

**Estudio sobre estigma  
y discriminación en los  
servicios de salud a las  
mujeres trabajadoras  
sexuales en América Latina  
y el Caribe**



**RedTraSex**

Red de Mujeres Trabajadoras  
Sexuales de Latinoamérica  
y el Caribe

# Resumen Ejecutivo del Informe Regional 2013

Este resumen sintetiza el Informe de resultados del Estudio sobre Estigma y Discriminación en el Acceso a Servicios de Salud en América Latina, realizado en el marco del Proyecto regional que implementa la RedTraSex, con apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

El estudio fue desarrollado entre mayo y julio de 2013 por las líderes de la RedTraSex y un equipo de consultores seleccionados, quienes se encargaron de coordinar el trabajo de campo desarrollado por trabajadoras sexuales, capacitadas en el marco del proyecto. Las herramientas de recolección de datos y el modo de desarrollo del trabajo de campo fueron discutidos en conjunto y acordados con las compañeras de las organizaciones, en un taller de preparación de la investigación y capacitación que se realizó en Buenos Aires, en mayo de 2013.

El proceso de recolección y sistematización de datos contó con la activa colaboración de las coordinadoras nacionales y los técnicos de cada organización. De esta forma, se constituyó información válida e inédita acerca de la situación de las MTS en la región. La participación de las integrantes de las organizaciones nacionales permitió el acceso directo a la voz de un sector social continuamente invisibilizado por las intervenciones académicas que dicen conocer las elecciones de sus sujetos de investigación.

La información que presentamos aquí constituye una herramienta para el trabajo de sensibilización e incidencia política que la RedTraSex desarrolla hace ya más de 15 años. Con estas evidencias, nos proponemos trabajar intensamente en modificar los procedimientos de atención de la salud en América Latina y el Caribe y alcanzar políticas públicas integrales que mejoren las condiciones de trabajo de las mujeres trabajadoras sexuales. Reducir la vulnerabilidad de las Mujeres Trabajadoras Sexuales en la región implica trabajar para fortalecerse como mujeres y activistas, para lo que es esencial que sean las mismas trabajadoras sexuales las protagonistas en la ejecución del programa.

## EL ESTUDIO:

### Modalidad General

Este resumen presenta los resultados de una investigación realizada en quince países de América Latina y el Caribe, con el objeto de conocer cómo es la atención y el acceso de las mujeres trabajadoras sexuales a la salud. Se indagó sobre los servicios de salud disponibles en cada país y la existencia de servicios de salud destinados a las trabajadoras, así como en experiencias de estigma y discriminación sufridas por las mismas. Cada una de las etapas contó con el liderazgo y participación de las mujeres trabajadoras sexuales y sus organizaciones: la idea del proyecto, la elaboración y discusión del formulario de encuesta y guía de entrevista, la realización del trabajo de campo, el análisis de los resultados finales y el desarrollo y lectura crítica de la estructura final del informe

En lo que sigue, los cuadros y datos cuantitativos refieren a la encuesta realizada en los quince países, mientras que los fragmentos citados en cursiva corresponden a las entrevistas cualitativas realizadas con mujeres trabajadoras sexuales, informantes-clave, de cada uno de los países incluidos en el estudio.

# Sistemas de salud

Los países que forman parte de este estudio presentan modelos de atención en salud diversos, especialmente en lo relativo a las formas de financiamiento. En los últimos años la región muestra una tendencia hacia modelos de mayor equidad en el acceso a la salud así como a la articulación entre diferentes organismos del Estado para la implementación de políticas públicas en salud. Un ejemplo de ello es la creación en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe de Secretarías o Ministerios de Desarrollo Social que colaboran con los organismos de salud. En algunos países, como Bolivia, Ecuador o República Dominicana, el derecho a la salud se ha incorporado a los textos de sus recientes Constituciones.

El nivel de gasto público en los servicios de salud también ha registrado un incremento significativo en la última década, alcanzando un promedio del 7,3% del PBI para la región. Sin embargo, respecto de la composición del financiamiento de los servicios, América Latina y el Caribe continúan teniendo una proporción elevada en la combinación público-privado del 55/45. Si bien las tendencias regionales son alentadoras, los países objeto de este informe continúan teniendo altos niveles de inequidad en el acceso al sistema de salud y en particular desigualdades significativas en las prestaciones recibidas.

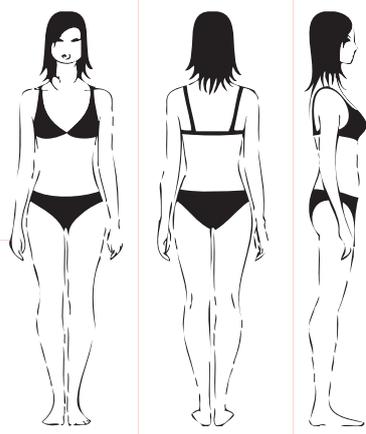
El panorama se complejiza en el caso de las trabajadoras sexuales, quienes en más de la mitad de los países estudiados se ven alcanzadas por normativas y políticas de salud relativas al control de VIH e ITS. En ocho de los quince países objeto de este informe –Uruguay, Guatemala, Chile, Bolivia, Argentina (sólo en algunas provincias), Panamá, Colombia (sólo para establecimientos privados) y Honduras- existen controles ginecológicos y de infecciones obligatorios para las trabajadoras sexuales que se llevan adelante en centros de salud destinados a este grupo. Las mujeres deben concurrir a estos centros con frecuencias variables según los países (semanal, mensual, semestral) para acreditar los resultados de sus exámenes médicos en carnets u otro tipo de identificaciones. Dichos centros de salud restringen su atención a los controles obligatorios o a consultas relativas a VIH e ITS sin contemplar servicios de atención integral ni prestaciones de otras especialidades médicas.

La mayor parte de las quejas relativas a la atención en salud para mujeres trabajadoras sexuales tiene que ver con este tipo de espacios institucionales, y en los casos en los que se ha podido mejorar el trato hacia las pacientes esto ha sido posible gracias a la intervención de las Organizaciones de trabajadoras sexuales.

*Yo voy mucho al servicio de salud que atienden a la trabajadora sexual. Y ahí digamos, el doctor que es actualmente es excelente. Pero la chica que atiende ahí a la entrada es una chica demasiado, demasiado repugnante. Atiende muy mal a las mujeres, porque ella sabe que ese centro es exclusivamente para las trabajadoras sexuales y entonces ella a uno lo trata muy mal. Porque le tira las cosas así, como que le tiene a uno como asco. Entonces todas las muchachas se juntaron e inclusive se pusieron a recoger firmas para ver si la cambiaban o qué sé yo (Costa Rica).*

En todos los países incluidos en este estudio 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 generalizadas en relación con las mujeres de sectores populares, y específicamente en relación con el estigma y discriminación ligados al trabajo sexual.

# 1



## Características socio-demográficas de la muestra

Para el trabajo de campo y el análisis, la muestra regional de América Latina y el Caribe se divide en tres sub-regiones: 1) Cono Sur (Argentina, Chile, Paraguay, Uruguay), 264 casos; 2) Andina (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú), 273 casos y 3) América Central y Caribe (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana), 469 casos. La encuesta, no-probabilística, se aplicó en las áreas metropolitanas de las ciudades capitales de cada uno de los países mencionados más arriba. Dadas las condiciones de factibilidad, se aspiró a un mínimo de 60 encuestas por país, y se hicieron finalmente entre 66 y 75 encuestas en cada país.

Se encuestaron a mujeres trabajadoras sexuales actualmente en actividad, excluyendo a varones y trans; a las mujeres de 17 años o menos; y a las mujeres que no realizan actualmente trabajo sexual.

La muestra final quedó conformada por 1006 casos. La recolección de datos fue realizada con precisión y corrección, 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.

### Edad:

El promedio general entre las encuestadas es de 33 años; en el Cono Sur es de 35 años, en las sub-regiones Andina y de América Central y Caribe de 32. En todos los países se encuestó a trabajadoras sexuales de más de 50 años, y en algunos incluso a mujeres en actividad actualmente de más de 60 años de edad.

### Nacionalidad y condición migrante:

El 88,2% de trabajadoras sexuales encuestadas son no migrantes, es decir, nacieron en el país donde trabajan y fueron encuestadas; y el 11,8% de trabajadoras sexuales provienen de otros países. La Sub-región del Cono

Sur presenta mayor proporción de trabajadoras sexuales migrantes (18%), seguida de la Sub-región de América Central y Caribe (12%) que recibe mayormente migrantes de esa misma sub-región. La Sub-región Andina presenta una menor proporción de encuestadas nacidas en otros países (menos del 6%).

### **Nivel de instrucción:**

la mayoría de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas han cursado la escuela primaria o menos; casi un 20% no terminó la escuela primaria y un 8% afirma nunca haber asistido a la escuela: esos son datos muy preocupantes para una región en la cual se presupone la obligatoriedad de la educación primaria y la accesibilidad a la educación como un derecho. Por otra parte, un 18% logró terminar el nivel secundario y casi una de cada diez encuestadas han iniciado (y, algunas, terminado) estudios de nivel superior; una de cada diez sigue estudiando actualmente.

### **Situación conyugal:**

La mitad de la muestra está actualmente en pareja, y la otra mitad de la muestra está sin pareja. De quienes están en pareja, dos tercios conviven (la mayoría, unida de hecho) y un tercio no convive; 45% se encuentran solteras; y aproximadamente 10% se declaran separadas, divorciadas o viudas.

### **Hijos e hijas:**

El 89% de las trabajadoras sexuales encuestadas en los países estudiados tiene hijos (promedio 2-3 hijos/as), y 80% de ellas los tienen a cargo (para el 20% restante, se trata de hijos adultos y/o a cargo de algún otro familiar); un cuarto del conjunto de la muestra tiene al menos un nieto o nieta, y 12,2% conviven con y/o tienen al menos un nieto a cargo.

### **Composición del hogar:**

Un 10% de las encuestadas vive sola, y algo menos del 90% vive con al menos alguna otra persona; el 64% del total viven con hijos; un tercio vive (también) con la pareja, y porcentajes que bordean el 20% pueden vivir (también) con la madre y/o hermanos.

### **Trabajo e ingresos:**

Más de la mitad de la muestra tiene entre 1 y 9 años de antigüedad en la profesión; y un 43% lo hace desde hace más de 9 años. La media de edad al inicio del trabajo sexual es a los 22,7 años.

### **Otras actividades remuneradas:**

La tercera parte de las encuestadas tiene actualmente al menos un trabajo o una actividad remunerada por fuera del trabajo sexual.

### **Sostén de hogar:**

El 85% de las encuestadas son principal sostén del hogar. Para el 6%, el principal sostén del hogar es su cónyuge, y para el 5% la madre o padre.

# 2

## SALUD

**Cobertura de salud:** El sistema público de salud ofrecido por el Estado y que en muchos países es total o parcialmente gratuito cubre a casi 8 de cada 10 encuestadas. El 10% tiene Obra Social, Seguro Social o sindical; el 8% accede a médico particular pagando la atención de su propio bolsillo; y el 3% recurre a los planes privados de medicina pre-paga.

**Algunas observaciones sobre los países:** la proporción más alta de trabajadoras con cobertura pública, casi la totalidad, se encuentra en Chile (se incluye allí FONASA A, B, C) y Honduras. En el otro extremo, en Colombia sólo un cuarto dijo que el sistema público es su principal cobertura (allí tiene mayor peso la cobertura sindical, 66%). Costa Rica, Perú y República Dominicana también son países donde la cobertura pública es más baja que en el total de la muestra (59%, 62% y 65% respectivamente). Las consultas particulares son más habituales entre las trabajadoras sexuales de países de la Sub-región Andina: Perú (casi 20%), Ecuador (17%) y Bolivia (15%). En algunos casos, las mujeres prefieren pagar el servicio y/o acudir a una clínica privada para asegurarse de una buena atención considerando el paradigma de paciente como consumidora; o se ven obligadas a pagar la atención particular para evitar situaciones de hostilidad y estigma:

*No me atienden con una mujer ginecóloga. Me siento bastante rechazada, o hasta ahora las veces que hemos tenido médicas ginecólogas, siento que es una cuestión de piel o una cuestión de género, el tema de que te tratan..., y más sabiendo que sos trabajadora sexual. Entonces, y capaz que es una idea mía, pero yo ya me predispongo a que me atiendan mal. Y por eso elegí un médico ginecólogo, y para eso voy a privado. (Argentina).*

*En algún momento, tuve la necesidad de utilizar ese seguro, para las trabajadoras sexuales, y uno sabe que sí lo discriminan: lo vuelven a ver diferente, tiene que ir con más cuidado, le hablan grosero... Entonces yo, para no pasar por esas situaciones, ahora que puedo, entonces pago. Para cuando lo necesite, prefiero pagar. (Costa Rica)*

Este último testimonio ilustra lo que se llama “anticipación de discriminación”: cuando una persona supone o sabe que va a ser discriminada en algún contexto, lo evita. De ahí que – como veremos – muchas señalan en la encuesta no haber sido efectivamente discriminadas en contextos de la atención en salud, pues porque o bien evitan ir al servicio público o bien no comunican que se dedican al trabajo sexual. En ocasiones, esta información es irrelevante (p.ej. para una apendicitis) pero en otras ocasiones sí es relevante, como en la atención ginecológica o psicológica.

**Consultas a profesionales y servicios de salud:** El 98% acudió a un servicio de salud y/o a un médico/a en el último año.

**Motivos de consulta:** En promedio, cada una de las trabajadoras sexuales encuestadas mencionó entre 4 y 5 motivos por los cuales recurrió a un profesional o servicio de salud en el último año: la realización de algún análisis fue el motivo más mencionado (76 %), seguido por controles voluntarios de salud que fueron mencionados por 70%. El 40% consultó en el último año por cuestiones relacionadas con el VIH o SIDA; el 31% realizó consultas sobre infecciones de transmisión sexual. El alcance de la obligatoriedad de la realización de controles de salud entre las trabajadoras sexuales se ve reflejado en que el 32% dijo que consultó el último año “porque estaba obligada a controlarse por el carnet sanitario u otra disposición legal y una similar proporción dijo que lo hizo “porque la obligaron en su trabajo a hacerse un control”. Estos porcentajes son sensiblemente más altos en los países con reglamentaciones que así lo exigen.

Resulta preocupante ver que el 18% debió recurrir al médico o servicio de salud en el último año por haber sido víctima de golpes o violencia; esto es aún más alarmante si tenemos en cuenta que, en muchas ocasiones, las mujeres que son víctimas de violencia no acuden a los servicios en busca de asistencia para evitar situaciones de re-victimización y estigma.

Si bien el patrón es similar al de los resultados generales del conjunto de América Latina y el Caribe en tanto la realización de análisis y de controles voluntarios son los motivos más mencionados en todas las sub-regiones, podemos ver algunas diferencias interesantes entre las mismas. En primer lugar, se evidencia el peso que tiene la obligatoriedad de los controles de salud como motivo de consulta entre las trabajadoras sexuales de la Sub-región Andina: allí, 65 % de las encuestas dijo que en el último año acudió a una consulta de salud “porque estaba obligada a controlarse por el carnet sanitario u otra disposición legal” (el doble que en la muestra general) y casi el 56% consultó “porque en su trabajo la obligaron a realizarse un control”. En las otras dos sub-regiones, en cambio, la proporción de encuestadas que mencionaron estos motivos se encuentra alrededor del 20%.

El estatus de la obligatoriedad de la revisión periódica es ambiguo. No sólo las disposiciones legales obligan a las trabajadoras sexuales a realizarse controles de salud, sino también sus empleadores o locales privados donde trabajan. Este es el caso para una proporción importante de las encuestadas en Ecuador, Uruguay, Perú, Colombia y Bolivia.

Otro dato sobresaliente en la comparación sub-regional es que en América Central y el Caribe el 27 % de las trabajadoras sexuales dijo haber consultado por haber sido víctima de

golpes o violencia, proporción que supera en un 10 % al del total de la región. Como decíamos más arriba, esta cifra es aún más preocupante si se la entiende como indicio de una problemática aún más extendida pero no visibilizada en los servicios de salud:

*Donde yo me parqueo, como se dice allá, hay varias que han tenido heridas de clientes. A las guardias no pueden acudir porque les dicen “tú te la buscaste” y hasta la llevan presa aunque estés sangrando. Pero si van al médico normal la atienden. (Panamá)*

Las consultas relacionadas con el VIH/sida y aquellas sobre otras ITS fueron mencionadas en mayor medida por las trabajadoras sexuales encuestadas en las sub-regiones Andina y América Central y el Caribe. En la sub-región Andina casi la mitad de las encuestadas dijo haber consultado en el último año por cuestiones relacionadas al VIH (mientras sólo un cuarto mencionó este motivo en el Cono Sur).

Costa Rica, Guatemala, Bolivia, Colombia y Perú son los países que presentan los porcentajes más altos (entre 69% y 60%) de encuestadas que en el último año realizaron una consulta por cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA. En el otro extremo, Panamá es donde la menor proporción de encuestadas consultó por este motivo (11%). También en Ecuador y en Uruguay es baja la proporción que mencionó este motivo de consulta (17%).

*El trato en los centros de salud, en todos los departamentos, habrá uno o dos que no, pero siempre la doctora nos margina. Siempre nos pone como que nosotros somos el foco de infección. Y siempre, la población nos considera como que nosotros somos la población con más diagnóstico positivo en el tema de VIH. (Bolivia)*

**Consulta en salud ginecológica y reproductiva:** El 89% ha realizado una consulta en salud ginecológica y reproductiva, al menos una vez en el último año.

**Motivos de consulta en salud reproductiva:** Las encuestadas mencionaron, en promedio, dos motivos cada una: el 87% mencionó la realización de controles ginecológicos (ej. PAP y control de mamas); la búsqueda de preservativos fue mencionada por poco más de la mitad de las encuestadas (varias aclararon además que suelen retirar preservativos en los controles); 40% fue en relación con métodos anticonceptivos; 15% ha consultado por embarazo o parto y 8% por complicaciones, pérdida o interrupción del embarazo (puede haber aquí sub-registro).

En Panamá (100%) consultaron en el último año por algún motivo relacionado a la salud reproductiva, seguido de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Honduras con más de 90 %. En los otros países las proporciones fluctúan entre el 83 y el 89 %. Colombia y Uruguay presentan los porcentajes más bajos (72% y 79%, respectivamente) de trabajadoras sexuales encuestadas que consultaron por algún motivo relacionado con la salud reproductiva.

En la sub-región Andina, la proporción de trabajadoras sexuales que consultó en el último año por complicaciones o interrupción del embarazo (17%) duplica a la de las otras dos sub-regiones. En Argentina y Panamá casi la totalidad de las trabajadoras sexuales encuestadas se realizaron controles ginecológicos en el último año. En cambio, Colombia, Honduras, Perú y Uruguay son los países con las proporciones más bajas de trabajadoras sexuales que acudieron a una consulta por este motivo en el último año.

Si bien la realización de controles ginecológicos frecuentes parece estar extendida entre las trabajadoras sexuales encuestadas, también se debe tener en cuenta la calidad de la atención que reciben al evaluar la provisión de servicios de salud reproductiva a esta población (y a las mujeres en general). Algunos de los testimonios de las entrevistas dan cuenta de situaciones de evidente vulneración de derechos:

***Asistí a un centro de salud para hacerme un Papanicolaou hace como cinco meses, allí me detectaron un problema de ITS, para profundizar ese problema me mandaron a un hospital público de Managua, la capital. Fui, hice todos los papeles y entonces me metieron en un cuarto, cuando entré sólo estaba una doctora, que me iba hacer una colonoscopia y después entraron sin avisar tres doctoras más. Y yo estaba sin ropa y no me dieron nada para taparme, cuando entraron las tres yo me puse muy tensa, pero no dije nada, entonces la doctora que me estaba viendo llamó a las otras doctoras y les dijo que vieran lo que me estaba haciendo, lo que me estaba pasando. Cuando ella tomó la muestra, a mí me dolió demasiado, no podía hablar, yo sólo le dije por señal que no que no quería que me vieran las otras. Cuando terminó yo le dije por qué lo había hecho, que eso no estaba bien, que de ser así, ella debió avisarme. Que debió ser discreta, que era ella la que iba a estudiar mi caso no las otras y que yo decidía porque yo era la paciente y yo decidí si aceptaba o no a otras médicas en mis exámenes. Ella se molestó porque yo le reclamé. Para entregarme el resultado ella no me dijo qué día llegar sino que le dijo a su asistente que me diera el resultado, no me pareció porque los servicios de salud no deberían ser así. Me sentí con mucha pena, me dio mucha vergüenza y a la vez sentí que no respetaron mis derechos. A ninguna persona deberían hacer eso porque somos personas y deben respetar nuestros derechos. (Nicaragua)***

Se destaca la amplia proporción de encuestadas en Honduras, Guatemala y Ecuador que acudió a una consulta para obtener preservativos (entre 8 y 9 de cada 10 encuestadas en los tres países). En cambio, en República Dominicana ninguna de las trabajadoras sexuales encuestadas mencionó este motivo de consulta, que también fue muy poco mencionado en Colombia. La anticoncepción fue motivo de consulta para aproximadamente 6 de cada 10 encuestadas en Perú, Honduras y Panamá. En Chile sólo 2 de cada 10 de las trabajadoras sexuales encuestada acudió a la consulta por ese motivo.

**Consultas psicológicas:** La tercera parte de las trabajadoras sexuales encuestadas en el total de la región de América Latina y Caribe manifestó haber necesitado ayuda psicológica en el último año. Sin embargo, entre quienes sintieron esa necesidad (n=338), sólo la mitad recurrió efectivamente a un profesional o servicio de asistencia psicológica en el último año. Esto refleja la todavía pendiente cuestión de incorporar la salud mental y el bienestar espiritual a la atención integral en salud, tanto desde la perspectiva de las usuarias como de las/os profesionales de la salud.

El no reconocimiento de la salud mental forma parte de una perspectiva que en general falla en reconocer la integralidad de la salud de las personas. Este fragmento de entrevista a trabajadoras sexuales lo grafica muy claramente:



*Que se dediquen a cuerpo entero. (...) Más que todo es vagina. Pero debería ser general.*

*-Yo pienso y siempre le he dicho al jefe, médico jefe, de ese centro de salud para donde derivo, que la trabajadora sexual debería pasar cada mes con la psicóloga. ¿Por qué? Porque el trabajo sexual te da dinero, pero te enferma. Y te enferma de acá. ¿Sabes por qué? Porque hoy día por ejemplo voy a chambear, y no tengo ni un cliente, y estoy que (hace un ruido) mmm....*

*-Te desesperas.*

*-Todo eso te va enfermando. (Perú)*

### **Relación con el sistema de salud y otras prácticas de auto-cuidado:**

Las actitudes frente a un problema o preocupación vinculada con la salud son variadas y múltiples: en promedio, cada una de las trabajadoras sexuales encuestadas en toda la región mencionó entre tres y cuatro actitudes diferentes.

Un 75 % de las trabajadoras sexuales encuestadas en la región de América Latina y Caribe afirma buscar un servicio de salud o ayuda profesional ante un problema de salud. Otra de las actitudes más frecuentes, mencionada por el 58 % de las encuestadas, es acudir a una farmacia. Sin embargo, por fuera del sistema de salud, probablemente antes de la ayuda profesional o en su reemplazo, más de la mitad de ellas prefiere arreglárselas sola y una proporción similar toma medicamentos por su cuenta. Tres de cada diez piden ayuda a un familiar o esperan que se pase el problema, y aproximadamente la cuarta parte recurre a otras trabajadoras sexuales, amigas u organizaciones sociales. Un 8 % suele pedir ayuda o preguntarle a algún cliente.

Estos datos muestran la existencia tanto de preocupación de las mujeres trabajadoras sexuales por su propia salud, como de una actitud en principio favorable a acudir a los servicios de salud, en la medida en que no encuentren hostilidad en ellos y que éstos les brinden las respuestas esperadas.

Si analizamos la situación de acuerdo a las Sub-regiones, vemos que son las trabajadoras sexuales de América Central y Caribe quienes en mayor proporción acuden a un servicio de salud o buscan ayuda profesional (85%); mientras que las soluciones que implican auto-medicación o no visitar un médico o especialista tienen mayor peso entre las encuestadas en la Sub-región Andina, dominando en mayor medida la visita a la farmacia (74%) y el optar por arreglárselas sola (68%). Es en la Sub-región de América Central y Caribe donde las encuestadas afirman en mayor medida recurrir a otras trabajadoras sexuales u organizaciones sociales (30%).

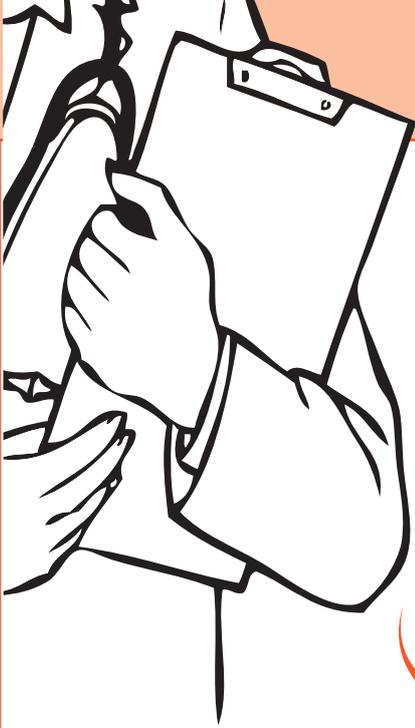
En cambio, las trabajadoras sexuales encuestadas en Bolivia y Ecuador adoptan actitudes más alejadas de los servicios de salud: además de encontrarse entre los países con menor proporción de encuestadas que dijeron recurrir a un servicio de salud (junto con Argentina), tanto en Bolivia como en Ecuador la proporción de encuestadas que dijo optar por recurrir a la farmacia, arreglárselas sola o tomar medicamentos por su cuenta es en todos los casos superior al 70 %. En Bolivia, además, siete de cada diez dijeron que suelen esperar a que se les pase el problema, en una actitud aparentemente pasiva frente a un problema o preocupación vinculada con su salud. Probablemente esto se deba, al menos en parte, a dificultades en el acceso a los servicios de salud y/o a una deficiente calidad de la atención provista a este grupo poblacional que las aleja así del sistema de salud.

### **Última consulta sobre salud general (no-ginecológica):**

**Cuándo:** Un cuarto de las encuestadas realizó la última consulta médica por temas de salud general hace menos un mes, y 47% asistieron hace más de un mes, pero menos de un año; un 14% lo hizo hace más de un año pero menos de tres, y 6% acudió a una consulta por última vez hace más de tres años; nótese que 8,3% reportó que nunca fue al médico o servicio de salud por alguna enfermedad, dolor o problema (entre las razones: no haber sentido ningún problema, malestar de salud u enfermedad).

**Dónde:** Más del 75% lo hicieron en un hospital público; 18% en el ámbito privado (11% en clínica y 7% en un consultorio particular); y un grupo menor al 4% en un servicio o consultorio específico para trabajadoras sexuales. Las mujeres en situación de “irregularidad migratoria” cuentan con menos posibilidades y menor acceso a la salud y en los países de la región donde los sistemas públicos a través de la afiliación laboral o patronal dejan excluidas a las trabajadoras sexuales que no pueden asegurarse porque el trabajo sexual no tiene reconocimiento como tal.

Sin embargo, en Bolivia, junto con Argentina y Honduras, es más alta que en el resto de los países la proporción de trabajadoras sexuales encuestadas que realizó dicha consulta en un servicio o consultorio específico para trabajadoras sexuales (alrededor del 11% en los tres países, versus 4% en la muestra general). Este tipo de servicios específicos varían mucho según los países, ciudades y servicios, desde aquellos que ofrecen atención amigable a aquellos que son francamente hostiles.



## ¿Cómo te sentiste o pasó algo importante en la última visita al ginecólogo o ginecóloga?

*No, nada importante. Una cosa normal, como toda mujer que va. Además es un hospital donde vamos, ya nos atienden siempre los mismos y ya saben que somos trabajadoras sexuales, no tenemos que decir nada.*

**Ah, ya saben... ¿y eso cambió la atención o no?**

*No, para nada. Al contrario, nos tienen mucho respeto. (Argentina)*

### **Motivos:**

Los motivos de la última consulta sobre salud general entre las trabajadoras sexuales encuestadas son muy variados. En relación al motivo de la última consulta de salud general, el 15,8 % de las trabajadoras sexuales reportaron que se debió a cuestiones gastrointestinales, digestivas, dolor de estómago y síntomas relacionados. El segundo motivo más mencionado fueron las cuestiones respiratorias (gripes, resfríos, neumonías, etc.). Fue muy bajo el porcentaje que declaró haber asistido al médico porque fue víctima de golpes o de violencia; eso llama la atención dado el contexto de violencia y/o clandestinidad en el que suele estar inmerso el trabajo sexual en especial, las mujeres que trabajan en la calle, en bares y centros nocturnos. Sin embargo, referencias a la violencia aparecieron en otras preguntas y en las entrevistas cualitativas.

### **Satisfacción con la atención recibida:**

El 95% reportó que fue tratada con respeto en los servicios de salud. El 94% afirma también que fue escuchada con atención; 58% recibió respuesta a sus dudas y preguntas; y más de la mitad de la muestra declaró haber recibido apoyo emocional.

Los estudios sobre satisfacción de usuarias y usuarios de servicios de salud suelen dar altos porcentajes de satisfacción, dados 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.

Por otra parte, en las consultas sobre salud general las vicisitudes corresponden a aquellas que viven las mujeres de sectores populares cuando van a los servicios de salud, y dependen de una multiplicidad de factores. Suele suceder que no se escuche a las pacientes, y los aspectos emocionales no son siempre tomados en cuenta.



*Yo la última vez que fui, fue en noviembre, que tomé la micro y me dio un pre infarto arriba de la mesa y llegué a la rastra a la posta, la posta es los consultorios donde llega la urgencia. No me atendieron muy bien, porque tienes que sacar hora y aunque te estés muriendo tienes que sacar hora y estar esperando que te llamen en la salita de emergencia. Yo estaba esperando que me llamen, por lo menos pasaron quince minutos. Cuando llegaron los médicos, me revisaban y me revisaban y no eran capaces de hacerme un electrocardiograma, diciéndoles yo que era el pecho lo que me dolía. Y la enfermera me decía que no me lo iban a hacer porque le salía muy caro al estado. A mí apenas me salía el aire, entre sollozos le pedía que por favor me hiciera el electrocardiograma. Tuve que esperar como media hora más para que me hicieran el electrocardiograma, pero en ese instante me pusieron una inyección. Pésima la atención.*

*Y en esa consulta no tenía nada que ver a qué te dedicabas...*

*Nada. Me preguntaban si había pasado rabia, o una emoción fuerte, pero como no me salía el habla, lo único que yo hacía era mover la cabeza.*

*¿Te contuvieron animicamente?*

*Sí el doctor, pero la enfermera no. Era un ogro con ganas. (Chile)*

Quizás estas valoraciones resultaron tan positivas, además de las razones generales que suelen sesgar este tipo de respuestas, porque un porcentaje considerable de trabajadoras sexuales no reportaron durante la consulta que se dedican al trabajo sexual, justamente como una forma de evitar la discriminación o maltrato en los servicios de salud. Asimismo, en varios casos la consulta fue en servicios amigables (específicos o no específicos) encontrados individualmente y/o logrados gracias a la incidencia de las organizaciones de trabajadoras sexuales u otras organizaciones sociales.

Los porcentajes más bajos de los países que brindaron u ofrecieron apoyo emocional a las mujeres trabajadoras sexuales corresponden a Colombia, República Dominicana, El Salvador, Argentina y Paraguay. En relación al tema de aclaración de dudas o preguntas, los países que muestran los porcentajes más bajos son República Dominicana, Costa Rica, El Salvador y Nicaragua.

### **¿Se habla del trabajo sexual en las consultas?**

Casi dos tercios del total de las mujeres encuestadas consideraron que no era importante hablar sobre su actividad como trabajadoras sexuales en la última consulta médica. Independientemente de considerarlo importante o no, solo 25% hablaron del tema del trabajo sexual en la última consulta sobre salud general. La mitad de ellas se sintió aceptada al hablar del tema, y un 11,8 % rechazada.

*Antes lo sentía como temor, llegaba con temor, y cuando me preguntaban profesión u oficio y a veces uno le decía trabajadora sexual y le ponían a allí ama de casa, no le ponían trabajadora sexual, uno con tanto miedo les decía y ellos se quedaban con ama de casa. (Nicaragua)*

Como es de esperar, quienes más lo hablaron son aquellas que consideraban importante hacerlo, probablemente porque en efecto podría ser irrelevante para la consulta en cuestión (por ejemplo en caso de consultar por dolor de estómago, gripe...). Sin embargo, incluso entre quienes lo consideraban importante (n=286), un tercio (n=96) no habló del tema del trabajo sexual en dicha consulta.

Entre quienes no hablaron del tema del trabajo sexual en la última consulta médica (n=673), el sentir vergüenza fue la razón más esgrimida, mencionada por el 42 %. Además, alrededor de un tercio dijo no haber hablado del tema por miedo al rechazo y por miedo a que otras personas se enteren. Casi 40 % de las trabajadoras sexuales dijeron que no hubo oportunidad de hablar del tema en esa consulta y sólo un 20 % dijo que no lo hizo porque era algo ya sabido o conversado anteriormente.

*Antes, a mí me costaba mucho ir a las consultas porque le hacían tantas preguntas y una tenía que decir que era trabajadora sexual y que lo vieran a una con ese rechazo, en ocasiones los doctores se ponían hasta doble guantes para atendernos. (Nicaragua)*

*Si se va por sí sola es muy difícil. Las compañeras pasan momento difícil. No dicen que son trabajadoras sexuales. Si llega a decir que es una trabajadora sexual la discriminan automáticamente. (Paraguay)*

Algunas, aun contando con servicios específicos que supuestamente serían más apropiados, prefieren no ir para evitar estigma o situaciones para ellas incómodas.

*Pero en Panamá realmente las mujeres no se quitan la máscara, quieren andar como tapadas, no quieren salir. Entonces no les gusta ir a atenderse ese día [específico para trabajadoras sexuales], porque me van a ver reunida con fulano, o porque soy esto... o simplemente porque les da pereza. No van. No hay muchas que van, casi siempre van las mismas. O sea que no hay muchas que les interese saber de sí mismas. (Panamá)*



## Última consulta ginecológica, sobre salud reproductiva:

**Cuándo:** Tres cuartos de la muestra realizaron su última consulta en el transcurso del último año: 30% en el mes anterior a la encuesta y 46% hacía más de un mes pero menos de un año.

**Dónde:** El 73% de las encuestadas acudió a un hospital público, siendo la opción mayoritaria. El 13% se atendió en el ámbito privado (8% en clínica y 5% en un consultorio particular); mientras que la proporción de quienes realizaron la última consulta sobre salud reproductiva en un servicio o consultorio específico para trabajadoras sexuales es mayor que en el caso de la última consulta sobre salud general (11% versus 4%). Los puestos de atención primaria nuevamente siguen ocupando un lugar minoritario.

Tal como en el caso de la última consulta sobre salud general, aquí también se diferencia la situación de las trabajadoras sexuales en Bolivia, ya que sólo un 18 % de ellas acudió a un hospital público para realizar la última consulta sobre salud reproductiva y, en cambio, un 61 % la realizó en un servicio o consultorio específico para mujeres trabajadoras sexuales, siendo ésta la proporción más alta entre todos los países. En Bolivia las mujeres trabajadoras sexuales están obligadas a realizarse el control ginecológico y el examen de VIH, en centros de salud específicos. Este control periódico es requisito para obtener el carnet que las habilita a trabajar.

**Motivos:** Los controles ginecológicos (PAP, examen de mamas, etc.) son el principal motivo de la última consulta sobre salud reproductiva, mencionado por el 60 % de las trabajadoras encuestadas en toda la región. El segundo motivo de la última consulta fueron las cuestiones relacionadas con el embarazo y el parto, aunque fue mencionado sólo por el 11 % de las encuestadas. El acceso a métodos anticonceptivos y/o a preservativos fue motivo de consulta para muy pocas de las trabajadoras sexuales encuestadas (menos del 4%).

**El acceso a métodos anticonceptivos como motivo de la última consulta ginecológica tiene bajo peso en todas las sub-regiones, aunque es levemente mayor en el Cono Sur.**

**Satisfacción con la atención recibida:** Más del 95% consideraron que los profesionales las escucharon con atención y trataron con respeto. El 60% sintió que sus preguntas o dudas eran tomadas en consideración; y poco más de la mitad refirió haber recibido apoyo emocional en la última consulta sobre salud reproductiva. En la sub-región Cono Sur es mayor la proporción de trabajadoras sexuales encuestadas que dijeron que, en la última consulta sobre salud reproductiva, sus preguntas fueron respondidas (75%) y a quienes los profesionales consultaron por posibles dudas (69%). Por su parte, en América Central y Caribe una mayor proporción de encuestadas dijo que le brindaron/ofrecieron apoyo emocional en dicha consulta (60%).

Honduras y Uruguay (a menudo, en servicios específicos para trabajadoras sexuales) son los países donde todas las dimensiones de calidad de atención por las que se consultó fueron valoradas positivamente por una amplia mayoría, incluso en lo que refiere al apoyo emocional (evaluado positivamente por el 92% en Honduras y el 65% en Uruguay) y a la posibilidad de expresar dudas o preguntas (alrededor del 80% en ambos países).

En el otro extremo, las trabajadoras sexuales encuestadas en República Dominicana son quienes peor evaluaron todas las dimensiones de calidad respecto de la última consulta sobre salud reproductiva: sólo un 16 % dijo que le ofrecieron apoyo emocional, 20 % que le preguntaron si tenía alguna duda o pregunta, y 27 % que respondieron a sus inquietudes. En Bolivia, también es muy baja la proporción de encuestadas que dijo que le brindaron apoyo emocional en esa última consulta (26%).

En algunos casos, el hecho de que la paciente sea una trabajadora sexual parece habilitar al médico a no respetar demandas de privacidad o la integridad personal y corporal:

*Fui a hacerme un ginecológico de profilaxis, como le decimos en Ecuador, estaban los chicos practicantes, entonces yo le dije al Doctor, entré y le dije, doctor no quiero que ellos me vean porque soy un poquito tímida y no me gusta que me vean. Entonces me dijo: cuando trabajas no te acuestes con tíos porque es muy serio. Nos quedamos viendo y discutimos. (Ecuador)*

### ¿Se habla del trabajo sexual?:

Para la salud sexual y reproductiva, que se hable o no del trabajo sexual de la consultante es un dato que evidencia las condiciones de acceso y la calidad de la atención de la salud de las mujeres encuestadas. Independientemente de considerarlo importante o no, más de la mitad de las mujeres encuestadas no hablaron del tema; un 44% sí lo hizo. La proporción que habló del tema en la consulta sobre salud reproductiva o ginecológica duplica a la registrada para la consulta sobre otras cuestiones de salud. Sin embargo, el 30% de quienes consideraban importante hablar del tema en la consulta, no lo hizo.

Entre quienes sí hablaron del trabajo sexual en la última consulta sobre salud reproductiva, el 57% dijo haberse sentido aceptada al hablar del tema y un 5% rechazada. Entre las que no hablaron del tema del trabajo sexual en la última consulta sobre salud reproductiva, el sentir vergüenza fue la razón más esgrimida (44%), más de un tercio tuvo miedo al rechazo y/o a que otras personas se enteren.

Casi el 60 % del total de las trabajadoras sexuales encuestadas consideraron que era importante hablar sobre su actividad como trabajadoras sexuales en la última consulta sobre salud reproductiva. Esta proporción prácticamente duplica a la referida en el caso de la última consulta sobre salud general.

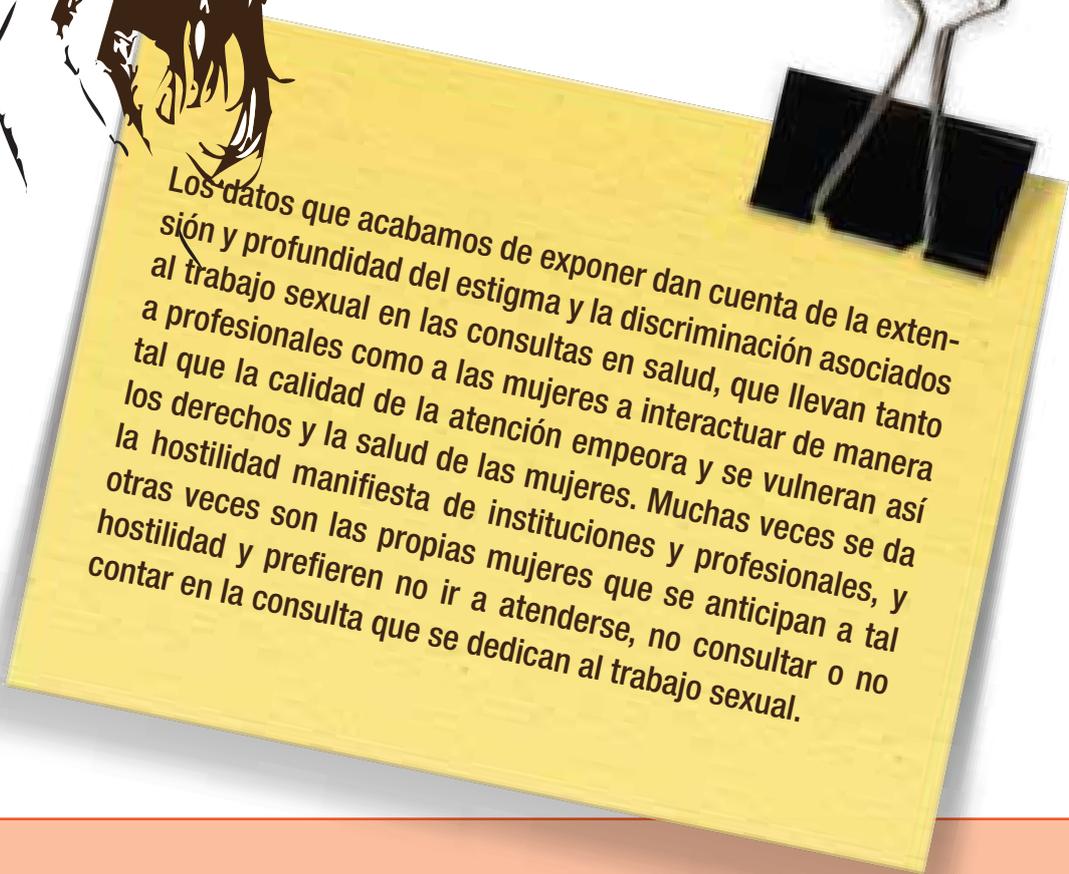
En cuanto a la comparación entre países, en Bolivia, Honduras y Uruguay se registró la mayor proporción de trabajadoras sexuales encuestadas que dijeron que consideraron

importante hablar de su actividad en la última consulta sobre salud reproductiva. República Dominicana, en cambio, es el país donde una mayor proporción de encuestadas dijo no haberlo considerado relevante.

Como en el caso de la última consulta sobre salud general, las mujeres encuestadas en la sub-región Andina mencionaron con mayor frecuencia el haber sentido vergüenza (51%) como motivo para no hablar del tema del trabajo sexual en la última consulta sobre salud reproductiva. La falta de oportunidad para hablar del tema así como el temor al rechazo fueron motivos especialmente mencionados por las trabajadoras sexuales encuestadas en América Central y Caribe (42%). La misma situación se observó en la última consulta sobre salud general.

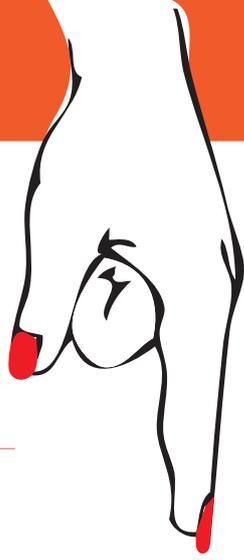


*Los profesionales de salud empiezan con un montón de prejuicios, y cualquier cosa que tienes, algo en la boca, algo en la vagina, ya lo catalogan, que por ser trabajadora sexual lo tienes por eso. Si no es necesario decirlo, no lo decimos... (República Dominicana).*



Los datos que acabamos de exponer dan cuenta de la extensión y profundidad del estigma y la discriminación asociados al trabajo sexual en las consultas en salud, que llevan tanto a profesionales como a las mujeres a interactuar de manera tal que la calidad de la atención empeora y se vulneran así los derechos y la salud de las mujeres. Muchas veces se da la hostilidad manifiesta de instituciones y profesionales, y otras veces son las propias mujeres 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.

# 3



## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Se les consultó a las trabajadoras sexuales encuestadas si alguna vez habían vivido diferentes situaciones de estigma y discriminación en los servicios de salud, ligadas a su actividad. Los resultados se muestran en el cuadro siguiente:

**Cuadro 3.1.**

Distribución en valores porcentuales de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas por experiencias de estigma y discriminación en servicios de salud, según sub-región. Respuesta múltiple\*. América Latina y Caribe, 2013.

Sub-región	Cono Sur	Andina	América Central y Caribe	América Latina y el Caribe
<i>Le pasó alguna vez que...</i>				
Se atendió lejos de donde vive para que en su barrio o su casa, no supieran que es trabajadora sexual	46,7	68,1	58,9	58,1
Se atendió lejos de donde realiza su actividad como trabajadora sexual para evitar que lo sepan en el servicio	37,9	52,4	41,9	43,8
La obligaron a hacerse un análisis porque es trabajadora sexual	20,0	60,1	33,3	37,3
Tuvo dificultades para ir al hospital o servicio de salud porque los horarios se superponían con el trabajo	45,4	35,1	31,8	36,5
Le recomendaron en una consulta médica que abandonara el trabajo sexual	26,3	34,3	39,1	34,2
No quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su actividad	26,7	33,1	37,0	33,0
Sintió hostilidad por parte del personal administrativo del servicio de salud, por ser trabajadora sexual	17,9	32,7	29,4	27,2
Tuvo que cambiar de hospital o servicio de salud debido a la discriminación por ser trabajadora sexual	12,9	14,5	27,9	20,0
La derivaron a asistencia psicológica por ser trabajadora sexual	6,7	22,6	24,2	18,9
Un profesional de salud informó a otras personas que usted es trabajadora sexual	8,3	17,3	19,5	15,8

### Cuadro 3.1.

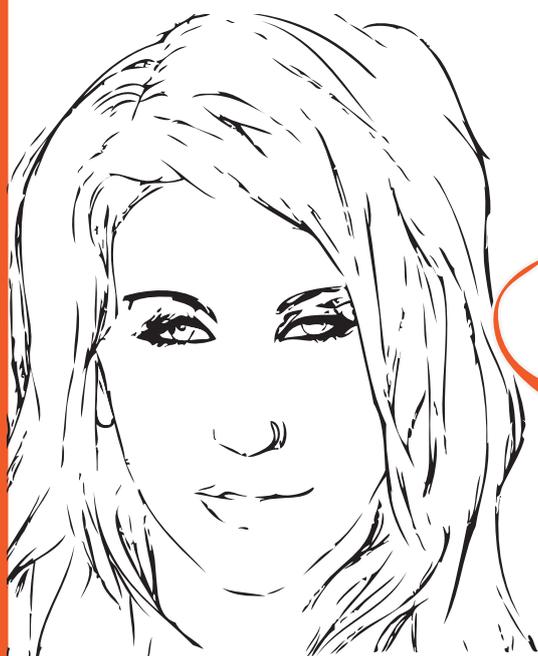
Distribución en valores porcentuales de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas por experiencias de estigma y discriminación en servicios de salud, según sub-región. Respuesta múltiple\*. América Latina y Caribe, 2013.

Sub-región	Cono Sur	Andina	América Central y Caribe	América Latina y el Caribe
<i>Le pasó alguna vez que...</i>				
La derivaron a un servicio de infectología o de enfermedades sexuales porque es trabajadora sexual aunque la consulta fuera por otro motivo	6,7	11,3	21,6	14,6
Le negaron la atención que necesitaba o solicitaba, por ser trabajadora sexual	6,3	6,5	21,1	12,8
Al contarle a algún médico que era trabajadora sexual, la hayan tratado muy bien	54,6	40,3	43,0	45,4

Fuente: Encuesta REDTRASEX, 2013 (\*) Pregunta con posibilidad de respuesta múltiple. Los porcentajes no suman 100 %.

Las dos experiencias que se repiten con mayor frecuencia (tener que atenderse lejos de donde viven para evitar que en su casa o en su barrio se enteren que se dedican al trabajo sexual; optar por atenderse lejos de la zona donde trabaja para que en el servicio de salud no supieran a qué se dedica) están vinculadas, en cierta medida, con el secreto bajo el cual se intenta mantener la actividad, evitando posibles situaciones de discriminación, ya sea por parte de las personas allegadas como por parte de los profesionales o personal de salud. En este sentido, un 33 % no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su actividad.

Ciertas experiencias de discriminación y hostilidad manifiestas fueron vividas por al menos un tercio de las respondentes: hostilidad por parte del personal administrativo, sufrir discriminación y tener que cambiar de hospital o servicio, y a un 13 % les negaron directamente la atención. A veces no son los profesionales de salud en sentido estricto quienes discriminan o dificultan el acceso, sino el contexto general obstaculizado por la persecución y estigma del trabajo sexual.



*-Te lo digo porque a mí me pasó antes de hacerlo, que iba pasando por la clínica con unas amigas, las dos de pantalón corto, veníamos de la quinta costera, de un lugar turístico, y los policías.... nos hicieron montar al carro porque estábamos de pantalón corto y estábamos como sexys.*

### ***¿Y es porque querían aprovecharse...?***

***-Claro***

***-Así lo hacen... agarran a las chicas, las recogen y les das tanto o sino vamos y estamos juntos.***

### ***Eso es una violación...***

***-Y lo tienen que hacer. En la patrulla. Yo digo que habría que concientizar o capacitar a los policías. O que haya algo, a un mayor al que tú puedas ir y decirle "este hizo esto conmigo"***

### ***¿El principal problema de salud es la policía...?***

***-Sí, es la policía. Porque nosotras nos atendemos, y ellos no nos dejan estar en paz***

***-Y también las que dan las citas. No mucho los doctores, sino las que dan las citas. (Panamá)***

Experiencias más sutiles de discriminación o presión, fueron referidas por un porcentaje importante de trabajadoras sexuales: a más de un tercio le recomendaron que deje el trabajo sexual, a un 15-20 % la derivaron a asistencia psicológica y/o de infectología (aunque la consulta fuera por otra cosa) por ser trabajadora sexual, o se violó la confidencialidad. A veces la "recomendación" es efectuada de manera muy violenta, como muestra el siguiente fragmento de una trabajadora sexual que no se quedó callada ante la agresión:

***"¡Tú ya no tienes edad de estar acá! ¿Qué haces que no estás en tu casa lavando platos?" O preocupándome de mis nietos. Entonces yo agarré, cuando terminó, la quedé mirando seria y le dije, "Usted hasta que pueda o hasta que muera", le dije. "Porque yo, hasta que muera", le dije. "Ahora, no sé usted", le dije. "Pero no es forma de tratar, doctora". (...) La doctora no tenía por qué tratarme así. Así tenga yo cien años, a ella no le interesa; me estoy haciendo controlar. Ahora, que yo siga trabajando, eso es mi problema ya. Eso no es problema de ella. Ahora si sigo cuidándome, es porque me amo, me quiero, ¿no? (Perú).***

La falta de confidencialidad también atenta contra la confianza en compartir en la consulta el tema del trabajo sexual:

***Vos hace un rato decías "no tengo por qué andar contando, es mi vida privada". En los hospitales, si por alguna razón ustedes cuentan ¿se guarda esa información?***



*- Un ejemplo, cuando iba a control y me tocaba hacerme una mamografía o una cosa de esas y si lo le decía que era trabajadora sexual, ella me anotaba un tic en la libreta, que yo no lo notaba pero que sí lo notaba el otro compañero. Era el código de ellas, como decir “la que te mando es una puta”. Y te das cuenta por la forma en que te miran... te miran diferente.*

*- Te miran diferente... en el 2002 tuve una trombosis y se me ocurrió decirles, para que tuvieran una idea de quién era, de que era trabajadora sexual y me discriminaron. Mucho. Yo estaba en la cama y estaban ahí en junta médica y una doctora dijo “cómo puede ser que sea prostituta...” y yo me sentí súper mal, me empecé a transpirar y me puse roja con todos los médicos ahí. Y otro doctor le dijo “esto no tiene nada que ver, independientemente de lo que ella haga, en este caso estamos viendo por qué le vino la trombosis”*

**¿Y en esos casos ustedes tienden a decirle “y a usted que le importa” o tienden a quedarse calladas?**

*-En ese caso no dije nada porque estaba con mucho dolor en ese momento. Pero les dije que es mi forma de vida. Mi opción. (Chile)*

A un alto porcentaje de mujeres encuestadas se las obligó a hacerse un análisis por ser trabajadora sexual: 37,3 % de la muestra total, con un muy alto porcentaje (60,1%) en la Andina. Aquí aparece la cuestión de cómo un derecho se transforma arbitrariamente en una obligación. En términos de accesibilidad, además del tema de los traslados ya mencionados arriba, más de un tercio de la muestra tuvo dificultades para atenderse porque los horarios se superponían con el trabajo.

En líneas generales, podemos decir que, la sub-región Cono Sur es comparativamente la que presenta menores porcentajes de menciones de experiencias de discriminación y estigma hacia las trabajadoras sexuales por parte de los servicios de salud. Entre las trabajadoras sexuales encuestadas en la sub-región Andina son más frecuentes las experiencias vinculadas al temor a que otras personas se enteren acerca de su actividad como trabajadoras.

En la sub-región de América Central y Caribe, una mayor proporción de encuestadas vivió experiencias de discriminación directa en los servicios de salud por ser trabajadoras sexuales: 28 % se vio obligada a cambiar de hospital o servicio de salud debido a la discriminación por ser trabajadora sexual (versus 20% en la muestra general) y a un 21 % le negaron atención por ser trabajadoras sexuales (versus 12% en la muestra general).

### **Experiencias de discriminación en servicios de salud por otros motivos o pretextos:**

Dos de cada diez trabajadoras sexuales encuestadas dijeron que sintieron discriminación por algún otro motivo o pretexto (no relacionado con ser trabajadora sexual) por parte de médicos o personal de salud. Entre ellas aparecen particularmente las migrantes.

Entre quienes dijeron haber sentido discriminación, rechazo o prejuicio por otros motivos (N=179), casi un cuarto lo atribuyó a cuestiones relacionadas con las drogas y una de cada diez señaló la “nacionalidad” como pretexto de discriminación.

*Porque si vos vas y te parás en un hospital ves que así como nos tratan a nosotras tratan a los indigentes, a los bolivianos. No es una cuestión exclusiva contra las trabajadoras sexuales. Es una cuestión de clase. (Argentina)*

**Asimismo, la discriminación ligada al VIH opera tanto en la vida cotidiana de aquellas trabajadoras sexuales viviendo con el virus, como en la atención de la salud:**

*No me gusta que la unidad para atender a las personas con VIH está afuera del hospital. Eso hace que las personas te discriminen porque te ven entrar allí, si eso estuviera dentro del hospital, habría menos discriminación. (República Dominicana)*

### **Experiencias de discriminación acompañando a otros a los servicios de salud:**

La proporción de encuestadas que sintió discriminación, rechazo o prejuicio acompañando a otra trabajadora sexual a un servicio de salud es algo mayor en la sub-región de América Central y Caribe (21%). Las proporciones son similares entre las sub-regiones en lo que refiere a experiencias discriminación o rechazo al acompañar a otras personas (hijos, pareja, otros familiares) a los servicios de salud. En República Dominicana seis de cada diez encuestadas dijeron haber sentido discriminación, rechazo o prejuicio al acompañar a otra trabajadora sexual a un servicio de salud. También en ese país es donde una mayor proporción (30%) vivió situaciones de discriminación al acompañar a su hijo/a la consulta.

# 4



## VIH/SIDA / CONSEJERÍA Y TESTEO VOLUNTARIO, USO DE PRESERVATIVOS:

Realización del análisis o prueba del VIH: Casi la totalidad de las encuestadas se realizó al menos una vez el test o prueba del VIH, la mayoría (82%) el último año y el 16% hace más de un año.

Consejería y consultas por VIH: 30% de las mujeres que alguna vez se realizaron la prueba de VIH no recibieron ningún tipo de orientación o consejería antes del análisis, y un porcentaje similar tampoco recibió nunca consejería post-test. En las consultas pre- y post- test, y en consultas relativas al VIH, dos tercios de las trabajadoras sexuales encuestadas dijeron que hablaron sobre el trabajo sexual en ocasión de realizarse la prueba o en una consulta relacionada con esta infección; mientras que casi un tercio de ellas no habló del tema en una ocasión de ese tipo. La existencia de tests inconsultos, forzados o cuyos resultados no se mantienen confidenciales, es denunciada por trabajadoras sexuales de casi todos los países.

*“Allá, los locales, a las compañeras les exigen el resultado de VIH, ¿verdad? Y después los dueños de los locales se apropian de los análisis, de los resultados. No son que las compañeras los tienen por ellas, sino que los dueños de locales retienen los documentos ahí. Eso es lo que pasa mucho. Yo creo que uno tiene que quedarse [con los resultados] porque es algo personal, confidencial, no tiene por qué tenerlo el dueño de casa. Pero sin embargo, es así.” (Paraguay).*

**Uso de preservativos:** Casi la totalidad de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas suele usar preservativo cuando realiza trabajo sexual, sólo un 2,4% dijo que no lo utiliza.

**¿Dónde conseguir los preservativos?:** En promedio, cada mujer trabajadora sexual encuestada mencionó cuatro lugares donde los obtiene habitualmente. Las organizaciones de trabajadoras sexuales son los principales lugares de provisión de preservativos: 63 % dijo que los consigue a través de ellas, y un 30 % mencionó también otras organizaciones no gubernamentales. Los centros de salud y hospitales,



mencionados por el 60 % de las mujeres encuestadas, y las farmacias (más del 50%) también cumplen ampliamente la función de proveer de preservativos a las trabajadoras sexuales. Más de la mitad de las encuestadas también dijo obtenerlos en los cabarets u hoteles, y un 20-30 % por clientes y amigos/as.

En la sub-región Cono Sur, el rol de proveedor de preservativos está desempeñado principalmente por las organizaciones de trabajadoras sexuales: 76 % de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas en esta sub-región dijo que por ellas consigue los preservativos que utiliza para realizar su trabajo. En la sub-región Andina, en cambio, la fuente más mencionada para obtener preservativos es el centro de salud u hospital (mencionado por el 65% de las encuestadas), seguido de las farmacias (59%) y los cabarets u hoteles (54%). En América Central y Caribe es donde hay una mayor variabilidad de lugares a los que acuden las mujeres encuestadas para conseguir preservativos: en esta sub-región, cada encuestada mencionó entre 4 y 5 lugares. El más mencionado fueron las organizaciones de trabajadoras sexuales (70%), seguidas de los cabarets y hoteles (68%) y los centros de salud (65%).

# 5

## PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES

Un 40% de las mujeres encuestadas declaró participar en alguna organización o red de trabajadoras sexuales.

Las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas en Cono Sur son quienes en mayor medida participan en organizaciones de trabajadoras sexuales (47%). Los países con mayor proporción de mujeres trabajadoras encuestadas que participan en alguna organización o red de trabajadoras sexuales son Paraguay (73%), República Dominicana (66%) y Panamá (65%). En el otro extremo, aquellos donde existe menor nivel de participación son Uruguay (8%) y Colombia (12%).

La participación de las mujeres que hacen trabajo sexual, más o menos directa, con las organizaciones que las nuclea, es fundamental a nivel individual y colectivo para poder superar las barreras a la atención en salud derivadas de, o potenciadas por, el estigma y la discriminación, e incluso la ilegalidad y clandestinidad, que caracterizan al trabajo sexual en los países de América Latina y el Caribe.

## Recomendaciones

Del análisis de los datos obtenidos a través de este estudio, pueden formularse las siguientes recomendaciones.

**1) Desarrollar actividades de sensibilización entre las y los profesionales de la salud y en especial al personal administrativo y de atención al público. Los objetivos de dichas actividades deberán orientarse a la concientización y eliminación de las diversas formas de discriminación y estigmatización recogidas en este estudio con especial énfasis en:**

a) Maltrato en la atención: aquí se incluyen diversas formas de maltrato verbal y simbólico como discursos moralistas en relación al desarrollo del trabajo sexual y la insistencia en la necesidad de que las mujeres trabajadoras sexuales cambien de actividad; esperas y trámites innecesarios que atrasan y/o dificultan el acceso a la atención; no respeto por la privacidad durante la atención.

b) Deficiencias en la comunicación entre profesionales de la salud y pacientes: se observaron limitaciones en la capacidad de brindar información y respuesta a consultas por parte de los profesionales de la salud, la escasas o inexistencia de consejerías pre y post atención –esto incluye modalidades tales como indicación o prescripción de prácticas y medicación sin explicación tanto como la ausencia de recomendaciones y pautas de cuidado y tratamiento-.

**2) Promover el reconocimiento de los derechos asociados a la atención en salud entre las mujeres trabajadoras sexuales. De los datos recogidos en este estudio se observa que el conocimiento de los derechos por parte de las mujeres trabajadoras sexuales modifica su posición y las herramientas de que disponen a la hora de lidiar con las dificultades en la atención en salud. La participación de las organizaciones de mujeres trabajadoras sexuales ha sido referida por parte de las participantes de este estudio como un elemento clave en la formación en derechos, el acompañamiento en la atención y el control y monitoreo de los servicios. Se sugiere:**

a) Desarrollar estrategias de formación en derechos relativos a la atención en salud destinadas a las mujeres trabajadoras sexuales.

b) Sostener y fortalecer el acompañamiento de pares en el acceso a servicios de salud en general y especialmente en las instancias de control en salud obligatorio.

c) Construir mecanismos de monitoreo del acceso y atención en los servicios de salud por parte de las organizaciones y/o fortalecer los existentes.

**3) Promover el fortalecimiento de las organizaciones de trabajadoras sexuales en orden de ampliar su capacidad de incidencia en relación a los servicios de salud:**

a) Exigir la participación en el diagnóstico, diseño e implementación de las políticas públicas destinadas a mujeres trabajadoras sexuales.

b) Promover instancias de información y diálogo con funcionarios públicos para la discusión de las dificultades de la implementación de las políticas existentes en particular respecto de: estigma y discriminación en la atención, uso de las políticas de salud como mecanismo punitivo por parte de otros funcionarios públicos (fuerzas de seguridad), atención integral en salud como objetivo último de las políticas destinadas al sector.

c) Promover y replicar estrategias de articulación con las instituciones de salud para el desarrollo de servicios amigables. Las experiencias existentes de servicios con estas características han sido ampliamente valoradas por las participantes de este estudio y ofrecen ventajas significativas para la atención como la disposición de horarios flexibles y compatibles con el desarrollo del trabajo sexual, atención integral en salud, mejor comunicación con las/os profesionales de la salud.

**4) Desarrollar estrategias de denuncia e incidencia política en relación a las deficiencias en el sistema de controles obligatorios para mujeres trabajadoras sexuales. De los datos recogidos a través del presente estudio se desprende que este tipo de controles acarrear problemas mayores a las mujeres trabajadoras sexuales en relación a: maltrato en la atención, abusos por parte de las fuerzas de seguridad, discriminación por VIH. Se sugiere:**

a) Exigir la revisión de las 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 mujeres trabajadoras sexuales y favorecen abusos y arbitrariedades por parte de las fuerzas de seguridad.

b) Exigir la revisión de las modalidades y operadores de aplicación de los controles obligatorios.

**5) Colaborar en la construcción y difusión de un paradigma de atención en salud integral para las mujeres trabajadoras sexuales.**

a) Reconocer aquellas instituciones y servicios y profesionales referidos como amigables y que proveen adecuada calidad de la atención en salud en general y sexual-reproductiva en particular, para las mujeres trabajadoras sexuales con confianza, confidencialidad, calidad y calidez de la atención y adaptación a las modalidades de vida y laborales (horarios, espacios, traslados).

b) Crear mecanismos institucionales permanentes de formación, monitoreo social y aprendizaje entre los sistemas de salud y las organizaciones de trabajadoras sexuales, más allá del VIH/SIDA, para garantizar el mutuo refuerzo en el acceso y calidad de la atención en salud para las trabajadoras sexuales de todos los países.

## **ORGANIZACIÓN**

### **ARGENTINA**

AMMAR (Asoc. De Mujeres Meretrices de la Argentina)  
nacional@ammar.org.ar coordinadoranacional@ammar.org.ar  
coordinadora.argentina@redtralsex.org

### **BOLIVIA**

Organización nacional de activistas por la emancipación de la mujer (ONAEM)  
presidencia@onaem.org

### **CHILE**

Fundación Margen  
funmargen@hotmail.com programas.chile@redtralsex.org

### **COLOMBIA**

ASMUBULI  
asmubuliredtralsexcolombia@gmail.com  
asmubuliredtralsexcolombia@hotmail.com

### **COSTA RICA**

Asociación La Sala  
proyecto\_la\_sala@hotmail.com

### **ECUADOR**

Redtralsex Ecuador  
redtrabsexecuador@yahoo.com

### **EL SALVADOR**

Movimiento de mujeres Orquídeas del Mar  
mmtorquidiasdelmar@yahoo.com // mmtorquidiasdelmar@yahoo.com.mx

### **GUATEMALA**

Organización Mujeres en Superación (OMES)  
omesmts@yahoo.com.mx

### **HONDURAS**

mujeres unidas luchando por sus derechos  
redtrsexhonduras@gmail.com

### **MEXICO**

Mujer Libertad  
monica\_mujerlibertad@yahoo.com.mx

### **NICARAGUA**

Redtralsex Nicaragua  
redtrsexnicaragua@gmail.com

### **PANAMA**

Mujeres con dignidad y Derecho de Panamá  
mddpanama@gmail.com

### **PARAGUAY**

Unidas en la espereranza  
unidasenlaesperanza@yahoo.com // coordinacionparaguay@redtralsex.org

### **PERU**

Redtralsex Perú  
peru2@redtralsex.org + azucenadelcorzo@yahoo.es

### **REPUBLICA DOMINICANA**

MODEMU (Mov. De mujeres Unidas)  
modemu@claro.net.do