. Construcción de identidad en mujeres adultas que ejercen la prostitución vinculadas a un programa de ayuda estatal.

2.4.2.1 Investigadores. Andrea Toro Sánchez, Catalina Paz Paz, Olga Lucía Huertas*. Pontificia Universidad Javeriana facultad de psicología. Bogotá, mayo de 2005. Trabajo de grado en Psicología.

2.4.2.2 Objetivo General. “Describir y comprender la forma en que las mujeres adultas que ejercen la prostitución, vinculadas a un programa de ayuda estatal, construyen su identidad”⁴⁶.

2.4.2.3 Objetivos específicos.

⁴⁶ Toro, Andrea; Paz, Catalina y Huertas, Olga. Construcción de identidad en mujeres adultas que ejercen la prostitución vinculadas a un programa de ayuda estatal. Trabajo de grado en Psicología. Bogotá D.C.: Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. 2005.

- “Describir y comprender las narrativas emergentes en la construcción de identidad de mujeres que ejercen la prostitución.
- Comprender la manera como las mujeres que ejercen la prostitución, re significan las narrativas alrededor de su identidad, a partir de la vinculación en un programa de ayuda estatal.
- Contribuir al desarrollo de la perspectiva de género, a partir del reconocimiento de identidades marginadas, como la de las mujeres que ejercen la prostitución.
- Aportar elementos teórico-empíricos que contribuyan a una mayor comprensión del fenómeno de la prostitución en Bogotá”⁴⁷.

2.4.2.4 Problema planteado. “¿Cómo construyen su identidad las mujeres adultas que ejercen la prostitución vinculadas a un programa de ayuda estatal?”⁴⁸

2.4.2.5 Metodología O Enfoque Metodológico. Esta investigación fue de tipo cualitativo y estuvo basada en los planteamientos del Construccinismo Social y de la Perspectiva de Género.

2.4.2.6 Desarrollo. Tuvo como propósito describir y comprender la forma en que las mujeres adultas, entre los 28 y 43 años, que ejercen la prostitución, vinculadas a un programa de ayuda estatal, construyen su identidad.

2.4.2.7 Conclusiones. Los programas de apoyo productivo para mujeres que han ejercido la prostitución es una de las mejores formas de disminuir el reingreso de estas personas a la actividad de la prostitución.

La actividad de la prostitución ha forzado a que el estado deba asumir compromisos con los programas de apoyo económicos personas que han ejercido esta actividad.

2.4.2.8 Propuestas. La implementación de programas locales y regionales, en todo el territorio nacional para las personas que han abandonado el ejercicio de la prostitución, y que garantice oportunidades de empleo y calidad de vida para esta población.

⁴⁷ Ibíd.

⁴⁸ Ibíd.

2.4.2.9 Análisis. La implementación de programas no gubernamentales evidencian la importancia de ellos, un lenguaje propio frente a la dignificación de las personas que han ejercido la prostitución, y la posibilidad de reiniciar un proyecto que no vaya en detrimento de su calidad de vida ni de los parámetros de rechazo social. Evitando con ello el reingreso a una actividad por la omisión de apoyo estatal.

2.4.3 Investigación. Efectos de la legalización del aborto sobre la delincuencia y la prostitución femenina.

2.4.3.1 Investigadores. Diana Aydee Onofre Meza. Universidad Nacional de Colombia. Nariño, 1998. Trabajo de post grado en Derecho.

2.4.3.2 Objetivo General. Ofrecer orientación sobre las formas de evitar embarazos; creación de un grupo profesional de apoyo a la mujer, en los campos de psicología, Trabajo social y asesoría jurídica.

2.4.3.3 Objetivos específicos.

- Brindar orientación sobre el embarazo y la forma de evitarlo
- Orientar a la mujer, especialmente a las adolescentes, sobre las alternativas que existen frente al embarazo, entre ellas el aborto.
- Ofrecer apoyo de tipo profesional a la mujer desde antes de la concepción hasta los casos en que el aborto se ha producido-

2.4.3.4 Metodología o Enfoque Metodológico. Ésta investigación fue de tipo cualitativo y a partir de la investigación de caso busca comprender los efectos de la legalización del aborto para una comunidad que es excluida socialmente con una comparación de género entre prostitución femenina y prostitución masculina heterosexual.

2.4.3.5 Desarrollo. Se realizaron análisis de casos en comunidades de Bogotá D.C y Medellín, entre hombres que ejercen la prostitución, y mujeres de entre 13 y treinta años y

cinco años y que a causa de un embarazo no deseado han recurrido a la delincuencia o a la prostitución.

2.4.3.6 Conclusiones. El embarazo no deseado es una de las principales razones por las cuales los adolescentes caen en conductas delincuenciales o en ejercicio de la prostitución. Las conductas que evocan las conductas delincuenciales y el ejercicio de la prostitución pueden en varios casos, ser evitados con un acompañamiento profesional personas de especial protección, a saber, los y las adolescentes.

2.4.3.7 Propuestas. Implementar grupos de apoyo profesional, que de manera permanente brinden orientación a la mujer frente a un embarazo no deseado.

2.4.3.8 Análisis. La importancia de esta investigación para el estudio amplio de fenómenos ligados al ejercicio de la prostitución, versa precisamente en la necesidad de desentrañar estos embarazos como una de las causas más importantes de ingreso al ejercicio de esta actividad en Colombia.

2.4.4 Investigación. Alternativas de protección al fenómeno de la prostitución masculina.

2.4.4.1 Investigadores. María Victoria Millán Nieto y Rosendo Ramírez Merchán. Universidad Nacional de Colombia, Trabajo de grado en Derecho. Bogotá D.C. 1997

2.4.4.2 Problema planteado. “¿Las acciones sociales y conjuntas con el Estado ayudarían a disminuir la problemática del fenómeno de la prostitución masculina?”⁴⁹

2.4.4.3 Objetivo general. “Identificar los valores que determinan los aspectos más importantes en el desarrollo del hombre, su personalidad, valores, maltratos, causas y

⁴⁹ Millán, María Victoria y Ramírez, Rosendo. Alternativas de protección al fenómeno de la prostitución masculina. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Derecho. 1997.

circunstancias que atañen al flagelo que se presenta en la prostitución masculina y analizar la afectación de ésta relacionada con la familia”⁵⁰.

2.4.4.4 Objetivos específicos.

- “Determinar los factores asociados, los vacíos que enfrentan la forma de vida de la prostitución masculina.
- Señalar las obligaciones que el hombre que se prostituye tiene consigo mismo y con su familia.
- Analizar la atención social y jurídica que se da al fenómeno de la prostitución”⁵¹.

2.4.4.5 Metodología O Enfoque Metodológico. Explicativo, por medio de la información tomada de autores e investigaciones se relacionan las variables que intervienen en la prostitución y el proxenetismo. Descriptivo, en el análisis se recolecto información relativa al desarrollo del oficio de la prostitución masculina,

2.4.4.6 Desarrollo. Esta investigación se desarrollo por medio de entrevistas buscando entender los factores que conducen a la prostitución masculina y así poder llegar a unos mecanismos de protección hacía esta población.

Los autores señalan, que la prostitución masculina se da por diferentes factores, que se traducen en deficiencias en los campos afectivos, sociales y materiales, por lo cual, es importante mirar detenidamente el núcleo familiar de estas personas. Este tipo de prostitución no se refiere a travestis ni homosexuales, sino de hombres que se sienten hombres, que identifican, aceptan su género y deciden vender su cuerpo.

⁵⁰ Ibíd.

⁵¹ Ibíd.

Entre los efectos que tiene la prostitución está la salud, pues ésta es una problemática que acompaña este oficio, puesto que por su mismo ejercicio hay gigantescas posibilidades de contagio y propagación de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Para llegar a mirar los efectos que tiene la prostitución en la salud, los autores desarrollaron su investigación por medio de entrevistas y estadísticas que demostraban para esa época las altas tasas de desconocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, por ejemplo, un 19% de los jóvenes entrevistados desconocían la manera de evitar el contagio de esas enfermedades, un 26 % tenía conceptos errados sobre el tema, un 77.1 % sabía del preservativo, pero no implicaba que siempre lo utilizaran.

2.4.4.7 Conclusiones.

- La prostitución de menores, hombres y mujeres está alcanzando dimensiones impensables, la negación y marginalización hace que se encuentren atrapados en un círculo vicioso de riesgo, desprotección y enfermedad.
- La prostitución se está convirtiendo en una peligrosa alternativa que frecuentemente se asocia con el uso de drogas y la presencia de enfermedades sexualmente transmisibles.
- Los menores de edad, mujeres y hombres son sujetos de derechos, en condiciones especiales, por el hecho de estar en desarrollo y en proceso de aprendizaje. Sin embargo, los menores son víctimas permanentes de muy diversas formas de violencia, y una de ellas es la explotación sexual.

2.4.4.8 Propuestas:

- Implementar acciones por medio de las Instituciones de Educación Superior y de instituciones de formación y capacitación del Estado como el SENA y como requisitos de obtención de títulos universitarios y técnicos, se preste servicio social, aplicando en las diferentes actividades inherentes a cada carrera.

- Asegurarse que todas las personas que ejercen la prostitución y en especial los hombres tengan su documento de identificación, ya que gran parte de esa población carece de él, y éste es muy importante para poder acceder a los servicios que el Estado otorga.
- Implementar un sistema de carnetización, personal e individual, que les permita a través de un código, ser reconocidos para los efectos de servicio de salud, asistencia interdisciplinaria, protección y defensa por el respeto como personas integrantes de una sociedad sin discriminación.
- Crear centros de apoyo que cuenten con profesionales psicólogos, reeducadores, educativos, trabajadores sociales, consejeros, comunicadores sociales, promotores de sociales y juveniles, técnicos en artes plásticas, etc.
- Para evitar la propagación de enfermedades infecto contagiosas o de transmisión sexual, se deben crear dispositivos en los centros de salud de cada localidad, que hagan más fácil el acceso de esta población a los servicios médico-asistenciales a un bajo costo, tales como exámenes de laboratorio, medicina preventiva, medicina general y facilitarles medicamentos a bajos costos. También es necesaria la orientación psicológica y espiritual mediante un acercamiento voluntario y un seguimiento terapéutico.
- Ofrecer cursos de capacitación en pequeña y mediana empresa, mediante un trabajo social y humanitario.
- Que los estudiantes de instituciones de educación superior realicen investigaciones de campo para así recolectar información y ofrecerla a las entidades del Estado.
- Restablecer en las ciudades las zonas de tolerancia para delimitar el ejercicio de la prostitución masiva, facilitando así el control sanitario y el tratamiento social del problema.

2.4.4.9 Análisis. La prostitución es entonces consecuencia de diversas causas sociales, culturales, económicas, etc. Que se ve reforzada a diario por factores como la indiferencia de los ciudadanos y de las políticas de gobierno; por lo cual, es necesario el refuerzo de acciones estatales y de la comunidad para ayudar a la persona que se prostituye a salirse de este oficio, o si se mantiene en él, adquirir seguridad para ejecutarlo, como espacios apropiados, garantía de derechos, salud integral, normas de convivencia, etc.

Pues, la prostitución a diario crece y con ella varios problemas que afectan a las mismas personas que la ejercen y a la sociedad donde se presenta, verbigracia, no tener una salud idónea, podría propagar un grave deterioro de la persona que ejerce este oficio, de su familia y de la sociedad, pudiéndose transmitir enfermedades graves e incurables como el VIH/SIDA.

2.5 MARCO CONCEPTUAL

2.5.1 El trabajo sexual desde la perspectiva de los estudios de género.

2.5.1.1 La trascendencia de una identidad de género al ejercer el Trabajo Sexual. El Trabajo sexual es ante todo una elección trascendente en la sexualidad de cada individuo; determinante y determinado en la relación sexual son sólo una forma de leer la situación, pues esta conlleva un sinnúmero de vertientes que son diferentes en hombres, mujeres y personas transgeneristas, ya que su proceso psicológico y cultural se modifica e implica una reconstrucción del quehacer social. Por lo tanto diferenciar la perspectiva de género de las personas que intervienen en ella perfila simbologías y representaciones de las relaciones de poder inherentes, que permiten observar la estigmatización a la cual se ven sometidas y que es, “producto de la institucionalización de un patrón injusto de interpretación y valoración cultural que difícilmente le da cabida a la diversidad y a la pluralidad (...) con actitudes y

comportamientos excluyentes que hacen que las personas que ejercen la prostitución constituyan uno más de los tantos grupos marginados en Colombia”.⁵²

Este entramado de relaciones de poder permiten el entendimiento de las relaciones diferenciales entre las personas en situación de prostitución partiendo del supuesto de que “cada ser humano tiene una identidad de acuerdo al mundo al que pertenece, a una condición y a una situación; (...) mujeres y hombres han construido un mundo de miradas distintas, en el cual hombres y mujeres no tienen el mismo acceso a las formas de saber reconocidas”⁵³, pues las “características que socialmente se consideran apropiadas para las mujeres y los hombres, y que se conocen con el nombre de roles de género, son un amplio repertorio de comportamientos y de valores que, desde la deseabilidad social, para cada cultura y momento histórico, delimitan el contenido de la masculinidad y la feminidad siendo adquiridos a través de los mecanismos de control que pone en juego el proceso de socialización”⁵⁴; De esta forma, se va estableciendo la adquisición de un “rol o papel de género y, desde ambos, ya sea en concordancia o en discordancia con los mismos y las expectativas sociales, se expresa un comportamiento sexual que conlleva la forma o estilo de la actividad sexual individual”⁵⁵..

Existe allí una serie de determinaciones psicológicas y culturales que han forjado la historicidad de un accionar presente casi en la totalidad de poblaciones humanas y que en Colombia se constituye en “una relación asimétrica entre desiguales en términos de poder económico, político, físico o simbólico, que por tanto supone ejercer violencia sobre el polo más débil y violar sus derechos humanos y sus libertades fundamentales (...) Tanto por el origen económico y sociocultural de quienes la ejercen, como por la “naturalización” del oficio, en Colombia el fenómeno de la prostitución presenta rasgos muy graves de

⁵² FRASER, N. La justicia social en la época de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación. (1997)

⁵³ LAGARDE, M. Los Cautiverios de las Mujeres: Madres, esposas, Monjas, Presas, Putas y Locas. Universidad Nacional Autónoma de México, 1993.

⁵⁴ MARTÍNEZ, I. y BONILLA, A. (2000). *Sistema Sexo/Género, Identidades y Construcción de la Subjetividad*. Universidad de Valencia.

⁵⁵ SAEZ, C. Violencia y Proceso de Socialización Genérica: enajenación y trasgresión, dos alternativas extremas para las mujeres. En: *Violencia y sociedad patriarcal*. Ed. Pablo Iglesias. Madrid. (1990).

invisibilidad social y de insensibilidad ética”⁵⁶ según admite la misma Consejería Presidencial.

No obstante el conocimiento que las autoridades tienen del problema, de la violación de derechos y libertades fundamentales, las soluciones son escasas, pues si bien es cierto la protección social de los derechos a la salud y la seguridad social no son las mejores en la generalidad del ordenamiento jurídico colombiano, poco es lo que se hace para manejar la desprotección del grupo específico. Tal vez uno de los rasgos más fuertes del problema y que reconoce la Consejería Presidencial, es el atinente a la invisibilidad social y la insensibilidad ética. En primer lugar porque la invisibilidad social “hace recaer toda la estigmatización de una conducta forzosamente dual, y rechazada socialmente, sobre uno de los integrantes de la relación, la prostituta. Aquí se opera una transmutación en lo que se comercia, la actividad sexual, es vista como vicio y degradación, en la medida en que se relaciona con la vendedora del servicio, la cual queda así estigmatizada como “puta”, pero se transforma en una mercancía como cualquier otra cuando se relaciona con el comprador, que es etiquetado simplemente con la denominación neutra de “cliente”, que se aplica indiscriminadamente al demandante de cualquier mercancía o servicio”⁵⁷, siendo así que los terceros necesarios de la relación (Establecimientos comerciales, bares, residencias, sujetos particulares de las pequeñas mafias locales), quedan totalmente excluidos, de los juicios de valor, el “cliente” es visto como un simple usuario de servicios, y todo el fenómeno social deviene en la población particular que ejerce la actividad. “La estigmatización opera de diferentes maneras: en el caso de las mujeres trabajadoras sexuales, la mirada pública cae sobre ellas de modo casi exclusivo, mientras que los hombres (tanto homosexuales como heterosexuales) y los/las transexuales que trabajan en el sexo tienden a ser invisibilizados”⁵⁸

⁵⁶Consejería Presidencial para la juventud, la mujer y la familia. (1994). *Prostitución: Segundo y Tercer Informe Periódico de Colombia Presentado al Comité Para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer*.

⁵⁷JULIANO, D. (2002). *La prostitución: El Espejo Oscuro*. Icaria. Barcelona

⁵⁸AGUSTÍN, Laura M^a. *Trabajadores migrantes en la industria del sexo*, Introducción de “Tráfico y prostitución: experiencias de mujeres africanas”, Ed. LikinianoElkartea, Bilbao, 2003.

La realidad más visible socialmente es la del prostitución femenina pues la prostitución como fenómeno social es generalmente abordado bajo el enfoque de la dominación sexual, así pues muchos grupos feministas tienen como consenso al respecto el “eliminar la prostitución forzada, la prostitución infantil y adolescente y el tráfico de personas” y defienden sobre la “prostitución voluntaria” dos posiciones, “una, que postula que se trata de una actividad que las mujeres pueden ejercer libremente porque tienen derecho a disponer de su cuerpo. Otra, que sostiene que la prostitución voluntaria no existe porque atenta contra la dignidad humana.”⁵⁹

Pero esta distinción entre prostitución forzada (que implica una conducta punible consagrada en las normas penales) y una prostitución voluntaria (no prohibida por la normativa colombiana) puede establecer la determinación final en la “voluntad libre de la persona”, lo cual no es del todo cierto, -por lo menos en el contexto colombiano-, pues aunque es difícil determinar la magnitud de la problemática en Bogotá, la investigación realizada por Olga Cabrera, auspiciada por la Cámara de Comercio de Bogotá en 1991, registró “14.211 mujeres, que ejercen la prostitución en espacios organizados (77%) o en la calle (23%). La mayoría, especialmente las mayores de 20 años, señalan como causas de su ingreso a este oficio, la carencia de ingresos, la falta de capacitación y la violencia en el hogar. En el grupo de menores de 20 años, el factor de mayor peso es la violencia en el hogar, el maltrato laboral por parte de los patrones, el abandono temprano por parte de sus padres, la deserción escolar y las condiciones de extrema pobreza. El 41% de la población estudiada cuenta con primaria incompleta; el 36% terminó la primaria o cursó algunos años de secundaria, lo cual no les permite acceder a ocupaciones bien remuneradas”.⁶⁰ Estos resultados pueden servir como base para la determinación de una de las causas generalmente esgrimidas frente al fenómeno de la prostitución, a saber, la falta de recursos económicos, no obstante, el estudio de la Cámara de Comercio sólo indica circunstancias superficiales, pues no involucra población masculina dentro del análisis, y no muestra las

⁵⁹. QUINTANILLA, Tammy. Prostitución, derechos humanos y libertad sexual Serie Prostitución, Promoción Cultural Creatividad y Cambio, pág.16, 2000.

⁶⁰. Cámara de Comercio (1991). La prostitución en el centro de Bogotá. Bogotá D.C, dirección de Olga Cabrera Fadul.

posibilidades de acceso de estas trabajadoras sexuales en otras áreas laborales, la existencia de programas gubernamentales o no gubernamentales que ofrezcan otra forma laboral, y se limita a ver la causa como el fin mismo del fenómeno, de acuerdo con la investigación realizada por la Cámara de Comercio, “el 36.3 % de las mujeres que ejercen la prostitución señalan como causa principal para su actividad la carencia de ingresos. El 27.4% argumenta la falta de capacitación, el 22.3% violencia en el hogar, el 10.2% la ausencia de otro empleo y el 3.8% otras causas, pudiendo deducir que el 73.8% de este fenómeno fundamentalmente obedece a razones de tipo económico”⁶¹. Lo cual inclinaría a pensar que como se afirma “la raíz profunda de la prostitución en Colombia, es económica y se localiza en la defectuosa arquitectura de un Estado mal organizado (...) en donde la minoría capitalista juega al derroche de la millonada, mientras la gran masa de pueblo padece hambre física y se ve forzada a vender a pedazos su trabajo y su cuerpo para subsistir. En donde la mujer está sometida a todos los riesgos y obligaciones porque no se integra a la producción en igualdad de condiciones que el hombre, sino que vive a merced y a expensas de él”⁶²

Otro estudio de la Cámara de Comercio se enfoca en la salud y señala que, “más del 60 % de las trabajadoras/es sexuales entrevistadas/os aceptaron haber contraído una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), además de no utilizar los servicios médicos y por tanto no contar con el tratamiento adecuado: el 37.5% “no hace nada”, y el 27.5% se auto medica, con las graves consecuencias que ello acarrea para ellas mismas y para sus clientes. Un 25% acude al médico a través de los centros de salud cercanos, el 10% correspondiente a “otros” afirma que va a la droguería donde la aconsejan o que una amiga le sugiere lo que debe hacer. A todo esto la Cámara de Comercio a través de su equipo investigativo propone dos tipos de soluciones, unas Inmediatas como: comenzar por un proceso de desintoxicación pues casi la totalidad de esta población consume sustancias psicoactivas o estimulantes. Simultáneamente realizar tratamiento inmediato contra las ETS que las afectan, no sólo la parte curativa sino generar registros e información básica que facilite el

⁶¹. *Ibíd.*

⁶²ROBLEDO, A. (2003). *Inclusión, Nuevas Ciudadanías y Ética del Cuidado. En: Inclusión social y nuevas ciudadanías. Seminario internacional- memorias*. Bogotá. DABS y Pontificia Universidad Javeriana.

diseño posterior de labores de tipo preventivo. Y señala que la salud debe ser entendida desde un punto de vista integral lo cual implica tener en cuenta no solo las ETS sino los demás aspectos relacionados con el tema, es necesario abarcar lo relativo a la salud mental puesto que el ejercicio y sus elementos conexos, necesariamente dejan secuelas negativas de orden psicológico y psiquiátrico; Además propone actividades de corto y mediano plazo tales como: educación y capacitación, atención a los hijos, hogares de paso, inventario de entidades con capacidad de intervención (fundaciones y ONG's con intereses conducentes a estas metas, entre ellas, Las Hermanas Adoratrices o el Grupo Renacer), trabajo con las familias y desestimulo de los factores de oferta”⁶³.

Desafortunadamente el estudio de la Cámara de Comercio restringido a parámetros económicos y estadísticos no toca parámetros como la, “fractura del cuerpo que ocurre en el terreno de la conciencia, la desintegración que pretende distanciar el espacio afectivo familiar y el espacio del oficio, el estigma de la prostitución que es una amenaza crónica”⁶⁴, además “la amenaza percibida a la integridad de su núcleo afectivo más importante, niveles de culpabilización que tienen muy pocas probabilidades de ser exorcizados en virtud de la imposibilidad de adecuarse al modelo impuesto por la cultura”⁶⁵.

No obstante permanece enmarcada allí una decisión autónoma de una persona que ha sido socialmente puesta en el lugar de un objeto y manipulada para satisfacer los fines de otro individuo a lo largo de la historia, la reivindicación de la capacidad que se tiene para manejar su propio cuerpo y darle los fines que cada uno como ser libre desee. De allí se generaran entonces, una serie de interrogantes, a saber, ¿de qué modo pierde la mujer (y no solo ella sino toda persona de distintos géneros) la propiedad sobre su propio cuerpo?, ¿Se pierde definitivamente?, y además y con más necesidad ¿bajo que parámetros puede ser posible la destrucción de la diferencia de sexos? A estos interrogantes aunque no sea de la

⁶³ Cámara de Comercio. “La prostitución infantil y adolescente en el centro de Bogotá D.C”. Diciembre de 1993. P. 61-89. Dirección de Olga Cabrera Fadul.

⁶⁴SEGURA, N. (1993) *Prostitución, Género y Violencia*. En: *Las violencias: dinámicas y perspectivas*. Revista Foro.

⁶⁵ *Ibíd.*

forma más completa se les puede vislumbrar al pararse en un entorno circunstancial concreto, la prostitución.

Es en la prostitución, donde se puede hallar el laboratorio más común de mercantilización y objetivación del cuerpo humano; pareciera a simple vista que la persona que demanda los servicios sexuales (el cliente) y la persona que oferta sus servicios (trabajador (a) sexual) juegan a desdibujar los patrones psicosexuales de la relación erótica. Por un lado la clasificación de deseo sexual y afectividad como factores diferenciadores es destruida al verse invadida por prácticas que no obedecen a la afectividad y que distan mucho de la demarcación de un patrón general de conducta social psico sexual. No consiste sólo en una relación física o en un deseo, sino que son los patrones de dominación y de sumisión los que hacen parte de la actividad sexual, son ellos los que van marcando el desarrollo de estas actividades y su reflejo social –tal como sucede en el marco colombiano- siendo el resultado concreto de esta tensión psicológica un escenario de pobreza, rechazo y olvido social.

La prostitución expresa la relación de género socio cultural idónea pues la construcción del individuo dentro de la “comunidad de la sexualidad” es la que genera el valor agregado al elemento biológico del sexo y se visibiliza continuamente en la batalla contra los factores de determinación sociológica del individuo, lo cuales van creando y re creando el género, más allá de las fronteras biológicas. De esta manera, el entorno sociológico vincula la capacidad de adaptación a espacios abiertos y manejados por poderosas mafias locales de droga, por grupos delincuenciales y la diversidad de individuos que van haciendo de la actividad la colcha de retazos en la cual se enredan personas de todas las condiciones económicas y culturales, representativas de una serie de conflictos nacionales que como siempre vienen a encontrarse en aquellos puntos focales en los que confluyen violencias y desconocimiento.

Será pues la noción de género indispensable a la hora examinar la situación de esta actividad licita que no por el hecho de andar sin regulación legal puede obviar las garantías fundamentales de cualquier labor formal máxime cuando implica de por sí una actividad

riesgosa para la persona que la ejerce, para quienes solicitan los servicios y en general para toda la población, responsabilidad de la que el estado no desea asumir cargo como ya han tenido que hacerlo regulaciones internacionales. El estado policivo que no focaliza soluciones sino simples restricciones para contener una dinámica social preexistente al mismo Estado y posiblemente subsiguiente a él.

2.5.1.2 La inclusión jurídica de las dinámicas de género frente al acceso al servicio de salud en Colombia. Aunque es amplia la regulación internacional en materia de derechos humanos relacionados con la salud y la seguridad social, la legislación interna (a nivel general) y las regulaciones locales (en el nivel específico de Bogotá D.C) son aún insuficientes. En el plano general el estado colombiano como Estado Parte de la Organización de Naciones Unidas reconoce y es receptor directo de las directivas del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el cual a través de distintas observaciones⁶⁶ ha recalcado la importancia de que los Estados Parte promuevan políticas internas para la garantía real de las libertades de los ciudadanos “a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”⁶⁷; La presente investigación, pese a partir en primera instancia del acceso a la atención en salud de esta población en específico, no puede obviar que otros factores –los servicios jurídicos, sociales y sanitarios inherentes al servicio- son prestados con diferenciación frente a las perspectivas de género de las personas que acuden a ellos, y que esto implica visibilizar el cómo y por qué se accede al servicio de salud, las implicaciones socioculturales en cada situación concreta, y como suplir los diferentes vacíos jurídicos como la determinación del carácter laboral de este oficio y las consecuentes responsabilidades que para efectos de afiliación al sistema general de salud y seguridad social puedan conllevar. No puede obviar que mas allá del Trabajador (a) y la persona que solicita sus servicios sexuales existe todo un círculo de terceros en la

⁶⁶ Véanse por ejemplo las observaciones generales No. 14,16,18,19 y 20 referentes al derecho al más alto nivel posible de salud, la igualdad de derechos de hombres y mujeres en el goce de los DESC, el derecho al trabajo, el derecho a la seguridad social y la no discriminación en los DESC.

⁶⁷ Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, observación general No. 14, Artículo 12, Párrafo 8.

relación que al proyectar una política pública no pueden ser obviados, cuéntese entre ellos establecimientos comerciales, bares, residencias, etc.

En el contexto local puede observarse la conservación de una línea de equidad de género, respeto por la diversidad y conservación integral de la salud dentro de las políticas públicas distritales, desde los programas de gobierno vigentes durante los periodos 2004-2007 y 2008-2011; evidencia de este interés se encuentran normativas tales como el decreto 608 de 2007⁶⁸, el acuerdo 308 de 2008⁶⁹, el acuerdo 371 de 2009⁷⁰, trascendentes en el sentido de asegurar el respeto por la efectividad de derechos sin discriminación de género y aseguramiento de planes en prevención, promoción y acceso a los servicios de salud dentro del Distrito Capital.

Otro objetivo de la política pública debe ser encaminado al cubrimiento y el control estatal sobre una situación de no resuelta de manera efectiva, tal es su magnitud que el cubrimiento de necesidades básicas como brigadas de salud y campañas preventivas es desarrollado en su mayoría por entes privados (fundaciones y corporaciones) que se encargan de suplir la misión estatal de garantizar derechos fundamentales.

La organización y el cubrimiento de programas en salud que eliminen defectos existentes entre los que podrían contarse el dejar descubierta la naturaleza de la profesión de las

⁶⁸"Por medio del cual se establecen los lineamientos de la Política Pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, *gay*, bisexuales y transgeneristas - LGBT - y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital, y se dictan otras disposiciones" expedido el 28 de Diciembre de 2007.

⁶⁹ Por el cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012 el cual busca afianzar una ciudad en la que se reconozcan, garanticen y restablezcan los derechos humanos, una ciudad incluyente, justa y equitativa, en la que la diversidad y la interculturalidad sean una posibilidad (Art.1), basada en los principios de Integralidad, equidad, solidaridad, perspectiva de derechos y diversidad con programas como: Bogotá sana, Garantía del aseguramiento y atención en salud, Fortalecimiento y provisión de los servicios de salud, Bogotá respeta la diversidad, Bogotá positiva con las mujeres y la equidad de género. Adoptado el 09 de junio de 2008.

⁷⁰Por medio del cual se establecen lineamientos de política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas-LGBT- y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el Distrito Capital bajo principios de Titularidad y efectividad de derechos, Autonomía, Identidad (derecho que tiene toda persona a construir para sí una autodefinición con respecto a su cuerpo, su sexo, su género y su orientación sexual) y Equidad expedido el 01 de abril de 2009.

personas que a ellos acuden frente a sus hijos y familiares, la inconstancia y deficiencia de las capacitaciones brindadas, la ausencia de los servicios particulares requeridos en el quehacer cotidiano lleno de escenarios de violencia y drogadicción además de evitar el desprecio de la atención médica debido a los cuestionamientos que dicho personal puede hacer de su situación sexual, dotándose de personal capacitado para afrontar a una población bastante compleja. En este contexto la propuesta planteada en la presente investigación habrá de señalar además de las relaciones específicas de salud un enfoque incluyente que respete la diversidad sexual y la expectativa de género construida y adoptada por cada una de las personas que ejercen la prostitución.

2.5.2 Vulnerabilidad. Al hablar de la población de Trabajadores(as) sexuales, la presente investigación pondrá de relieve en varias ocasiones su vulnerabilidad en el contexto colombiano, de allí la importancia de señalar sucintamente un concepto bajo el cual se trabaja esta calificación. Al respecto el Ministerio de la Protección social ha señalado que “El trabajo directo con las poblaciones en contextos de vulnerabilidad debe orientarse según un enfoque diferencial. Es necesario reconocer que existen sectores de la población que por sus condiciones sociales, económicas y laborales son más vulnerables a la transmisión del VIH/sida y en tal sentido se hace indispensable el desarrollo de intervenciones específicas que, teniendo en cuenta características y particularidades de las comunidades mayormente afectadas, permitan la prevención de la transmisión y la ocurrencia de nuevos casos. El enfoque de vulnerabilidad focaliza las intervenciones preventivas partiendo del reconocimiento de condiciones sociales y económicas de vida de ciertos sectores de población que hacen que la susceptibilidad de la población a la infección por VIH/sida sea más alta. Por lo mismo, es preciso que las sociedades movilicen intervenciones que favorezcan el cuidado de la salud en las poblaciones más afectadas por la infección”⁷¹.

⁷¹ Consultado en la Web: http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Paginas/Observatorio2prevencion_poblaciones_vulnerables.aspx en fecha 2 de febrero de 2012.

2.5.3 Prostitución y trabajo sexual. ¿Cómo leer una labor históricamente estigmatizada? Para los propósitos que inspiran la presente investigación y por el reconocimiento otorgado jurisprudencialmente debemos distinguir entre el concepto de Prostitución y el de Trabajo Sexual, pues aún cuando desarrollan una misma actividad, su diferenciación conceptual acarrea nociones jurídicas muy distintas. En primer lugar la Prostitución puede leerse psicológicamente como el “interés de entrega de un individuo a cualquier otro, con absoluta indiferencia emocional”⁷²; sociológicamente como “el ejercicio de transgresión de normas sociales, que implica marginación social”⁷³; económicamente la prostitución es “una transacción comercial en la que la oferta está representada por la persona prostituta y la demanda lo está por el cliente que paga por la relación sexual”⁷⁴.

Distinta es la mirada desde la noción de Trabajo Sexual pues según la Corte Constitucional de Colombia: “la prostitución es una actividad lícita sí en su ejercicio media de modo íntegro y persistente la voluntad libre y razonada, en particular de la persona que vende el trato sexual”. Estimando además que “la relación de las trabajadoras sexuales con los administradores de los establecimientos en los cuales se realiza esta actividad, es una relación laboral, por encontrarse allí la prestación personal del servicio, la subordinación y el pago de un salario como remuneración ordinaria, fija o variable, es decir, un contrato de trabajo y así debe ser entendido, cuando el o la trabajadora sexual ha actuado bajo plena capacidad y voluntad, cuando no hay inducción ninguna a la prostitución, cuando las prestaciones sexuales y demás del servicio, se desarrollen bajo condiciones de dignidad y libertad para el trabajador y por supuesto cuando exista subordinación limitada por las características de la prestación, continuidad y pago de una remuneración previamente definida”⁷⁵.

⁷² MILLAN, M. y RAMÍREZ, R. (1997). Alternativas de protección al fenómeno de la prostitución masculina. Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional, facultad de derecho, instituciones jurídico familiares.

⁷³ *Ibíd.*

⁷⁴ *Ibíd.*

⁷⁵ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-629 de 2010. Magistrado Ponente Juan Carlos Henao Perez.

2.5.4 factores de riesgo de la prostitución. Los “factores de riesgo”, son para la presente investigación entendidos en dos niveles de protección: primero frente al ejercicio de la función (causas de ingreso a esta actividad) y luego frente a la estrecha relación de este oficio con la salud de las personas que la ejercen y de sus familiares (consecuencias). En primer lugar, frente al ejercicio de la función y como Factores-Causa encontramos ejemplos como: La desintegración familiar; violencia intrafamiliar; Factores socioeconómicos y otros que pueden evidenciarse en propuestas investigativas como las realizadas por la Cámara de Comercio de Bogotá D.C.⁷⁶, que distingue tres factores básicos de ingreso a esta actividad tales como: 1) De carácter familiar: Donde se encontró que el principal factor que predispone a la práctica de la prostitución, corresponde a la violencia física en el grupo familiar expresada por el 24.3% de las personas encuestadas, le siguen en su orden, el conflicto familiar (17.8%), la violencia psicológica (15.8%), y el tener padres adictos (10%), un 8.5% adujo la crianza a través de terceros, el 8.1% mencionó el abandono, el 5.5% manifiestan que “les obligaron a salir del hogar”, otro 5.5% aduce el embarazo no aceptado en el Hogar, un 2% aduce otros factores y sólo el 2.5% afirma haber ingresado por su propia voluntad. 2) Factores de carácter psico afectivo: el rechazo sentido en el hogar 45.5%, la violación con el 35.8% con el agravante de que en muchos casos las agresiones sexuales causadas se dan por personas cercanas al núcleo familiar, un 10% aduce la decepción amorosa y un 8.7% no responde. 3) De carácter económico: ingresos insuficientes (48.7%), falta de otro empleo (25.6%), falta de capacitación (18%) y otros (7.7%); En este mismo enfoque y como Factores- Consecuencia al ejercicio de esta actividad encontramos: Los riesgos de una vida en la calle la mayoría de veces nocturna; los que se desprenden del contacto sexual; los de riesgo común suyo y de su núcleo familiar; síndromes de Estrés Posttraumático (SEP) (pues ejercer la prostitución no solo repercute en enfermedades de transmisión sexual (ETS), sino que abarca el campo integral de la salud, como en este caso la salud mental).

⁷⁶ Cámara de Comercio de Bogotá D.C, Op. cit.

2.5.5 Perspectiva de género. La perspectiva de género más allá de la lectura sociológica o política que pueda realizar es, -tal como lo asegura el Ministerio de Protección Social- “una herramienta de análisis social cuyo propósito es hacer visibles desigualdades e inequidades en el contexto de las relaciones sociales de poder, de dominación y exclusión, establecidas entre hombres y mujeres. Esta perspectiva también tiene en cuenta las experiencias, realidades, luchas y necesidades de las personas que se ubican fuera de los marcos normativos en los que se organizan socialmente las identidades de género y las sexualidades. Es decir, la perspectiva de género incluye a gays, lesbianas, bisexuales y personas trans; quienes experimentan situaciones de desigualdad y discriminación por cuestionar las normas de la heterosexualidad obligatoria y del binarismo de género que solo permite la existencia de dos identidades claramente marcadas: mujer-femenina/ hombre-masculino”⁷⁷.

2.5.6 Enfoque diferencial en salud. Por ser este concepto, Transversal dentro de la investigación aquí planteada, y pese a que posteriormente se hará un análisis específico del mismo, es necesario plantear un concepto previo que enfoque su comprensión. Así pues el Enfoque Diferencial se entiende como el “método de análisis, actuación y evaluación, que toma en cuenta las diversidades e inequidades de la población en situación o en riesgo de desplazamiento, para brindar una atención integral, protección y garantía de derechos, que cualifique la respuesta institucional y comunitaria”. Involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada de grupo socioeconómico, género, etnia e identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez⁷⁸La Asociación para el Trabajo Interdisciplinario, ATI, Programa de Equidad y Desarrollo señala que “el enfoque diferencial involucra las condiciones y posiciones de los/las distintos/as actores sociales como sujetos/as de derecho, desde una mirada grupo socioeconómico, género, etnia e

⁷⁷Consultado en la Web: http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/prevencion_poblaciones_vulnerables/a_poblaciones_vulnerables/TRANS.pdf, en fecha 15 de enero de 2012.

⁷⁸ Consultado en la Web: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=21&ContentTypeId=0x0100B5A58125280A70438C125863FF136F22>, el 12/02/2012

identidad cultural, y de las variables implícitas en el ciclo vital - niñez, juventud, adultez y vejez.”⁷⁹

2.5.7 Agentes involucrados. Al ser necesario involucrar a una serie de individuos relacionado directamente con el trabajo sexual, durante la presente investigación se utilizara este término para denominar genéricamente a todos las personas que realizan tareas de apoyo directo a quienes prestan servicios sexuales, tales como taxistas, meseros, vigilantes y personal de seguridad, personas de administración y de limpieza de los locales, los “protectores” de personas que trabajan en la calle, así como las personas jurídicas en donde se desarrollan estas labores, etc.

2.5.8 Igualdad. Aunque la Constitución Política de 1991 defina en su artículo 13 el principio de igualdad y de su lectura se desprenda entonces que todos los seres humanos, por el hecho de serlo, son esencialmente iguales, las personas cuentan con unas condiciones particulares que establecen diferencias entre ellas, siendo deber del Estado buscar la manera de equilibrar las desigualdades reales, para lo cual se establece que el Estado adoptará medidas que favorezcan a los grupos marginados o discriminados.

Del principio a la igualdad, Según Pérez, se desprende el derecho subjetivo a la igualdad, que “consiste en la facultad que tienen las personas de exigir de las autoridades el mismo trato frente a otras colocadas en idénticas circunstancias de hecho”⁸⁰ (Pérez, 2003, p. 296). Al respecto, la Corte constitucional en sentencia C- 221 de 1992, citada por Pérez, 2003, expresó “ese principio a la igualdad es objetivo y no formal: él se predica de la identidad de los iguales y de la diferencia entre los desiguales (...) el principio según el cual no se permite regulación diferente de supuestos iguales o análogos y prescribe diferente normación a supuestos distintos. Con este concepto solo se autoriza un trato diferente si está razonablemente justificado”⁸¹. De esta manera, la igualdad implica un trato

⁷⁹ *Ibíd.*

⁸⁰ Pérez, Jacobo. Derecho Constitucional Colombiano. Temis S.A. Bogotá: Temis S.A. 2003, p. 296

⁸¹ *Ibíd.* p. 296.

diferenciado que debe estar justificado razonablemente, pues de no estarlo se estaría trasgrediendo este principio.

2.5.9 Salud.

2.5.9.1 ¿Qué se puede entender por salud? Por salud se entiende un estado de bienestar, donde se comprenden varios aspectos del ser humano, como se desprende de la definición de salud que ofrece la Organización Mundial en Salud "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedad"⁸².

Gómez y Guzmán señalan que la salud se puede entenderse en nuestros días a través de varias perspectivas, se han destacados dos enfoques principales, la salud como bienestar y como la relación entre salud, vida y trabajo; la primera hace referencia a “la necesidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del entorno, como sensación y percepción placentera y agradable, como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna a través de la satisfacción de necesidades básicas, emocionales y sociales de un individuo, para favorecer el desarrollo de su personalidad” y la segunda connota “la calidad de vida de los seres humanos; la salud no sería tan importante si no guardara estrecha relación con una vida plena en toda su potencialidad intelectual y de desarrollo en el campo laboral, necesario para obtener un alto grado de autoestima y desarrollo humano deseable”⁸³

Estos enfoques permiten pensar por un lado, que todo el entorno de un individuo, su trabajo, su medio familiar, social, sentimental y en sí su medio ambiente, puede influir en su bienestar o en la posibilidad de que se presente un malestar o enfermedad, ya que el ser humano es un ser social. Por otro lado, al ser la salud un servicio que se presta bajo principios como la universalidad, debe extenderse su prestación hacia la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación.

⁸² Organización Mundial en Salud

⁸³ GÓMEZ, Hernán y GUZMÁN, Fernando. La reforma a la salud y la seguridad social. 2000. Ed. Biblioteca Jurídica Diké. Bogotá. 2000, p. 39

Siguiendo la teoría de H. Blum⁸⁴ la salud se convierte en un fenómeno integral, donde interactúan factores como: la herencia, el ambiente, el comportamiento y los servicios de salud.

La herencia: según Gómez y Guzmán “determina las características biológicas de cada ser”⁸⁵. Por lo que un individuo puede tener resistencia a ciertas enfermedades o presencia de trastornos o patologías.

El medio ambiente: es aquel donde todo ser humano nace, crece, se reproduce y muere. En el cual, existen microambientes, donde las mujeres y hombres desempeñan roles, como el laboral, el familiar, el social, el académico, entre otros. Los cuales influyen en la relación y estabilidad que se da entre la salud y enfermedad del individuo, al respecto Gómez y Guzmán dicen que“ (...) el sitio del trabajo ocupa por lo menos el 40 % del medio ambiente del individuo; el ambiente familiar pudiera representar un porcentaje similar”⁸⁶. También hay otras condiciones que inciden en la salud como lo son: las condiciones climáticas, la altura sobre el nivel del mar, la ubicación geográfica, su entorno social, político, cultural y económico.

La salud se considera como una prioridad que cada individuo debe gozar para permitir no solo su desarrollo en la sociedad bajo parámetros de dignidad sino también para el desarrollo y progreso de la sociedad en sí misma; Por ello, es que consideramos necesario que las políticas de los gobiernos no sean restrictivas sino aborden todo el aspecto integral de la salud.

El comportamiento: este factor se desprende de la conducta de los individuos, que según Giraldo puede tener un origen genético (nature) o un origen originado del aprendizaje por estímulos que ofrece el medio ambiente (nurture), siendo probable que el comportamiento

⁸⁴ *Ibíd.*, p. 41.

⁸⁵ *Ibíd.*, p. 41.

⁸⁶ *Ibíd.*, p. 41

de los individuos esté formado por la combinación de estos elementos⁸⁷. Este factor, entonces hace referencia a la capacidad que tiene el ser humano de hacer su voluntad, de tener costumbres, hábitos o comportamientos que generen un riesgo o protección a su salud.

Los servicios de salud y el acceso oportuno a los mismos: a este factor lo constituye un conjunto de intervenciones que tienen como objetivo principal modificar favorablemente y mantener la salud de las personas, estas intervenciones se dirigen a los individuos aislados (servicios personales) y a las comunidades (servicios comunitarios) cuyo propósito es susceptible de estimaciones en cuanto a su eficacia y su eficiencia; En cuanto a la accesibilidad, por lo que debe procurar un Estado es por combatir todos aquellos factores que limiten o impidan el acceso a los servicios de salud a la población.⁸⁸.

Las intervenciones que constituyen los servicios de salud se pueden clasificar así: La “promoción”, es el conjunto de intervenciones que tienen como objetivo principal incrementar la salud; la “prevención”, tiende a modificar algún o algunos factores que están identificados en un grupo de personas especificadas y que probablemente pueden afectar negativamente la salud de éstas; por último, están las intervenciones “terapéuticas” o de “rehabilitación”, las cuales tienen por objeto revertir el estado de enfermedad al estado de salud o limitar el daño.⁸⁹

Promoción de la salud: este factor se refiere al conjunto de acciones y estrategias para promover y prevenir la salud, dirigidas a fortalecer las habilidades o capacidades de los individuos y también se crean políticas dirigidas a cambiar las condiciones sociales, culturales y económicas que sirvan para moderar su impacto en la salud pública e individual. Gómez y Guzmán señalan que “el objetivo de la promoción de la salud es

⁸⁷ GIRALDO, Juan Carlos. Ejercicio del Derecho a la Salud en Colombia. Primera edición. Defensoría del pueblo. Ed. Imprenta nacional de Colombia. 2000, p. 63.

⁸⁸ GÓMEZ Y GUZMAN., op. cit.

⁸⁹ *Ibíd.*

generar un compromiso entre el individuo, la colectividad y el Estado para destinar recursos, fijar políticas y crear las condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control sobre los procesos de salud, mejorar sus hábitos, eliminar riesgos y afrontar las consecuencias que puedan menoscabar el bienestar general”⁹⁰ procurando de esta manera, el bienestar buscado por las personas.

La salud tiene dos extremos que son, la muerte, o la no existencia, y el otro el de la salud plena, y puede cambiar constantemente según la exposición de los individuos a los factores antes mencionados; cuando los efectos de la exposición a uno o varios factores lleva a las personas al punto extremo de la muerte, se habla de agentes patógenos, y cuando los efectos las llevan al punto extremo de la salud plena se denominan agentes protectores o terapéuticos⁹¹.

2.5.9.2 Salud y Estado Social de Derecho En la Constitución Política de 1991 la salud es referida principalmente como un servicio público y como un derecho, por esto a nivel constitucional según la Defensoría del Pueblo citada por Quinche, la salud opera⁹²:

- Como un derecho fundamental cuando se trata de niños, esto de acuerdo al artículo 44 de la constitución. “son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social (...)”⁹³
- Como un derecho fundamental de las personas de la tercera edad, establecido así en el artículo 46 de la Carta “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad (...)”⁹⁴

⁹⁰Gómez, Hernán y Guzmán, Fernando, op. cit., p. 44.

⁹¹ Giraldo, ob. Cit.

⁹² QUINCHE, Manuel Fernando. Derecho Constitucional Colombiano: de la carta de 1991 y sus reformas. Ed. Doctrina y ley. 2010. Bogotá. p. 308.

⁹³ Constitución Política de Colombia.

⁹⁴ Ibíd.

- Como una obligación estatal de articular políticas públicas “El estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y síquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran”
- Como componente del derecho y servicio público de seguridad social, de acuerdo al artículo 48 de la Carta.
- Como protección especial para los niños menores de un año que no estén cubiertos por algún tipo de protección o seguridad social, según el artículo 50 de la Carta “tendrán derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado”⁹⁵

El concepto de salud pasa el campo biológico a uno dinámico de nuevas concepciones sanitarias y a la responsabilidad social que se tiene sobre ella, pues tanto el Estado como la sociedad deben establecer cuáles son los recursos que van a destinar para que el ser humano pueda tener buenas condiciones de salud. Al respecto Vélez señala “En este orden de ideas la noción de salud como base de la plena realización del ser humano es hoy más amplia, involucra conceptos como calidad de vida, mínimo vital, existencia digna, acceso a educación, salud, recreación, cultura, en fin, es una noción más ambiciosa que la formulada por la OMS”⁹⁶.

La jurisprudencia constitucional colombiana ha entendido de esta forma la salud; como un estado variable o de grado que debe estudiarse en cada caso concreto, “(...) es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que inciden en mayor o menor medida en la vida del individuo.”⁹⁷ Que no sólo se limita a un estado donde no se presenten afecciones o enfermedades, sino que de acuerdo a la Organización Mundial en Salud ‘un estado completo de bienestar físico, mental y social’; de tal manera que en un Estado social de derecho la salud es tener derecho al “nivel más alto de salud posible”⁹⁸

⁹⁵ *Ibíd.*

⁹⁶ Vélez, Alba Lucía. nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado Social de Derecho. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_6.pdf

⁹⁷ Corte Constitucional, sentencia T-597 de 1993 (MP Eduardo Cifuentes Muñoz)

⁹⁸ Corte Constitucional, sentencia T 760 de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa

La Corte Constitucional históricamente ha relacionado el derecho a la salud con otros derechos, como el mínimo vital, pues éste no solo hace referencia a condiciones materiales sino también a las condiciones espirituales, a aquellos factores básicos que le son indispensables a los seres humanos para tener una subsistencia digna, configurándose así un conjunto más amplio de necesidades que le permiten al individuo vivir con decoro; pues, la alimentación y la manutención no son los únicos elementos que garantizan una vida digna, sino también la salud, la vivienda, la seguridad social, el medio ambiente y en sí condiciones que le permitan al ser humano inserto en la familia y en la sociedad desenvolverse y progresar, pues se busca garantizar la igualdad de oportunidades y preservar una calidad de vida que sea acorde al ser humano.⁹⁹

También se ha relacionado el derecho a la salud con otro derecho fundamental como lo es la vida, ya que pueden presentarse condiciones donde la falta de salud pone en grave peligro la vida, como elemento biológico, o a la vida como una condición digna; pues, no solo se relaciona la salud con la vida cuando la persona está en peligro de morir o perder definitivamente una función orgánica, sino que lo que se pretende es que el individuo pueda gozar de una vida saludable, es decir, en condiciones dignas.¹⁰⁰

Hoy la salud se ha entendido como un derecho constitucional fundamental, como lo reiteró y reafirmó la Corte Constitucional en sentencia T- 760 de 2008, al referirse que la salud es un derecho fundamental autónomo “que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos. No hacerlo conduce a que se presente un déficit de protección constitucionalmente inadmisibles”¹⁰¹ la Corte vinculó su interpretación a las prescripciones de la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, donde se entendió al derecho a la salud como fundamental “el derecho a la salud supone la existencia de cuatro elementos sin la presencia

⁹⁹Corte Constitucional. Sentencia T-011 de 1998. Magistrado Ponente: José Gregorio Hernández Galindo.

¹⁰⁰Corte Constitucional. Sentencia T-395. Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero. Bogotá. 1998. Citado en: Tutela, Acciones populares y de cumplimiento. IV: 38. Bogotá: Legis Editores, S.A. 2003, p. 279-280.

¹⁰¹ Sentencia T 760 de 2008. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

de los cuales no podría sostenerse que se está garantizando la efectividad del derecho a la salud. Estos elementos son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”¹⁰². El Comité señaló la indivisibilidad del derecho a la salud con otros tales como “derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación”¹⁰³

Con el desarrollo de la jurisprudencia también se ha entendido que el Estado, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, debe garantizar los servicios de salud que están a su cargo a todas las personas, pero de manera prioritaria cuando se trate de casos especiales, y por tal motivo cuando se vea violentado el derecho a la salud puede ser protegido mediante la acción de tutela. “ (...) podrá acudir al amparo por vía de acción de tutela en aquellos eventos en los cuales logre demostrarse que la falta de reconocimiento del derecho fundamental a la salud (i) significa a un mismo tiempo lesionar de manera seria y directa la dignidad humana de la persona afectada con la vulneración del derecho; (ii) se pregona de un sujeto de especial protección constitucional y/o (iii) implica poner a la persona afectada en una condición de indefensión por su falta de capacidad de pago para hacer valer ese derecho”¹⁰⁴ cambiando así, la protección del derecho a la salud por conexidad a protegerlo de manera autónoma la jurisprudencia constitucional ha dejado de decir que tutela el derecho a la salud ‘en conexidad con el derecho a la vida y a la integridad personal’, para pasar a proteger el derecho ‘fundamental autónomo a la salud’.¹⁰⁵ Con base en lo anterior, la jurisprudencia ha señalado que debe dársele especial protección a ciertas personas de la población, ya sea por condición de su edad como las niñas, los niños o personas de la tercera edad, por encontrarse en indefensión como las personas que padecen de enfermedades catastróficas, reclusos, mujeres embarazadas o personas que están en situación de debilidad económica, física o psíquica; por tal razón, a éstas personas

¹⁰² *Observación General* N° 14 (2000) ‘El derecho del más alto nivel posible de salud’

¹⁰³ *Ibíd.*

¹⁰⁴ Corte Constitucional, sentencia T 760 de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa

¹⁰⁵ *ibíd.*

que se encuentran en situaciones de vulneración se les debe amparar el derecho a la salud de una forma reforzada.

El derecho a la salud, también se había relacionado con prestaciones económicas, porque se había creído que los derechos de libertad no suponen gasto y los derechos sociales económicos y culturales si, por ende, se salvaguardaba inmediatamente los primeros; pero, la Corte Constitucional desde sus inicios ha aclarado que si bien los derechos de segunda generación están relacionados con un carácter ‘prestacional’ no son dos categorías idénticas.¹⁰⁶ Pues, el derecho a la salud tiene tanto dimensiones positivas como negativas; las primeras suponen actuaciones del Estado y las segundas suponen una abstención de efectuar obligaciones positivas; de esta manera la Corte Constitucional señaló que no existen derechos ‘prestacionales’ por el simple hecho de sus dimensiones positivas, sino que los derechos tienen facetas prestacionales y no prestacionales.

Por otro lado, el derecho a la salud tiene obligaciones que son de cumplimiento inmediato y obligaciones de cumplimiento progresivo; las primeras hacen referencia a acciones simples del Estado que no requiere mayores recursos o porque existe urgencia y gravedad en la demanda del servicio que conlleva a que el Estado tenga que actuar de forma inmediata; las segundas, son aquellas que requieren de acciones complejas y recursos para hacer efectivo el goce del derecho.¹⁰⁷

De esta manera, la salud como derecho ha pasado de ser un derecho fundamental por conexidad a ser un derecho fundamental en sí mismo, que el Estado debe garantizar a todas las personas y principalmente a la población más vulnerable, como lo son las personas que se dedican al trabajo sexual, al estar inmersas en riesgos que pueden afectar sus condiciones físicas y mentales, para lo cual debe tener políticas públicas que se encarguen de garantizar efectivamente tal derecho, donde las y los trabajadores sexuales, realmente sean partícipes de la promoción, prevención y tratamiento de su salud.

¹⁰⁶ ibíd.

¹⁰⁷ ibíd.

2.6 DERECHO COMPARADO

La respuesta legislativa adoptada en una situación compleja, como lo es la prostitución, puede levantar polémicas de todo tipo, el enfoque para manejar este conflicto varía de un país a otro, siempre según sus condiciones sociales, económicas, políticas y culturales. De allí, que volvamos a los parámetros de regulación jurídica que históricamente se han encargado del tema, prohibicionismo, abolicionismo, legalización, neo abolicionismo y despenalización¹⁰⁸, para poder analizar hoy en día cuál de ellos es el más efectivo tanto para el orden público como disminuir y controlar los riesgos en salud que se presentan por la práctica del ejercicio de la prostitución.

Así las cosas encontramos ejemplos como el de Australia (donde la responsabilidad recae sobre los Estados federales, los cuales pueden tener diferentes enfoques para la gestión y regulación de la prostitución, caso del Territorio Capital de Australia (TCA) y el Estado de

¹⁰⁸ El prohibicionismo tiene como objetivo eliminar la prostitución penalizando todos los aspectos de este comercio. La prostitución es vista como una afrenta a la dignidad humana. El derecho penal y la aplicación efectiva de la ley son instrumentos esenciales para reducir el número de personas que ejercen la prostitución. Despenalización implica la derogación de las leyes penales sobre la prostitución. En Canadá, la despenalización de derogar todas las disposiciones penales relativas a la prostitución, incluidas las que prohíben la comunicación a la prostitución, para mantener un lupanar o prostíbulo y viviendo de los beneficios de la prostitución. La legalización es la regulación de la prostitución a través de la ley penal o de otro tipo de legislación. En esta perspectiva, la prostitución es una actividad legal, pero se rige por un conjunto de reglas que determinan quién puede trabajar y en qué condiciones. En general, los gobiernos que han adoptado un enfoque de regular el comercio a través de permisos de trabajo, las licencias o las zonas de tolerancia. El abolicionismo es a menudo visto como un compromiso entre prohibicionistas y legalización. Los defensores de este enfoque sostienen que las prostitutas mientras se decide hacer este tipo de negocio, sigue siendo una actividad inmoral. Ellos creen que los gobiernos deben tomar medidas para permitir que la prostitución exista, pero sólo en la medida en que no amenace la seguridad y el orden público. En general, los abolicionistas estaban a favor de la criminalización de la prostitución callejera. El abolicionismo Neo-equivale a considerar que la prostitución viola los derechos humanos. Los defensores de este enfoque consideran que no se opta por dedicarse a la prostitución y la prostitución en todas sus formas, es la venta y consumo de cuerpos humanos. El abolicionismo Neo-a favor de la despenalización de las prostitutas, pero quieren que los gobiernos de penalizar las actividades de los proxenetas y clientes. Tomado de: Hindle Karen, Barnett Laura, Casavant, Lyne. "Les lois sur la prostitution dans certain pays.- Division des affaires juridiques et legislatives, 2008 http://www.parl.gc.ca/CONTENT/LOP/RESEARCH_PUBLICATIONS /PRB0329-F.HTM (Consultada el 03 de enero de 2012).

Victoria. Uno con un enfoque de despenalización y control imperante¹⁰⁹ y otro con un enfoque de legalización); El de Estados Unidos, (donde leyes que rigen la prostitución son responsabilidad de los Estados Confederados con regulaciones encontradas como la de California y Nevada); Otros Estados como Suecia son neo-abolicionistas y se tipifica las actividades de los clientes y otros explotadores y no a las personas que venden sexo considerándolas como víctimas de una situación social y económica¹¹⁰; y encontramos el caso de España que a nivel nacional no ha dictado disposiciones específicas frente a la prostitución y queda en general la reglamentación a disposición de los gobiernos locales apuntado al establecimiento de reglas urbanísticas de forma similar a la situación Colombiana, reparando muy poco en la atención en salud de las personas en situación de prostitución.

2.6.1 Argentina. El 5 de enero de 1875 se expidió un reglamento sobre prostitución, el cual dio origen a los Registros de las Prostitutas; cada prostíbulo debía tener su reglamento, donde había una parte especial dedicada el estado de salud de las mujeres. Además, era obligatorio el porte de una libreta donde se demostrara que no tenían enfermedades; El 10 de septiembre de 1888 se sancionó la Ordenanza que regulaba la inspección médica de las prostitutas y ordenó la creación del Dispensario y el Sifilocomio, para atender a las personas que tenían sífilis. “todas las prostitutas inscritas debían ser revisadas una vez por semana (art. 6°) y la que no se presentaba a la revisión se consideraba enferma (art. 7°)”¹¹¹ El 17 de diciembre de 1936 el congreso sancionó la ley 12.331, llamada “Profilaxis de enfermedades venéreas”, entró en vigencia el 15 de junio de 1937 y sigue así hasta la fecha. Esta ley nace a la vida jurídica con un espíritu abolicionista de la prostitución, cuya vigencia se da en toda la nación. La creación de esta ley se debió principalmente, a la gran propagación de enfermedades venéreas como la sífilis.

¹⁰⁹ “The Prostitution Act of 1992: An Act to regulate certain aspects of prostitution”. Notified in ACT Gazette S 208: 1 December 1992; <http://www.legislation.act.gov.au/a/1992-64/19930507-4667/pdf/1992-64.pdf> (Consultado el 17 de enero de 2012)

¹¹⁰ Hindle Karen, Barnett Laura, Casavant, Lyne. “Les lois sur la prostitution dans certain pays.- Division des affaires juridiques et legislatives, 2008 <http://www.parl.gc.ca/CONTENT/LOP/RESEARCH/PUBLICATIONS/PRB0329-F.HTM> (Consultada el 03 de enero de 2012).

¹¹¹ *Ibíd.* pág. 67

Así, la ley tiene por objetivo principal organizar la profilaxis de enfermedades venéreas y ofrecer su tratamiento sanitario en todo el territorio (Art. 1) para esto se crea en el Departamento Nacional de Higiene una sección de “profilaxis de enfermedades venéreas” que debe estar dirigida por un médico conocedor de la materia. Esta ley crea la obligación para los centros hospitalarios de tener una sección a cargo de un médico especialista en la materia para dar tratamiento gratuito a las enfermedades venéreas, el Estado a su vez, está obligado a velar por aquellas personas que están contagiadas y se encuentran desvalidas, son menores o están presos (arts. 5, 7 y 8). El artículo 13, impuso el análisis prenupcial, para proteger a las esposas de los hombres que buscaban servicios sexuales.

El carácter abolicionista de la ley puede vislumbrarse en su artículo 15 donde dice “Queda prohibido en toda la República el establecimiento de casas o locales donde se ejerza la prostitución, o se incite a ella”¹¹² Sin embargo, con el transcurso de los años el carácter abolicionista de esta ley ha entrado en contradicción por Ordenanzas que tienen un espíritu reglamentarista, que buscan controlar los impactos que el incremento de la prostitución ejerce sobre la sociedad; por ejemplo, en La Plata las personas que ejercen la prostitución encuentran varias dificultades para acceder a los servicios de salud, pues en muchos casos requieren de atención especializada y urgente, que sea de acorde a sus horarios y además que no las discriminen, “Nueve de cada diez meretrices consultadas¹¹³ dijeron tener inconvenientes para el acceso a la salud. Muchas citaron un problema de horarios (casi ningún servicio funciona por la noche) y otras dijeron sentirse discriminadas en los centros asistenciales por su condición. ‘Cuando vamos al hospital, no podemos decir que somos trabajadoras sexuales’, explicó a LA NACION Susana Martínez, titular de la filial platense de Ammar”.¹¹⁴ Al encontrar dificultades en el acceso a la salud, un grupo de prostitutas de la Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina (AMMAR) trabajaron de la mano con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y crearon en el 2007 su propio centro

¹¹³ Conclusión a la que se llegó por una encuesta realizada por el Ministerio a 740 trabajadoras sexuales de La Plata, Berisso y Ensenada, entre ellas 88 travestis. http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_7826000/7826508.stm (citado el 16 de enero de 2012)

¹¹⁴ http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_7826000/7826508.stm (citado el 16 de enero de 2012)

sanitario llamado “Sandra Cabrera”. El cual ha representado un lugar más seguro, confiable y digno donde las personas que ejercen la prostitución acuden para cuidar su salud, sin ser rechazadas por su oficio o por su condición de travesti o transexual.

2.6.2 Los países bajos (Holanda). En Los Países Bajos los prostíbulos son ilegales en casi todo el siglo XX. No obstante, los grupos de trabajadoras sexuales presionan por mejores condiciones de trabajo y el reconocimiento de sus derechos por lo tanto, en el año 2000, han adoptado un sistema de licencias para regular el sector de la prostitución en el cual los municipios son los principales responsables de regular el comercio sexual, imponiendo condiciones para la admisibilidad de los burdeles con vigilancia frente a instalaciones, seguridad e higiene y el derecho de autodeterminación de las personas que trabajan en la prostitución¹¹⁵. Además, los burdeles holandeses deben cumplir con una serie de normas sobre salud y seguridad profesional¹¹⁶.

No existe en Holanda un reconocimiento médico obligatorio para las personas dedicadas a la prostitución (esta obligación es estigmatizadora, ya que alimenta la idea de que los prostitutas/as son fuentes de infección y además, los clientes pueden usar el reconocimiento médico obligatorio como excusa para pedir prácticas de sexo no seguras). La norma de los controles médicos es de cuatro veces al año, son voluntarios y se aceptan de forma general porque las personas dedicadas a la prostitución reconocen su necesidad. En las grandes ciudades existen clínicas anónimas y gratuitas a las que pueden acudir los/las prostitutas/as para someterse a un reconocimiento, puesto que a juicio del gobierno, el sexo seguro y una

¹¹⁵“El control del cumplimiento de las normas sobre licencias es un asunto administrativo. Pueden, por ejemplo, aplicar una política de máximos o prohibir la prostitución en determinados lugares, aunque conforme a la política actual, no se puede rechazar a una empresa de prostitución por motivos morales o éticos. En la práctica, la policía sigue siendo todavía quien suele encargarse de la supervisión administrativa en nombre del municipio. Además en muchos municipios, está prohibida la prostitución en la calle por la alteración que supone del orden público y por las molestias que puede ocasionar. Algunos ayuntamientos han creado zonas oficiales de prostitución tolerada en las que pueden trabajar a determinadas horas (de la noche) las personas que ejercen la prostitución en la calle. El trabajar en las zonas oficiales ha mejorado considerablemente durante los últimos años la seguridad de las personas que ejercen la prostitución en la calle y han disminuido o incluso han desaparecido las molestias en los vecindarios”. *Ibíd.*

¹¹⁶Hindle, *Op cit.*

buena información para las personas dedicadas a la prostitución y sus clientes, son la mejor protección frente al contagio de enfermedades de transmisión sexual.

2.6.3 Nueva Zelanda. Históricamente en Nueva Zelanda las leyes multaban o encarcelaban a quien solicitara servicios sexuales, mantuviese un burdel o viviera de las ganancias de la prostitución ajena¹¹⁷. No obstante estas leyes fueron retiradas cuando la “*Ley de reforma de la prostitución*” fue aprobada el 25 de junio de 2003¹¹⁸, pasando de un modelo prohibicionista a un modelo de despenalización y regulación estatal con regulaciones específicas. Los códigos de salud y seguridad se han modificado y ahora se aplican a la prostitución, por lo que los inspectores pueden entrar en cualquier momento razonable a una casa de prostitución para comprobar si se cumple la ley sobre salud y seguridad en el trabajo y si el lugar, las prostitutas y los clientes utilizan el “sexo seguro”.

¹¹⁷ New Zealand Prostitutes Collective. http://www.nzpc.org.nz/page.php?page_name=Law (Consultado el 12 de enero de 2012).

¹¹⁸ Parliamentary Counsel Office of New Zealand. Prostitution Reform Act 2003.; Véase el texto completo de la ley en <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0028/latest/DLM197815.html> (Consultado el 18 de enero de 2012).

3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

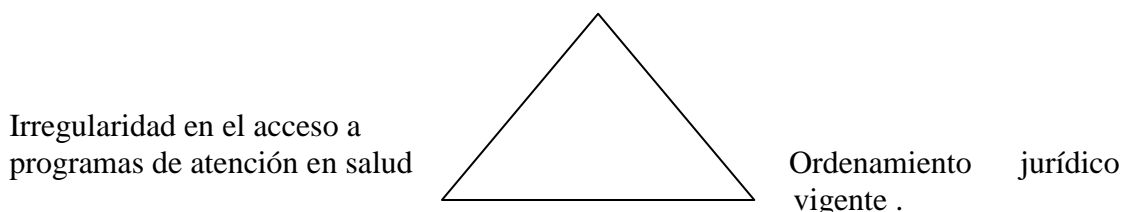
3.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL APORTE PRÁCTICO

El aporte práctico de esta investigación consiste en una evaluar la eficacia jurídica de los programas de atención en salud a personas que ejercen el trabajo sexual, el cual se realizó mediante la aplicación de encuestas, entrevistas y observaciones científicas en la zona de alto impacto en Los Mártires, Bogotá D.C, durante el periodo 2008- 2012, dentro de las cuales se aplicó entrevistas a la profesora María Mercedes Lafourie en el 2009, al historiador Andrés Olivos en el 2009, a la funcionaria del hospital medico centro oriente Nubia Valero en 2009 y a distintas trabajadoras sexuales durante el mismo periodo, conjuntamente con la aplicación de encuestas (20 muestras). Como corroboración de estos datos se tomaron nuevos registros en el año 2012 con la aplicación de encuestas a la población (muestra de 30 trabajadores (as) sexuales).

Buscando con esto resaltar, por un lado, lo insuficiente que resultan los programas en atención en salud que se les ha brindado a la las personas que trabajan en prostitución, para cubrir todas las necesidades que tienen y los riesgos a los que están expuestos diariamente; por otro lado, la importancia de identificar y reconocer jurídicamente las condiciones especiales y particulares que tienen estas personas por sus condiciones de trabajo para que se les dé un Enfoque Diferencial, buscando de esta manera contrarrestar y disminuir riesgos de contagio de enfermedades y violencia.

3.2 TRIANGULACIÓN METODOLÓGICA

Enfoque diferencial en salud



Los tres elementos que componen la triangulación metodológica son: el enfoque diferencial en salud, la irregularidad en el acceso a los programas de atención en salud y el ordenamiento jurídico vigente; al marco legal analizado anteriormente contempla medidas de regulación que no se dirigen directamente a solucionar la problemática de la irregularidad en el acceso a los servicios de salud de las personas que trabajan en prostitución; los diferentes programas en atención en salud, dirigidos a las personas que ejercen el trabajo sexual, conllevan una serie de medidas de atención que, al no proveer los medios adecuados para una atención inmediata, de calidad, y que preserve la intimidad de las personas que ejercen tal actividad, requieren ser enfocados jurídicamente para garantizar la atención debida. Entre las múltiples posibilidades jurídicas la aplicación del concepto de enfoque diferencial en salud hacia la población que ejerce el trabajo sexual, es una posibilidad que identifica a este sujeto pasivo, como destinatario de una especial protección, por sus condiciones de debilidad manifiesta y por el riesgo que comporta el ejercicio de esta labor.

Por lo cual consideramos necesario la búsqueda de nuevas propuestas jurídicas como la utilización de una interpretación amplia del concepto de enfoque diferencial en salud para estas personas, generando así un cambio no solamente dentro de la población objeto de estudio sino dentro de toda la población que ejerce el trabajo sexual en Colombia.

3.3. VALIDACIÓN DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS

3.3.1 Ficha técnica encuesta realizada en el año 2010.

1. Grupo de investigación: “Principio de enfoque diferencial”
2. Personas que ejercen la prostitución en la Zona de Alto Impacto los Mártires entre los años 2008 a 2012.
3. Unidad de muestreo personas.
4. 20 de Marzo del año 2010.
5. Zona de tolerancia ubicada ente las calles 19 a 24 y la Caracas a la carrera 17.
6. Encuesta realizada de forma personal.
7. Se encuestaron a veinte personas.
8. El objetivo de esta encuesta es diagnosticar la calidad de los servicios de salud a las que acceden las trabajadoras(es) sexuales, en cuanto a atención y servicios ofertados.
9. Número de Preguntas 6.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
si	75%	15
no	25%	5

Como puede observarse en la grafica, en el año 2010 hay un 75 % de las personas que trabajan en prostitución afiliadas al Sistema General de Salud, pero un 25% aseguran no estar afiliadas; aunque éste porcentaje sea inferior no es poco importante, pues aún sigue presentándose parte de la población que no cuenta con una entidad que les preste servicios de salud cuando sean requeridos o necesitados por estas personas.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Medicina general	57%	17
Ginecología	23%	7
Psicología	7%	2
Otro	37%	11

Las personas que trabajan en prostitución cuando buscan servicios de salud, se acercan en un 57% a consultas para medicina general y se preocupan a su vez por medicina especializada como lo es la ginecología. En la opción “otro”, que representa un 37% de la población encuestada, respondieron que era importante para ellas/ellos consultas en odontología y practicarse exámenes como el de VIH/SIDA o el Frotis vaginal.

Pese a que el ejercicio de la prostitución puede afectar la salud mental de las personas que la ejercen, ellas/ellos buscan en muy pocas ocasiones ayuda psicológica, pues, apenas un 7% acuden a estas consultas.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Si	25%	5
No	75%	15

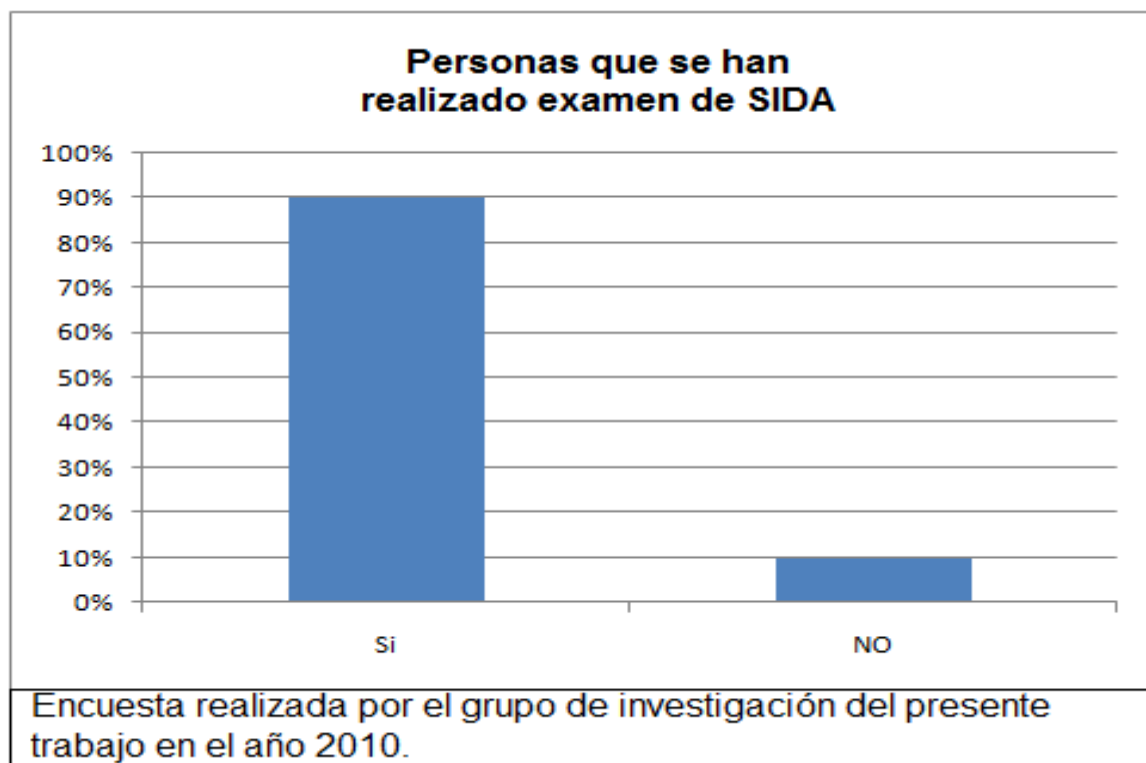
Un 75% de la población encuestada aseguro no tener conocimiento alguno de organizaciones que fueran a la Zona de Alto Impacto a realizar campañas de salud a las/los

trabajadores sexuales. Siendo poco significativo el porcentaje que si ha tenido conocimiento o le han informado que dentro de la ZAI se realizan dichas campañas.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Si	100%	5
No	0%	0

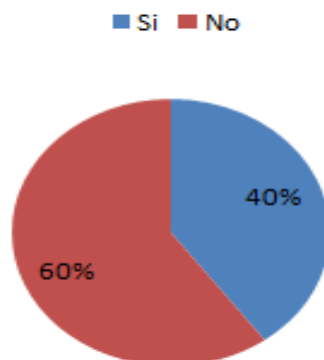
De las personas que aseguraron conocer las campañas de salud que se realizan en la Zona de Alto Impacto, el 100% de ellas aseguran asistir a dichas campañas. Representando ello, la importancia y la necesidad que tienen las personas que trabajan en la prostitución en acceder a servicios de salud dentro de su zona de trabajo.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Si se realizo la prueba de VIH/SIDA	90%	18
No se realizo la prueba de VIH/SIDA	10%	2

El 90% de la población encuestada asegura haberse realizado exámenes de VIH/SIDA, y a pesar que tan solo el 10% asegura no haberselo practicado nunca, es una cifra importante ya que, este es un examen esencial en el desarrollo de trabajo sexual, por las altas posibilidades de contagio que se presentan.

Personas que encuentran dificultades al acceder a servicios de salud



Encuesta realizada por el grupo de investigación del presente trabajo en el año 2010

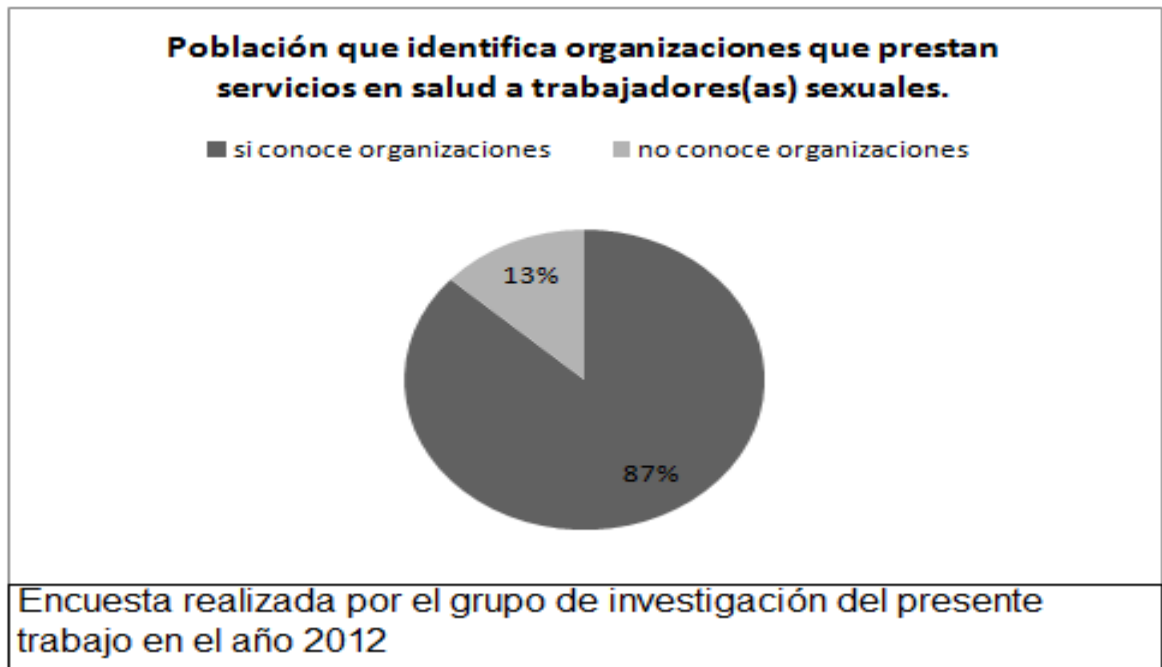
Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Si	40%	8
No	60%	12

El 60% de la población encuestada asegura que no ha tenido ninguna barrera para acceder a los servicios de salud, sin embargo, como se puede ver en la gráfica, se presentan deficiencias en la prestación de estos servicios, ya que un 40% de la población afirma haber tenido problemas para acceder a los servicios de salud.

3.3.2 Ficha técnica encuesta realizada en el año 2012.

1. Grupo de investigación: "Principio de enfoque diferencial
2. Personas que ejercen la prostitución en la Zona de Alto Impacto los Mártires entre los años 2008 a 2012.
3. Unidad de muestreo personas.
4. 20 de febrero del año 2012.
5. Zona de tolerancia ubicada ente las calles 19 a 24 y la Caracas a la carrera 17.
6. Encuesta realizada de forma personal.

7. Se encuestaron a treinta personas.
8. El objetivo de esta encuesta es verificar la vigencia de los datos recogidos en el año 2010 y evaluar la calidad del servicio de salud al que acceden las personas que ejercen la prostitución.
9. Número de Preguntas 8.

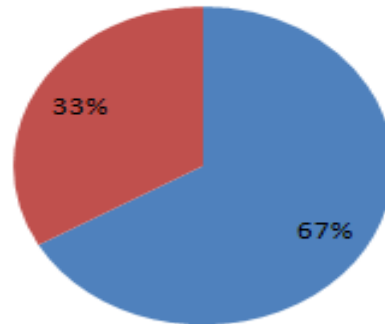


Respuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
si conoce organizaciones	87%	26
no conoce organizaciones	13%	4

Para el 2012 se ha incrementado el porcentaje de población que conoce las diferentes organizaciones que acuden a la Zona de Alto Impacto a realizar campañas de salud, representando un 87% de las personas encuestadas. Sin embargo, todavía no se ha logrado que un 100% de la población tenga conocimiento de ellas.

Asistencia a campañas de salud.

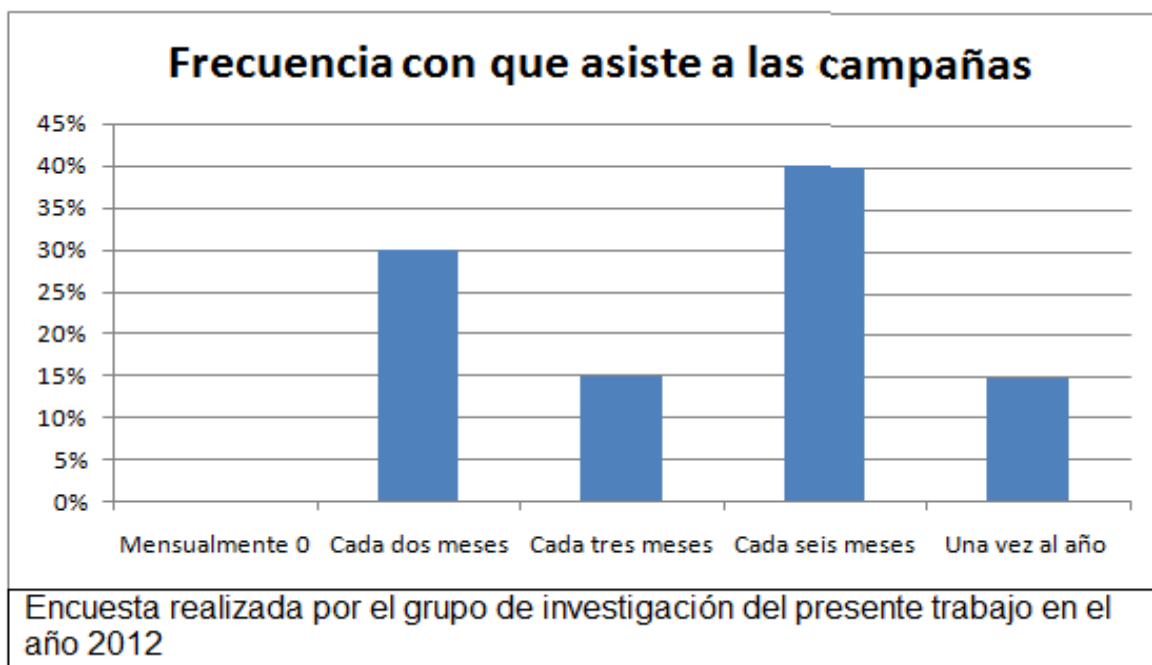
■ si asiste ■ no asiste



Encuesta realizada por el grupo de investigación del presente trabajo en el año 2012

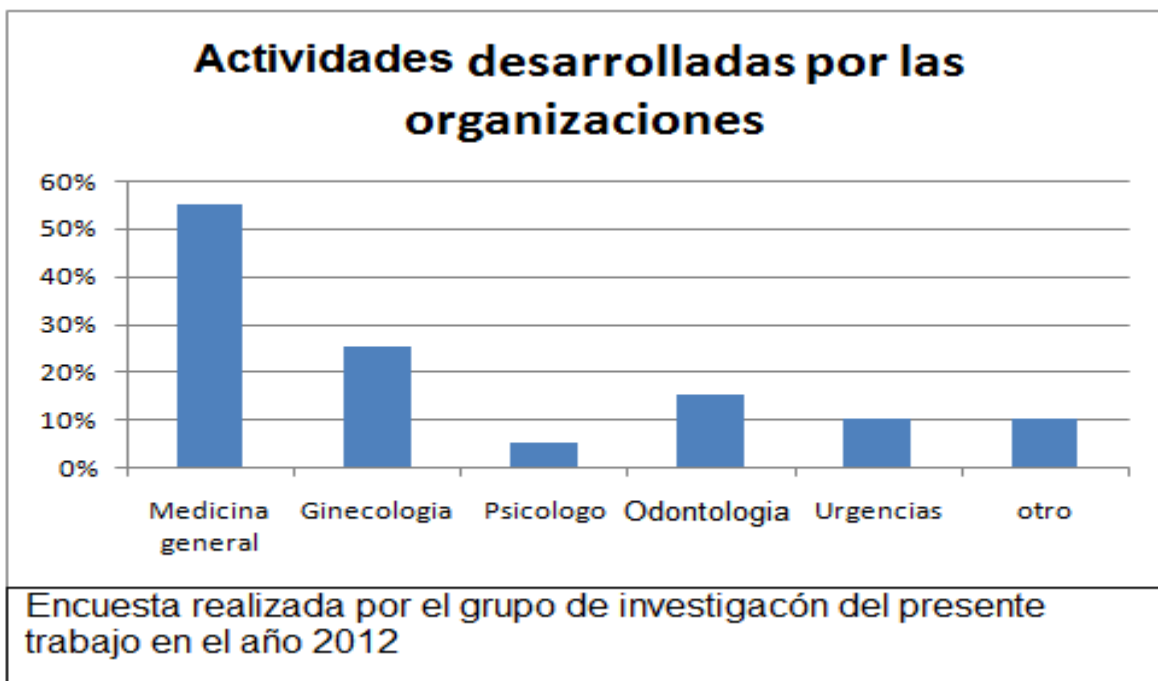
Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Asiste	67%	20
No asiste	33%	10

El 67 % de la población asegura que asiste a las campañas de salud que se realizan dentro de la ZAI, representando que cada vez éstas tienen mayor acogida dentro de la comunidad, sin embargo, todavía hay resistencia por parte de la población a asistir a dichas campañas.



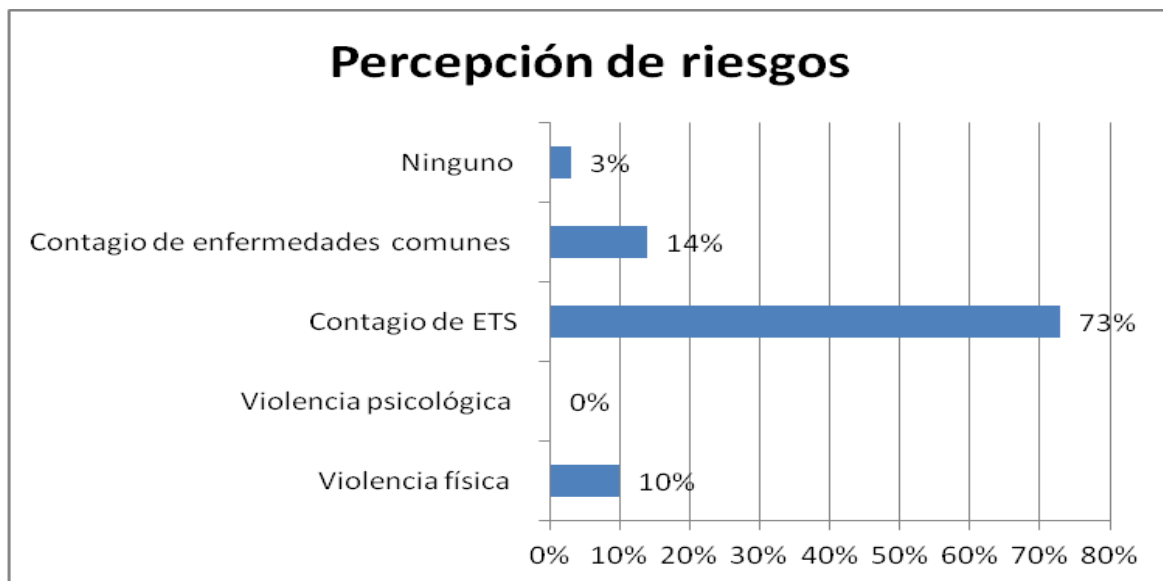
Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Mensualmente	0%	0
Cada dos meses	30%	6
Cada tres meses	15%	3
Cada seis meses	40%	8
Una vez al año	15%	3

La frecuencia con que las personas que trabajan en la prostitución asisten a las campañas de salud dentro de la ZAI es muy baja, pues varia entre dos meses a un año. Lo cual es preocupante, si se tiene en cuenta los factores de riesgo a enfermarse que tienen tanto las personas que trabajan en este oficio como las personas que buscan estos servicios.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Medicina general	55%	11
Ginecología	25%	5
Psicólogo	5%	1
Odontología	15%	3
Urgencias	10%	2
otro	10%	2

Las personas que trabajan en prostitución aseguran que las organizaciones (como la secretaria de salud y la Fundación Eudes) les prestan servicios sobretodo de medicina general, ginecología, odontología, psicología y otros.

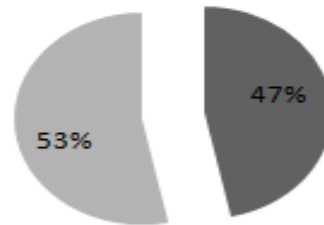


Respuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Violencia física	3	10%
Violencia psicológica	0	0%
Contagio de ETS	22	73%
Contagio de enfermedades comunes	4	14%
Ninguno	1	3%

El 73% de la población encuestada es conciente que el mayor riesgo al que están expuestos (as) en el trabajo de la prostitución es al contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual. A pesar, que la seguridad ha aumentado, la violencia física todavía sigue siendo un riesgo al cual están expuestos.

Percepción eficacia de las campañas de salud.

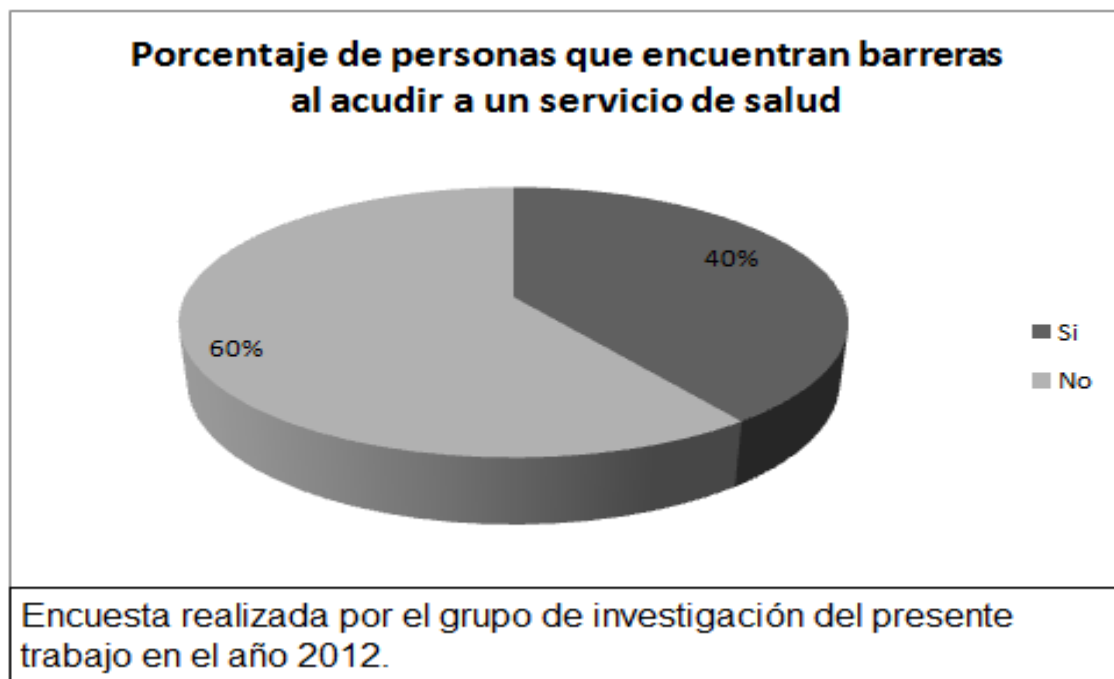
■ Positiva ■ Negativa



Encuesta realizada por el grupo de investigación del presente trabajo en el año 2012

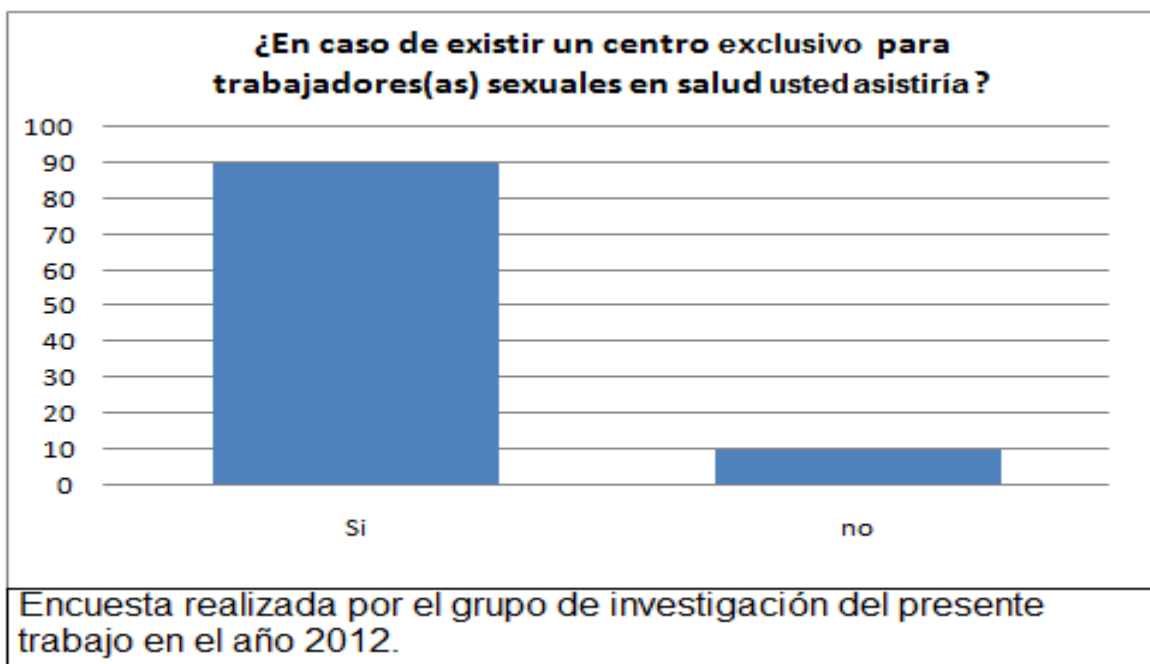
Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Positiva	47%	14
Negativa	53%	16

La percepción de las personas que ejercen el trabajo sexual pese a encontrarse muy dividida demuestra que, los niveles de confianza en los sistemas existentes y conocidos por ellos para el acceso al servicio de salud no cumplen con las necesidades exigidas por parte de los/as trabajadores/as para depositar en ellos su confianza y los tratamientos de los cuales requieren.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Si	40%	12
No	60%	18

Un sesenta por ciento de la población encuestada no encuentra problemas al momento de acceder a los servicios de salud que les son destinados, no obstante que el cuarenta por ciento de los encuestados perciban algún tipo de maltrato, rechazo, discriminación o negligencia al momento de solicitar los servicios médicos es alarmante para los índices de calidad del servicio que se presta a esta población.



Repuesta	Porcentaje	Cantidad de personas
Si	90%	27
No	10%	3

La respuesta contundente frente a la asistencia a la prestación de servicios médicos que fuesen brindados dentro de la misma Zona de Alto Impacto deja entrever la necesidad que esta población enfrenta de acceder a los servicios en salud en un lugar confiable, del cual puedan servirse con tranquilidad y sin necesidad de ocultar sus necesidades o reproches frente a la actividad que ejercen.

3.4 VALIDACION DE RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

A través de una serie de entrevistas realizadas a trabajadoras sexuales de la Zona de Alto Impacto de Los Mártires, se ha buscado complementar la visión que las herramientas cuantitativas (Encuestas) no pueden expresar frente a la visión personal del conflicto o irregularidad presente en la prestación del servicio de salud para las personas que ejercen el trabajo sexual. Así pues se ofrece al lector la ficha técnica y la guía de preguntas y

consolidado de respuestas obtenido del ejercicio cualitativo de entrevista a dos grupos de trabajadoras sexuales y una investigadora social experta, frente al acceso a servicios de salud y sus consecuencias en la población que ejerce el Trabajo Sexual.

3.4.1 FICHA TÉCNICA: ENTREVISTA

LUGAR DE REALIZACIÓN: La presente entrevista ha sido realizada en la calle 22 con carrera 16 esquina, Zona de Alto Impacto de Los Mártires, Bogotá D.C

TÉCNICA: Se ha realizado entrevista en profundidad, es una entrevista grupal, Enfocada y No Dirigida.

FECHA DE REALIZACIÓN: La entrevista ha sido realizada en Abril de 2010.

LISTADO DE ENTREVISTADOS: Grupo compuesto por Cinco Trabajadoras sexuales entre 20 y 30 años de edad y cuya identidad se reserva.

EQUIPO REALIZADOR: Yuliana Falla, Raúl D. Roncancio, Delvin Tenjo. Universidad Libre de Colombia.

MODELO ENTREVISTA REALIZADA A TRABAJADORAS SEXUALES EN LA CALLE 22 CON CARRERA 16.

Pregunta	Respuesta general de la opinión
¿Está usted afiliada al sistema general de salud?	Si, anteriormente algunas de las entrevistadas se encontraban en el SISBEN, buscando obtener un subsidio para vivienda, pero al no poderlo conseguir se afiliaron al alguna EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<p>¿Qué percepción tiene del sistema general de salud?</p>	<p>La percepción general de las personas entrevistadas es buena tanto cuando estaban en el SISBEN como en la EPS, ya que les han ofrecido los servicios que han requerido.</p>
<p>¿Alguna vez se ha sentido algún problema o barrera en la atención en salud por la profesión que desempeña?</p>	<p>No, ya que no le dicen al profesional de la salud la profesión a la que se dedican.</p>
<p>¿Usted conoce las campañas de salud realizadas por organizaciones, tales como fundaciones o entidades del distrito, dentro de la zona de alto impacto?</p>	<p>Si, se reconocen las campañas cuando va un carro móvil a practicar exámenes de VIH/SIDA y la citología, donde pueden acercarse para practicarse dichos exámenes.</p>
<p>¿Usted cada cuanto se realiza exámenes de vih/sida?</p>	<p>Entre cada 3 meses o seis meses. Cuando va la fundación Eudes no les cobran los exámenes de VIH/SIDA</p>

3.4.2 FICHA TÉCNICA: ENTREVISTA

LUGAR DE REALIZACIÓN: La presente entrevista ha sido realizada en la calle 18 con carrera 15, Zona de Alto Impacto de Los Mártires, Bogotá D.C

TÉCNICA: Se ha realizado entrevista en profundidad, es una entrevista grupal, Enfocada y No Dirigida.

FECHA DE REALIZACIÓN: La entrevista ha sido realizada en Abril de 2010.

LISTADO DE ENTREVISTADOS: Grupo compuesto por Seis Trabajadoras sexuales entre 40 y 60 años de edad y cuya identidad se reserva.

EQUIPO REALIZADOR: Yuliana Falla, Raúl D. Roncancio, Delvin Tenjo. Universidad Libre de Colombia.

MODELO ENTREVISTA REALIZADA A TRABAJADORAS SEXUALES EN LA CALLE 18 CON CARRERA 15

Pregunta	Respuesta general de la opinión
¿Está usted afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud?	Si, en algunas entrevistadas como beneficiaria de una hija.
¿Conoce usted los programas en salud la Secretaria Distrital de Salud?	No, los programas que se reconocen son los que realizan diferentes organizaciones como la fundación Eudes
¿Con qué frecuencia se realizan campañas de salud en la Zona de Alto	Fundaciones como Eudes, van entre cada 3 y 6 meses a realizar campañas gratis,

Impacto?	exclusivamente para personas que ejercen la prostitución, y los resultados de los exámenes que realizan se los llevan a la Zona de Alto Impacto para que sean reclamados de forma personal.
¿Los exámenes de VIH/SIDA son obligatorios para poder trabajar?	No, ese examen es personal y voluntario, se realiza cuando la persona quiere saber sobre su estado de salud, ya que cada quien debe procurar por cuidarse su salud. Lo que sí es obligatorio es hacer un curso del Código de Policía que realiza la Alcaldía Distrital.
¿usted cree que es necesario realizar más campañas de salud dentro de la Zona de Alto Impacto?	Si, ya que la población que ejerce prostitución tiene muchas necesidades, como atención en odontología, citología, exámenes de VIH/SIDA, ya que a pesar que trabajan con preservativo, éste no es 100% seguro. Además, la Alcandía las tiene descuidadas ya que no controlan la propagación de enfermedades y eso lleva a que tengan que pagar para practicarse los exámenes que necesitan.

¿Usted se ha sentido incomoda o ha encontrado barreras al momento de pedir un servicio de salud?	No, porque las personas que trabajan en la fundación las tratan de una manera muy amable, respetuosa y cordial. Y en la EPS, prefieren no decir su labor para no sentirse incomodadas.
--	--

3.4.3 FICHA TÉCNICA: ENTREVISTA

LUGAR DE REALIZACIÓN: La presente entrevista ha sido realizada en la calle 11 con carrera 3, Localidad La Candelaria, Bogotá D.C

TÉCNICA: Se ha realizado entrevista en profundidad, es una entrevista individual, Enfocada y No Dirigida.

FECHA DE REALIZACIÓN: La entrevista ha sido realizada en Abril de 2010.

LISTADO DE ENTREVISTADOS: Maria Mercedes Lafourie, investigadora social y docente en la Universidad del Bosque, Bogotá D.C .

EQUIPO REALIZADOR: Yuliana Falla, Raúl D. Roncancio, Delvin Tenjo. Universidad Libre de Colombia.

MODELO ENTREVISTA REALIZADA A LA PROFESORA MARÍA MERCEDES LAFOURIE

Pregunta	Respuesta de la opinión general
1. ¿Declarar a una persona que ejerce la prostitución como vulnerable y por ende dársele un tratamiento diferencial, ayudaría a que se le garantice su derecho a la	Si, teniendo en cuenta que el Estado que las protege es un Estado paternalista, pero esto mismo lleva a marginalizar a las personas que ejercen la prostitución y en el momento que se marginalizan empiezan a la luz de la practicidad a tener

salud?	derechos, presentándose casos de jóvenes que se infectan con VIH/SIDA para que les garanticen su derecho a la salud.
2. ¿cree usted que a las personas travestis que ejercen la prostitución se les restringe aún más su derecho a la salud?	Si, estas personas por el hecho de querer ser mujeres y hombres al mismo tiempo, tienen unas particularidades en su comportamiento que los llevan a hablar, moverse y en sí de expresarse de maneras que rompen con las normas de una sociedad patriarcal y por ende son rechazados. Por ende, al consumir gran cantidad de drogas de diferente índole, están expuestos sobre todo a contagiarse de VIH/SIDA y les está limitado el acceso a la salud. Además, su salud mental se ve afectada por la violencia ejercida sobre ellos, violencia que se traduce en la limitación al ejercicio de su libertad.
3. ¿existen barreras que impidan un acceso efectivo a la salud por parte de las personas que ejercen la prostitución?	Sí, pero estas barreras no solo representan la posibilidad o no de estar afiliado a una EPS, sino hace parte de todo lo que pueda representar violencia para estas personas, impidiéndoles entonces el ejercicio de su libertad y de su felicidad.
4. ¿la posición jurídica del reglamentarismo favorecería que la prestación de servicios de salud se den con más efectividad?	Sí, porque el reglamentarismo busca reglamentar el uso de los espacios, abriéndose la posibilidad a dictar normas tendientes a tratar los temas de ubicación, salud y salubridad, respetando los derechos individuales.

3.5 PROPUESTA CONCEPTUAL DE SOLUCIÓN A PARTIR DEL PRINCIPIO DE ENFOQUE DIFERENCIAL EN SALUD

Por medio del presente análisis se busca brindar herramientas conceptuales que se encaminen a regular el acceso a las garantías mínimas en salud para los trabajadores(as) sexuales, a partir del desarrollo del principio del Enfoque Diferencial en Salud; en este sentido se brindaran distintas normatividades existentes en nuestro ordenamiento jurídico y la forma en que su utilización puede regular el deficiente acceso de esta población a los programas de salud.

3.5.1 Fundamentos constitucionales. Siendo la salud un derecho fundamental de toda persona, y necesario para su protección y garantía el debido desarrollo reglamentario, el Estado ha de brindar un conjunto de medios de protección institucional a los individuos para generar los ingresos suficientes en orden a una subsistencia digna, que garantice el goce efectivo de los derechos fundamentales, las medidas necesarias y adecuadas para el cumplimiento del acceso, cubrimiento y ejecución de derechos que son parte de un servicio público inherente a la finalidad social del Estado, garantizando con ello el acceso real, la aplicación eficaz, la atención especializada y una protección de la persona que ejerce el trabajo sexual. Todo esto en desarrollo del principio de progresividad que rige las relaciones de salud; buscando un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedad, evitando la vulneración de los criterios de igualdad en el trato, respetando la intimidad personal y evitando la exclusión social por parte de las autoridades y la población en general.

3.5.2 Valoración de la realidad colombiana. La omisión de una regulación específica para el ejercicio del trabajo sexual en Colombia ha generado históricamente que esta población sea más susceptible y se encuentre cada vez más lejos de lograr satisfacer sus necesidades básicas de prestación de servicios.

No obstante, dicha omisión ha sido puesta en evidencia de forma radical tras el fallo de tutela T-629 de 2010 de la Honorable Corte Constitucional, donde se afirma que la prostitución es una actividad lícita sí “en su ejercicio media de modo íntegro y persistente la voluntad libre y razonada, en particular de la persona que vende el trato sexual”. Estimando además que “la relación de las trabajadoras sexuales con los administradores de los establecimientos en los cuales se realiza esta actividad, es una relación laboral, por encontrarse allí la prestación personal del servicio, la subordinación y el pago de un salario como remuneración ordinaria, fija o variable, es decir, un contrato de trabajo y así debe ser entendido, cuando el o la trabajadora sexual ha actuado bajo plena capacidad y voluntad, cuando no hay inducción ninguna a la prostitución, cuando las prestaciones sexuales y demás del servicio, se desarrollen bajo condiciones de dignidad y libertad para el trabajador y por supuesto cuando exista subordinación limitada por las características de la prestación, continuidad y pago de una remuneración previamente definida”.

Así pues, dado este reconocimiento jurisdiccional, es deber del gobierno nacional, implementar las medidas necesarias para que la regulación normativa en materia de salud y seguridad social, se enmarque a una ocupación laboral riesgosa como lo es la prostitución, asegurando a sus trabajadores(as) condiciones dignas para su desarrollo en condiciones de igualdad con los demás trabajadores colombianos.

3.5.3 Conveniencia de una regulación específica. La salud como servicio público regido bajo principios como la eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, al regular actividades laborales riesgosas tales como la prostitución debe hacer énfasis en aspectos como la cultura de autocuidado y políticas de prevención, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación. La atención en salud no debe limitarse sólo al aspecto curativo de las enfermedades, sino a la influencia para orientar las costumbres de los individuos hacia estilos de vida saludables, a promover la salud ocupacional, la salud industrial y que los servicios de salud ofrezcan realmente calidad, suficiencia y oportunidad a toda la población. Cumplido con este objetivo, no basta con un estructurado sistema preventivo si no se cuenta con las libertades de los ciudadanos como el derecho a controlar su salud y su cuerpo, la libertad sexual y genésica, el derecho a no

padecer injerencias, a no ser sometido a torturas ni a tratamientos médicos no consensuales, y brindar las políticas de salubridad que permitan un programa integral (Curativo, preventivo, paliativo) evitando todo tipo de discriminación. Una ocupación riesgosa como la prostitución necesita y merece de antemano la salud ocupacional instituida en Colombia para preservar, conservar y mejorar la salud de los individuos atendiendo a las causas y no sólo las consecuencias de los accidentes de trabajo, estableciendo exigencias a los empleadores sobre la disposición de los lugares de trabajo, el manejo de fluidos, entre otras, todas ellas tendientes a prevenir todo tipo de accidentes de trabajo.

3.5.4 Deber de las autoridades en salud. Al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento para las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y para las Direcciones Seccionales, distritales y locales de Salud, y de conformidad con lo establecido en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, al Ministerio de Salud le corresponde expedir las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública.

De igual forma las Administradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado tienen la obligatoriedad de prestar todos los planes de beneficios a su población, incentivando las acciones de Promoción y Prevención.

Por tanto las políticas públicas que se adopten en esta materia deben involucrar desde el Ministerio de Salud y Protección Social a todas las autoridades del sistema general de salud en Colombia para poner en marcha programas y servicios que se encaminen a la protección de poblaciones en condiciones de marginación y vulnerabilidad tales como las personas que ejercen el Trabajo sexual.

3.5.5 Objeto de una regulación específica. El plantear la existencia de una regulación específica en salud para las personas que ejercen el trabajo sexual busca proteger los derechos humanos de los(as) trabajadores(as) sexuales; promover la salud, el bienestar y la seguridad de los trabajadores del sexo y protegerles de la explotación; proteger la salud pública y brindar las herramientas para combatir las inequidades presentes alrededor de la industria del sexo.

3.5.6 Principios de salud en Colombia. Una regulación en salud para la población que ejerce el trabajo sexual debe tener en cuenta los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, Enfoque Diferencial, Calidad, Intersectorialidad, Complementariedad, Concurrencia y participación tal como los regulan la ley 100 de 1993 y la ley 1438 de 2011.

3.5.7 Requisito de protección. Aún cuando el Estado no debe promover el ejercicio del trabajo sexual en ninguna de sus formas, su esquema garantista le obliga a utilizar los medios de protección a su alcance para prevenir el trabajo sexual y para facilitar la integración en otras áreas laborales del trabajador sexual; las autoridades (nación, departamentos y municipios) han de organizar institutos en donde cualquier persona que ejerza la prostitución encuentre medios gratuitos y eficaces para integrarse en otras áreas laborales, ofreciéndola por todos los medios sin que tenga carácter imperativo.

3.5.8 Protección frente a enfermedades de transmisión sexual. Para los efectos de la atención en salud de enfermedades de Transmisión Sexual en primer lugar una identificación de cada uno de los riesgos a los cuales está expuesta la población que ejerce el trabajo sexual es un requisito de salud especializada y de salud pública, de acuerdo con los parámetros definidos en el Acuerdo número 117 del 1998, la ley 972 del 2005, la resolución número 3442 del 2006 del ministerio de salud y el acuerdo número 380 de 2007 del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud; así mismo la garantía que el tratamiento médico de las Enfermedades de Transmisión Sexual sea obligatorio para todos

los trabajadores del sexo y aquel que se preste en establecimiento oficial no tenga costo así como las drogas que se suministren para el mismo son herramientas que han sido utilizadas por reglamentaciones ya estudiadas a lo largo de este trabajo véase por ejemplo el decreto 400 de 2001, decreto 188 de 2002 o el Acuerdo 79 de 2003.

3.5.9 Red integrada de servicios. El ordenamiento jurídico en Salud en Colombia ha creado la Red Integrada de Servicios como una herramienta de atención especializada en zonas que requieren de servicios de salud, así pues, ante las necesidades evidentes que conlleva el ejercicio del trabajo sexual, la presente investigación ofrece como otro mecanismo anexo de atención para la población de trabajadores(as) sexuales en todo el territorio nacional, una red integrada de servicios que brinde la prestación de servicios de salud, más eficientes, equitativos, integrales y continuos a población de zonas de tolerancia, Alto Impacto, o cualquier denominación adoptada que se compagine con los parámetros reales para la prestación de servicios sexuales, dentro de los planes locales de ordenamiento territorial, contando en ellos con personal especializado de talento humano en salud, bajo los parámetros de Humanidad, Dignidad y Secreto definidos en la ley *1164 del 2007*.

4. CONCLUSIONES

- El ejercicio del trabajo sexual debe estudiarse y comprenderse, no solo desde la problemática de la convivencia ciudadana, sino también desde las graves implicaciones que tiene en la salud pública, ya que la prostitución genera factores de riesgo tanto para las personas que la ejercen, para los clientes como para la población en general.
- El reconocimiento realizado por la Corte Constitucional de Colombia frente al carácter laboral del Trabajo sexual es tan sólo un primer paso en el reconocimiento y visibilización social de esta población, de modo que brindar las garantías referentes a salud, seguridad social, riesgos profesionales y formas de acceso y ejecución de programas son el desarrollo consecuencial demandado por la Constitución Política de Colombia para garantizar la igualdad de derechos y la cobertura de toda la población.
- El principio a la igualdad al implicar un trato igual a los iguales y un trato desigual a los desiguales, lleva a que las personas que ejercen el trabajo sexual, por sus condiciones específicas de trabajo y por los riesgos a los que están expuestos (as), sean una población en la cual deba hacerse uso del enfoque diferencial en salud, consagrado en las normas vigentes del sistema de salud colombiano, para procurarles con ello las herramientas que permitan un sistema de atención que se adapte a sus necesidades concretas de forma progresiva y garantista.
- La percepción de los servicios de salud de las trabajadoras sexuales es generalmente positiva, sin importar las dificultades que puedan tener al acceder a ellos, no son víctimas de tratos discriminatorios cuando no se identifican como trabajadoras sexuales y no acuden por exámenes de SIDA.

- Las chicas travestis no tienen una buena opinión del sistema de salud, son víctimas de discriminación no por el trabajo sexual que ejercen sino por su condición de travestis que no quieren o no pueden ocultar.
- La política pública debe enfocarse en visibilizar a poblaciones vulnerables como aquellas que ejercen el trabajo sexual, de ello depende que la estigmatización social deje de ser uno de los principales factores de opresión hacia esta población y que la imagen propia de estas personas les devuelva la capacidad de comprenderse como sujetos de derechos.
- La salud física pese a ser uno de los conflictos visibles dentro de esta población no concentra otros conflictos que también son complejos a nivel social. Dejar de lado el factor psicológico de la atención necesaria para esta población genera a largo plazo conflictos de relación social, por los fuertes impactos personales que ha implicado el ejercicio del trabajo sexual y por las vivencias sociales que deben ser soportadas en ambientes hostiles como aquellos en los que se realiza.
- Las legislaciones internacionales frente a la regulación en salud para las personas que ejercen el trabajo sexual son una muestra de la importancia de regular normativamente estas situaciones, pues la inobservancia en esta materia significa la violación de derechos inherentes al ser humano y de garantías sociales.

5. BIBLIOGRAFÍA

AGUSTÍN, L., Trabajar en la industria del sexo, OFRIM Suplementos, Madrid. 2000.

AGUSTÍN, Laura Trabajadores migrantes en la industria del sexo, Introducción de “Tráfico y prostitución: experiencias de mujeres africanas”, Ed. LikinianoElkartea, Bilbao, 2003.

BONDER, G. Género y subjetividad: Avatares de una Relación no Evidente. PIEG. Universidad de Chile. (1998)

BURGGRAF, J. ¿Qué Quiere Decir Género? Costa Rica: Promesa. 2001

Cámara de Comercio (1991). La prostitución en el centro de Bogotá. Bogotá, Cámara de Comercio.

CICERI, L. y AMAYA, M. (2006) Prostitución y Proxenetismo. Bogotá: Universidad libre.

Consejería Presidencial para la juventud, la mujer y la familia. (1994). Prostitución: Segundo y Tercer Informe Periódico de Colombia Presentado al Comité Para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer.

El espectador. Título del artículo y si es posible el autor. agosto 2000, pág. 39 y 40

FRASER, N. La justicia social en la época de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Barcelona. 1997.

GIRALDO, Juan Carlos. Yakuza: La Mafia Japonesa y La Trata de Blancas Bogotá: Aguilar. 2003.

GIRALDO, Juan Carlos. Ejercicio del Derecho a la Salud en Colombia. Primera edición. Defensoría del pueblo. Ed. Imprenta nacional de Colombia. 2000,

HIKAL, W. Criminología psicoanalítica conductual y del desarrollo. 2003.

Instituto Spiral, La mujer drogodependiente. Características, tratamiento y estudio de evaluación, Informe del Instituto Spiral, Asturias.

MARTÍNEZ, I. y BONILLA, A. Sistema Sexo/Género, Identidades y Construcción de la Subjetividad. Universidad de Valencia. 2000

JULIANO, D. La prostitución: El Espejo Oscuro. Icaria. Barcelona. 2002.

LAGARDE, M. (1993). Los Cautiverios de las Mujeres: Madresposas, Monjas, Presas, Putas y Locas. Universidad Nacional Autónoma de México

GOFFMAN, E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu. 1963.

GÓMEZ, Hernán y GUZMÁN, Fernando. La reforma a la salud y la seguridad social. 2000. Ed. Biblioteca Jurídica Diké. Bogotá. 2000

MARTÍNEZ, Aída y RODRÍGUEZ, Pablo (compiladores). Placer, dinero y pecado. Historia de la prostitución en Colombia: Placer dinero y pecado. Bogotá: Aguilar, 2002.

Millán, María Victoria y Ramírez, Rosendo. Alternativas de protección al fenómeno de la prostitución masculina. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Derecho. 1997.

MURPHEY, Emmett .Historia de los grandes burdeles del mundo. Bogotá D.C. Temas de hoy, 1990.

MILLAN, M. y RAMÍREZ, R. (1997). Alternativas de protección al fenómeno de la prostitución masculina. Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional, facultad de derecho, instituciones jurídico familiares.

PÉREZ, Jacobo. Derecho Constitucional Colombiano. Bogotá: Temis S.A. 2003.

PERKINS, R. y BENNETT, G., *Being a Prostitute: Prostitute Women and Prostitute Men*, George Allen &Unwin, Sydney, 1985; WEST, D.J., *Male Prostitution*, Duckworth, Londres, 1992; LONGO, P.H., “AIDS Information, Prevention and Empowerment of Young Male Sex Workers in Rio de Janeiro”, en *Global Sex Workers: Rights, Resistance, and Redefinition*, Routledge, Nueva York, 1998 y ALLMAN, D., *M is for Mutual, A is for Acts: Male Sex Work and AIDS in Canada*, Health Canada, Vancouver, 1999.

QUINCHE, Manuel Fernando. Derecho Constitucional Colombiano: de la carta de 1991 y sus reformas. Ed. Doctrina y ley. 2010. Bogotá

ROUSSIAUD, Jacques. *La Prostitución en Medievo*. Barcelona: Ariel S.A., 1986.

ROMO, N. Género y reducción de riesgos entre usuarios de drogas de síntesis, Ponencia en el I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer, Fundación Instituto Spiral, Jornadas, 6 y 7 de octubre de 2000, Madrid.

ROBLEDO, A. Inclusión, Nuevas Ciudadanías y Ética del Cuidado. En: Inclusión social y nuevas ciudadanías. Seminario internacional- memorias. Bogotá. DABS y Pontificia Universidad Javeriana. 2003.

ROBLEDO, A. Inclusión, Nuevas Ciudadanías y Ética del Cuidado. En: Inclusión social y nuevas ciudadanías. Seminario internacional- memorias. Bogotá. DABS y Pontificia Universidad Javeriana. 2003.

SÁEZ, C. Violencia y Proceso de Socialización Genérica: enajenación y trasgresión, dos alternativas extremas para las mujeres. En: Violencia y sociedad patriarcal. Madrid: Pablo Iglesias. 1990.

SAEZ, C. Violencia y Proceso de Socialización Genérica: enajenación y trasgresión, dos alternativas extremas para las mujeres. En: Violencia y sociedad patriarcal. Ed. Pablo Iglesias. Madrid. 1990.

SEGURA, N. Prostitución, Género y Violencia. En: Las violencias: dinámicas y perspectivas. Revista Foro. 1993.

TRIFIRÓ, A. Mujeres que ejercen la prostitución. Medellín: Lealon. 2003.

VALLE, Amir. Jineteras. Bogotá D.C: Planeta Colombia S.A. 2006.

NORMATIVIDAD:

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE Constitución política de Colombia 1991.Gaceta Constitucional 10 De octubre de 1991

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 10 (enero 10 de 1990) Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial BOGOTÁ DC 1990 no. 39137 p. 1

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (diciembre 23 de 1993) Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial BOGOTÁ DC 1993 no. 41148 p. 1-168

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1122 (enero 9 de 2007) Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.. Diario Oficial BOGOTÁ DC 2007 no. 46.506 p. 267

CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 (octubre 3 de 2011) Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Diario Oficial BOGOTÁ DC 2011 no. 47.957 p.156

MINISTERIO DE JUSTICIA. Decreto 1655 (Septiembre 4 de 1990) Por el cual se dictan normas sobre policía.. Diario Oficial BOGOTÁ DC 1990 no. 33.139 p.564

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Acuerdo 117 (29 diciembre de 1998) Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública 22 de Diciembre 1998

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ Decreto 188 (diciembre 15 de 2002) Por el cual se modifica el Decreto 400 de 2001, en lo relativo a las condiciones de localización y funcionamiento de los establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas Registro Distrital 2637 del 17 de mayo de 2002.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ Decreto 400 (diciembre 15 de 2004) Por el cual se impulsa el aprovechamiento eficiente de los residuos sólidos producidos en las entidades distritales Registro Distrital 3239 de diciembre 15 de 2002.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ Decreto 335 (Mayo 17 de 2002) Por el cual se modifica el Decreto 400 de 2001, en lo relativo a las condiciones de localización y funcionamiento de los establecimientos destinados al trabajo sexual y otras actividades ligadas Registro Distrital 2637 del 17 de mayo de 2002

CORTE CONSTITUCIONAL, sentencia T 760 de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-011 de 1998. Magistrado Ponente: José Gregorio Hernández Galindo.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-395. Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero. Bogotá. 1998. Citado en: Tutela, Acciones populares y de cumplimiento. IV: 38. Bogotá: Legis Editores, S.A. 2003, p. 279-280.

CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T 760 de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa.

CORTE CONSTITUCIONAL, sentencia T-597 de 1993. Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz

PÁGINAS WEB CONSULTADAS

ACT No 64 de 1992, An Act to regulate certain aspects of prostitution Notified in ACT Gazette S 208: 1 December 1992 <http://www.legislation.act.gov.au/a/1992-64/19930507-4667/pdf/1992-64.pdf> (Consultada el 10 de enero de 2012.)

Act. 2003 No 28 Prostitution Reform **Reprint as at 29 November 2010** <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0028/latest/DLM197815.html> (Consultada el 10 de enero de 2012.)

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, Centro de estudio y Análisis en Convivencia y Seguridad Ciudadana.
http://www.ceacsc.gov.co/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=32&Itemid=204 (Consultado el 10 de octubre de 2009).

BOMBA Catherine Healy New Zealand Prostitute Collective
http://www.nzpc.org.nz/page.php?page_name=Law (Consultada el 10 de enero de 2012.)

BUSSO, Gustavo. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL
<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf>(consultado el 16 de abril de 2011)

BRITO, M. La prostitución sagrada. Tomado el 2 de abril de 2011, de
<http://www.kalathos.com/may2000/prostitucion.html>

CANTE Karen. Casa Editorial el Tiempo. <http://www.citytv.com.co/videos/21404/peligro-sanitario-en-zona-de-tolerancia-del-barrio-santa-fe-en-bogota> (consultado el 10 de octubre de 2009)

CICIOILLI, Rosalía. Rel-UITA www.rel-uita.org/internacional/ddhh/prostitucion_infantil_py.htm (consultado noviembre 30 de 2009)

CHEJTER, Silvia. Unicef Argentina www.isisweb.com.ar/chejter5.htm (consultado noviembre 30 de 2009)

CITY TV, Cadena televisiva. <http://www.citytv.com.co/videos/21404/peligro-sanitario-en-zona-de-tolerancia-del-barrio-santa-fe-en-bogota> (consultado el 10 de octubre de 2009)

COLLAZOS María Fernanda, COLOMBIA MÉDICA, VOL 36, NO 3 SUPL 2 (2005) <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/376> (consultado el 10 de octubre de 2009)

Dirección general de coordinación operativa y capacitación secretaria de la mujer, niñez, adolescencia y familia Gobierno de la provincia de Córdoba <http://senaf.cba.gov.ar/wp-content/uploads/Material-de-apoyo-para-capacitacion-docente-la-vulnerabilidad-social-de-la-infancia-y-la-adolescencia.pdf>(consultado el 16 de abril de 2011)

FUNDACIÓN RENACER. <http://www.fundacionrenacer.org/> (consultado el 16 de noviembre de 2009)

HINDLE Karen, Barnett Laura, Casavant, Lyne. “Les lois sur la prostitution dans certain pays.- Division des affaires juridiques et legislatives, 2008 http://www.parl.gc.ca/CONTENT/LOP/RESEARCH_PUBLICATIONS /PRB0329-F.HTM Consultada el 03 de enero de 2012.

MONTERO Justa., es cofundadora y miembro de la Asamblea Feminista de Madrid. *Begoña Zabala* es cofundadora y miembro de EmakumeInternationalistak (Nafarroa). Ambas forman parte del Consejo de Redacción de VIENTO SUR <http://www.anticapitalistas.org/node/1567> Consultado 15 de abril de 2010.

MADERO Gustavo A. Fundación eudes <http://www.eudes.org.mx /#/Sistema %20> (Consultada el 10 de enero de 2012.)

PÉREZ CÁRDENAS, Pedro (2010) La prostitución y los derechos humanos. <http://www.notivida.com.ar/Articulos/Prostitucion/La%20prostitucion%20y%20los%20der echos%20humanos.html>. Consultado 15 de abril de 2010.

PÉREZ, Gema (2010). Historia y prostitución. Prostitutas y proxenetas. Callgirl. Partygirl. Psicopatologías. Actitud de la iglesia Consultado 15 de abril de 2010. http://apuntes.rincondelvago.com/la-prostitucion_1.html Consultado 15 de abril de 2010.

RÍOS, Guadalupe. Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/tye14/art_hist_01.html(consultado el 16 de Enero de 2011)

SEITZ, Max. BBC Mundo. Com http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_7826000/7826508.stm (Consultada el 10 de enero de 2012.)

TRIFIRO, A. (2003). Mujeres que ejercen la prostitución en Colombia: Una historia de inequidad de género y marginación. Disponible en <http://www.terrelibere.it/counter.php?riga=151&file=>

Universidad del valle <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol36No3Sup11/PDF/cm36n3s1a8.pdf> (consultado el 10 de octubre de 2009)

VÉLEZ, Alba Lucía. nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado Social de Derecho. http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_6.pdf

6. ANEXOS

ANEXO 1. MODELO DE ENTREVISTA REALIZADA A TRABAJADORAS SEXUALES EN LA CALLE 22

1. ¿Está usted afiliada al sistema general de salud?
2. ¿Qué percepción tiene del sistema general de salud?
3. ¿Alguna vez se ha sentido algún problema o barrera en la atención en salud por la profesión que desempeña?
4. ¿Usted conoce las campañas de salud realizadas por organizaciones, tales como fundaciones o entidades del distrito, dentro de la Zona de Alto Impacto?
5. ¿Usted cada cuanto se realiza exámenes de VIH/SIDA

ANEXO 2. MODELO ENTREVISTA A TRABAJADORAS SEXUALES EN LA CALLE 18.

1. ¿Está usted afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud?
2. ¿Conoce usted los programas en salud la Secretaria Distrital de Salud?
3. ¿Con qué frecuencia se realizan campañas de salud en la Zona de Alto Impacto?
4. ¿Los exámenes de VIH/SIDA son obligatorios para poder trabajar?
5. ¿Usted considera que es necesario realizar más campañas de salud dentro de la Zona de Alto Impacto?

6. ¿Usted se ha sentido incomoda o ha encontrado barreras al momento de pedir un servicio de salud?

ANEXO3. MODELO DE ENTREVISTA (Profesora María Mercedes Lafourie)

1. ¿Declarar a una persona que ejerce la prostitución como vulnerable y por ende dársele un tratamiento diferencial, ayudaría a que se le garantice su derecho a la salud?
2. ¿Considera usted que a las personas travestis que ejercen la prostitución se les restringe aún más su derecho a la salud?
3. ¿Existen barreras que impidan un acceso efectivo a la salud por parte de las personas que ejercen la prostitución?
4. ¿La posición jurídica del reglamentarismo favorecería que la prestación de servicios de salud se den con más efectividad?

ANEXO 4. MODELO ENCUESTA REALIZADA A TRABAJADORES (AS) SEXUALES EN EL AÑO 2012

1. ¿Conoce alguna organización que preste servicios de salud a las y los trabajadores sexuales?
2. En caso de ser afirmativa la anterior pregunta, ¿usted asiste a las campañas en salud que desarrollan dichas organizaciones?
3. En caso de ser afirmativa la anterior pregunta, ¿con qué frecuencia asiste a las campañas realizadas por dichas organizaciones?

4. En caso de ser afirmativa la primera pregunta ¿qué actividades desarrollan las organizaciones que usted conoce? Varias respuestas son posibles.
5. ¿Cuáles son los principales riesgos a los que usted se ve expuesta en el ejercicio de su profesión?
6. ¿Las campañas que realizan las organizaciones cubren los riesgos a los cuales usted está expuesto (a)?
7. ¿Usted encuentra alguna barrera al momento de pedir alguna atención en salud?
8. En caso de existir un centro de atención exclusivo para trabajadores (as) sexuales sobre atención en salud dentro de la zona de tolerancia, ¿usted asistiría?

ANEXO 5. MODELO ENCUESTA REALIZADA A TRABAJADORES (AS)
SEXUALES EN EL AÑO 2010.

1. ¿Usted está afiliado (a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud?
2. ¿Qué tipo de asistencia médica busca?
3. ¿Usted conoce organizaciones que presten servicios de salud?
4. ¿Usted se ha realizado el examen de VIH/SIDA?
5. ¿Usted asiste a las campañas de salud realizadas en la Zona de Alto Impacto?
6. ¿Usted ha encontrado alguna dificultad al momento de buscar un servicio de salud?