



# ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A **TRABAJADORAS SEXUALES** EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



**RedTraSex**  
Red de Mujeres Trabajadoras  
Sexuales de Latinoamérica y el Caribe

*Nuevas miradas para seguir haciendo historia*

## INFORME REGIONAL



# CONTENIDO

Prólogo	3
Sobre la investigación	4
Principales resultados	5
Características sociodemográficas	5
Toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva	8
Atención de la salud	12
Atención de la salud sexual y reproductiva	15
Recomendaciones	20
Bibliografía	22

# PRÓLOGO

Este informe presenta los resultados del Estudio sobre salud sexual y reproductiva y acceso a servicios de salud de las trabajadoras sexuales en nueve países de América Latina y el Caribe, realizado durante julio y diciembre de 2023 con el apoyo de Equality Fund.

Como todas las acciones que llevamos adelante desde la RedTraSex, las trabajadoras sexuales lideramos y participamos activamente a lo largo de todo el proceso de la investigación: definimos el tema, colaboramos en el desarrollo de los objetivos, participamos del diseño del instrumento de recolección, llevamos adelante la recolección de la información en el campo, debatimos sobre los resultados, realizamos la revisión y sumamos nuestros aportes a este informe.

La información que aquí presentamos da cuenta de algunos aspectos de nuestra salud sexual y reproductiva y de nuestras experiencias al momento de atendernos en servicios de salud de los países de la región. Gracias a este trabajo de investigación contamos con información precisa sobre las situaciones de discriminación que atravesamos las trabajadoras sexuales al acceder a servicios de salud.

Con esta información, que actualiza la de investigaciones anteriores, trabajaremos intensamente para alcanzar políticas públicas y normativas que mejoren las condiciones de trabajo y de vida de las trabajadoras sexuales.

**Lucy Esquivel**  
*Secretaria Ejecutiva  
RedTraSex*

# SOBRE LA INVESTIGACIÓN

El propósito del estudio es contribuir con datos a conocer aspectos claves de la situación y la atención en salud sexual y reproductiva de las trabajadoras sexuales en nueve países de América Latina y el Caribe, focalizando en la presencia de situaciones de estigma y discriminación ligadas al trabajo sexual.

## A su vez, se definieron los siguientes objetivos específicos:

- *Explorar el proceso de toma de decisiones de las trabajadoras sexuales en relación a su salud sexual y reproductiva.*
- *Identificar y describir las situaciones de discriminación presentes en la atención de la salud sexual y reproductiva de trabajadoras sexuales.*
- *Identificar las barreras presentes en los servicios de salud para la atención trabajadoras sexuales.*

El estudio de carácter exploratorio descriptivo, se desarrolló durante los meses de mayo a diciembre de 2023 en las ciudades capitales de nueve países de la región: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay y República Dominicana. La selección de los países estuvo definida por los siguientes criterios:

- *Son sede de organizaciones nacionales de trabajadoras sexuales que integran la RedTraSex*
- *En sus Planificaciones Estratégicas incluyen el trabajo en el área de salud sexual y reproductiva*

En todas las etapas de la investigación las trabajadoras sexuales fueron protagonistas. Al comienzo, revisaron y realizaron comentarios al protocolo de la investigación y colaboraron en el diseño del instrumento con el objetivo de definir la pertinencia de las dimensiones abordadas, la claridad de las preguntas, la adecuación del lenguaje de los países, entre otras cuestiones.

Se desarrolló una Guía para la implementación del cuestionario que, además de repasar cada una de las preguntas, el modo de formularlas y los tipos de opciones de respuestas, brindó orientaciones en relación a los criterios de inclusión y sobre las pautas generales para garantizar la confidencialidad y los aspectos éticos del estudio. Conjuntamente, se realizaron dos encuentros de formación con las trabajadoras sexuales encargadas de llevar adelante el trabajo de campo.

Luego, las trabajadoras sexuales de las organizaciones nacionales que integran la RedTraSex llevaron adelante la prueba piloto en los nueve países y el trabajo de campo. A lo largo de toda esta etapa, las trabajadoras sexuales que llevaron adelante la implementación de las encuestas, realizaron reportes quincenales donde

informaban el avance de la implementación y los posibles obstáculos encontrados, con el fin de pensar conjuntamente estrategias de trabajo para su abordaje.

El trabajo de campo se desarrolló con el siguiente criterio de inclusión: trabajadoras sexuales que estuvieran en actividad, de 18 años o más, mujeres cis y mujeres trans. No se plantearon cuotas ni criterios de selección o sorteo.

La muestra final quedó conformada por 1306, con un promedio de 145 casos por cada país. En líneas generales, la recolección de datos fue realizada con precisión, lo cual favoreció la calidad de los datos y la consistencia general de la encuesta. Las inconsistencias o datos faltantes pudieron subsanarse, en la mayoría de los casos, durante la etapa de supervisión, minimizando así la pérdida de información.

## PRINCIPALES RESULTADOS

### Características sociodemográficas

En esta sección se presentan algunas características socio-demográficas de las trabajadoras sexuales encuestadas.

En relación a la identidad de género, 88.9% se define como mujer cis, 10,8% como mujer trans y 0.3% como travesti.

El promedio de edad es de 33 años, siendo las más jóvenes de las encuestadas de 18 años de edad, límite inferior para ser incluidas en la muestra; y la encuestada de mayor edad tiene 69 años. Tal como se observa en el siguiente gráfico, el rango de edad más frecuente es entre los 18 a menos de 25 años, seguido por el rango de 25 a menos de 30 años.

#### Edad de las trabajadoras sexuales encuestadas

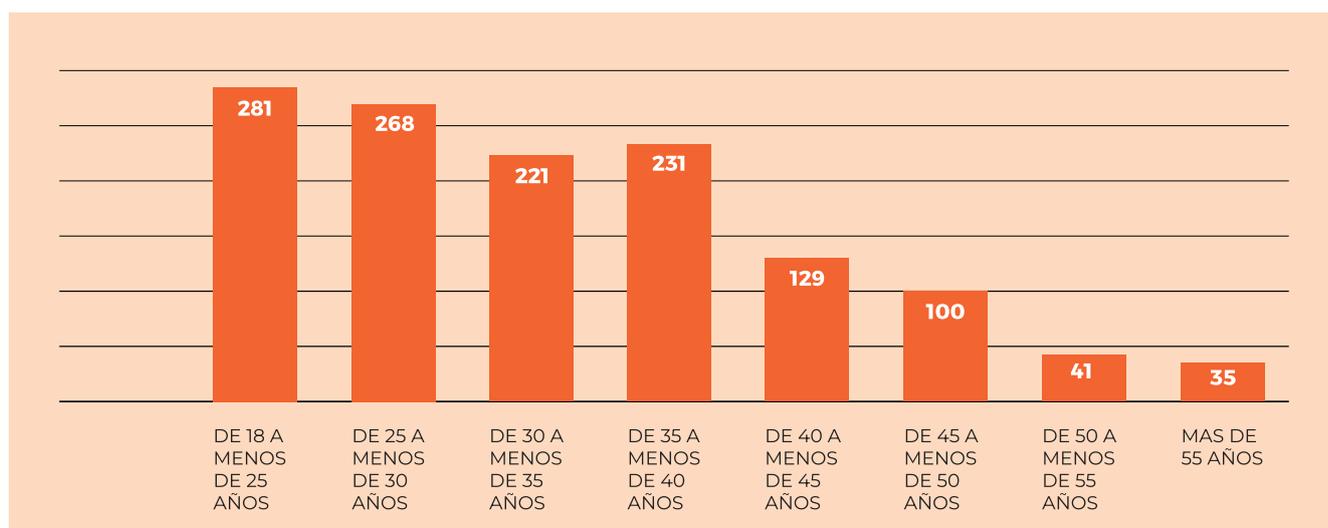


Gráfico 1  
(en números)

Fuente: RedTraSex

Si tenemos en cuenta la identidad de género de las encuestadas y el grupo de edad, observamos que 79.4% son mujeres cis que se encuentra en edad reproductiva, es decir, entre los 18 y 49 años.

Con el fin de conocer la situación migratoria, se indagó sobre el país de nacimiento de las encuestadas, siendo un total de 87.2% de trabajadoras sexuales no migrantes, es decir, nacieron en el país donde trabajan y fueron encuestadas; y 12,8% provienen de otros países y se concentran principalmente en Chile, Guatemala y República Dominicana.

Un solo país, del total de los quince en los que se realizó el estudio, tiene el 100% de encuestadas nacidas en territorio nacional: México. En Argentina, Bolivia y Paraguay porcentaje de nacidas en el país supera el 95%. En el otro extremo, un solo país cuenta con un tercio de encuestadas que son extranjeras: Chile.

Al indagar sobre educación, un tercio de las trabajadoras sexuales encuestadas completaron la educación secundaria, y otro tercio completó la educación básica al finalizar la escuela primaria.

En relación al nivel de instrucción más bajo, 14.2% no terminó la escuela primaria y un 4.2% afirma nunca haber asistido a la escuela. Si tenemos en cuenta la edad de la muestra y el carácter obligatorio de la educación primaria en todos los países donde se realizó el estudio, resulta llamativo que casi 2 de cada 10 encuestadas sean analfabetas primarias o funcionales.

Respecto del nivel de instrucción más alto, un 12.6% cuentan con estudios de educación superior incompletos y 3.9% cuenta con estudios terciarios/universitarios completos.

### Nivel de estudios alcanzados

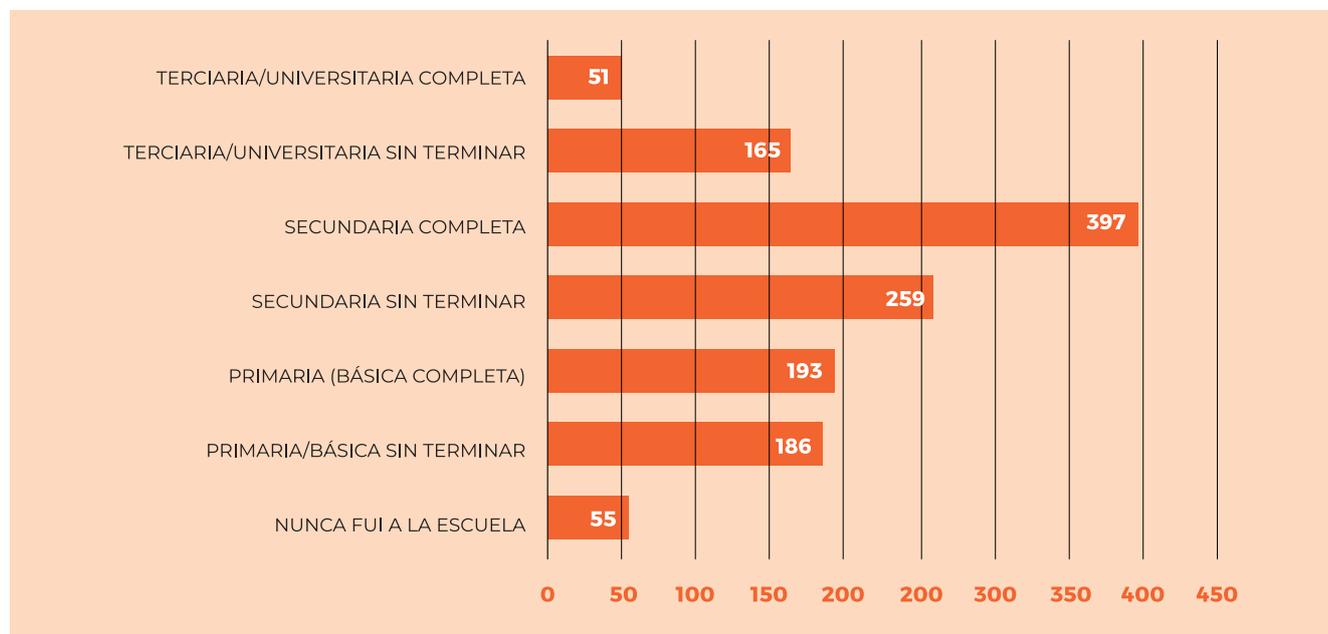


Gráfico 2  
(en números)

Fuente: RedTraSex

<sup>1</sup> El analfabetismo primario refiere a la persona que nunca aprendió a leer y escribir, mientras que el analfabetismo secundario refiere a la persona que aprendió a leer y a escribir, pero con el tiempo olvidó esa capacidad porque el aprendizaje fue superficial.

Al analizar por país, vemos que Paraguay y República Dominicana tienen los porcentajes más altos de primaria incompleta; mientras que los de más bajo porcentaje corresponden a Argentina y Chile. Con respecto a la primaria completa vemos que los mayores porcentajes recaen en Paraguay y El Salvador y el más bajo en República Dominicana. Si se suman los porcentajes de “nunca fue a la escuela” y “primaria sin terminar”, se puede percibir la proporción de encuestadas presumiblemente analfabetas funcionales: en El Salvador más de la mitad de las encuestadas; en Guatemala y República Dominicana, alrededor del 40%; mientras que en Paraguay 30%.

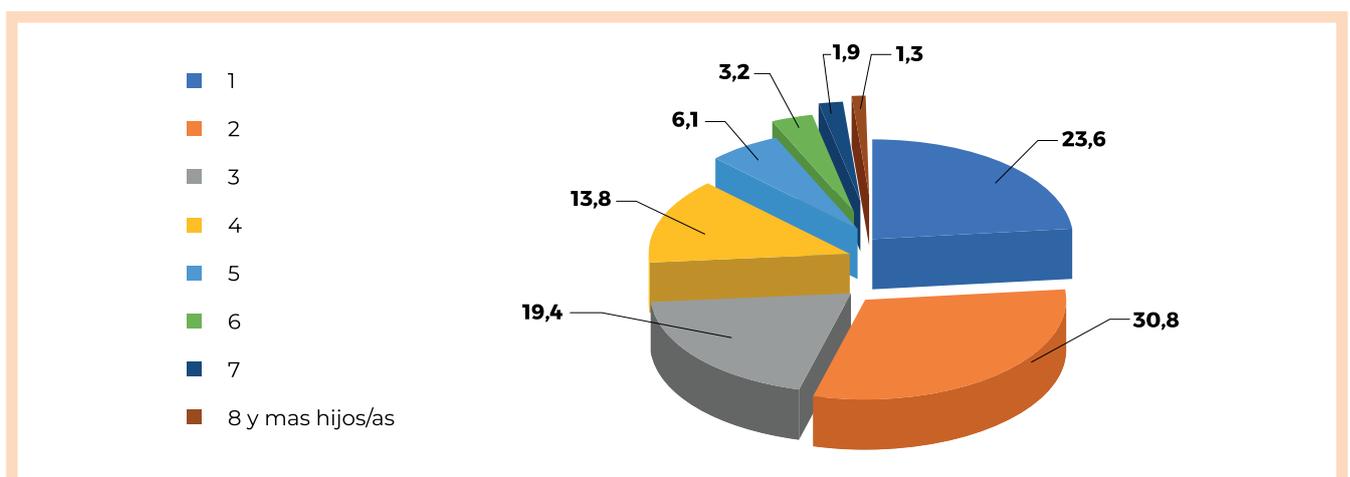
No se registran diferencias sobre si hoy están estudiando, según el nivel de instrucción alcanzado. En todos los niveles hay un porcentaje bajo de quienes siguen estudiando y un porcentaje más alto de quienes ya no asisten más a instituciones educativas formales.

En relación a la situación de pareja de las encuestadas: 59% no está en pareja, mientras que 41% está en pareja o de novia. Al indagar en relación a la orientación sexual, 73.9% se identifica como heterosexual, el 21.5% como bisexual o pansexual y 4.6% como lesbiana.

Del total de las encuestadas, 35,5% no tienen hijos/as y entre quienes tienen hijos/as, casi la mitad (47,5%) tiene entre 1 y 3 hijos/as. Al realizar el cruce por edad, vemos que la casi totalidad de quienes no tienen hijos/as se concentran entre los 18 y menos de 30 años (98,2%), lo que se condice con el alto porcentaje de encuestadas mayores de 30 años que tienen hijos/as (96,7%).

La media, es decir el promedio es entre 2 y 3 hijos por cada encuestada, mientras que la mediana que es el valor central de una distribución de frecuencias recae en los dos hijos, reflejando, en general el cambio demográfico que han dado estos países en los últimos 30 años.

### Cantidad de hijos/as



**Gráfico 3**  
(en porcentaje)

Fuente: RedTraSex

## Toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva

El cuestionario incluyó una serie de preguntas que buscó indagar en la toma de decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH e ITS, y sobre el uso de los mismos en su vida de pareja y en el trabajo.

En relación al uso de métodos anticonceptivos y de prevención de VIH por fuera del trabajo sexual, poco más de 7 de cada 10 encuestadas utilizan algún método anticonceptivo. Si centramos el análisis en el grupo de edad de 18 a 49 años, el porcentaje asciende a 78% con fuertes disparidades al analizar entre las ciudades: en Bolivia, Chile, Guatemala y El Salvador 30% de las encuestadas no utilizan métodos anticonceptivos, mientras que en Brasil, México, Paraguay y República Dominicana este porcentaje desciende a menos del 10%.

### Uso de métodos anticonceptivos o de prevención de VIH por fuera del trabajo sexual

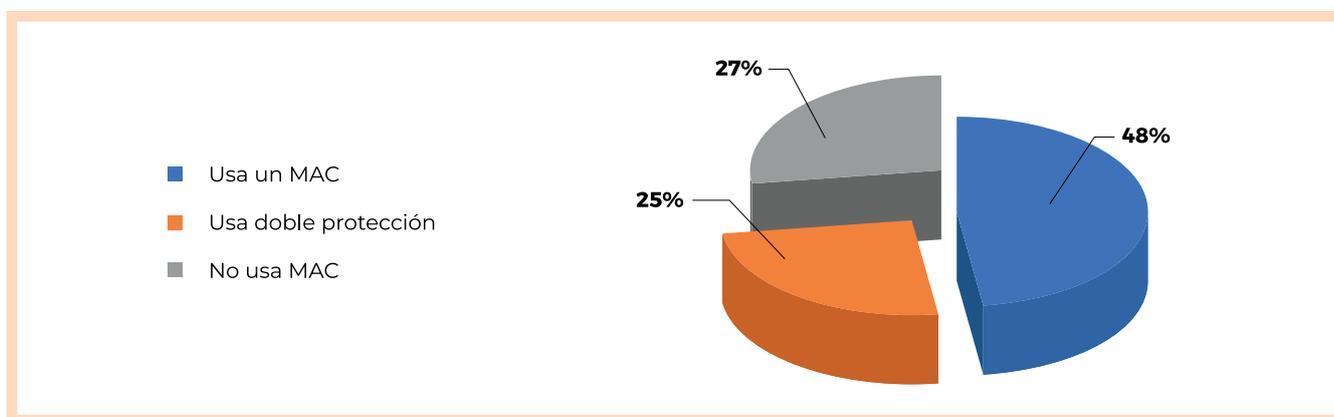


Gráfico 4  
(en porcentaje)

Fuente: RedTraSex

Es significativo el uso de la doble protección: 25% de las encuestadas utiliza el preservativo junto con un método anticonceptivo. Entre las combinaciones más utilizadas se mencionaron:

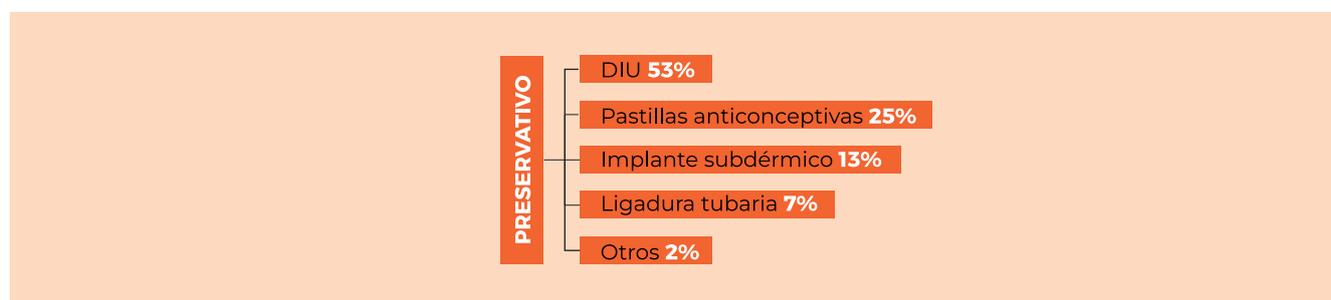


Gráfico 5  
(en porcentaje)

Fuente: RedTraSex

Luego, se preguntó en relación al uso de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH al momento de ejercer el trabajo sexual. Al analizar las respuestas, se observa que todas las encuestadas utilizan algún método anticonceptivo o de prevención de VIH en su trabajo, siendo el preservativo el método más utilizado por el 99.7% y un escaso 0.3% no utilizan este método de barrera. El alto uso de preservativos y su uso consolidado durante el trabajo, da cuenta de la efectividad de las políticas de prevención y de las acciones entre pares que llevan adelante desde hace años las organizaciones de trabajadoras sexuales.

De quienes usan preservativo, más de la mitad lo utiliza como único método de prevención (53.8%), mientras que 46,2% lo utiliza junto con otro método anticonceptivo, siguiendo los mismos porcentajes que en el uso por fuera del trabajo sexual.

La realización de la misma pregunta en relación al uso de métodos anticonceptivos durante el trabajo sexual y fuera de esa actividad, se vincula con dos situaciones identificadas a partir de las experiencias y relatos recopilados por las organizaciones nacionales que integran la RedTraSex en trabajo cotidiano entre pares:

- *Alto porcentaje de uso de preservativo en el trabajo sexual: Fruto de las acciones de prevención, a lo largo de los años se alcanzó un alto nivel de uso de preservativo por parte de las trabajadoras sexuales*
- *Disminución del porcentaje de uso de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH por fuera del trabajo sexual: A pesar de no tener intenciones de embarazarse, se registra una baja en el uso de métodos anticonceptivos en relación a su uso durante el trabajo.*

De los datos podemos observar que casi 100% de encuestadas que utiliza un método durante su trabajo, desciende a 73% en su vida de pareja. Este último porcentaje de uso promedio para los nueve países que participaron del estudio es similar a la tasa de prevalencia de métodos anticonceptivos en mujeres de 15 a 49 años para América Latina establecida en 74% (UNFPA, 2020).

A fin de conocer si las trabajadoras sexuales encuestadas **toman sus propias decisiones acerca de sus relaciones sexuales y de salud reproductiva**, se incluyeron en el cuestionario tres preguntas recopiladas durante el proceso de búsqueda de antecedentes y revisión de literatura e investigaciones sobre el tema, que se realizó al momento de diseñar el protocolo de investigación. Durante esa etapa, se revisó el documento “Directrices sobre la recopilación de datos para el indicador 5.6.1 del ODS en encuestas nacionales en hogares” desarrollado por UNFPA en 2019, donde se brindan orientaciones para medir el indicador 5.6.1 del ODS que se define como la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años (casadas o que vivan en unión) que toman decisiones propias sobre relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos y salud reproductiva ; es decir, quienes pueden decir no a mantener relaciones sexuales con su marido o pareja si no lo desean y deciden sobre el uso de métodos anticonceptivos y sobre su propia asistencia médica. Se determina entonces que, únicamente las mujeres que contestan “sí” a estos tres componentes se consideran

mujeres que toman sus propias decisiones acerca de sus relaciones sexuales y salud reproductiva.

Tomando como base ese documento y propuesta de relevamiento, se adaptaron las preguntas teniendo como base las destinatarias de la encuesta, de modo tal que finalmente se incluyeron las siguientes preguntas:

1. ¿Dirías que tu uso de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH es principalmente una decisión tuya, principalmente de tu pareja, una decisión de ambos o principalmente una decisión del cliente?
2. ¿Podes decir «no» a tu pareja si no deseas mantener relaciones sexuales?
3. ¿Quién toma normalmente las decisiones sobre tu salud sexual y reproductiva?

En relación a la **decisión sobre el uso de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH**, la casi totalidad de las trabajadoras sexuales encuestadas manifiesta que es una decisión principalmente propia (99.3%), siendo muy poco significativos las situaciones donde la decisión queda principalmente en manos de la pareja (0.3%) o del cliente (0.3%).

Al consultar en relación a quien **toma las decisiones de salud sexuales y reproductiva**, se conservan similares porcentajes: casi 97% de las encuestadas toman sus propias decisiones, un escaso 2.5% lo hace conjuntamente con sus parejas y tiene una bajísima presencia los servicios de salud.

Estos niveles se mantienen similares y no hay diferencias significativas al analizar por país o por edad de las encuestadas.

**Tabla 1.**

**Distribución en valores porcentuales de trabajadoras sexuales encuestadas según toma de decisión sobre uso de MAC y salud sexual y reproductiva.**

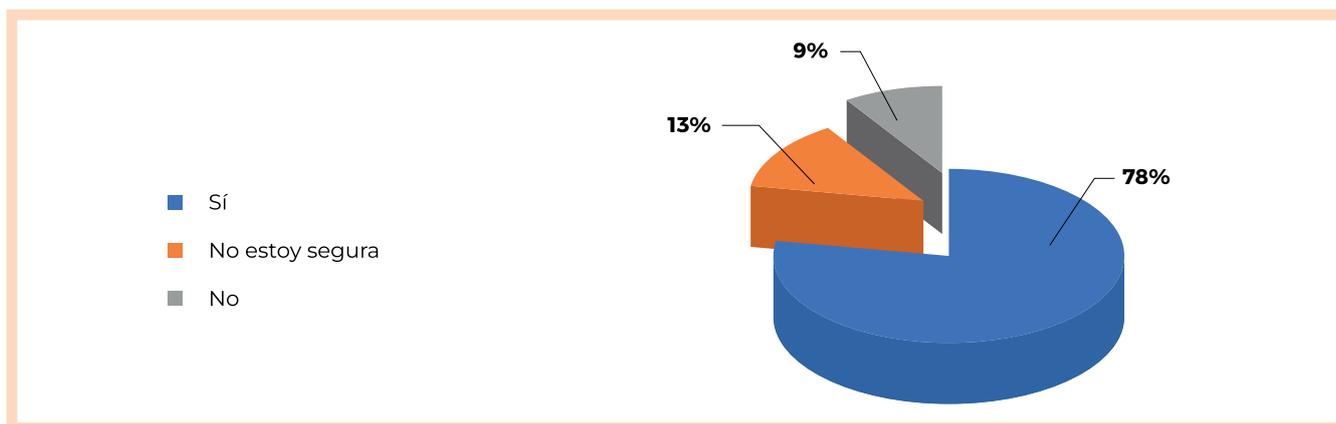
	Quien decide uso de métodos anticonceptivos (en porcentaje)	Quién toma generalmente as decisiones sobre tu salud sexual y reproductiva (en porcentaje)
Principalmente es una decisión mía.	99,3	97
Yo junto con mi pareja.		2,5
Principalmente decide el cliente.	0,3	
Principalmente decide mi pareja.	0,3	0,2
Principalmente del personal médico.	0,1	0,3
Total.	100	100

Fuente: RedTraSex

<sup>2</sup> Este indicador se mide a través de las Encuestas demográficas de salud (EDS) que se realizan en determinados países con ingresos bajos y medios, mediante la realización de las siguientes preguntas: Pregunta 1: "¿Puede decir «no» a su (marido/pareja) si no desea mantener relaciones sexuales?", Pregunta 2: "¿Diría que su uso de métodos anticonceptivos es principalmente decisión suya, principalmente de su (marido/pareja), o es una decisión mutua?" y Pregunta 3: "¿Quién toma normalmente las decisiones sobre su propia asistencia sanitaria?"

Al indagar en relación a si pueden decir “no” a sus parejas si no desean tener relaciones sexuales, se registra un descenso en el consentimiento y protagonismo de las encuestadas al momento de la toma de decisión. Mientras que no hay lugar a dudas sobre el alto nivel de toma de decisión de las encuestadas en relación al uso de MAC y decisiones sobre su salud, registrando porcentajes cercanos al 100% de la muestra, al indagar sobre el consentimiento al momento de tener relaciones sexuales con sus parejas, si bien 78% considera que puede decir que “no”, se registra que 22% considera que no puede decir “no” o no está segura de poder decirlo.

### ¿Podes decir “no” a tu pareja si no desean mantener relaciones sexuales?



**Gráfico 6**  
(en porcentaje)

Fuente: RedTraSex

A partir de las respuestas a estas tres preguntas, se construyó la proporción de trabajadoras sexuales de 18 a 49 años que toman sus propias decisiones informadas en relación a su salud sexual y reproductiva, arrojando un alto nivel: 92% de las trabajadoras sexuales encuestadas tienen autonomía en la toma de decisiones sobre salud reproductiva y para ejercer sus derechos reproductivos. Si tenemos en cuenta que estudios realizados en la región señalan que 74% de las mujeres toman sus propias decisiones en materia sexual y salud y derechos reproductivos.

Es decir, mientras 9 de cada 10 trabajadoras sexuales de 18 a 49 años toman sus propias decisiones de salud sexual y reproductiva, en el caso de la población general de mujeres de 15 a 49 años esto desciende a 7 de cada 10 mujeres. Para comprender y explicar estas diferencias, podemos mencionar las siguientes hipótesis:

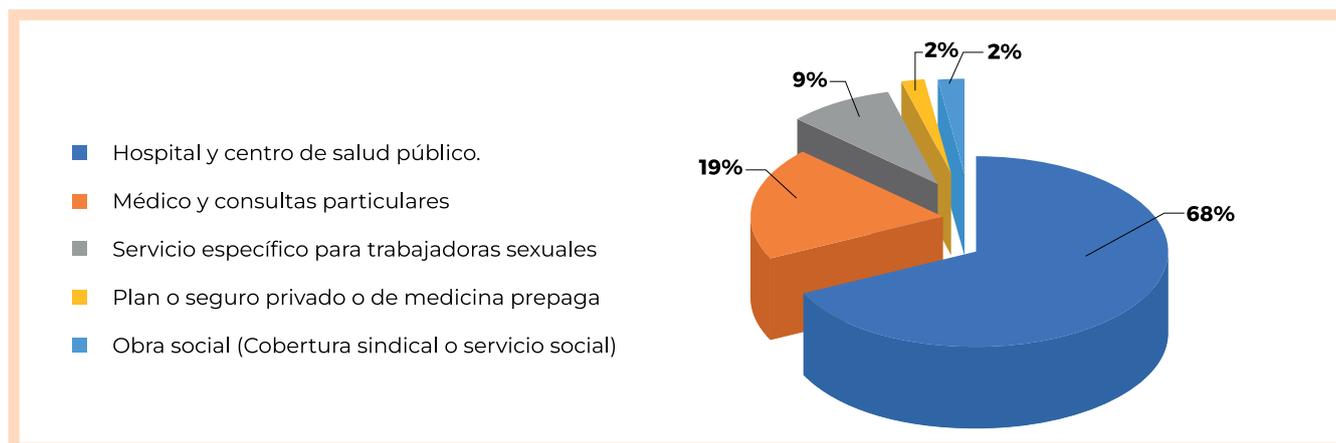
- *El trabajo entre pares: Desde las organizaciones de trabajadoras sexuales se realizan acciones de sensibilización y prevención en salud sexual y reproductiva de modo integral, no solamente en relación al trabajo sexual, es decir, se trabaja con el objetivo de alcanzar el empoderamiento y la autonomía de las trabajadoras en todos los aspectos de su vida, para que puedan tomar decisiones informadas libres de presiones y violencias tanto en su vida personal como en su trabajo.*

- *Las políticas públicas focalizadas: Las trabajadoras sexuales son consideradas una de las poblaciones claves especialmente vulnerables al VIH, lo que redundó en ser destinatarias de políticas públicas específicas para el sector. Si bien durante los años noventa y mediados del 2000 esas políticas se centraron en el uso del preservativo y el testeo, a partir de mediados de la década pasada se avanzó en un abordaje más integral, que contemple otros aspectos de la salud sexual y reproductiva y la salud mental (RedTraSex 2018).*

## Atención de la salud

En relación a la principal cobertura de salud, el sistema público de salud ofrecido por el Estado, y que en muchos países es total o parcialmente gratuito, cubre a 7 de cada 10 encuestadas, destacando que casi el 10% de este grupo se atiende en consultorios específicos para trabajadoras sexuales.

Un 14.6% accede a consulta privada/particular pagando la atención de su propio bolsillo, 2.4% recurre a los planes privados de medicina prepaga; mientras que solamente un 1.5% tiene cobertura en la Obra Social, Seguro Social o sindical que corresponde a una cobertura ligada al trabajo formal (propio, o del cónyuge u otro familiar) o a otro tipo de aportes en materia de seguridad social laboral.



**Gráfico 7**  
(en porcentaje)

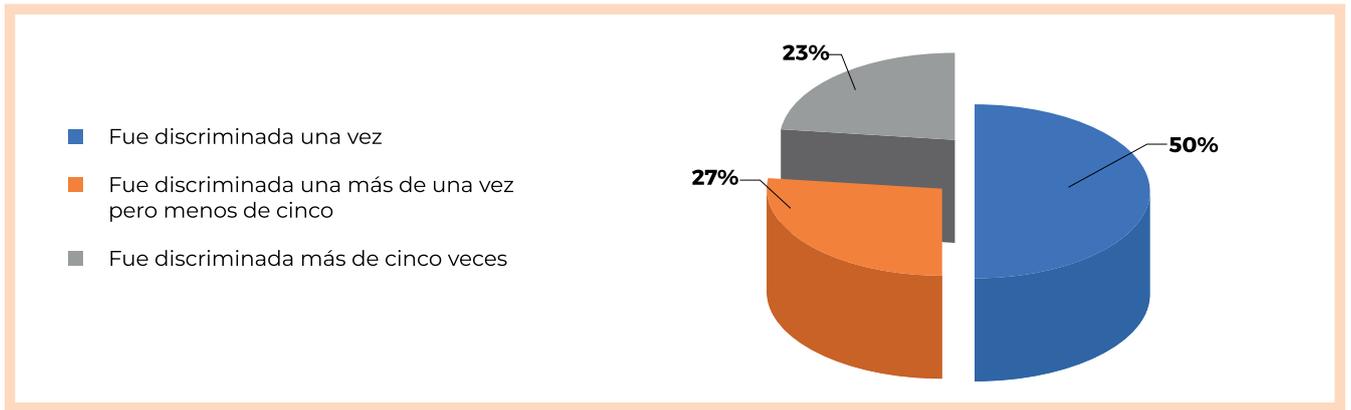
Fuente: RedTraSex

En relación a si fueron discriminadas por su condición de trabajadoras sexuales en un establecimiento de salud durante los últimos cinco años, 45,6% afirma que fue discriminada, identificando en el interior de la muestra los siguientes porcentajes:

<sup>3</sup>UNFPA (2020) Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights. Disponible en: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/20-033\\_SDC561\\_and\\_562-MASTER\\_DOC2.1-2020-03-06\\_1121.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/20-033_SDC561_and_562-MASTER_DOC2.1-2020-03-06_1121.pdf)

ONUSIDA establece en cinco los grupos de población clave especialmente vulnerables al VIH, y con frecuencia los que carecen de un acceso adecuado a los servicios: homosexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras sexuales, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y las personas en prisión o bajo reclusión de otra clase.

## Discriminación en establecimientos de salud



**Gráfico 8**  
(en porcentaje)

Fuente: RedTraSex

Al analizar por tipo de cobertura, se desprende la ausencia de situaciones de discriminación en los servicios específicos para trabajadoras sexuales: la totalidad de las trabajadoras sexuales que se atienden en servicios específicos no vivieron situaciones de discriminación. Teniendo en cuenta que en general, los servicios especializados suelen tener personal formado y sensibilizado en el tema, podemos afirmar que esta especificidad redundante en una mejor calidad de la atención y en la significativa baja o ausencia de situaciones de discriminación.

El porcentaje alto de quienes dijeron no haber sufrido discriminación envuelve dos situaciones: la alta proporción de quienes no dicen que son trabajadoras sexuales (porque no lo consideran relevante y/o para evitar discriminación o rechazo) como la de quienes, en menor proporción, han encontrado servicios y profesionales amigables, sean estos específicos para trabajadoras sexuales o no. A su vez, el ocultamiento de la condición de trabajadora sexual es un recurso al que recurren para evitar ser discriminadas o rechazadas, aun cuando esto pudiera tener consecuencias para la calidad de la atención. De este modo se anticipan a una eventual experiencia discriminatoria.

A nivel de los países se registra una gran disparidad: los porcentajes más bajos de discriminación están presentes en Chile y Guatemala, donde sólo el 4% y 16% manifiestan que sufrieron algún tipo de discriminación. En Argentina, Bolivia, México y Paraguay cerca de la mitad de las encuestas fue discriminada, mientras que Brasil y República Dominicana presentan los porcentajes más altos de discriminación con 90% y 62% respectivamente.

De quienes fueron discriminadas, casi la mitad dejó de acudir a una consulta médica cuando lo necesitaba por la discriminación sufrida (49.2%), mientras que un porcentaje similar tuvo que cambiar de hospital o servicio de salud debido a la discriminación (46.8%). Esto da cuenta del impacto de la discriminación en la atención de la salud, y como se convierte en una barrera para el acceso a la atención.

Del trabajo de campo y entre pares que las organizaciones nacionales de trabajadoras sexuales realizan diariamente, se registra la persistencia de estigmas y estereotipos vinculados al trabajo sexual en los servicios de salud. Por ese motivo, nos interesó indagar sobre situaciones específicas de discriminación en la atención de salud en los últimos cinco años.

Del total de las trabajadoras sexuales encuestadas, 34.4% afirma que no se respetó la confidencialidad durante la consulta en relación al trabajo sexual. A su vez, 40% afirma que le realizaron análisis de VIH y otras ITS sin su consentimiento y sin previo aviso por el solo hecho de ser trabajadora sexual. Vinculado con lo anterior, 25.3% afirma que fueron derivadas a un servicio de infectología, aunque la consulta era por otro motivo.

**Tabla 2.**

**Distribución en valores porcentuales de trabajadoras sexuales encuestadas por experiencias de estigma y discriminación en servicios de salud.**

El personal de salud...	Sí	No	No recuerda	Total
Le negó la atención por ser trabajadora sexual.	8,7	87,3	4	100
No respetó la confidencialidad en relación al trabajo sexual	34,4	62,6	3	100
Le realizó test de VIH sin su consentimiento ni previo aviso	40	58,2	1,8	100
La derivó a un servicio de infectología, pese a que no era el motivo de consulta	25,4	72,5	2,1	100

Fuente: RedTraSex

## Atención de la salud sexual y reproductiva

Comprender las lógicas de interacción paciente-profesional implica considerar que en la consulta ginecológica convergen asuntos relativos a la sexualidad y que, por tanto, deben analizarse el contexto y las determinaciones sociales, políticas y culturales de los cuerpos y las sexualidades teniendo en cuenta las relaciones de género (Uskula y Ahmadb 2003). En el caso de las trabajadoras sexuales esto se amplifica por la presencia de estereotipos, percepciones y posicionamientos políticos personales en relación al trabajo sexual.

Por eso, realizamos una serie de preguntas en relación a la atención sexual y reproductiva, para describir los modos en que aparece y se articula la discriminación por ser trabajadoras sexuales.

### Algunas cuestiones metodológicas para comprender este apartado:

- *Las preguntas se realizaron en relación a la última consulta ginecológica o de salud sexual, contemplando que el instrumento fue aplicado en mujeres cis y mujeres trans.*
- *Las preguntas se realizaron focalizando en la última consulta de la encuestada, para de ese modo establecer un marco de respuesta más definido. Preguntar por la última consulta tiene la ventaja de que es más fácilmente recordada que otras realizadas en el pasado.*

Como otras poblaciones acostumbradas al maltrato y a la discriminación, las trabajadoras sexuales suelen “recorrer” servicios y profesionales hasta hallar aquellos que sean menos hostiles o respetuosos de los derechos: esto se da principalmente en aquellas mujeres que de boca en boca se van pasando estas informaciones, recurso esencial para incluso hasta permitir el acceso a la atención en salud. De ahí que los resultados sobre satisfacción de las usuarias (bastante altos) deban insertarse en las trayectorias de mayor duración (como se verá luego respecto de experiencias de discriminación en el sistema de salud).

Del total de las encuestadas, 75,7% realizó una consulta ginecológica hace menos de un año, 17% lo hizo hace más de un año, pero menos de dos años, y solamente 7.3% realizó una consulta hace más de dos años. Ya sea porque hay regulaciones que obligan a realizarse controles de la salud (como el caso de Bolivia y Guatemala) o porque existe una conciencia y preocupación por el cuidado y el auto-cuidado, sorprende que dos tercios de las encuestadas refieren haber acudido a una consulta de salud sexual en el último año. Como veremos, esto no significa que sea por motivos ligados directamente o indirectamente al trabajo sexual, ni significa que en las consultas se aborde este tema.

Es interesante que al hacer el cruce por edad surge que el 99.4% de las personas que consultaron hace más de dos años son mayores de 50 años. Este espaciamiento de la consulta ginecológica/de salud sexual a medida que avanzan los años, suele estar presente también en la población de mujeres en general, que perciben como innecesaria la consulta a servicios de salud sexual y la realización de chequeos ginecológicos pasada la edad reproductiva.

En relación a los motivos de la consulta de salud sexual, entre los principales motivos mencionados se destacan: 30% consulta para realizarse controles ginecológicos, 26% consulta por el carnet sanitario, 14% por métodos anticonceptivos y 8% por una dolencia específica o por ITS. El resto de las consultas se distribuye entre quienes lo hacen por tratamiento de hormonización (6%), y por embarazo (4%) y por interrupción del embarazo (4%).

## Motivo última consulta de salud sexual y reproductiva

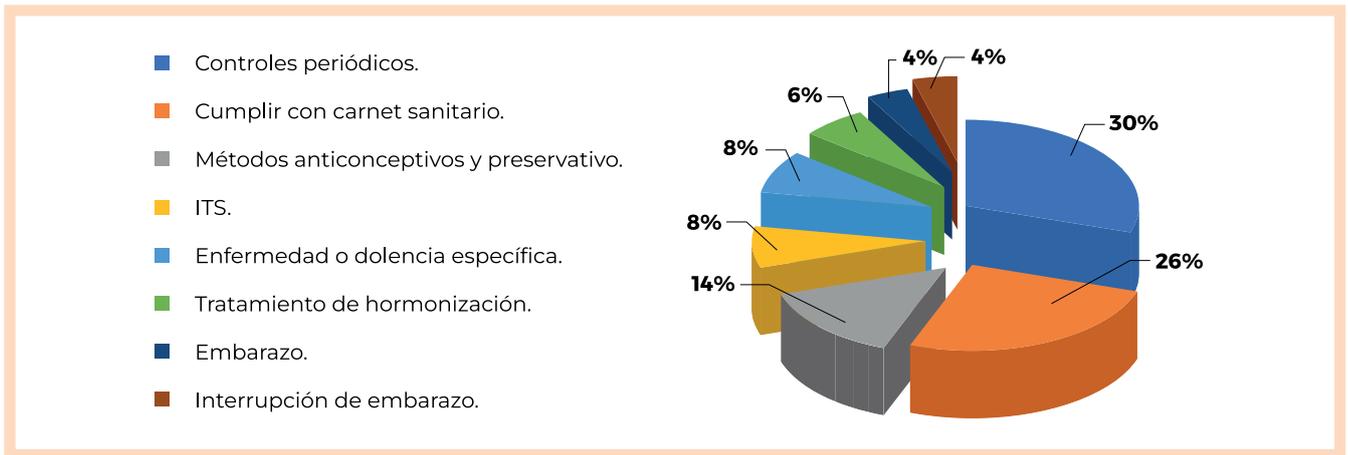


Gráfico 9  
(en porcentaje)

Fuente: RedTraSex

Como mencionamos, en dos de los nueve países objeto de este estudio (Guatemala y Bolivia) existen controles de salud obligatorios para las trabajadoras sexuales. Esto implica que deben concurrir a centros especializados con frecuencias variables según cada país para acreditar los resultados de sus exámenes médicos en carnets u otro tipo de identificaciones. El alcance de esta obligatoriedad de la realización de controles de salud entre las trabajadoras sexuales se ve reflejado en los siguientes datos: el 26% de las encuestadas dijo que la consulta estuvo vinculada con el estar obligada a controlarse por el carnet sanitario u otra disposición legal.

Estos porcentajes son sensiblemente más altos en los países con reglamentaciones que así lo exigen, como por ejemplo Bolivia donde 98% de las encuestas mencionaron como motivo de consulta la actualización del Carnet sanitario. Sin embargo, están presentes también en países donde no está regulado de este modo, como el caso de Brasil, Paraguay y México. Tal como se registra en investigaciones anteriores (RedTraSex, 2013) no sólo las disposiciones legales obligan a las trabajadoras sexuales a realizarse controles de salud, sino también sus empleadores o locales privados donde trabajan. Junto con estos datos anteriores, según el relevamiento realizado entre las referentes de las organizaciones de trabajadoras sexuales de esos países, la realización de una consulta para cumplir con el carnet sanitario en países donde no es parte de la normativa puede deberse a:

- *Los propietarios de los espacios de trabajo privados obligan a las trabajadoras sexuales a realizarse el examen periódicamente, y deben presentar la constancia de su realización para continuar trabajando en ese espacio, de no presentar la constancia en la fecha pautada no tienen permitido el acceso al establecimiento.*
- *Algunos establecimientos de atención específicos para trabajadoras sexuales establecen lo que se denomina "Atención Médica Periódica", a la cual una vez que la trabajadora sexual ingresa debe asistir cada seis meses a su control. No es*

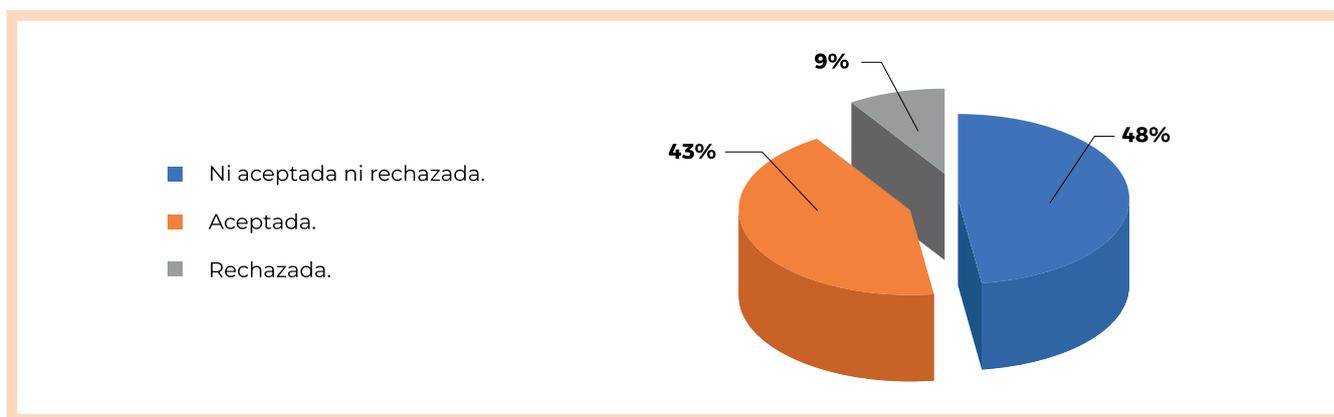
*obligatorio, pero existen varios mecanismos para que la trabajadora sexual no deje de asistir.*

Tomando como base esta última consulta de salud sexual, se realizaron una serie de preguntas para indagar en relación a la presencia de situaciones de discriminación al momento de la consulta. Para esto, se preguntó si consideraban que hablar de su actividad como trabajadora sexual era un tema importante para hablar en esa consulta: 68.5% consideró que era un tema importante, frente a un 31.5% que no lo consideró así.

Es llamativo que, pese a que casi 7 de cada 10 encuestadas considera que era un tema importante para hablar, solamente 4 de cada 10 hayan hablado del tema durante la consulta. Este descenso entre aquello que consideran importante como parte de la consulta y lo que finalmente termina siendo tema de conversación, puede explicarse por la presencia de una anticipación a la discriminación, es decir, el temor a las implicancias y consecuencias durante la consulta al evidenciar su trabajo.

A quienes hablaron del trabajo sexual en la consulta, se les preguntó cómo se sintieron tratadas sobre este tema: casi la mitad de las encuestas se sintieron “ni aceptadas, ni rechazadas”, 43% se sintieron “aceptadas” y un 9% se sintió “rechazada”. No se indagó sobre las implicancias de cada una de estas categorías de respuestas, ni que implica cada una de ellas.

### Como se sintió tratada al hablar del tema del TS en la consulta



**Gráfico 10**  
(en porcentaje)

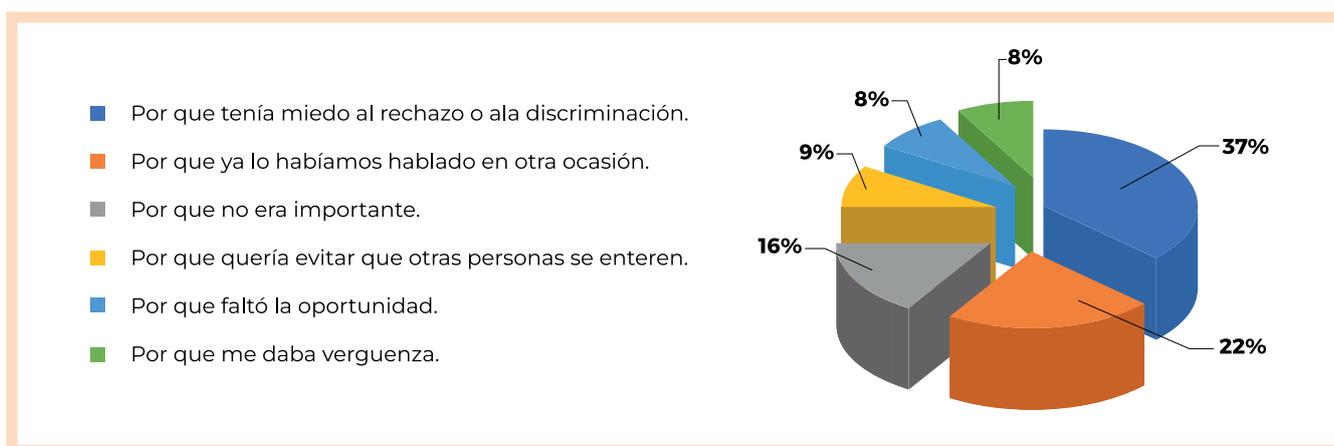
Fuente: RedTraSex

A quienes decidieron no hablar sobre el trabajo sexual en la consulta, se les preguntó los motivos de quienes no hablaron del trabajo sexual en la consulta: 4 de cada 10 de las encuestadas no hablaron por cuestiones vinculadas al estigma y la discriminación, siendo porque tenía miedo al rechazo, para evitar que otras personas se enteren y porque le daba vergüenza son los tres motivos más mencionados por este grupo.

Estos porcentajes, junto con las situaciones de discriminación que relevamos, dan cuenta de la presencia del estigma y la discriminación asociados al trabajo sexual en las consultas en salud, que llevan tanto al equipo de salud como a las trabajadoras sexuales a interactuar de manera tal que la calidad de la atención empeora y se vulneran así los derechos. Muchas veces se da la hostilidad manifiesta de instituciones y profesionales, y otras veces son las propias trabajadoras sexuales que se anticipan a tal hostilidad y prefieren no ir a atenderse, no consultar o no contar en la consulta que se dedican al trabajo sexual.

Es interesante que al analizar el grupo que no habló sobre trabajo sexual por los motivos de consulta, resulta que el 100% de las encuestadas que consultaron por embarazo o interrupción del embarazo no mencionaron el tema del trabajo sexual.

### Principal motivo por el que no habló de TS en la consulta de SSRR



**Gráfico 11**  
(en porcentaje)

Fuente: RedTraSex

Para aquellas encuestadas que hablaron del tema sexual en esa última consulta, se aplicó una serie de cuatro preguntas con el objetivo de relevar situaciones específicas de discriminación que suceden en los servicios y fueron identificadas en investigaciones anteriores (RedTraSex, 2013).

Al indagar sobre la presencia de comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca del trabajo sexual por parte del equipo de salud en esta última consulta, 35% de las encuestas responde que estuvieron presentes. Mientras que un porcentaje similar (33%) afirma que el personal de salud le realizó alguna crítica por ejercer el trabajo sexual, y el mismo porcentaje afirma que el personal de salud le recomendó no seguir ejerciendo el trabajo sexual.

Fruto del trabajo que realizan las organizaciones nacionales de trabajadoras sexuales, se identificó que en las consultas de los servicios de salud al abordarse el tema de los hijos/as suele estar asociado a la “recomendación sobre cambiar de trabajo” alegando el posible impacto que psicológico que el trabajo en sí o el estigma y la discriminación asociado pueden implicar en las infancias y adolescencias. Por ese motivo se incluyó en el cuestionario una pregunta específica sobre este tema, de la que resultó que a 41% de las encuestadas se las aconsejó a cambiar de trabajo por el bien de sus hijos/as.

**Tabla 3.****Distribución en valores porcentuales de trabajadoras sexuales encuestadas por experiencias de estigma y discriminación en servicios de salud.**

El personal de salud...	Sí	No	Total
Le hizo comentarios descalificadores o irónicos	35	65	100
La criticó por su trabajo	33	67	100
Le recomendó no ejercer el trabajo sexual	33	67	100
Le recomendó no continuar con el trabajo por sus hijos/as	41	59	100

Fuente: RedTraSex

Si tenemos en cuenta que solamente 9% de las encuestadas manifestó sentirse “ni acepta ni rechazada” a partir de contar durante la consulta sobre su trabajo, para esta serie de preguntas sobre situaciones puntuales de discriminación en esa última consulta, era de esperar porcentajes mucho más bajos de los registrados. Esta discrepancia entre la evaluación de la consulta y la existencia de situaciones concretas de discriminación da cuenta de la existencia de una naturalización de la discriminación, es decir, estamos ante un proceso de acostumbrarse a aquellas acciones caracterizadas por la agresión, en sus diversas formas de expresión.

Las investigaciones sobre calidad de la atención y satisfacción de usuarias y usuarios de servicios de salud suelen dar altos porcentajes de satisfacción, a partir de diversos factores: muy bajas expectativas previas (entonces, no tan difíciles de satisfacer), agradecimiento hacia las/os profesionales ante la resolución de preocupaciones y problemas de salud, etc. A la luz de esto, podemos también comprender esas discrepancias entre la evaluación de la atención y las situaciones de discriminación presentes.

# RECOMENDACIONES

De los datos del estudio se desprende directamente en qué medida la atención es más respetuosa de los derechos y libre de discriminación en los servicios específicos para trabajadoras sexuales, que en los servicios no específicos. Esto no implica que se modelice este tipo de servicios, sino que debemos trabajar para romper los cercos y nichos de la atención especializada, y transversalizar una atención desde el respeto de los derechos y la plena ausencia de todo tipo de discriminación.

En todos los países se reconocen problemas de accesibilidad y calidad de la atención en salud de las mujeres trabajadoras sexuales, ligadas a deficiencias estructurales de los sistemas de salud, a las dificultades bastante generalizadas en relación con las mujeres de sectores populares, y específicamente en relación con el estigma y discriminación ligados al trabajo sexual.

Del análisis de los datos obtenidos a través de este estudio, pueden formularse entre otras las siguientes recomendaciones para prevenir y eliminar las situaciones de discriminación a las trabajadoras sexuales en la los servicios de salud de América Latina y el Caribe.

## **Para los Estados nacionales y locales; legisladoras/es y decisoras/es en materia de normativas y políticas públicas:**

- *Tomar conocimiento de las situaciones de estigma y discriminación hacia las trabajadoras sexuales aún presentes en los servicios de salud con miras a generar acciones que transformen dichas condiciones en favor de las trabajadoras sexuales.*
- *Establecer y/o profundizar instancias de diálogo y trabajo conjunto con las organizaciones de trabajadoras sexuales tendientes a mejorar el acceso y la calidad de atención y para la formulación de políticas que atiendan a las necesidades sectoriales.*
- *Diseñar e implementar mecanismos efectivos para prevenir, combatir y sancionar la discriminación y toda forma de violencia contra las trabajadoras sexuales en general y, especialmente, en los servicios de salud.*
- *Profundizar la implementación de servicios de salud integrales, que contemplan una visión holística del cuerpo y la salud de las trabajadoras sexuales.*
- *Revisar el funcionamiento del sistema de controles obligatorios para trabajadoras sexuales, revisando aquellas normativas que penalizan explícita o implícitamente a las trabajadoras sexuales y que incluyen entre sus indicaciones regulaciones obligatorias sobre salud que sólo alcanzan a las trabajadoras sexuales y favorecen abusos y arbitrariedades por parte de las fuerzas de seguridad.*

- *Establecer mecanismos de control de parte de los Estados que garanticen el cumplimiento de las condiciones dignas, seguras, libres de violencia y en igualdad de derechos en los servicios de salud.*

### **Para los servicios de salud**

- *Introducir espacios de formación para el personal de los servicios de salud sobre las normas de derechos humanos relativas al trabajo sexual, y trabajar sobre los mitos y estereotipos vigentes en relación a las trabajadoras sexuales.*
- *Brindar una atención verdaderamente integral, no focalizada solamente en la prevención de VIH e ITS, sino que incorpore dimensiones claves de la salud sexual y reproductiva y la salud mental*
- *Garantizar la confidencialidad en relación a la historia de vida, con el fin de evitar posibles situaciones de discriminación al interior de los servicios de salud o con las familias y la comunidad.*
- *Recuperar la experiencia de las mujeres trabajadoras sexuales como promotoras de salud para que puedan acompañar a las compañeras en los procesos de atención de la salud y tender puentes con los servicios.*

# BIBLIOGRAFÍA

Brown, Josefina Leonor (2006), Capítulo consulta ginecológica en Jones, Libson y Hiller (comp.), Sexualidades, política y violencia: La marcha del Orgullo GLTTTBI 2005, segunda encuesta, Antropofagia, Buenos Aires, 2006, pp. 93-102,

UNFPA (2019) Directrices sobre la recopilación de datos para el indicador 5.6.1 del ODS en encuestas nacionales en hogares. División técnica. Fondo de Población de las Naciones Unidas

RedTraSex (2015). Resumen Ejecutivo: Situación de Derechos Humanos de Mujeres Trabajadoras Sexuales en 15 países de las Américas. Presentado ante la CIDH. Argentina: Publicaciones de la RedTraSex disponible en <https://biblioteca.redtralsex.org/handle/123456789/164>

RedTraSex (2013). Estudio sobre Estigma y Discriminación en los servicios de salud a las Mujeres Trabajadoras Sexuales en América Latina y El Caribe. Argentina: Publicaciones de la RedTraSex disponible en <https://biblioteca.redtralsex.org/handle/123456789/161>

Uskula, b, A. Ahmadb, F (2003) Physician–patient interaction: a gynecology clinic in Turkey Social Science & Medicine 57 (2003) 205–215



# RedTraSex

Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe

Nuevas miradas para seguir  
haciendo historia