



Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología
ISSN 1315-0006 / Depósito legal pp 199202ZU44
Vol. 24 No. 2 (abril-junio, 2015): 299 - 316

Entre el burdel, la cárcel y el hospital. Construcción socio-médica de la “prostituta”

*Santiago Morcillo**

Resumen

Este artículo aborda los procesos de medicalización y construcción socio-médica de la “prostituta”, centrándose en el rol del higienismo. Para ello, primero se caracteriza a la medicina como una herramienta de control social, específicamente vinculada a una forma de poder, es decir, se sitúa a la medicina como una estrategia biopolítica. A partir de allí se propone analizar los distintos discursos y los dispositivos por medio de los cuales la medicina elabora una mirada sobre la prostitución como fenómeno social y construye a “la prostituta” moderna como una subjetividad asociada a lo patológico y estigmatizada. Finalmente se recapitula y se abren interrogantes sobre las vinculaciones entre la mirada del higienismo y algunos abordajes médicos actuales sobre el sexo comercial.

Palabras clave: Medicina, prostitución, higienismo, estigma.

Between the Brothel, the Prison and the Hospital. Socio-Medical Construction of the “Prostitute”

Abstract

This article discusses the processes of medicalization and socio-medical construction of the “prostitute,” focusing on the role of hygienism. To do this, medicine is first characterized as a tool for social control, specifically linked to a form of power; that is, medicine is a bio-political strategy. Then, the different discourses and devices

Recibido: 13-09-2014/ Aceptado: 23-03-2015

* Universidad Nacional de San Juan. San Juan, Argentina. E-mail: santiagomorcillo@gmail.com

are analysed through which medicine observes prostitution as a social phenomenon and constructs the figure of the modern "prostitute" as a pathologized and stigmatized subjectivity. Finally, there is a summary and questions are opened about connections between the viewpoint of hygienism and some current medical perspectives on commercial sex.

Keywords: Medicine, prostitution, hygienism, stigma.

Introducción¹

A lo largo de la historia distintos discursos han cargado de diversas significaciones al intercambio de sexo por dinero. Algunos de estos discursos han sido parte de dispositivos que ejercen control sobre las personas que se dedican al comercio sexual. En este artículo se aborda la forma en que históricamente la medicina, su aparato de saber-poder, ha mirado y ha contribuido a construir a la imagen de la "prostituta".

Desde principios del siglo XIX la medicina -especialmente la vertiente higienista, que será muy influyente en América Latina-, elaboró una visión sobre la prostitución y sobre la prostituta como objeto del campo médico. Para comprender esta elaboración debemos situarla en el marco de una creciente medicalización, considerando las transformaciones en las relaciones de poder, el naciente capitalismo como contexto de surgimiento, y además teniendo en cuenta los desplazamientos sobre las políticas de designación de la desviación (Conrad y Schneider, 1985).

Desde este punto de partida se da cuenta de los procedimientos específicos que la medicina puso en marcha para construir su mirada sobre las prostitutas. El análisis de dichos procedimientos, y de las conceptualizaciones e imaginarios a que dan origen, permite comprender tanto las vinculaciones entre prostitución y enfermedad como los procesos de estigmatización. Finalmente esto habilita, tomando como referencia general el contexto latinoamericano y argentino, a dejar planteadas algunas preguntas sobre las resonancias de las construcciones higienistas en algunos de los enfoques de la medicina contemporánea sobre el sexo comercial.

1 Una versión preliminar de este trabajo fue discutida en las VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población (IIQG-UBA). Agradezco los valiosos aportes de los y las colegas en esa oportunidad.

Ampliando fronteras, primeros avances de la medicalización

Si bien podemos rastrear la institución de la medicina hasta la antigüedad, a los fines de este artículo bastará con comprender sintéticamente su posicionamiento en la modernidad occidental. Para ello, a continuación se refieren las características del surgimiento de la medicina moderna que marcarán singularmente desde dónde esta interpela a los individuos.

A partir de diversos paradigmas, varios autores (por citar algunos, Conrad y Schneider, 1985; Foucault, 1996; Coe, 1983) coinciden en señalar al período comprendido entre finales del siglo XVIII y comienzos del XIX como el momento en que la medicina occidental cristaliza sus instituciones y gana legitimidad. De la mano de un desarrollo teórico importante, pero sobre todo de innovaciones técnicas que redundan en un mayor control de los procesos biológicos y en una mayor "eficacia curativa", la medicina mejora paulatinamente su imagen en la sociedad. Además, al efecto del incremento de eficacia práctica, se suma la legitimidad que le otorga el caracterizarse como un discurso científico. Esta medicina moderna aparece ahora como una medicina científica y como tal se erige como un discurso que genera verdad.

Dicha posibilidad no está dada sólo por los logros prácticos de la medicina, sino que de diversas maneras esta se va imponiendo por sobre las otras formas de curar. En términos bourdianos esto se puede comprender como el proceso de formación de un campo, donde un sector logra la hegemonía imponiendo y consolidando las reglas de juego consideradas válidas, que son por supuesto las que favorecen a su posición en el campo.

A su vez, el poder de la mirada médica se potencia mediante los vínculos con el Estado, con quien la medicina entabla un doble lazo. Por una parte, el Estado sancionará la legalidad de la medicina, de los médicos y sus prácticas, otorgándoles la capacidad de autonomía para validar sus títulos y a la vez el legítimo monopolio sobre la producción y circulación de fármacos, y sobre la curación y tratamiento de los cuerpos. Por otro lado, la medicina será consultada y recurrida a fin de estructurar y fundamentar las políticas estatales que gestionan los cuerpos.

De todas formas, es importante concebir a la medicina como algo más que una herramienta de control social. Las transformaciones en la modalidad del poder analizadas por Foucault, que tuvieron lugar en los siglos XVII y XVIII -desde un modelo jurídico, extractivo y de soberanía, hacia un modelo normalizador, productivo y de gubernamentalidad²- están estrechamente vinculadas

2 Sin embargo, estos modelos no se excluyen mutuamente, sino que, aunque se pueda decir que el último predomina y de alguna manera reabsorbe al prime-

al surgimiento de nuevas tecnologías de poder. Uno de los polos del poder sobre la vida estará "centrado en el cuerpo-especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar; todos esos problemas los toma a su cargo una serie de intervenciones y controles reguladores: una biopolítica de la población" (Foucault, 1999: 168). A partir de este enfoque se puede comprender que la medicina está atravesada por esta tecnología de poder que le dará una particular forma a su accionar.

Este planteo lleva a Foucault a afirmar que el surgimiento del capitalismo no implica el paso de una medicina social a una medicina individual, sino que el movimiento se da en el sentido contrario. El control en la sociedad capitalista no es solo ideológico, sino que opera directamente en el cuerpo. Siendo el primer objeto socializado y el centro de interés en la sociedad capitalista, el cuerpo es una "realidad biopolítica" y la medicina una "estrategia biopolítica" (Foucault, 1996: 87).

Por esto no resulta sorprendente que la mirada de la medicina se dirija hacia la prostitución. Hay múltiples caminos que conducen a este encuentro, además del interés por el cuerpo y por los procesos biológicos ya nombrados, el sexo también se torna un aspecto vital. "De una manera general, en la unión del 'cuerpo' y la 'población', el sexo se convirtió en blanco central para un poder organizado alrededor de la administración de la vida y no de la amenaza de muerte" (Foucault, 1999: 178). Situado en medio de las tecnologías de poder y en un contexto de normalización de los cuerpos y sexualidades, el sexo orientará la mirada médica hacia la prostitución que será clasificada dentro de las "sexualidades periféricas". Asimismo, la necesidad de disciplinar y establecer controles sanitarios sobre las clases bajas también permite comprender porque la medicina elabora una mirada particular sobre la prostitución y las prostitutas.

La prostitución, entre los movimientos de templanza y la epidemiología

La medicina, como estrategia biopolítica en la construcción y gestión de cuerpos, pone en marcha mecanismos novedosos. Salvando las diferencias que suponen estos nuevos mecanismos, podríamos considerar que la medicina del S XVIII y XIX toma parte del relevo de la religión en el terreno moral (pero gozando de la legitimidad que otorga el status de conocimiento científico). Las

ro, Foucault aclara que ambos conviven en una particular tensión sin que el modelo de biopoder reemplace y elimine al de soberanía y sus instituciones.

transformaciones que se producen en esta época introducen a la vez una dosis de discontinuidad y de desplazamiento. Si bien hay, como se dijo más arriba, algunos desarrollos técnicos que sitúan a la medicina en un lugar diferente, esta continúa buscando influir en el terreno de la moral, sobre todo corrientes como el higienismo (Conrad y Schneider, 1985). Los textos médicos decimonónicos se encuentran en un punto híbrido, con resonancias a la vez morales y sanitarias. Allí aparece, por ejemplo, la noción de "vicio" que tendrá influencia sobre la forma en que se concibe a la prostitución. Fruto de estos entrecruzamientos entre moral y salubridad, surgirán en este contexto histórico los llamados movimientos de "templanza"³. En estos grupos, dedicados a la campaña para la erradicación de los "vicios" (la prostitución pero también el juego y el consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas), conviven la medicina secular y la moral religiosa.

En este marco la sexualidad se sitúa entre los peligros de la abstinencia y de los excesos -que la transforman en "viciosa"- en términos cuantitativos. Si bien el placer sexual aparece más desligado de la reproducción que para la mirada religiosa, el "placer sano" o "normal" va a estar siempre en la conyugalidad de la pareja heterosexual. En las fronteras del matrimonio asedian un conjunto de placeres/peligros signados por la anormalidad: las siempre multiplicables sexualidades periféricas. Un ejemplo de esta conceptualización de la "sexualidad sana" -así como de los diálogos entre medicina, moral y religión en esta materia- es la propuesta de Marie Carmichel Stopes. Médica eugenista, luchadora por los derechos de la mujer y pionera en abogar por el control de la natalidad (*birth control*), Stopes (1929) plantea que la ciencia debe tomar el relevo de la religión en materia de sexualidad. Generar un lenguaje científico nuevo podría evitar los conflictos que suscitan las visiones religiosas contrapuestas y lograr que se hable abiertamente sobre sexualidad. Sin embargo, Stopes concluye explicitando que su objetivo es distinguir el sexo sano, civilizado, amoroso y en el marco de una pareja heterosexual (para el que acuñará el neologismo "erogamia") del sexo sucio, violento y proclive al vicio y las enfermedades, que acontece más allá de las fronteras del primero.

Para comprender mejor cómo intervenían estas nociones de vicio y suciedad en la gestación (y las consecuencias) de estos enfoques médicos debemos tomar en cuenta el papel que la salud jugaba (y juega) en la constitución y recreación de la identidad moderna. Crawford (1994) señala que a partir de la modernidad la noción de salud permitirá, junto con otras como la nación, una recreación del *self* que había sido despojado de los contornos tradicionales de su identidad. Esta

3 La "templanza" es entendida por estos grupos como una virtud que implica el uso de la "razón iluminada por la fe" (Figari, 2007).

nueva interioridad y reflexividad hacia el sí mismo toma la forma de la lucha contra los excesos y el cuerpo controlado será pronto el parámetro distintivo de la burguesía. Pero los límites siempre borrosos del este "sí mismo saludable" (*healthy self*) necesitan de un "otro enfermizo" (*unhealthy other*), entonces la medicalización de las desviaciones -particularmente en el terreno de la sexualidad- amplifica la capacidad de situar límites para uno y a la vez para el "otro" o la "otra". La prostituta, atravesada por el discurso médico de salud/enfermedad y por sus tecnologías específicas, conjuga al menos dos elementos que facilitan situarla en el lugar del "otro enfermizo": por una parte el cuerpo sensual y sexual es una fuente de peligro para el autocontrol saludable y sanitario que la burguesía se proponía como su blasón. Por otra parte, existe una cierta distancia social -entre las clases medias y las prostitutas, muchas veces inmigrantes y de clases bajas- que, siguiendo a Crawford (1994)⁴, habilita más efectivamente para ver al enfermo como un "otro" y también al "otro" como enfermo. El discurso de la medicina moderna occidental se estructura a partir de la dupla salud-enfermedad, entendidos como conceptos que se definen en una reciprocidad autoexcluyente, y que marcan y remarcan exclusiones. Así la medicina se erige en occidente como un discurso que, asociado a una serie de prácticas y dispositivos, permite no sólo comprender y manipular el cuerpo y la vida humana sino que además brinda el símbolo de la salud y lo saludable como valor que genera distinción.

En este marco, la concepción de la prostitución emerge del cruce entre la construcción de enfermedades, la creciente medicalización de la vida -que se extiende más allá de la demanda de los individuos (Foucault, 1996)- y la delimitación entre una sexualidad saludable y los placeres/peligros circundantes. En el control médico y estatal de la prostitución hay intereses no sólo morales y simbólicos, sino también ligados a la reproducción de ciudadanos saludables que se incorporan a las fábricas, los ejércitos, etc. Sin embargo, las asimetrías en las relaciones de fuerza entre los géneros y la concepción hegemónica de masculinidad harán que, a pesar de la vinculación entre prostitución y enfermedad o vicio, haya una ambivalencia al considerar a los clientes. Para la medicina el papel de los clientes en el comercio sexual significa tanto lograr una "descarga sexual" -y por tanto previniendo patologías y perversiones varias-, como también por el riesgo del contagio y la entrada de las infecciones en el seno de la familia y el matrimonio. Ahora bien, esta ambivalencia se difumina cuando la medicina dirige su mirada a la prostituta, pues ella será subsumida en la familia de los anormales y perversos ¿Pero bajo qué operaciones se logra este efecto?

4 Además esta autor agrega que "La salud, y la sanción de la enfermedad, asumieron un rol central en la solidificación de la posiciones de clase" [traducción propia] (1994: 1352).

Creación de "otras" perversas. Las prostitutas como población

Un hito fundante para las concepciones de la medicina moderna sobre la prostitución es el estudio de Alexandre Parent Duchâtelet, publicado por primera vez en 1836. Su posición dentro de la ciencia médica no inhibe los abordajes morales, como lo declara el título de esta obra: *De la prostitución en la ciudad de París desde el punto de vista de la higiene pública, la moral y la administración*. Toda la literatura revisada que aborda la problemática de la prostitución refiere el carácter señero de dicho estudio, de hecho, Parent Duchâtelet es citado como uno de los fundadores de la investigación en temáticas sexuales desde las ciencias sociales y del comportamiento (Bullough, 1996). Su estudio puede ser tomado como un ejemplo entre los varios que lo seguirán (véase, Acton, 1857; Sanger, 1895; Flexner, 1914, entre otros⁵) que sirven de referencia general para los puntos centrales del discurso médico sobre la prostitución. Además, un punto clave para nuestra región radica en la influencia que Parent Duchâtelet y la escuela médica francesa tendrán sobre buena parte del higienismo en América Latina -tal como muestran Guy (1994) en Argentina, Nuñez (2001) en México y Obregón (2002) en Colombia-.

Parent Duchâtelet realiza un examen pormenorizado: trabaja con encuestas y con registros policiales, hace exámenes médicos, revisiones clínicas y biométricas -tomando por ejemplo medidas del clítoris de las prostitutas, lo que por la época se suponía explicativo de su comportamiento sexual-; pero también lleva a cabo un análisis amplio de las condiciones de vida -hábitos cotidianos, alimentación, forma de vestir, etc.-, variables sociológicas de base, indagando en la respuesta frente a la autoridad, frente a la religión y al matrimonio y también en los deseos de abandonar el oficio⁶. Estos datos puntuales le sirven para estructurar un esquema de distintos estratos de prostitutas con diferentes costumbres, una taxonomía de prostitutas. Aunque el estudio del médico francés buscaba discutir algunos prejui-

- 5 Si bien existen algunas diferencias entre estos estudios sobre la prostitución, a saber una progresiva atribución de causalidad a la pobreza y el alejamiento del crédito a los sistemas regulacionistas, todos ellos miran a las prostitutas como un foco de transmisión de enfermedades y a la vez conciben a la prostitución como un vicio que mina la moral de las sociedades.
- 6 Parent Duchâtelet aboga por la regulación estatal de la prostitución y a la vez propone para aquellas prostitutas que estén convencidas de querer abandonar su "oficio" una suerte de centro de reinserción, donde se les ayudaría a encontrar una nueva ocupación.

cios, acaba alimentando, desde un discurso científico, un estereotipo sobre las prostitutas que incluye: alcoholismo, mala alimentación, ociosidad, gusto por los consumos suntuarios, tendencia al robo, mala higiene personal, bajo nivel intelectual y poca capacidad de abstracción, necesidad de movilidad constante y una larga serie de patologías sexuales. Se asocian, entre otros aspectos, la pobreza y la enfermedad con las fallas morales.

Más allá de la exactitud de los datos empíricos que recabara Parent Duchâlelet, aquí importa la operación que mediante este estudio se lleva a cabo. A la par que se refuerza el estereotipo de prostituta, cristaliza por primera vez la construcción epidemiológica de las prostitutas como una "población" en sentido foucaultiano. Se explica así por qué la mayor parte de los estudios que continúan en esta línea están preocupados por la extensión de la prostitución; se necesita medirla, conocer sus rasgos como grupo. Aquí emerge la encuesta epidemiológica como un particular dispositivo que produce la biopolitización del cuerpo de la prostituta. Esta operación podría ser también denominada como la medicalización de la prostitución propiamente dicha, es decir una construcción del cuerpo de la prostituta que desarrolla sus caracteres patológicos (pero también moralmente reprochables) y lo torna susceptible de un tratamiento y hospitalización. Aplicación de la estrategia biopolítica de la medicina a la población de prostitutas.

¿Cómo, con qué mecanismos y dispositivos específicos, construye la medicina -al menos el modelo higienista- a la prostituta? Para comprender esta operación es clave recordar que el proceso de construcción médica de la prostitución no ocurre al margen de la intervención estatal. La medicalización de la prostitución emerge articulada con lo que se conoce como el sistema reglamentarista, que será respaldado por el discurso científico médico del higienismo (Guy, 1994; Grammatico, 2000; Nuñez, 2001). Este sistema, que primó en varios países a lo largo del siglo XIX y hasta comienzos del XX, se caracteriza por la regulación estatal del comercio sexual a través del registro de las personas dedicadas a la oferta de sexo, la circunscripción de zonas y lugares habilitados para ello y el control sanitario (fundamentalmente de las enfermedades de transmisión sexual). El carácter compulsivo de los análisis médicos en el marco reglamentarista permite una articulación entre el control estatal y el saber-poder medicinal. Se configura así un examen clínico que será muy cercano a la confesión en tanto implica, no sólo la inspección clínica del cuerpo de las prostitutas, sino que además incluye cuestionamientos morales en la indagación.

A la vez esta construcción del cuerpo de la prostituta se enmarca en, y se refuerza por, una internación-reclusión. Aparecen tres lugares de encierro que se encargan de lograr la segregación de las prostitutas: por un lado el burdel, devenido "casa de tolerancia", que debía cumplir con determinadas condicio-

nes edilicias y administrativas -que apuntaban a establecer normas de salubridad-, y tener un determinado emplazamiento en la ciudad⁷. Si bien los burdeles son una parte integral del proceso de urbanización, estos se corren a los márgenes o en un espacio bien delimitado evitando (o más bien controlando) el contacto con el resto de la urbe. El burdel, como espacio socialmente segregado, permite a la vez la socialización masculina y la degradación femenina. Luego, la prisión también será otro lugar donde se aísla a las prostitutas que escapan a los burdeles y se hacen clandestinas. De esta forma no sólo se controla a estas indisciplinadas, a la vez se renueva las vinculaciones simbólicas entre la prostitución y la delincuencia -sobre todo para las prostitutas de clases bajas-. Sin embargo, el lugar fundamental donde la medicina concibe a la prostituta es en el hospital y particularmente en el hospital de sífilíticas⁸. Allí, aisladas de su contexto malsano, las prostitutas son analizadas, tratadas, evaluadas, interpeladas moralmente -buscando su arrepentimiento- y finalmente también castigadas en tanto el hospital funcionaba a la vez como cárcel.

Patología y estigma

A partir de todos estos dispositivos la medicina construye una imagen de la prostituta indisoluble de las enfermedades venéreas. El modo en que se construye, se tipifica y se estigmatiza a las prostitutas evidencia la necesidad de sostener una idea de pureza de una parte del cuerpo social que no debía ser infectado por los sectores contaminados. Como señalan Ward y Day (1997), no sólo en el higienismo, sino en toda la epidemiología clásica del tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas, las prostitutas son vistas como una suerte de reservorio de infección⁹. Estas formarían parte de un grupo medular

7 Típicamente los prostíbulos debían estar alejados de templos y establecimientos educativos, en algunos casos no podían instalarse en el radio céntrico; las habitaciones no debían estar comunicadas por ventanas ni puertas con otras viviendas, ni las prostitutas podían asomarse por puertas o ventanas. Normativa que suele replicarse actualmente a la hora de delimitar las llamas "zonas rojas" en varias jurisdicciones de Argentina.

8 Debe recordarse el papel que la sífilis tuvo como generadora de pánico social: caracterizada como "peor amenaza a la humanidad" y, en tanto contagia a las generaciones por venir, era concebida por los eugenistas como la principal causa de degeneración de la raza.

9 Aquí la imagen de las prostitutas como un "reservorio" o un receptáculo es en realidad bastante ajustada a las concepciones médicas. Tómese por ejemplo las afirmaciones de Tiscornia (1918), médico que se muestra muy preocupado pues los análisis clínicos de las prostitutas no incluyen un examen bucal y

(*core group*) con altos niveles de prevalencia que sostiene la infección, impidiendo erradicar la enfermedad y esparciéndola al resto de la población, la "población general".

En este marco la medicina moviliza sus conocimientos y técnicas, su potencia, y orienta su atención hacia las prostitutas, siempre concebidas en relación al peligro de contagio y la inminente contaminación a la familia, manchando el honor de las mujeres casadas y su descendencia. Guy (1994) analiza el funcionamiento del sistema reglamentarista en Argentina entre 1875 y 1955. Allí muestra que la concepción de la medicina higienista denota al matrimonio y a la masculinidad heterosexual como valores a defender, también proteger a la nación es parte de su misión¹⁰. Esta historiadora repara en las distinciones que generan los criterios utilizados por la medicina higienista donde al momento de seleccionar a quiénes someter a revisiones médicas quedan exentos tanto clientes como prostitutas de clase alta, consideradas "menos peligrosas". De esta manera logra explicitar la sobredeterminación -tanto de sexo y género, de clase y de raza como ligada a la construcción de la nacionalidad- que atraviesa la pretendida visión científica y biomédica de esta corriente (Guy, 1994).

A pesar de que los estudios realizados por estos médicos indicaban la influencia de la pobreza y la desigual estructura de oportunidades en el mercado laboral para las mujeres, ninguno de ellos elaboró una crítica de un sistema capitalista y patriarcal. En la medida en que la enfermedad va pasando a ser pensada como un atributo de la condición de prostituta -coherente con la inmoralidad que la rodea-, no sería necesario cuestionar: la precariedad de las condiciones en que trabajan, el rol de los clientes que no recibían controles médicos y reinauguraban el circuito de contagio¹¹, ni la dificultad de implementar la

esa cavidad, la boca antihigiénica, también entra en contacto con el pene y pone así en riesgo la salud de los clientes y sus familias.

- 10 También ver el trabajo de Grammatico (2000). Al respecto es notable como la sífilis será construida claramente como una enfermedad del "otro", achacando su origen a extranjeros -en Francia la denominaban "enfermedad italiana", los alemanes, españoles e ingleses la llamaban "enfermedad francesa", los rusos la llamaban "enfermedad polaca", los turcos la llamaban "Mal de los Cristianos" y "Mal Español"-, y también se le atribuyó el origen a las indígenas americanas y, por supuesto, a las prostitutas.
- 11 Los clientes no han sido en general materia de estas políticas de salud vinculadas a enfermedades venéreas. En ese sentido, las leyes de profilaxis y los exámenes prenupciales implementados en muchísimos países en los que se testea a mujeres y varones por igual pero una única vez antes del matrimonio- constituyen más una política moral que sanitaria.

prevención, en tanto muchas mujeres evitaban –con distintas tácticas y alianzas- las revisiones por temor a las sanciones y la discriminación. El discurso biomédico y sus tecnologías –con la legitimidad de un saber sancionado como científico- operan una homogenización de las diferentes experiencias de las personas que se dedican a esta actividad bajo el signo de la patología y, en el mismo movimiento, socavan la posibilidad de pensar su capacidad de agencia. De todas formas, la política de designación sobre la “desviación” (Conrad y Schneider, 1985) implicada en la prostitución no parece ser excluyente pues ella, como “desviada”, es juzgada también desde una dimensión moral. Algo de la doctrina medieval de la *tolerantia*¹² parece continuar resonando en el discurso médico y reforzando el sentido negativo que se asocia a la venta de sexo (y a la vez lo permite).

Las características específicas que va adquiriendo la devaluación simbólica asociada a la prostituta hace importante comprender el papel del estigma en términos economía política. Según la propuesta señera de Goffman, el estigma funciona como un atributo que “constituye una discrepancia entre la identidad social virtual y la real” en especial cuando “produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio” (1986: 12). Goffman indica que no debe pensarse al estigma de forma sustancialista, lo que se necesita es un lenguaje de relaciones. Entonces, más que un atributo en particular, “un estigma es, pues, realmente, una clase especial de relación entre atributo y estereotipo” (1986: 14). Sin embargo, este autor no profundiza las implicancias de este lenguaje de relaciones. Para ello resulta útil recurrir a la interpretación que proponen Parker y Aggleton (2003) quienes, a partir de la cuestión del estigma en relación al VIH, han sugerido una relectura politizada de la estigmatización. En primer lugar, los autores destacan los inconvenientes de las usuales interpretaciones del estigma como “un tipo de cosa” más o menos estática. De esta forma se remite el asunto a la esfera individual, omitiendo la trama de relaciones sociales y de poder, así como los factores estructurales que subyacen a la inte-

12 El concepto de *tolerantia* según Bejczy (1997) tiene un origen medieval y aparece como un posicionamiento de la iglesia católica frente a otras religiones, en particular frente a los judíos. La *tolerantia* no implica dejar de categorizar como maligno a un elemento sino tan sólo adoptar una actitud pasiva –dejando de lado la posibilidad de buscar activamente su desaparición– para prevenir otros males mayores (en el caso de la prostitución estos males históricamente fueron el adulterio, las violaciones y luego la homosexualidad masculina). Los ecos agustinianos de tolerancia pueden leerse todavía muy claramente en Parent Duchâtelet quien afirma: “Las prostitutas son tan inevitables en las aglomeraciones de hombres como el alcantarillado, las carreteras y los depósitos de basuras” (1836: 338).

racción y que generan la exclusión de la vida social. Parker y Aggleton proponen que la estigmatización como proceso social "sólo puede ser comprendida en relación a las nociones más amplias de poder y dominación" y afirman que "el estigma juega un papel clave en la producción y reproducción de las relaciones de poder y control" (2003: 16), por ende establece asimetrías entre los grupos sociales. Asimismo, el estigma debe ser comprendido como un hecho histórico inserto en un contexto sociocultural determinado que permite entender su función en la reproducción de inequidades. "Dentro de este marco, la construcción del estigma (o, más simplemente, la estigmatización) conlleva subrayar las diferencias significativas entre categorías de personas, y a través de ese énfasis, su inserción en sistemas o estructuras de poder" (2003: 17). La estigmatización no es entonces un fenómeno aislado, sino un mecanismo fundamental de la constitución del orden social. La estigmatización es así entendida como un proceso social donde entran en juego las relaciones de poder y de dominación entre los sectores ubicados diferencialmente en el espacio social, vale decir, las relaciones de poder entre clases, géneros, sexualidades y razas.

Es necesario dejar de pensar la enfermedad/estigma como un atributo individual para comprender la trama de relaciones sociales y de poder que están actuando. Observando, como proponen Parker y Aggleton, la "economía política de la estigmatización" se podría decir que la medicina fue funcional para poner en marcha una violencia simbólica (pero no sólo simbólica) contra las prostitutas. Dada la legitimidad que posee como conocimiento científico, el discurso biomédico es un arma efectiva para los sectores dominantes, para lograr hegemonía con sus nociones de salud y normalidad. Desde esta perspectiva puede verse a la medicina como estrategia biopolítica y, retomando a Crawford (1994), podríamos agregar que, dado que esta estrategia implica una estigmatización y la construcción de un "otro enfermizo", la clase o grupo estigmatizado está sirviendo allí como demarcación para que la clase o grupo dominante -aquí bajo el aséptico nombre de "población general"- logre la afirmación de su propia identidad. Los exámenes sanitarios, pretendidamente rigurosos y burocráticamente administrados, pero exclusivamente aplicados a las prostitutas de clases bajas muestran rápidamente su sesgo de género y de clase. Sin embargo, si bien estos controles sanitario/morales carecían de cualquier eficacia en términos de control epidemiológico, sí resultaban productivos a la hora de distinguir entre las mujeres buenas y las otras.

Breves reflexiones finales e interrogantes abiertos

A continuación se recapitulan sucintamente los principales puntos del discurso del higienismo en los primeros procesos de medicalización de la prostitución para luego dejar planteados algunos interrogantes sobre el contexto actual del sexo comercial. Tras la comprensión de los mecanismos que operaron desde

la medicina para construir a "la prostituta" emerge la pregunta -que excede el marco de este artículo y por ello queda abierta para futuras indagaciones- sobre la persistencia de dichas construcciones y hasta qué punto la renovada atención que la medicina ha puesto en las personas que hacen sexo comercial a partir de la epidemia de VIH/sida podría dar lugar a nuevas concepciones.

Como se ha afirmado más arriba, a partir del siglo XIX la medicina, en articulación con Estado, avanzó en la regulación de la vida social y el control de los cuerpos. Tanto los desarrollos tecnológicos y las innovaciones dentro de la medicina, como su alianza con el Estado y la legitimación bajo el paraguas de los discursos científicos -aun teñidos de moralismo- permitieron configurar un dispositivo de saber-poder apuntado a la regulación de las poblaciones.

Dentro de este proceso más amplio de medicalización el abordaje de la prostitución implicó un conjunto de mecanismos específicos. Los análisis y testeos de enfermedades venéreas y las encuestas epidemiológicas contribuyeron a la construcción del cuerpo de la prostituta como un conjunto de signos patológicos (y signos de inmoralidad), explicando así la necesidad de su tratamiento y segregación respecto del cuerpo social. El cuerpo enfermo e inmoral de la prostituta emergió entre los tres lugares de encierro antes referidos: el burdel, la prisión y el hospital (en particular el hospital de sifilíticas). Este aislamiento fue clave para el surgimiento de la categoría de prostituta, separada como una identidad especial distinta del resto de la clase obrera. Antes de los comienzos del siglo XIX los intercambios de sexo por dinero eran actos indiferenciados dentro de un conjunto de trasgresiones sociales. Luego con las reformas legales y la persecución sanitario-policial, las "prostitutas" serían escindidas de la población obrera y comenzaron a ser aisladas como una minoría proscrita (Agustín, 2005; Walkovitz, 1980). Aquí ya es posible señalar que este movimiento de segregación de las prostitutas continúa vigente en las formas en que se gestiona el sexo comercial callejero¹³, pues las medidas suelen apuntar a una regulación de la visibilidad y a la producción de guetos que buscan aislar el contacto de las llamadas "zonas rojas" y el resto de la urbe.

Otra persistencia radica en la concepción individualista (y generizada) con que la medicina enfoca a "la prostituta". Las posiciones "prostituta" y "cliente" son espacios que se hallan marcados por las variables de género, raza, clase y edad, pero que deben ser considerados desde una visión relacio-

13 La gestión del sexo comercial puertas adentro merece un capítulo aparte, pues en los últimos años se ha transformado con el pánico moral suscitado por la "trata de personas" (ver Doezeema, 2000; Weitzer, 2007; y en Argentina Varela, 2013).

nal y contextual, pues no se puede comprender cómo funcionan sin atender al marco más amplio donde se erige el mercado sexual. Contrariamente, la mirada más común en la medicina -no sólo el higienismo o la epidemiología más tradicional¹⁴, sino varios abordajes actuales- no logra superar un sustancialismo que opaca la posibilidad de comprender más cabalmente las problemáticas del mercado del sexo. Por ejemplo, dentro de las estrategias preventivas del VIH/sida, el llamado "modelo epidemiológico-conductual" (Pecheny y Manzelli, 2002) favorece una visión individualista y voluntarista de los agentes involucrados -renovando así el peligro de hacer caer juicios morales sobre ellas/os y sus conductas-. Una excepción en este sentido la constituye la perspectiva de reducción de daños, de desarrollo relativamente reciente. Este enfoque propone intentar evitar las prácticas más perjudiciales, pero considerando tanto el contexto socioeconómico y cultural más amplio como la diversidad de necesidades y concepciones de las personas sin moralizarlas (ver Rekart, 2005). Sin embargo, el enfoque de reducción de daños aplicado al sexo comercial y de una forma integral -es decir, por ejemplo considerando las interacciones con el marco legal- no ha logrado expandirse más allá de algunos pocos países y muy escasamente en Latinoamérica. Para la mirada médica más hegemónica las personas que hacen comercio sexual continúan siendo concebidas en términos de posibilidades de contagio, y poco se piensa en su salud más allá de los márgenes de la visión biomédica¹⁵. En el marco del higienismo, a pesar de la

14 Aunque no es posible darle un tratamiento en profundidad al tema, es necesario destacar que también las disciplinas "psi" han funcionado como saberes-poderes sobre las prostitutas, muchas veces patologizándolas y estereotipándolas. Un ejemplo se puede ver en el análisis de Maryse Choisy, quien, retomando lo que Freud llamó *dimenkomplex* (complejo de prostitución), explica que en el fondo de cada prostituta hay "una niña que no se siente amada por su padre" y que por ello buscará "degradar su valor sexual"; además agrega que estas "criaturas perversas [...] son por lo general totalmente frías" (Choisy, 1993: 13) e incapaces de tener sexualidad normal pues sus vínculos son gestados a partir del odio y el desprecio. A esto debemos sumar que Choisy niega importancia a lo que ella llama "causas socioeconómicas" de la prostitución, poniendo todo el énfasis causal a la constitución psicopatológica de la prostituta. Este discurso no sólo permite recortar prolijamente una subjetividad particular, e indefectiblemente enferma, de la prostituta, sino que, al mismo tiempo, opera una homogeneización de las experiencias de quienes se prostituyen.

15 Otra posible mirada desde la salud, la reflexión sobre las posibilidades terapéuticas del trabajo sexual -por ejemplo para poblaciones con discapacidades motrices o de otro tipo- apenas recientemente ha comenzado a ser desarrollada en el contexto local.

evidencia empírica en sentido contrario, no se cuestionaba la creencia de que el contagio era de las prostitutas a los clientes pero no a la inversa. En el marco de la lucha contra la epidemia de VIH/sida, aunque discursiva y analíticamente se ha incorporado a los clientes como parte de las poblaciones en riesgo (*most-at-risk populations*); pocas de las intervenciones de salud pública tienen como blanco directo a tal población (Deering *et al.*, 2013; Ward, 2006).

En este punto, algunos autores han sugerido la necesidad de un cuestionamiento crítico más profundo de la noción epidemiológica de "riesgo" pues mantiene el foco individual y está orientada a fines de control técnico (Ayes, 2002). Frente a esto, el concepto de "vulnerabilidad" propuesto por Ayes como "forma de ampliar los horizontes normativos de ese campo más allá de la eficacia técnica" (2002: 11), permitiría apuntar menos al control de la enfermedad y a las necesidades de las personas. Hace ya varios años se ha señalado cómo la epidemia de VIH/sida desplazó la atención de otros problemas vitales para las personas dedicadas al trabajo sexual (Ward y Day, 1997). En este sentido el papel que otrora jugara la epidemia de sífilis parece haber sido retomado hoy por el VIH/sida. Las demandas de los colectivos de personas en prostitución/trabajadores sexuales apuntan a ser incluidas en las políticas de salud desde una visión integral que no sólo se oriente a la prevención y tratamiento de aquellos aspectos vinculados de modo directo con el ejercicio de prácticas sexuales. Sin embargo, los marcos legales que criminalizan al sexo comercial mantienen vigente la lógica de las intervenciones sanitarias comprendidas más como una operación de control social que como ligadas a un derecho a la salud. Así, los tests y análisis compulsivos que emergieron en el contexto de la medicina higienista se sostienen aún hoy en muchas ciudades, especialmente en Latinoamérica y el sur global¹⁶. En estos casos, los marcos legales que buscan controlar y sancionar la transmisión de enfermedades venéreas refuerzan la concepción de las "prostitutas" como fuente de infecciones, incrementando una vez más la discriminación y estigmatización. Así, lejos de ser normas que

16 Por ejemplo en Argentina en varias provincias se pena la "prostitución peligrosa" y la supuesta "peligrosidad" alude a la transmisión de enfermedades venéreas. Así, lejos de promocionar el derecho a la salud, el padecimiento de una enfermedad venérea se considera tanto como un agravante a la falta de "escándalo" o incluso como una falta en sí y se indica un "tratamiento forzoso". Este carácter compulsivo de los exámenes y tratamientos médicos, vulnera los derechos hoy consagrados por la "Ley Nacional de Sida" (Ley 23.798 que busca evitar la estigmatización, sostiene la voluntariedad de los exámenes y la confidencialidad de los resultados).

contribuyen a la salud pública terminan constituyendo una barrera de acceso a los servicios de salud (Gruskin, Pierce y Ferguson, 2013; Lazarus *et al.*, 2011).

Siguiendo lo que plantean tanto Crawford (1994) como Parker y Aggleton (2003) -entre otros varios-, se puede concluir que la epidemia de VIH ha renovado la estigmatización hacia las "sexualidades periféricas". Para la comprensión de este fenómeno, acicateado por una ola de pánico moral, se debe considerar que "el estigma tiene siempre una historia que ejerce influencia sobre su aparición y sobre la forma que este asume" (Parker y Aggleton, 2003: 17). El análisis de los procesos de medicalización y la construcción de imaginarios sobre la prostitución en el marco del discurso higienista nos brinda un panorama clave para comenzar a comprender la reactualización del estigma a partir del VIH/sida. Es posible afirmar que mirada de la medicina actual supone una moralización menor, o al menos más indirecta, que aquella del higienismo. Sin embargo el imaginario que liga prostitución y enfermedad se vuelve a encender -reactivando el estigma- cada vez que se piensa en la ocupación del espacio público por las trabajadoras sexuales y se justifica la segregación usando el argumento del cuidado de la salud pública. Otros estudios serán necesarios para determinar en qué medida en el contexto actual las personas que hacen sexo comercial dejan de ser una población a controlar y logran ser sujetos que acceden a la salud como un derecho.

Referencias bibliográficas

- ACTON, W. (1857) **Prostitution, Considered in Its Moral, Social, and Sanitary Aspects**. London: J. Churchill.
- AGUSTÍN, L. (2005). "Helping Women Who Sell Sex: The Construction of Benevolent Identities". **Rhizomes, Neo-Liberal Governmentality: Technologies of the Self and Governmental Conduct** (10). Disponible en http://www.rhizomes.net/issue10/agustin.htm#_edn4. [consultado 12/08/2014].
- AYRES, J. (2002). "Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones". **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Colombia, v. 20, n. 2, p. 67-82.
- BEJCZY, I. (1997). "Tolerantia: A Medieval Concept". **Journal of the History of Ideas**, 58(3), 365-384.
- BULLOUGH, B. (1996). Female Prostitution: Current Research and Changing Interpretations. *Annual Review of Sex Research* 7:158-180.
- CHOISY, M. (1993). **Prostitución: Enfoque médico-psicológico y social**. Buenos Aires: Ed. Lumen Hormé.
- COE, R. (1983). **Sociología de la medicina**. Madrid: Alianza Universidad.
- CONRAD, P. y SCHNEIDER, J. (1985). **Deviance and medicalization. From badness to sickness**. Columbus-Ohio: Merrill Publishing Company.
- CRAWFORD, R. (1994). "The boundaries of the Self and the unhealthy Other: Reflections on health, culture and AIDS". **Social Science & Medicine**, Vol. 38, N° 10.

- DEERING, K. N.; LYONS, T.; FENG, C. X.; NOSYK, B.; STRATHDEE, S. A.; MONTANER, J.S. & SHANNON, K. (2013). "Client demands for unsafe sex: the socioeconomic risk environment for HIV among street and off-street sex workers". **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, 63(4) 522-31.
- DOEZEMA, J. (2000). "Loose Women or Lost Women? The Re-emergence of the Myth of White Slavery in Contemporary Discourses of Trafficking in Women". **Gender Issues**, 18(1), 23-50.
- FIGARI, C. (2007). **Sexualidad, religión y ciencia. Discursos científicos y religiosos acerca de la sexualidad**. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- FLEXNER, A. (1914). **Prostitution in Europe**. New York: The Century co.
- FOUCAULT, M. (1996). "Historia de la medicalización", e "Incorporación del hospital en la tecnología moderna", en **La vida de los hombres infames**. La Plata, Altamira.
- FOUCAULT, M. (1999). **Historia de la sexualidad, Tomo I: La voluntad de saber**. Buenos Aires: Siglo XXI.
- GOFFMAN, E. (1986). **Estigma : la identidad deteriorada**. Buenos Aires: Amorrortu.
- GRAMMÁTICO, K. (2000). "Obreras, prostitutas y mal venéreo: Un estado en busca de la profilaxis"; en LOZANO, F (et al) **Historia de las mujeres en la Argentina, 2**. Buenos Aires: Taurus.
- GRUSKIN, S.; PIERCE, G. W. y FERGUSON, L. (2013). "Realigning government action with public health evidence: the legal and policy environment affecting sex work and HIV in Asia". **Culture, Health & Sexuality**, 16(1), 14-29.
- GUY, D. (1994). **El sexo peligroso: la prostitución legal en Buenos Aires 1875 - 1955**. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- LAZARUS, L.; DEERING, K. N.; NABESS, R., et al. (2011). "Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada". **Culture, Health & Sexuality**, 14(2), 139-150.
- NÚÑEZ, F. (2001) "El papel del hospital en el control sanitario de la prostitución"; en **Elementos: Ciencia y cultura**, 8(42), 55-59.
- OBREGÓN, D. (2002) "Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951)" **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 9 (suplemento): 161-86.
- PARENT DUCHÂTELET, A. (1836) **De la Prostitution dans la Ville de Paris, Considérée sous le Rapport de l'Hygiène Publique, de la Morale et de l'Administration**. Paris: J. B. Baillière.
- PARKER, R. y AGGLETON, P. (2003) "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action". **Social Science and Medicine**, 57:13-24.
- PECHENY, M. y MANZELLI, H. (2002) "Prevención del VIH/sida en 'hombres que tienen sexo con hombres'", en CÁCERES, C. (et al, eds.) **SIDA y sexo entre hombres en América Latina**, Lima: UPCH-ONUSIDA.
- REKART, M. L. (2005). **Sex-work harm reduction**. Lancet, 366(9503), 2123-2134.
- SANGER, W. (1895) **The History of Prostitution: Its Extent, Causes and Effects throughout the World**. New York: Medical Publishing.

- STOPES, M. C. (1929). **Sex and religion**. Londres: Unwin Brothers.
- TISCORNIA, O. (1918). **La prostitución. Higiene buco-dentaria** (Monografía). Buenos Aires.
- VARELA, C. (2013). "Del tráfico de las mujeres al tráfico de las políticas. Apuntes para una historia del movimiento anti-trata en la Argentina (1998-2008)". **PUBLICAR en Antropología y Ciencias Sociales**, 0(12), 35-64.
- WALKOWITZ, J. (1980). **Prostitution and Victorian society: women, class, and the state**. Cambridge. New York: Cambridge University Press.
- WARD, H. y ARAL S. O. (2006). "Globalisation, the sex industry, and health". **Sexually transmitted infections**. 82(5), 345-347.
- WARD, H. y DAY, S. (1997). "Health care and regulation: new perspectives". En: SCAMBLER, G. y SCAMBLER, A. (eds.) **Rethinking prostitution: purchasing sex in the 1990s**. London: Routledge.
- WEITZER, R. (2007). "The Social Construction of Sex Trafficking: Ideology and Institutionalization of a Moral Crusade". **Politics & Society**, 35(3), 447-475.

- STOPES, M. C. (1929). **Sex and religion**. Londres: Unwin Brothers.
- TISCORNIA, O. (1918). **La prostitución. Higiene buco-dentaria** (Monografía). Buenos Aires.
- VARELA, C. (2013). "Del tráfico de las mujeres al tráfico de las políticas. Apuntes para una historia del movimiento anti-trata en la Argentina (1998-2008)". **PUBLICAR en Antropología y Ciencias Sociales**, 0(12), 35-64.
- WALKOWITZ, J. (1980). **Prostitution and Victorian society: women, class, and the state**. Cambridge. New York: Cambridge University Press.
- WARD, H. y ARAL S. O. (2006). "Globalisation, the sex industry, and health". **Sexually transmitted infections**. 82(5), 345-347.
- WARD, H. y DAY, S. (1997). "Health care and regulation: new perspectives". En: SCAMBLER, G. y SCAMBLER, A. (eds.) **Rethinking prostitution: purchasing sex in the 1990s**. London: Routledge.
- WEITZER, R. (2007). "The Social Construction of Sex Trafficking: Ideology and Institutionalization of a Moral Crusade". **Politics & Society**, 35(3), 447-475.