

SABERES Y ESTRATEGIAS DE LAS MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES ANTE EL VIH/SIDA Y OTRAS ITS

**Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo
para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”**

**Saberes y estrategias de las mujeres
trabajadoras sexuales ante el VIH/sida y otras ITS**

Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/sida y otras ITS

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria

*Alicia Comas
Marina Fabro
Tamara Seiffer*

Equipo Multidisciplinario de Investigaciones en Género y Trabajo (EMIGT)
Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - Programa de Investigaciones
Económicas sobre Tecnologías, Trabajo y Empleo (CEIL-PIETTE/CONICET)

UBATEC S.A.

Comas, Alicia

Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/sida y otras ITS / Alicia Comas ; Marina Fabro ; Tamara Seiffer. - 1a ed. -

Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ubatec SA, 2008.

84 p. ; 21x15 cm.

ISBN 978-987-24722-3-8

1. Sida-Prevención. 2. Sida-Control. I. Fabro, Marina II. Seiffer, Tamara III. Título
CDD 362.196 979 2

Fecha de catalogación: 23/10/2008.

© UBATEC S.A. (2008) Viamonte 577 5° piso (C1053ABK)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

www.ubatec.uba.ar

UBATEC S.A. – Receptor Principal

Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”

Apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Directora General de UBATEC S.A.: Dra. Laura Boveris

Coordinador Técnico del Proyecto País: Dr. Rodolfo Kaufmann

Responsable de Área de Monitoreo y Evaluación: Dr. Eduardo Chávez Molina

Supervisión de Contenidos: Dra. Ana Lía Kornblit

Edición y corrección: Malala Carones

Diseño e ilustración: María Cecilia Cambas y Vladimir Merchensky

Colaboración: Lic. Carolina Casullo y Lic. Romina Stein

Investigación realizada por el Equipo Multidisciplinario de Investigaciones en Género y Trabajo (EMIGT), Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnologías, Trabajo y Empleo (CEIL-PIETTE/CONICET), en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, apoyado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Director de la investigación: Dr. Osvaldo Battistini.

 Eudeba

Impreso en Argentina

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Los puntos de vista aquí descritos no representan la opinión del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, ni hay aprobación o autorización de este material en forma expresa o implícita por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este material, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización y otros métodos, sin el permiso previo y escrito de UBATEC S.A.

Índice

Presentación	9
Prólogo	11
1. Introducción	13
2. Qué es el trabajo sexual	15
3. El VIH/sida	19
4. Metodología	21
5. Condiciones de vida	23
6. Condiciones de trabajo	27
7. Cuidado y atención de la salud	33
8. Conocimientos y creencias acerca del VIH/sida y otras ITS	43
9. Prácticas de cuidado	51

10. Violencia institucional: el sistema policial, judicial y de salud 67

11. Conocimientos de sus derechos 73

12. Impacto del proyecto 75

13. Conclusiones 79

Bibliografía 83

Presentación

El propósito de esta serie es dar a conocer y difundir los estudios sociales vinculados al VIH/sida realizados durante la ejecución del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, gestionado por UBATEC S.A. durante el período 2006-2008.

El Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, cuyo propósito es aumentar radicalmente los recursos para enfrentar las tres enfermedades más devastadoras del mundo, ha brindado un soporte económico significativo para apoyar los proyectos y programas orientados a la prevención, control y tratamiento del VIH/sida en nuestro país.

En Argentina, el Proyecto ha tenido como objetivo principal abordar el VIH/sida en tres áreas: prevención para población general y específica, mejora de la calidad de vida de las personas que viven con la enfermedad y fortalecimiento de la capacidad operativa del sistema de salud comprometido en el área.

Desde el año 2006, UBATEC gestionó la implementación de las líneas de acción fijadas por el Mecanismo Coordinador País (órgano político-estratégico del Proyecto) contando con la supervisión de Price Waterhouse & Coopers en calidad de Agente Local del Fondo Mundial.

Para UBATEC ha sido un honor y un desafío formar parte de la trascendental misión del Fondo Mundial en Argentina. Asumimos este compromiso desde el comienzo, con la convicción de que nuestra participación permitiría fortalecer todas las acciones que se desarrollaran en el país para prevenir y mejorar el control local de la pandemia. Esperamos que esta investigación y sus resultados permitan profundizar nuevas experiencias y concretar resultados en las políticas sociales y de salud en Argentina, siendo un valioso aporte para el desarrollo de acciones vinculadas con el VIH/sida.

Laura Boveris
Directora General
UBATEC S.A.

Prólogo

Los aspectos sociales del sida han desempeñado un papel protagónico en el desarrollo de la epidemia, ya que se trata de un síndrome que ha surgido en la escena contemporánea, en la que la circulación de información a través de los medios masivos configura uno de los modos de construcción social de la enfermedad.

Hacia fines de la década del 80 numerosas voces críticas pusieron de manifiesto la insuficiencia de los primeros estudios sobre estos temas, basados en la pretendida ilusión de que una mejor información, actitudes no discriminatorias que aceptaran que todos podemos padecer la infección y creencias positivas con respecto al uso del preservativo redundarían en una mayor adopción de conductas preventivas del VIH por parte de la población.

La nueva perspectiva que surgió desde las ciencias sociales, ante el escaso aporte de las variables estudiadas para la predicción de las conductas protectoras, se basó especialmente en la importancia atribuida a la “construcción” del riesgo por parte de la población, vale decir, a los significados asignados por ella a la enfermedad. Esta perspectiva se complementa con una mirada sobre las desigualdades existentes entre los distintos países y dentro de cada uno de ellos, que operan en detrimento de las poblaciones más vulnerables frente al riesgo, especialmente en el acceso a la prevención.

La realización de estudios sociales como parte del Proyecto “Actividades de Apoyo a la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, tuvo el propósito de revelar los aspectos mencionados anteriormente en los grupos sociales más afectados por la enfermedad: trabajadoras sexuales, mujeres embarazadas seropositivas, hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas y población bajo la línea de pobreza.

En todos los casos se han logrado trabajos que aportan insumos tanto para la evaluación de las intervenciones preventivas del Proyecto como para la formulación de futuras políticas públicas e intervenciones de ONG.

Ana Lía Kornblit

1. Introducción

Origen del estudio

Esta publicación es el resultado de una investigación realizada por el Equipo Multidisciplinario de Investigaciones en Género y Trabajo (EMIGT) perteneciente al Centro de Estudios e Investigaciones Laborales - Programa de Investigaciones Económicas sobre Tecnologías, Trabajo y Empleo (CEIL-PIETTE/CONICET) durante los meses de agosto a diciembre de 2007.

El EMIGT es un grupo de investigación y acción comunitaria formado por antropólogas, comunicadoras sociales y periodistas, trabajadoras sociales y psicólogas, que busca cruzar las dimensiones de género, trabajo y sexualidad como cuestiones centrales en el análisis de los procesos de organización de las mujeres.

Objetivos de la investigación

El objetivo del estudio fue evaluar el impacto en la población de trabajadoras sexuales del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria a través del Proyecto País, implementado por AMMAR-CTA (Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina, integrante de la Central de Trabajadores de la Argentina) durante el año 2006. Para ello se definió como población objeto de la investigación a trabajadoras sexuales que habían sido alcanzadas por el proyecto y trabajadoras sexuales que no lo habían sido.

En esta publicación se presentarán los resultados obtenidos para el conjunto de la población sin la diferenciación alcanzadas/no alcanzadas. Presentar los resultados de la investigación para toda la población permite recuperar un conjunto de variables que entendemos necesarias para abordar la realidad de las trabajadoras sexuales de una manera más integral y romper con prejuicios arraigados en el trabajo con esta población. Los elementos principales en términos de impacto se recuperan en el capítulo 12 “Impacto del proyecto”.

El estudio se constituye en un instrumento fundamental para el desarrollo e implementación de políticas públicas con capacidad de incidir positivamente en la problemática.

El equipo investigador

La coordinación general del proyecto estuvo a cargo de Alicia Comas (profesora en Antropología), Marina Fabro y Tamara Seiffer (licenciadas en Trabajo Social). Las integrantes de los equipos técnicos de las distintas ciudades fueron: en Mendoza, Jorgelina Raquel Champaño Robledo (Lic. en Psicología); en Rosario: Cintia Marcela Majic (Lic. en Trabajo Social); en la ciudad de Buenos Aires: Soledad Salinas (Lic. en Comunicación Social) y Vanina Catalán (estudiante Lic. en Trabajo Social); en Córdoba: María Laura Rocha (Lic. en Comunicación Social) y en Paraná: María Virginia Vizgarra (Lic. en Trabajo Social). El director del estudio fue el doctor Osvaldo Battistini.

2. Qué es el trabajo sexual

Definición

Entendemos el trabajo sexual como una de las opciones que tienen las mujeres de la clase trabajadora para conseguir el sustento de sus familias. Es una opción enmarcada en la forma en que se organiza esta sociedad, en la que los y las trabajadoras sólo poseen para vender en el mercado su fuerza de trabajo. Entre las escasas opciones que encuentra la clase trabajadora, estas mujeres, mayores de 18 años, optan por el trabajo sexual.

En este sentido, diferenciamos trabajo sexual de trata de personas, proxenetismo y explotación sexual infantil.

La *trata de personas* con fines de explotación sexual es la actividad de quienes generan circuitos para abastecer a los lugares de explotación sexual: captar a las niñas y mujeres, trasladarlas, mantenerlas encerradas, quitarles los documentos, explotarlas económicamente, etc. El *proxenetismo* es la práctica por la cual alguien explota económicamente a otra persona; es proxeneta quien vive de la prostitución ajena. Hay proxenetas que no son tratantes, pero todo tratante es proxeneta. La trata, el proxenetismo y la explotación sexual infantil no entran bajo la categoría de “trabajo sexual” y quienes son explotadas/os en estas tres condiciones no pueden ser considerados “trabajadores sexuales” sino víctimas.

Qué es ser trabajadora sexual

Definirse como trabajadoras sexuales –así lo hicieron todas las mujeres participantes de este estudio, excepto una– les permite ubicarse en un

marco de relaciones sociales más amplias que las determinan como parte de una clase que sólo puede intercambiar en el mercado su única mercancía: la capacidad para trabajar. Estos son los relatos que más claramente plantean lo que este reconocimiento significa para ellas:

“Que nos reconozcan como trabajadoras sexuales, como cualquier otro trabajo, como la que barre, la que plancha. Que seamos reconocidas como trabajadoras.”

“Yo toda la vida tuve que trabajar para mantener a mi familia, yo sola me hice cargo, y hago este trabajo con mucho orgullo, y me protejo bastante, porque con esto yo crié a mi familia, le doy lo que necesitan, los mantengo, les pago la universidad, y ya una de mis hijas es doctora y la otra ya termina, y es con mi buena concha que lo hago, no estoy arrepentida de hacerlo.”

Tres marcos legales frente al trabajo sexual: prohibicionista, reglamentarista y abolicionista

Existen tres posiciones legales frente al trabajo sexual:

a) Prohibicionista: Desde el Estado se prohíbe el trabajo sexual y se lo penaliza con la cárcel, multas o “medidas reductoras”. Se considera esta práctica como un acto delictivo y una falta a la moral pública. Implica la sanción y el castigo, tanto para quienes acepten un pago a cambio de sexo como para quienes lo demanden. En el marco de la cultura patriarcal, hay una tendencia a penalizar a las trabajadoras sexuales y a absolver, en la mayoría de los casos, a los clientes. Estados Unidos y México son tributarios del prohibicionismo.

b) Reglamentarista: Bajo este marco jurídico el Estado no prohíbe el trabajo sexual pero lo controla médica y judicialmente. Considera que así protege la seguridad física de las trabajadoras y los clientes, y elimina las redes de crimen. Determina zonas de trabajo (delimitación de espacios públicos y privados para desplegar actividades), los horarios, entre otras cosas. En general, con la excusa de cuidar la salud, imponen controles sanitarios periódicos para el ejercicio del trabajo sexual (libreta sanitaria), identifican y registran a las trabajadoras sexuales. El reglamentarismo se aplica, por ejemplo, en Uruguay.

c) Abolicionista: No se castiga a la trabajadora sexual ni al cliente, se castiga al proxeneta. Se afirma que el trabajo sexual es explotación del cuerpo de otra/o y se lo considera un grave atentado contra la dignidad. Define a la prostitución como “abuso sexual pagado y permitido por todos”. Postula la desaparición de la prostitución. El Estado, a fin de preservar las “buenas costumbres”, se reserva el derecho de intervenir sólo en casos de “provocación pública”. El problema es que, en la práctica, se llevan a cabo arrestos ilegales, persecuciones y presiones de todo tipo que afectan a las trabajadoras sexuales, por no respetar sus derechos. El abolicionismo es la perspectiva vigente en Argentina y en la mayoría de los países de América Latina.

La posición legal del trabajo sexual en Argentina y en las distintas provincias

Desde 1936 rige en nuestro país la ley 12.331, que establece que el trabajo sexual en forma individual e independiente no constituye delito. Lo que sí castiga la ley es la conducta de quienes sostengan, administren o regenteen el trabajo sexual ajeno, es decir, el proxenetismo.

A veces, aunque el trabajo sexual no sea delito su ejercicio es sancionado. Esto difiere en cada lugar del país, porque las jurisdicciones se rigen por una legislación local, que puede llamarse Código de Convivencia, Contravencional o de Faltas.

Una contravención no es delito, es una falta menor. Los códigos contravencionales sancionan conductas, por eso en algunas provincias se habla de “exhibición obscena” o “falta de pudor”. Quienes resulten sancionadas deberán pagar una multa o realizar tareas de utilidad pública. En algunas provincias –como Mendoza, Santiago del Estero, Córdoba y Santa Fe– las trabajadoras sexuales son arrestadas y detenidas por varios días. Mantener este tipo de figuras legales en los códigos contravencionales expone a las trabajadoras sexuales a una serie de arbitrariedades que vulneran sus derechos.

La lucha de las organizaciones de trabajadoras sexuales ha posibilitado que en Paraná y Ciudad de Buenos Aires se deroguen los códigos que las criminalizaban, lo que posibilitó que las mujeres que ejercen el trabajo sexual no sean perseguidas ni detenidas.

3. El VIH/sida

La problemática de la pandemia

Argentina, como muchos países del llamado “Tercer Mundo”, se caracteriza por la concentración de la riqueza en un grupo pequeño, mientras la mayoría de la población es cada vez más pobre. En las últimas décadas el aumento de la pobreza ha afectado principalmente a mujeres y niñas. Esta feminización de la pobreza incide también en la feminización del VIH/sida, cada vez más, las mujeres jóvenes y pobres son las principales afectadas por esta epidemia. Esto sucede en Argentina como en el resto de los países de Latinoamérica y el Caribe, y también en África y Asia.¹

En este sentido, para entender la feminización del VIH/sida debemos tener en cuenta la feminización de la pobreza y la cuestión de género. Hablamos de género para referirnos a las significaciones atribuidas al hecho de ser varón o ser mujer en una sociedad determinada, donde se entretienen los modos de pensar, sentir y comportarse de varones y mujeres. El género como adquisición cultural se obtiene a través del proceso de socialización que prepara a los sujetos para que cumplan funcionalmente su rol dentro de esta sociedad.

Esta socialización diferencial para cada género tendrá consecuencias sociales y subjetivas no sólo distintas sino también desiguales y jerárquicas, afectando negativamente a las mujeres, posicionándolas en un lugar de clara subordinación.

¹ Véase: www.msal.gov.ar y www.unaids.org.

Por ello, para la reducción de la propagación del VIH/sida es fundamental promover la igualdad entre los géneros y una mayor autonomía para las mujeres.

Marco legal: principios rectores de la Ley Nacional de Sida

Desde el 16 de agosto de 1990 existe en Argentina la Ley Nacional de Sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) N° 23798.² Los siguientes son algunos principios básicos allí enunciados:

- » el consentimiento informado: se basa en el diálogo y el respecto mutuo entre médico y paciente para que el último reciba información clara y pueda consentir por escrito la realización del análisis;
- » la confidencialidad: es la obligación de no revelar la información obtenida en una relación de confianza y cuenta tanto para el equipo de salud como para toda persona que conozca que otra vive con el virus;
- » la veracidad: es la obligación de los profesionales que atienden a una persona de decirle la verdad sobre su estado de salud, dándole a la vez la contención adecuada;
- » la no discriminación: se vincula con cualquier práctica de exclusión arbitraria hacia las personas que viven con el virus;
- » el acceso gratuito a la atención de la salud: tanto los hospitales públicos como las obras sociales y los planes de medicina prepaga tienen la obligación de brindar tratamiento médico, farmacológico y psicológico en forma gratuita a quienes viven con VIH/sida.

Esta ley declara de interés nacional la lucha contra el sida y establece medidas para la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento.

² Véase: <<http://www.msal.gov.ar/htm/site/lusida/Legales/23798.htm>> [Consulta: 10 de septiembre de 2008].

4. Metodología

El universo bajo estudio

La población considerada para el estudio son las mujeres trabajadoras sexuales mayores de 18 años³ residentes en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ciudad de Córdoba, Paraná, Rosario y ciudad de Mendoza.

El relevamiento de los datos (a través de encuestas, entrevistas y grupos focales) se extendió entre septiembre y noviembre de 2007. Se realizaron 415 encuestas, 20 entrevistas y 6 grupos focales.⁴

Por las dificultades para acceder a lugares de trabajo puertas adentro, la mayor parte de las encuestas se hicieron a mujeres que trabajan en la calle, aunque también encontramos en la muestra algunas mujeres que trabajan en departamentos privados, casas de trabajo, boliches y confiterías.

La selección de las personas a entrevistar y de las participantes de los grupos focales se realizó en base a las mujeres encuestadas con el objeto de poder cruzar la información generada a partir de los distintos instrumentos.

El intercambio con trabajadoras sexuales organizadas en AMMARCTA (Sindicato de Trabajadoras Sexuales) fue de mucha riqueza para el diseño de los instrumentos y en el acompañamiento de las integrantes de la organización al momento de realizar las encuestas.

³ Como ya dijimos, la práctica de esta actividad por menores de edad no puede considerarse trabajo sexual, sino explotación sexual.

⁴ Para más información metodológica puede consultarse el informe final de esta investigación en <http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/infovih/Estudio_Social_Trabajadoras_sexuales.pdf> [Consulta: 1º de septiembre de 2008].

5. Condiciones de vida

Movimientos migratorios

La mitad de las encuestadas son migrantes: el 20,9% proviene de otros países y el 29,3%, de otras provincias. El peso de la migración es mayor en la ciudad de Buenos Aires, donde se concentran un 33,6% de migrantes externas y un 32,3% de migrantes internas.

Las migrantes externas provienen en su totalidad de países de América Latina y el Caribe, la mayoría de República Dominicana (42,5%), seguido de Paraguay (33,3%).

Composición familiar

La mayor parte de las mujeres que componen la muestra se encuentra sin pareja (solteras, separadas y viudas suman el 60,8%), seguidas de quienes tienen pareja con convivencia (casadas y concubinas suman el 27,1%) y de quienes tienen pareja sin convivencia (de novia está el 12% de las encuestadas).

El 92,8% de las encuestadas tiene hijos, la mitad de ellas tuvo su primer hijo antes de los 18 años, y el promedio es de 3 hijos por mujer. Aquellos que son menores de edad viven con ellas en el 71,7% de los casos; los hijos mayores de edad viven con ellas en el 28,3% de los casos.

Situación educativa

El 94,9% de las encuestadas sabe leer y escribir. El 3,4% nunca asistió a la escuela, el 1,4% está asistiendo actualmente,⁵ mientras que el 95,2%

⁵ La mitad de ellas son de Córdoba, donde funciona una escuela gestionada por AMMAR Córdoba.

asistió en algún momento. Más del 30% tiene secundario incompleto como máximo nivel alcanzado; el 26,4%, primario completo; el 23,7%, primario incompleto y el 17,1% tiene secundario completo o superior.

Los hijos en edad escolar (entre 6 y 18 años) del 97,34% de las entrevistadas están escolarizados; y en el 2,66% de los casos no asisten a la escuela.

Situación habitacional

La mayoría de las encuestadas viven en una casa o departamento (60,9%), seguidas por quienes viven en un cuarto de hotel o pensión (25,8%) y luego por quienes viven en una casa en una villa o asentamiento (9,2%).

En la mitad de los casos (49,3%) la vivienda es alquilada, el 10,8% tiene la propiedad de la vivienda pero no la del terreno sobre el que se asienta y el 27% tiene vivienda y terreno propios. La mayor parte de las viviendas están localizadas en la ciudad (62,1%), mientras que el 37,4% de los casos se ubica en las afueras.

La razón de personas por habitación es de 2 en el 37,5% de los casos, de 3 o más en el 32,5% y de 1 en el 30% restante. Esto significa que más de un tercio de las encuestadas vive en condiciones consideradas de hacinamiento.

Ingresos del hogar

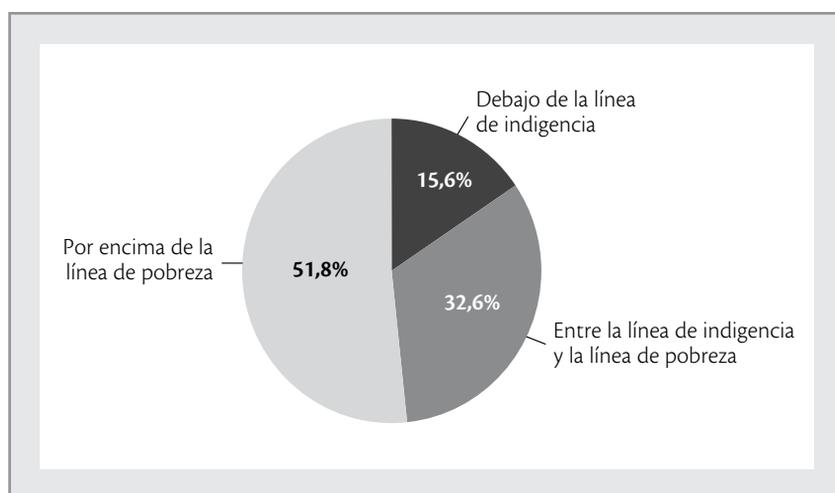
En el 61,4% de los casos la trabajadora sexual encuestada aporta el único ingreso al hogar y en el 31,7% el suyo es uno de los dos ingresos principales. Cuando ella no aporta el ingreso principal, quienes lo hacen son la pareja en el 42,9% de los casos, seguida de los hijos con el 32,1%, los hermanos con el 14,3% y los padres con el 10,7% del total.

Hay desocupación en el 31% de los hogares. De estos hogares, en el 42,4% hay un desocupado cada dos miembros y en el 57,6%, cada 3 miembros o más.

La fuente principal de ingresos en el hogar proviene de lo que ganan en el trabajo (mencionado por el 97,1%), seguida del papel que tienen los subsidios o la asistencia del Estado (con un 20,4%). Un componente que cobra importancia en la reproducción cotidiana es la compra de fiado, mencionada como fuente de ingreso por el 11,1% de las encuestadas.

Teniendo en cuenta los valores de la Canasta Básica de Alimentos y la Canasta Básica Total por adulto equivalente publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) para octubre de 2007,⁶ una familia tipo (calculada en 3 adultos)⁷ necesitaba para no ser considerada indigente un ingreso mayor a 434,37 pesos mensuales y para no ser considerada pobre, un ingreso mayor a 933,87 pesos mensuales. Según estas cifras, a partir de los ingresos declarados por las encuestadas y suponiendo que sus hogares son “hogares tipo”, encontramos que, según los indicadores construidos por el INDEC,⁸ el 32,6% puede considerarse pobre y el 15,6%, indigente.

Gráfico 1. Situación de pobreza



Base: total encuestadas (n=415).

Podemos acercarnos a las dificultades vinculadas con los ingresos a partir de los relatos en entrevistas y grupos focales:

⁶ Véase: www.indec.gov.ar.

⁷ Se considera que dos niños/as equivalen a un adulto.

⁸ Es importante hacer esta aclaración ya que la medición de la pobreza es un problema que sigue presente en la actualidad y las estadísticas oficiales “tiran para abajo” los pisos que se consideran normales en términos de reproducción.

“El viernes y sábado, esos dos días a full, me recontra quedo, cagada de sueño y todo, porque es la única forma de juntar una moneda para los demás días que no pasa nada, por decir el lunes y martes se muere el laburo.”

“La calle está re mala, no pasa nada, está muy lenta la cosa... Antes me quedaba plata, pero ahora hago la comida y tengo que sentirme agradecida. Un día laburo bien y otro no, no puedo tener un mango guardado.”

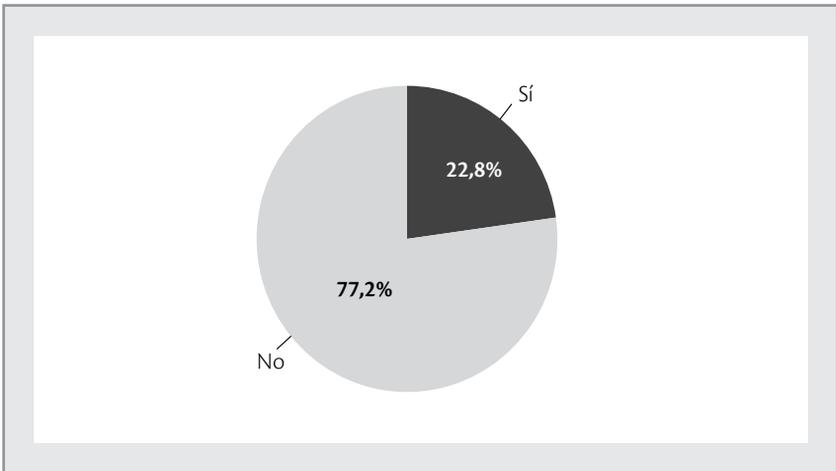
“La calle anda mal, cuesta más que dos años atrás, la razón es que no hay plata, el hombre trabaja y no le alcanza.”

6. Condiciones de trabajo

Trayectorias laborales

En el 77,2% de los casos el primer trabajo de las encuestadas fue una actividad diferente del trabajo sexual. Además, el 61,7% de las mujeres que componen la muestra empezaron a trabajar siendo menores de edad. Esos trabajos fueron principalmente como empleada doméstica (34,4%), empleada administrativa o en un comercio (15,6%), niñera (14%), vendedora ambulante o por cuenta propia (7%), obrera fabril (5,1%), trabajadora rural (2,5%) y camarera (2,2%).

Gráfico 2. “El primer trabajo fue como trabajadora sexual”



Más de la mitad de las encuestadas (el 53,6%) comenzaron a realizar trabajo sexual entre los 18 y los 25 años, y el 19% entre los 26 y los 30 años. Vale la pena aclarar que el 16,2% de las encuestadas respondió haber comenzado antes de los 18 años; es decir, se trata de casos de explotación sexual infantil.

El 10,8% de las encuestadas actualmente tiene además otro trabajo, en el 55,6% de los casos es un trabajo estable. La mayoría de estas actividades son como empleada doméstica (33,3%), vendedora por cuenta propia (14,3%) y como empleada de comercio o administrativa (14,3%).

El lugar y la forma de la actividad: bajo la figura del proxenetismo o de manera independiente

La mayoría de las encuestadas realiza la actividad en la calle (91,6%), seguida de quienes lo hacen en departamentos privados (5,5%), casas de trabajo (1,9%) y boliches (1,4%).⁹ El 25,6% le dedica a la actividad hasta 20 horas semanales; el 42,3%, entre 20 y 40; y el 32,1% más de 40 horas por semana.

El lugar de trabajo (puertas adentro o en la calle) y la forma que este asume (independiente o sometido al proxenetismo) determinarán en gran medida las condiciones bajo las cuales las trabajadoras sexuales desarrollan su actividad y las enfrentarán a situaciones de mayor o menor vulnerabilidad.

Aquí nos interesa fundamentalmente resaltar la diferencia entre el trabajo sexual ejercido de manera independiente y aquel inscripto bajo la figura del proxenetismo.

Veamos en primer lugar el ejercido **bajo la figura del proxenetismo:**

Las trabajadoras sexuales entrevistadas (individualmente o en grupo) coinciden en que los mayores inconvenientes del trabajo en la calle, boliches, saunas o departamentos bajo la dependencia de alguien son la disminución de los ingresos y la pérdida de autonomía sobre la decisión de algunas condiciones, entre ellas, la cantidad de horas de trabajo:

“La diferencia de trabajar en un boliche, que uno por ahí se siente protegido, pero te sacan el 50% de tu trabajo, estás manejada por otras personas, y en la

⁹ Es conveniente recordar que esta es una característica de la muestra y no de la población.

calle por ahí uno trabaja corriendo riesgos pero si quiere se hace un par de salidas, se va a su casa, se va temprano, no tenés quien te maneja.”

“Estuve trabajando un día en un privado... y me imponían ellos cómo trabajar yo... y bueno no... me fui... [en un tono determinante, elevando la voz] una que tenés que trabajar para ellos... y otra que ellos te manejaban: ‘Bueno, vos tenés que hacer tal, tal y tal cosa... porque el tema que el cliente pagó...’ y no, no... mi trabajo lo manejo yo... las horas y el cómo trabajarlo...”

“Se ve cuando esta mujer tiene que darle el dinero a su macho, trabaja todo el fin de semana y se hace la noche y la llama para controlarla y si no hace el dinero se tenía que quedar hasta tarde.”

“Les exigen a las mujeres que le lleven determinada cantidad de plata y de horas (...) A algunas chicas les pegan si no llevan plata (...) Es una humillación para la mujer.”

“Los maridos no respetan los códigos que hay entre nosotras, y traen a sus mujeres y le dicen que se paren en tu esquina (...) Con las chicas todo bien, porque son re compañeras, pero ellos no respetan ningún código.”

Una de las entrevistadas agregó un elemento más: mujeres que tienen “maridos” que tienen varias mujeres trabajando.

“Vos pensás que esas cosas ya no existen, pero sí, hay boludas que trabajan para un tipo, que las cagan a palo, les sacan la guita, un montón de cosas (...) El tema es que vienen a enamorarte, te traen florcitas, se hacen los lindos los tipos y una vez que vos te encajetaste con ellos te mandan a laburar y ahí te enterás que tienen no una mina sino dos o tres, y tenés que laburar para ellos de huevo porque después te hacen re cagar y no te salvás más, al menos que la mina se avive y diga no. El problema es que las mujeres mismas están tan metidas que no hacen nada porque están enamoradas, están ciegas.”

Es visible que todos los discursos son narrados en tercera persona. Como es un tema muy complejo, especialmente porque está atravesado por cuestiones afectivas, es posible que las trabajadoras sexuales que viven esta situación la tengan naturalizada o bien no se animen a compartirla en un primer encuentro.

Contraponamos ahora estos relatos a los de quienes ejercen **el trabajo sexual de manera independiente** (puertas adentro independiente¹⁰ o en la calle). Este último es visualizado como positivo, sobre todo por la libertad en el manejo del tiempo y del dinero:

“Yo hice todas [las formas de trabajo]”, “Calle yo hago, el horario es la diferencia”, “En la calle sos libre, sin patrona [todas asienten con sus gestos]”, “Sos explotada, en un sauna”, “En la plata también hay diferencia”.

“La diferencia que hay es que no tenemos que cumplir un horario, para empezar, por un patrón o patrona, no tenemos que cumplir... los días... eh... no le tenemos que pagar nuestro dinero, que bien es ganado con sacrificio...”

“Lo mejor es trabajar en la calle, en un horario fijo, bien que uno conoce... como nosotras acá (...) Peligros hay en todos lados.”

“No cambio la calle por nada”, “Todo lo que gano es para mí”.

El lugar de trabajo

Varias entrevistadas hacen mención a las condiciones del lugar de trabajo:

“A veces me ofrecen ir al parque o a un domicilio particular, pero yo no acepto, voy a un mueble [hotel] donde me conocen. Así no me pueden robar o secuestrar como les ha pasado a otras compañeras.”

“Ni siquiera en los hoteles donde vas ahora te dan un preservativo, encontrás uno. Tanto sea por una hora... un preservativo, dos pedacitos de jabón y una toalla chiquita. Lo veo mal. Y si vas por dos horas o tres horas te encontrás un preservativo, el toallón, el jaboncito un poco más grande, y las dos toallas. ¿Qué hacés con un preservativo?”

“Yo por ejemplo he ido a Santiago del Estero y donde la dueña te exige, que le hagas poner a los clientes, ella te lo exige, si se entera que una mujer atiende a los clientes en la pieza sin preservativos, le corta la plaza y la manda a

¹⁰ Entre varias mujeres, alquilan casas o departamentos para trabajar a modo de cooperativa.

su casa, porque ella te lo exige. Como hay lugares en Córdoba que a la dueña no le importa. A ella lo único que le importa es... ¿me entendés?, agarrar la plata, si le ponen le ponen y si no le ponen no le ponen. Pero ahí en Santiago, por ejemplo, la dueña te exige, te pone en el baño, en las piezas, en el bar, en todos lados los carteles (...) que para mí está bien lo que hace ella. Después, de allá en más la que lo quiere hacer lo hace, y la que no quiere hacer caso no se lo hace tampoco.”

7. Cuidado y atención de la salud

La atención de la salud en general

La mayoría de las encuestadas dicen ir al médico “a veces” (59,9%) o “muchas veces” (30,4%), mientras que el 9,7% dice no ir “nunca”.

Cuando se les preguntó qué situación motivaba la consulta médica, la mayoría dijo ir por controles regulares (58,7%), seguida de quienes dijeron ir ante una molestia que perdura en el tiempo o un dolor grave (14,7% y 14,2% respectivamente).

La mayoría se atiende en hospitales públicos (69,7%) y en centros de salud (16%). El 4,1% cuenta con obra social o prepaga y se atiende de manera privada el 8,7% de las encuestadas.

Las trabajadoras sexuales dicen que las cosas que **no les gustan** de la atención son mayormente la dificultad para conseguir turnos (28,1%) y que los horarios de atención son inadecuados (21,6%). Las entrevistadas plantean al respecto:

“En los hospitales esperás cualquier cantidad, [sería necesario también] a veces mejor atención, porque en los hospitales a veces no hay una atención como debería ser...”

“Lo único que a veces me puede llegar a molestar a mí es el horario, pero, bueno, tengo que ir temprano igual, voy, no tengo problema.”¹¹

¹¹ En la mayoría de los hospitales públicos los turnos se comienzan a dar a las 6 AM pero para conseguirlos hay que estar mucho antes (2 o 3 AM) y es frecuente que si hay varias personas delante no se consigan turnos. Esta situación es producto del proceso de desmantelamiento del sistema público de salud, a partir de la implementación de las políticas neoliberales (que vació los hospitales de

“Que se tome más tiempo para charlar más el tema, porque a veces está apurado y querés hacer más preguntas y te das cuenta que quiere terminar rápido con vos.”

El 72,3% de las encuestadas no le dice al médico que trabaja como trabajadora sexual. El motivo principal para no contarle es el temor a la discriminación:

“No... para nada... con los doctores tampoco, igual te digo que no saben (...) claro porque es un cirujano, el que me atiende, un cardiólogo... y no, ellos no... [acentúa los “no”, aumentando el tono de voz], me da vergüenza... por el tema de que bueno, que yo pienso que sí me discriminarían... ellos sí porque son gente muy... [hace una pausa] aparte que yo tengo que si es hombre viste... [utilizando un tono de desconfianza] ¡Ah, bueno! Vos sos trabajadora sexual, bueno vení...! Le daría lugar a otras cosas, o a insinuarme algo, no sé... no sabiendo, como que te hacen chistes y esas cosas... y yo digo bueno, sabiéndolo, ¿qué?, te llevan a un cuarto...”

“Muchas veces por vergüenza, para que no me digan nada y no se arme discusión.”

Las encuestadas que les han dicho a sus médicos que son trabajadoras sexuales se sienten tratadas igual que antes en el 73,2% de los casos, mejor que antes en el 17% y peor que antes en el 8,9%.

Los espacios de referencia

Los hospitales Álvarez (CABA), Rawson (Córdoba), Lago Maggiore (Córdoba), Central (Córdoba), San Martín (Paraná) y Centenario (Rosario); el Centro Sanitario Emilio Coni y el Centro de Salud N° 30 (ambos de Mendoza) se han constituido en espacios de referencia en salud para las trabajadoras sexuales gracias a las gestiones de AMMAR-CTA. El 33,1% de las encuestadas se atiende en estos espacios de referencia donde –desde el proyecto realizado por ese sindicato en 2006– se ha trabajado en la sensibilización de los equipos de salud en torno a las problemáticas que atañen a las trabajadoras sexuales, así como en la ges-

recursos humanos y materiales y desvió la atención de las personas con capacidad de pago al sistema privado de salud, empobreciendo el sistema público).

tión de turnos accesibles a los horarios de trabajo de esta población. Allí pueden compartir con médicos y médicas las inquietudes que surgen de la particularidad de su actividad y obtener una mejor atención. Esta situación puede observarse a partir del relato de las entrevistadas que acuden a estos espacios:

“Mirá, yo desde que empecé a tomar conciencia y en hacerme atender, muy allá a lo lejos, pero voy, es al Rawson. Me han atendido muy bien, no tengo nada que decir.”

“Yo la otra vez en la calle me descompuse y me dejaron tirada, porque dije que tenía hepatitis B, esperando a que venga la ambulancia, estaba en una salita... Depende de los lugares, en el Álvarez me atienden divino.”

Las cosas que dicen **gustarles del espacio de referencia** donde se atienden son, en primer lugar, la forma en la que las tratan los médicos/as (76,4%), que se sienten escuchadas (51,7%) y que los horarios son adecuados (51,2%).

La atención ginecológica

La mitad de las encuestadas (50,6%) respondieron que hicieron su **última consulta ginecológica** “hace menos de 6 meses”. El 25,2% “hace más de 6 meses y menos de 1 año”, el 5,3% “hace más de 1 año y menos de 2”, el 11,1% “hace más de dos años” y el 3,4% no fue nunca.

En cuanto a la **frecuencia** con que se realizan los controles, la mayoría se los hace cada 6 meses (27,4%), seguida de quienes se los hacen una vez por año (24,6%) y de quienes los hacen cada 3 meses o menos (23,9%). Siguen a estas categorías, quienes se realizan controles ante un problema puntual con el 13,6% de los casos.

Lo que más les gusta de la atención ginecológica es la forma en que son tratadas por el/la ginecólogo/a (60,3%), seguido por quienes se sienten escuchadas (32,9%) y por quienes sienten que les dedican suficiente tiempo (22,4%).

Teniendo en cuenta si el lugar donde se atienden es un sitio de referencia en salud para las trabajadoras sexuales, podemos observar que, excepto en la categoría sobre cómo se sienten tratadas por el/la ginecólogo/a

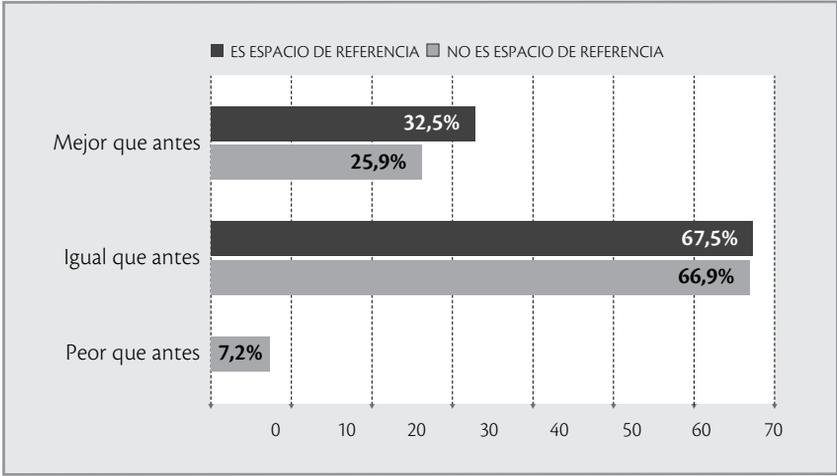
–donde los valores son prácticamente iguales–, sube la satisfacción con respecto a que se sienten escuchadas, que les dedican suficiente tiempo, que no se sienten discriminadas y que les gusta como las trata el resto del personal en los espacios de referencia.

En relación con **lo que no les gusta de la atención ginecológica** la mayoría dice que no hay nada que no le guste de la atención ginecológica (47,1%) o que no hay nada en especial que les disguste (18,8%). Como cosas que les disgustan, al igual que en lo relativo a la atención de la salud en general, mencionan lo inadecuado de los horarios y la dificultad para conseguir turnos (10,8% y 9,6%).

En el 64,8% de los casos el/la ginecólogo/a sabe que es trabajadora sexual y de estos, la mayoría dice sentirse tratada igual que antes (67,6%) o mejor que antes (28,3%). Un 4% dice sentirse tratada peor que antes de que el/la ginecólogo/a supiera de su trabajo.

Al tomar en cuenta si el lugar donde se atiende es un espacio de referencia, podemos ver que cuando el/la ginecóloga sabe que trabaja como trabajadora sexual, la atención mejora más que cuando no es lugar de referencia y nunca empeora, como sí sucede en algunos casos cuando el equipo de salud no ha sido sensibilizado.

Gráfico 3. “Cómo se sintió tratada por el/la ginecólogo/a luego de decirle que era trabajadora sexual”



En el relato de las entrevistadas puede apreciarse la importancia que tiene para ellas que sus ginecólogos/as sepan de su actividad laboral (como deberían saber la de todos sus pacientes), ya que este saber permite una mirada que tome en cuenta sus particularidades:

“Y por ser trabajadora sexual, a las enfermedades venéreas, a las enfermedades de transmisión sexual, y a la parte de papanicolau, parte de cáncer de útero, le dan mucha importancia.”

“El preservativo tiene un espermicida que te hincha y te inflama por dentro, y uno va y le dice que usa muchos y te dicen: ‘Pero... ¿y por qué usa tanto?’, ‘Y... porque soy prostituta’, les digo [si bien en el resto de la entrevista se define como trabajadora sexual, opta por definirse como prostituta frente a los profesionales médicos] ...Hay que decirlo, para que te den lo correcto, para mí es fácil, si es un profesional, por eso voy... Se quedan sorprendidos, pero con nivel. ¡Aah! No me lo hubiera imaginado’, te dicen [risas].”

“Y cuando lo supo la ginecóloga no me discriminó ni nada... al contrario, tuvo más atención... hubieron sí más análisis de lo normal... y bueno, la doctora me preguntó si yo tuve un golpe así, o si tenía yo relaciones extra, fuera de mi pareja, le dije que sí, que yo era trabajadora sexual, y bueno, me preguntó si a mí me molestaría que ella me haga análisis... como el sida, y no... no me molestaría.”

La accesibilidad a los servicios donde se realiza la prueba de VIH

El 89,7% de las encuestadas conoce algún lugar donde se realiza la prueba del VIH y el 92,8% de las encuestadas se hizo el análisis en alguna oportunidad.

De quienes no se hicieron el test, el motivo principal fue que no se sienten en riesgo/no creen poder tener VIH, con el 45,2% de los casos.

Entre quienes sí se hicieron el test, la mayoría (36,4%) lo hace cada 6 meses, seguida de quienes se lo hacen una vez por año (26,2%) y menos seguido (18,2%).

El 7,8% de las encuestadas vivió situaciones de discriminación al momento de realizarse el test y en el 3,7% de los casos se violó la privacidad del resultado (de estas, sólo el 7% hizo el reclamo). El 4,8% de las encues-

tadas fueron sometidas a un análisis sin su consentimiento, la mitad de ellas en un centro de salud u hospital y un 25% en la policía.

El 99% de quienes se testearon llegó a saber el resultado. El mismo fue entregado en una charla privada (52%) y en el 47,5% de los casos, por mostrador. La mayoría de las veces el resultado fue dado por un/a médico/a o ginecólogo/a (73,3%); en el 11,7% de los casos, por un empleado/a administrativo/a; y en el resto, por otras personas.

El 45,1% de las encuestadas no se sintieron acompañadas al momento de hacerse el análisis. De quienes sí se sintieron acompañadas, la mayoría refirió que por el médico/a (26,9%), seguida de la mención a su ginecólogo/a (7,7%), su pareja (5%), su familia, sus compañeras de trabajo y compañeras de AMMAR-CTA (4,1% en los tres casos).

La construcción de la salud desde el sistema sanitario

Podemos dar cuenta de tres elementos sobre los cuales se construye el concepto de salud de las trabajadoras sexuales desde el sistema de salud:

a) El control médico en el abordaje del trabajo sexual y las ITS

Los siguientes relatos dan cuenta de esta función controladora de los médicos, ejemplificando la forma en que se construyen las creencias respecto al VIH/sida desde el sistema de salud:

“Cuando nos hacen los controles vaginales, los médicos nos preguntan si tenemos o no pareja o si estamos casadas, porque si te encuentran algo adentro [se refiere al semen] y no tenés pareja piensan que en el trabajo no nos cuidamos y nos hacen más análisis. Por eso antes de que empiecen a hurgar ahí abajo, yo les digo que no tengo pareja y que siempre me cuido.”

“[En relación con el VIH] me protejo con preservativo y no dejando que los espermias de cada hombre entren en mi cuerpo (...) Me lo recomendó el médico: ‘Que termine chupándola, encima de tu cuerpo, que te lo eche afuera pero nunca adentro del útero.’”

Hay médicos que asumen que estas mujeres están expuestas al VIH/sida con los clientes pero no con sus parejas, y que la práctica del sexo

oral sin preservativo no conlleva riesgos, situación que luego se refleja en las creencias y prácticas que las trabajadoras sexuales tienen respecto al VIH/sida y demás ITS.

b) El miedo como organizador de la prevención de las ITS

Esto aparece en el relato de las entrevistadas de la siguiente forma:

“A todo, más al VIH. Me hago control del HIV, no soy portadora ni nada, pero le tengo temor.”

“Si te da más miedo, te cuidás mucho más.”

“Te meten cuco con tantos análisis (...) Está bien, en nuestro trabajo no estamos con uno o dos, sino con diez hombres y existe la posibilidad de transmisión.”

c) La tensión entre el reduccionismo ginecológico y la salud integral

El problema aquí es de qué manera se puede obtener una atención de la salud que tenga en cuenta la particularidad del trabajo de estas mujeres, sin caer en prácticas que las reduzcan a lo que es sólo una parte de su cuerpo y de sus vidas. Este punto se puede observar en la respuesta inmediata que nos dan dos de las entrevistadas a la pregunta sobre a qué aspectos de su salud le dan importancia los médicos:

“¿Vos decís cuando te vas a hacer el análisis de HIV, si te preguntan, si te cuidás y esas cosas?”

“Lo primero que me pregunta el médico es si estoy bien de los análisis de VIH, porque saben lo que yo hago, pero las veces que voy, voy por la infección urinaria.”

La construcción de la salud desde las propias trabajadoras sexuales

En el relato de las entrevistadas puede observarse una asociación bastante inmediata entre atención de la salud, atención ginecológica y con-

trol del VIH. Por un lado, esto puede dar cuenta de cierta conciencia respecto de las particulares necesidades de cuidado de su salud relacionadas con su trabajo. Pero también, de la forma en que se han construido socialmente las nociones relativas al trabajo sexual, las ITS y en especial el VIH/sida, particularmente por el modelo médico hegemónico.

“Le doy más importancia al tema de los ovarios y todo eso porque tengo pánico de tener algo.”

“Ginecológicas específicamente, me hago mamografías, me hago el pap, la colposcopia, todo.”

“Yo le doy importancia al VIH [la entrevistada vive con el virus] y la doctora me dijo que estaba equivocada, creo que es ya la segunda vez que me dice. Que el VIH está bien controlado todo, pero que tengo prioridad por los huesos [tiene una enfermedad que hace que los huesos se pongan cartilagosos], aparte tengo, sufro de colesterol altísimo, que tengo que... yo nunca había tenido colesterol, y tengo que hacer ejercicio, me mandaron a hacer ejercicio y me cuidó mucho porque sufro mucho de diarreas.”

Recién después de las respuestas más inmediatas asociadas a lo ginecológico y al VIH, las entrevistadas pueden dar cuenta de una idea de salud que incorpora otros elementos:

“El cuidado lo tengo que tener yo... en mi situación... y bueno, los estudios serían los de rutina nomás... análisis una vez al año capaz...”

“Sí, yo me cuido para estar bien, para no enfermarme porque si no, no puedo salir a trabajar, me cuido, me gusta la vida sana, como mucha verdura, pescados, poca carne, me cuido, me gusta (...) Me quiero porque me gusta el cuerpo que tengo, quiero cuidarlo.”

“A mi vista... los médicos también porque dicen que tengo mucha presión y que hasta puedo quedar ciega.”

En cuanto al tipo de atención que creen que deben recibir, hay acuerdo en que debieran ser tratadas como “todo el mundo”, elemento que puede pensarse no como la búsqueda de una atención que no tenga en cuenta

su actividad laboral particular, sino como la búsqueda de un reconocimiento que no implique discriminación:

“Se debe seguir con el mismo sistema que es exactamente igual para todos, de hecho, cuando se saca sangre, extracciones normales para cualquier persona, tiene que ser exactamente lo mismo, es solamente la concientización de la gente, si hacés todo correctamente, usás los guantes, es todo lo mismo.”

“No creo que mi salud deba recibir una atención especial, soy un ser humano como los demás.”

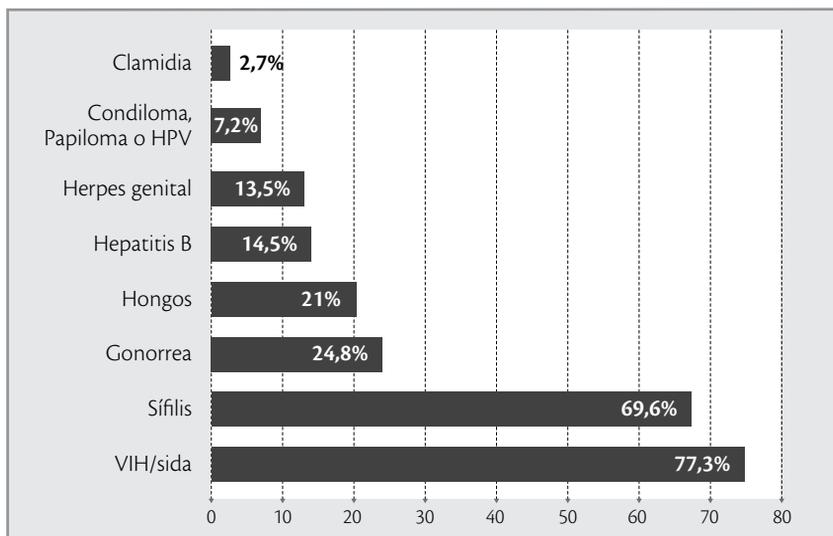
“Te tiene que atender bien, como todas personas iguales, en todos lados, el nuestro es nuestro trabajo como cualquier otro.”

8. Conocimientos y creencias acerca del VIH/sida y otras ITS

Las formas de transmisión y prevención y la percepción de riesgo

El 92% de las encuestadas dice conocer alguna/s infección/es de transmisión sexual (ITS). Las ITS más conocidas por las trabajadoras sexuales encuestadas son el VIH/sida (77,3%) y la sífilis (69,6%).

Gráfico 4. Qué ITS mencionan



El 10,4% de las encuestadas no sabe cómo reconocer si tiene una ITS. De las que contestaron saber cómo darse cuenta, la mayoría dice que a través de exámenes médicos (45,3%), seguida de quienes plantearon que se puede saber a través de algunos síntomas (37,3%) y con controles periódicos (14,9%).

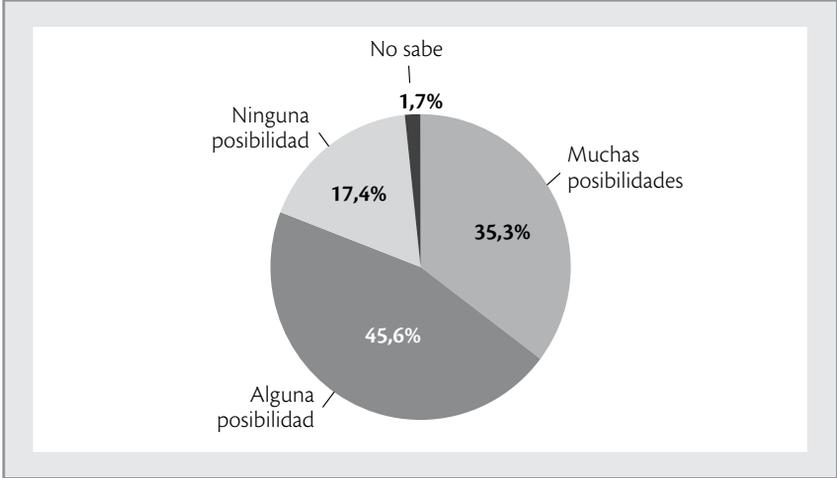
El 34,2% no sabe de qué manera puede darse cuenta si un varón tiene una ITS. De las que contestaron conocer, el 53,3% planteó que es posible saber porque “tiene algo raro en el pene” y sólo el 10,1% dijo que puede saberse con controles periódicos.

Con respecto a la información sobre las **formas de transmisión del VIH**, el 65,8% de las encuestadas dice que el VIH se transmite a través de relaciones sexuales (en general) y el 30,8% especifica que es a través de relaciones sexuales sin preservativo. El 45,2% dice que el VIH se transmite por contacto con sangre infectada y el 24,8% compartiendo agujas o canutos.

En relación con las **formas de prevención**, un alto porcentaje plantea el uso de preservativo (95,7%), seguido de quienes mencionan el evitar inyecciones con agujas infectadas/usadas (12,3%).

Respecto a la **percepción de riesgo de contraer VIH**, la mayoría de las encuestadas piensa que tiene posibilidades de adquirir el virus: muchas posibilidades el 35,3% y alguna posibilidad el 45,6%. El 17,4% opina que no tiene ninguna posibilidad de contraer el virus.

Gráfico 5. Percepción de riesgo de contraer VIH



Los dos grandes articuladores de las creencias

a) *El miedo a enfermarse y la enfermedad como muerte*

A través de la información proporcionada por las encuestas, sabemos que la gran mayoría de las trabajadoras sexuales asocian el sida a la muerte (el 86,5% piensa que es una enfermedad mortal). Este punto no es casual, pues sabido es que el miedo a la muerte fue uno de los ejes sobre los cuales se han sostenido gran parte de las campañas realizadas en relación con el VIH/sida. Esta forma ha sido encarnada a su vez por muchos de quienes están a cargo del sistema de salud. A partir de los relatos obtenidos en los grupos de discusión, podemos observar de qué manera el miedo, y más específicamente, el miedo a la muerte, es vivido por las trabajadoras sexuales, constituyéndose en un importante articulador de sus creencias (y de sus prácticas de cuidado):

“Sí, cambió, para mí cambió, porque ahora uno tiene más miedo. Yo antes, hace 10 años atrás o un poco más, salía con clientes sin cuidarme, que lo hacían creo todas las mujeres en esa época, no existía el preservativo.”

“Al haber más información tenemos más miedo a veces (...) Tengo más miedo, pero al mismo tiempo más cuidado. El otro día, un cliente que tengo de hace años me dijo que cada vez tiene más miedo (...) Pero yo, ante cualquier duda que tengo, voy al ginecólogo, es más, el otro día me dijo el ginecólogo: ‘No vengas tan seguido’ [risas]. Pasa que yo tengo terror, terror. Yo pienso que por más que nos cuidemos, tenemos ese miedo.”

“Sí cambió, porque uno se cuida de otra manera, uno sabiendo cómo es la enfermedad y que si no nos cuidamos nos vamos a infectar, y nos vamos a morir y vamos a dejar a nuestros hijos solos.”

“Los 50 pesos los tuviste una hora, la enfermedad la vas arrastrar hasta el día que te mueras o la enfermedad te va a matar.”

b) *El destino (divino)*

Aparece en el relato de las entrevistadas, un elemento que –contraponiéndose al miedo como forma de relacionarse con el VIH/sida– tie-

ne también resultados negativos para la adopción de prácticas seguras: el destino.

“Sí, el miedito hay que dejarlo a un lado también... son cosas del destino también [en referencia a la posibilidad de contraer alguna infección].”

“-Qué bueno que estés tan fortalecida. Por ahí es lo que creés ahora.

”-Pero la persona que es católica lo ve y lo entiende de otra manera.

”-Yo soy así, me pongo en manos de Dios.

”-Yo cuando me pasa algo fuerte digo: ‘¿Dónde estás, Dios, en este momento?’

”- Cada cosa está destinada.”

El riesgo de la discriminación

En los grupos de discusión se plantearon dos situaciones hipotéticas para trabajar sobre las creencias en torno al VIH/sida y la posible discriminación hacia las personas que viven con el virus. Una situación era que la maestra de la escuela de sus hijos/as se entera de que tiene VIH/sida y la otra, que un/a trabajador/a de la salud (enfermero/a, médico/a) se entera de que tiene VIH/sida. En las dos situaciones las preguntas eran: ¿Qué debería hacer la persona que vive con el virus?, ¿qué harían ellas en su lugar?, ¿deberían seguir trabajando?

Veamos los debates ante la primera situación:

“-Yo diría que sí, cuidándose.

”-Yo diría que sí, puede seguir educando a mi hijo, mientras se cuida...”

”-Que no se vaya a cortar, nada...”

”-Si uno ya aprendió las formas de infectarse, por la sangre, la relación sexual, de madre a hijo, o sea que mi hijo esté en el salón no se va a infectar ni nada.”

“-No se tiene que ir de la escuela, la discriminación es mala.

”-Daría miedo, no discrimino pero me da temor.

”-Lo único que hace es dar clases.

”-Pero están en contacto con los chicos, mirá si se lastima...”

”-Vos no sabés lo que puede pasar.”

“-No hay que discriminar. Yo tengo una familia muy cercana, el varón, la mujer y los cuatro chiquitos están con HIV... los chiquitos van a la escuela, la mamá

fue a hablar con la maestra que el chico tiene HIV, así la maestra tiene más cuidado si se lastima, si le sangra la nariz... tienen que saberlo las autoridades del colegio. No es discriminación, y si se discrimina están cometiendo un delito.

"-Pienso lo mismo, si un chico tiene VIH no tienen que discriminarlo.

"-No la discriminaría.

"-Que siga trabajando, con cuidado [asienten]."

Ante la segunda situación (enfermero/a, médico/a) los debates fueron:

"-¿Por qué va a dejar su trabajo? Es lo mismo.

"-Claro que es lo mismo.

"-Porque entonces qué va a pensar, qué vas a hacer, ¿se va a amargar su vida? Puede hacer más cuidado y todo... no, pero si sigue su vida igual, bueno.

"-Yo sé de doctores que están trabajando, y de enfermeras.

"-No se puede discriminar, saludarla igual y todo igual.

"-Todo lo contrario, hay que apoyarla..."

"-Yo pienso que es lo mismo, si se cuida puede seguir trabajando [todas asienten con la cabeza y continúa] ...porque no podemos marginar o dejar sin trabajo a una persona que está infectada. Igual que la que trabaja, que es trabajadora sexual, puede seguir trabajando mientras que se cuida..."

"-Claro.

"-Mientras que use preservativo."

"-Tiene que tener más responsabilidad.

"-Me daría miedo.

"-Me haría atender igual.

"-Se ponen como malditos y no les importa nada si te contagian o no.

"-Tienen bronca de que a ellos les haya pasado."

"-Tiene que seguir trabajando.

"-No está discapacitado, ni ciego ni nada.

"-Se tiene que cuidar mucho más."

Podemos ver de qué manera hay conciencia de que pedir que alguien deje de trabajar sería un acto de discriminación, pero, por otra parte, aparecen el miedo (a algún accidente que pueda infectar a otros o a la venganza) y el debate en torno a la confidencialidad (¿qué se debe hacer si

uno sabe?, ¿hay deber en decírselo a otros?, ¿es importante respetar la confidencialidad?). Estos elementos tensionan la intención de no discriminar ya que pueden servir de fundamento para realizar prácticas discriminatorias. En este sentido, saber si uno/a vive con VIH es importante para realizar un tratamiento, pero plantear la necesidad de conocer la serología de otros es discriminatorio, en tanto se debe tener prácticas de cuidado con todas las personas por igual, más allá de si viven con el virus o no. Manejar esa información no es un método para la prevención sino para el tratamiento.

El (des)conocimiento respecto de las formas de transmisión

Si bien las trabajadoras sexuales tienen información sobre la transmisión sexual del VIH, persiste entre ellas una gran confusión respecto de las otras formas de transmisión.

El 24,8% piensa que el VIH se trasmite por los mosquitos, el 11,9% cree que si toma mate con una persona que vive con el virus se puede infectar, el 3,6% dice que se transmite por la saliva y el 1,6% por los besos. Es decir, que el intercambio de saliva como vía de transmisión aparece en el 17,1% de los casos.

Algunos fragmentos de las entrevistas pueden ser ilustrativos al respecto:

“Lo que me molesta a mí es saber que una persona está infectada con el sida y está trabajando en la calle y yo no sé si esa persona usa preservativo, ¿me entendés? Es como si vos te ponés a pensar y si yo me siento... porque dicen que donde está sentada, cuando tomás o hacés algo... cuando una persona así... vos te podés contagiar y vos no sabés si creer o no, porque una persona te dice una cosa y otra...”

“De la única forma que no uso [preservativo] es chupándosela, o que me tire todo [se refiere al semen] sobre el cuerpo.”

“Y yo me bañaba con lavandina. Yo le dije al médico, todos los días tenía la costumbre de echar una gota de lavandina en el agua. Y bueno... los bichos no respetaron la lavandina ni nada (...) No podés decir: ‘No, a mí no me va a pasar’, el día menos pensado te pasa esto u otra cosa [se refiere a contraer el VIH].”

La confianza como forma de prevención

El 13,3% de las trabajadoras sexuales encuestadas piensa que una persona infectada tiene síntomas y el 11,3% piensa que una persona que se ve sana y fuerte no puede tener VIH. Estas creencias, entrecruzadas con la confianza, son uno de los elementos que más intervienen para llevar a cabo prácticas de riesgo. Así lo relatan las entrevistadas:

“Por eso yo trabajo desde las dos de la tarde a las cinco, entonces no salgo ni con el drogadicto, ni con el borracho, ni con el tarado (...) Gente de trabajo y si no, son clientes de hace 15 años... son fijos, gente sana.”

“¿Por qué debería cuidarme? Yo confío en él.”

“[El sexo vaginal sin preservativo] sólo con los clientes conocidos o confiables.”

Una de las entrevistadas plantea que la confianza también se da en el otro sentido, de cliente a trabajadora sexual, así dice:

“A mí me eligen porque soy gordita. Piensan que estoy sana.”

El test de VIH como forma de prevención

El conocer los resultados del test de VIH (o sea el saber si una persona vive o no con el virus) no aparece asociado a la importancia para el acceso a un tratamiento, sino como modo de prevención. Esta representación repercute negativamente ya que expone a las trabajadoras sexuales a prácticas de riesgo. Veamos cómo aparece en sus relatos:

“Este salió con aquella [se refiere a una compañera de la cual sabe que vive con el virus], ponete preservativo. Y el cliente por ahí no quiere, pero si estoy segura que salió con una enferma no salgo, y si no se lo pone, salgo de la pieza. Es en todos lados igual, yo tengo amigas que trabajan en privados y es lo mismo y es más, muchas chicas que trabajan en privados ni siquiera los análisis se hacen, nos cuidamos más nosotras que ellas.”

“[Me cuido] con preservativo... [hace una pausa, duda] ojo, mirá que tengo clientes de hace años y bueno, tengo uno o dos nomás... eh, no, con ellos no me

cuido... por el tema de que bueno, tengo protección para no quedar embarazada... Pero bueno, te digo... hace años que los conozco... los análisis me los he hecho y bueno, hasta ahora no me salió nada.”

“Y se cuidan con pastillas, pero no les importa las enfermedades. Nos cansamos de decirle, son chicas lindas jovencitas... pero no te dan bola, con tal de trabajar, y por ahí le digo que se tiene que hacer los análisis. Porque muchas veces eso hace que se contagien, acá vienen muchos que no quieren, pero no se puede.”

La diferencia entre el conocer y el sentir y entre el conocer y la práctica

Un elemento importante para incorporar en el análisis aparece a partir del relato de una de las entrevistadas cuando expresa sus dificultades para conectar aquello que sabe respecto a las formas de transmisión y lo que siente cuando se encuentra con una persona que vive con el virus. Esto puede ser expresión de lo hondo que ha calado la representación del virus asociado a la muerte.

“Yo tomé conciencia por el caso de una amiga mía, tomé conciencia total a partir de ahí, sentí pánico por eso, pánico de que se me acerque. Yo sé todo lo que significa, que si tomás mate no te contagiás... pero lo sentí en mí, en el cuerpo. [Cuando estoy cerca de alguien que vive con el virus] empiezo a temblar, no quiero que se me acerquen, no lo puedo evitar; y bueno, siempre me cuidé y cuando pasó esto con más razón.”

9. Prácticas de cuidado

La desigualdad de género como variable explicativa de las dificultades en las prácticas de cuidado

El concepto de género implica un análisis sobre la distribución del poder; en este sentido, la noción de “relaciones de subalternidad” nos permite aprehender el fenómeno del poder no como una cosa que se posee de forma individual, sino como una relación entre partes (ya sean sujetos individuales o colectivos). Decimos que alguien está en relación de subalternidad cuando, en la relación con otro, el sujeto se encuentra en una posición desigual que no le permite actuar con libertad. En nuestra sociedad las mujeres se encuentran en relación de subalternidad respecto a los varones, lo que conlleva una desigual distribución de bienes y poderes, tanto en el plano de la vida personal como en el social.

El estereotipo del género femenino espera de las mujeres fragilidad, emotividad, dependencia, instinto maternal y pasividad sexual. Además, supone la postergación de las mujeres en el logro de metas individuales por el amor a los suyos (hijos, pareja), poniendo en el éxito de estos últimos el lugar de su felicidad personal. Estos comportamientos esperables para las mujeres contribuirán a organizar sus vidas, sus modos de pensar, valorar y actuar.

Por ello, antes de pasar al relato de las entrevistadas respecto de sus prácticas de cuidado, es necesario poner de manifiesto algunos elementos que aparecen dando cuenta de la forma en que se construyen los roles en las relaciones de pareja de las trabajadoras sexuales, pues muchos de estos elementos nos permitirán reconstruir el modo de relacionarse con el cuidado de manera más acabada. El tema se ha organizado a partir de

dos ejes: a) la desigualdad de género en la distribución de los roles: el cuidado del otro, y b) la desigualdad de género en la sexualidad.

a) La desigualdad de género en la distribución de los roles: el cuidado del otro

Las trabajadoras sexuales cargan, como todas las mujeres en esta sociedad, con una serie de mandatos sociales que se le adjudican al género femenino. Uno de los más importantes es la representación e identificación de la mujer como madre y con el deber del cuidado del prójimo. Como hipótesis podríamos plantear que en el caso de las trabajadoras sexuales, por la representación social negativa que se tiene de su actividad (que las presenta como “locas”, “libertinas”, “descuidadas”, etc.), este mandato general aparece con mayor énfasis, en relación con el desarrollo de estrategias que compensen la imagen social negativa que se posa sobre ellas.

Quizás el ejemplo más claro de esta búsqueda de “normalidad” nos lo brinde el testimonio de una de las entrevistadas cuando, frente a la pregunta sobre cómo es un día común en su vida, contesta:

“Eh... Bueno, duermo hasta las 10, 10:30, espero a los chicos que vengan de la escuela, cocino, lavo, limpio, atiendo a mis hijas, las baño, estoy con ellas, estoy en mi casa, soy yo para la familia, manejo yo todo, una mamá normal.”

Veamos ahora, con otros relatos, cómo se construye el tema de la maternidad:

“Que estén limpios, que coman, que se alimenten bien. Que estén cómodos ellos, eso es lo más importante. La comodidad de mis hijos, a mí me interesa mucho eso, ¿viste? Es como que me siento tranquila. Me siento tan tranquila cuando veo que están cómodos, que están bañados, que están fresquitos, que están limpios, que comieron bien, que estudien, que van, que vienen para hacer sus cosas. Eso me da mucha tranquilidad.”

“Yo les quise dar todo, ellos tuvieron abundancia. Ellos tuvieron todo lo que yo no tenía, la tranquilidad de que no había escándalo en la casa, la tranquilidad de que nadie los manoseara ni les pegara, la tranquilidad de que sabían que tenían todos los días el plato de comida y la fruta. Mi hijo mayor me dijo: ‘El día que tengo un hijo lo crío con una manzana por día, porque vos nos diste abundancia.’”

El mandato del cuidado del otro también queda expresado cuando las entrevistadas hablan de la distribución de responsabilidades en el hogar. Toda actividad que recaiga sobre algún miembro de la familia que no sea ellas, es planteada como una “ayuda”, como si estas actividades fueran de su exclusiva responsabilidad:

“En mi casa hago todo yo, mi pareja por ahí me ayuda, por ejemplo esta semana que él se quedó sin trabajo va y me ayuda.”

“Nos llevamos bien, yo salgo a trabajar, él también hace lo suyo, me ayuda en todo, me ayuda con las cuentas, me ayuda en todo, así que no tenemos drama en ese sentido (...) él me ayuda en todo, me ayuda a cocinar, llevar el nene a la escuela, a buscarlo si lo tiene que ir a buscar, no tenemos problemas, en ese sentido no.”

El tiempo libre, de ocio, recreativo, no aparece como algo pensable o legítimo de ser reclamado, y muchas de ellas plantean que por su familia han dejado de hacer cosas que les daban placer. Es importante tener en cuenta que esto tiene también su contracara. Existe en estas mujeres una suerte de certeza (certeza fundada en evidencias de la realidad) acerca de que la falta de cumplimiento de estos mandatos se traduce en una vida en soledad:

“Yo nunca me dejé mandar por un hombre, ese fue el castigo mío. Porque cuando mi papá dejó a mi madre, yo juré que nunca, nunca, iba a estar al lado de un hombre para que cuando tuviera 40 años no tuviera donde estar parada... sin embargo me pasó igual (...) Yo hice esa elección cuando joven de que no iba a permitir, cuando las cosas no estaban bien, yo me abrí. Y bueno, Dios me castigó porque llegué a vieja sola, y nada...”

“De mi vida personal sí me hubiera gustado tener un buen hombre a mi lado y hacer una familia completa.”

b) La desigualdad de género en la sexualidad

Ya adentrándonos en un tema más específico, a partir del relato de las entrevistadas podemos ver las desigualdades que giran en torno a la forma en que se desarrolla la sexualidad en la pareja. Encontramos, en principio, dos

elementos que dan cuenta de estas desigualdades: en manos de quién queda la iniciativa sexual y qué lugar se le da en la pareja al deseo sexual del otro.

Respecto de la iniciativa sexual la mayoría de las entrevistadas plantean que queda en manos de su pareja:

“Cuando tienen relaciones sexuales, ¿quién suele tener la iniciativa? ¿Quién empieza?”

“Él, siempre... [se ríe]”

“¿Siempre?”

“Sí, siempre, siempre... [se ríe]”

“¿Por qué creés que es así?”

“¡La verdad que no sé! ...Poca imaginación tengo [se ríe].”

“[Con tono de orgullo] es él, es él, es muy activo, es una cosa que él está, el rato que esté, está continuamente arriba tuyo.”

“Él... sí, es muy apasionado, muy generoso a nivel sexo... yo nunca tuve un rechazo de él, y él sí míos y no lo entiende y se enoja...”

Aunque la forma de vivenciar que la iniciativa sexual quede siempre en manos de su pareja es diferente en cada caso (resignación u orgullo), en todas hay elementos de naturalización. Lo mismo ocurre en lo que hace al deseo sexual. Aparece muchas veces en el relato la minimización que hay en la pareja del deseo sexual de ellas y la naturalización y/o resignación frente a este hecho:

“Uno llega de trabajar, llega cansada no ve la hora de acostarse y descansar [y] tiene que hacerlo [se refiere a tener sexo y lo dice entre risas y con cara de resignación].”

“Sí, de él, del machismo de él, de querer llevar todo, viste, a su forma. Al principio era él. Ahora suelo ser yo. Como que a él le gusta que sea yo quien lo provoca. Me hizo así él.”

“Si estoy cansada se enoja, viste cuando ellos quieren y una no quiere se enojan, se pone un poco difícil, me dice: ‘Bueno, gorda...’, y a la mañana seguimos, tengo que terminar sí o sí porque sino se arma la podrida [risas]. Pero él no se enoja, se enoja y se le pasa, se enoja hoy pero ya por la mañana se le pasa.”

9.1 Prácticas de cuidado con la pareja y en encuentros sexuales ocasionales

En encuentros sexuales ocasionales: En este tipo de encuentros sexuales la mayoría de las encuestadas dijo usar preservativo siempre (77,2%) y un 8% dijo no usarlo nunca. En referencia al último encuentro sexual ocasional, el 22,4% no usó preservativo y el 3,4% no se acuerda.

De quienes usaron, la decisión fue tomada personalmente por ellas en el 77,6% de los casos, por ambos en el 18,9% y por la otra persona en el 3,6%.

El principal motivo por el cual no lo usaron fue que confiaban en esa persona (7,7%).

En la pareja estable: La mayoría de las trabajadoras sexuales (53,1%) no usan preservativo con la pareja, el 22,3% dice utilizarlo algunas veces y el 3,4% casi siempre. Sólo el 20% utiliza preservativo con la pareja siempre.

La mitad dice que cuando usan preservativo la decisión es de ambos, seguida de quienes dicen que la decisión la toman ellas (37,8%) o su pareja (9,8%).

El principal motivo por el cual no usan preservativo con su pareja es la confianza (14,7%), seguido de quienes no usan porque su pareja lo rechaza (7,9%).

Cuando usan preservativo el mayor motivo es que quieren cuidarse/ protegerse (7,2%), seguido de que no quieren quedar embarazadas (6,7%).

Los motivos del no uso del preservativo

Las trabajadoras sexuales entrevistadas plantean tres motivos fundamentales por los cuales no usan preservativo con sus parejas y en encuentros sexuales ocasionales: *a)* la confianza, *b)* el establecimiento de la diferencia con el trabajo y *c)* las dificultades para negociar el uso del preservativo.

a) La confianza

La confianza se constituye en el principal argumento para el no uso del preservativo tanto con parejas estables (14,7%) como en los encuentros

ocasionales (7,7%). Veamos cómo aparece este elemento en la narración de las entrevistadas:

“Él me tiene confianza y yo le tengo confianza, porque él sabe lo que yo hago, yo tengo muchos años con él, y gracias a Dios nunca me pasó nada... en eso nos tenemos confianza, es un destino de la vida si pasa algo.”

“Como pensar, pensaría mal. Si me lo propondría él [se refiere al uso del preservativo] a mí porque si... si nunca me lo dijo, y algún día me lo diría... no sé.”

“Desconfiaría, [si él le propusiera usar preservativo] sería un disparate.”

b) El establecimiento de la diferencia con el trabajo

Un elemento que también parece estar presente es la necesidad de diferenciar los encuentros sexuales relacionados con su trabajo de los que no lo son:

“Él no entiende que es un trabajo... yo llego y no quiero sexo, quiero cariño, quiero caricias, no sexo. No me ataques de una, no me vengas a tocar las tetas de una, haceme sentir la piel de pollo.”

“Estoy cansada de usarlo [el preservativo] en el trabajo... en el amor y el afecto no quiero usarlo. Para mí lo sexual no es esencial a la pareja, nosotros nos conocemos hace cuatro meses y sólo lo hicimos cuatro veces (...) A mí me gusta ir a toma un café o salir a comer y no centrar la relación en el sexo.”

c) Las dificultades para negociar el uso del preservativo

Por último, encontramos que el no uso del preservativo en muchas oportunidades se basa en las dificultades para lograr un acuerdo. El afecto y el miedo a los enojos y a la violencia se transforman en elementos que determinan la negociación.

“Las estadísticas dicen que más del 50% son amas de casa las que tienen el virus. Porque el marido sale [todas asienten gestualmente]. ¿Cómo le decís a tu marido que lo use? No podés, te mata [nuevamente asienten todas].”

“Claro que él se va enojar [si ella propusiera usar preservativo], vos viste cómo son los hombres, que se enojan por todo, me va a pedir una explicación y no sé qué explicación le voy a dar.”

“‘Yo no quiero a nadie’, me dijo, ‘yo no cambio a nadie, no te dejo por nadie’ [con tono de satisfacción, como si el no uso del preservativo fuera una muestra de afecto hacia ella].”

El cuidado para qué

Entre las medidas preventivas utilizadas con las parejas y en encuentros sexuales ocasionales, el preservativo aparece principalmente asociado al cuidado anticonceptivo:

“No, tengo el DIU puesto, aparte antes de no tener el DIU él se cuidó con preservativo. Nunca tomé pastillas ni me puse inyecciones.”

“Tengo ligadas las trompas. Así que puedo no usar preservativo en una salida.”

“Se lo propuse [usar preservativo] cuando lo tuve a mi hijo, que era bebé y no podía tomar pastillas, por el pecho, y sí, bueno, en ese sentido en ese momento él no tuvo problema, eso porque yo no podía cuidarme de otra forma, así que, no sé, creería si algún día por otra cosa, también lo va a usar, ya que lo usó una vez.”

9.2. Prácticas de cuidado con los clientes

Entendemos por prácticas de cuidado a un conjunto de medidas que incluyen el uso del preservativo, pero que lo exceden. A partir del relato de las entrevistadas, agrupamos estas prácticas de cuidado en: a) uso del preservativo, b) elección de los clientes, y c) relación con el alcohol y las drogas.

a) El uso del preservativo

Al momento de hacer la encuesta el 6,5% de las trabajadoras sexuales contactadas no llevaban preservativos consigo. El 98,6% afirma que lo usó con su último cliente. A su vez, el 93% dice que los usa siempre con los clientes y sólo el 0,2% dice que no los usa nunca.

La decisión de tomar esta medida de cuidado recae principalmente en las mujeres (en el 88,9% de los casos) y en el acuerdo entre ambos (9,9%).

El 36,2% manifestó no usar lubricante adicional con el preservativo; el 39,2% dijo que lo usa a veces; el 6,8%, casi siempre; y el 14,1%, siempre. El 67,4% usa lubricante al agua; el 11,5%, vaselina; el 9,8%, crema; y el 6,6%, aceite. Es de resaltar que los tres últimos actúan dañando el preservativo.

a.1) Los motivos del uso del preservativo

Es interesante tener en cuenta aquí también la forma en que el tema del uso del preservativo con los clientes está atravesado por la cuestión de género. Así es que muchas de las entrevistadas fundamentan el uso del preservativo no en la necesidad de cuidar su salud, sino en la necesidad de cuidar a sus familias:

“Sabén que es para cuidarse él, cuidarme yo, y si alguna vez alguien dice no, bueno, chau, me bajo del auto y aquí no ha pasado nada (...) Yo soy una persona grande que me cuido por mis nietos. Quiero estar bien con ellos.”

“Pero mi vida vale más, de eso estoy segura, ya no solamente por mí, sino también por mis hijos. Hay días que me vuelvo a casa sin un peso, pero tranquila.”

“Yo no pienso en mí... no tengo el derecho de pensar en mí... hay cinco vidas que dependen de mí... y hasta que ellos no estén preparados para la vida, y bueno, yo tengo que estar... y si no me cuido yo, nadie me va a cuidar.”

El cuidado de su salud aparece en el relato de algunas entrevistadas:

“Si no quieren nos vamos, que se lleven la plata de su hotel, yo no voy a coger así, no me voy a enfermar, tengo 16 años haciendo este trabajo.”

a.2) Las estrategias en la negociación del uso del preservativo

Las entrevistadas dan cuenta de un conjunto de estrategias que despliegan en la negociación del uso del preservativo para llevar adelante una práctica de cuidado con sus clientes.

Una de las estrategias es tratar de convencer al cliente de la necesidad del uso del preservativo trasladando lo que ellas sienten respecto del cuidado para con sus familias:

"Por ahí no quieren cuidarse pero yo les digo: 'Mirá, en mi casa me están esperando y en la tuya también', 'Sí, tenés razón', por ahí me dicen."

"Les hago la cabeza para que lo usen... le digo: 'Pensá en tu familia... vos tenés hijos.'"

Otra estrategia es utilizar la técnica de colocar el preservativo con la boca. Así, una de las entrevistadas plantea:

"Acá hay muchos que no quieren usar, pero yo los hablo. Le digo que vamos, que así es mejor, lo usamos, se lo pongo con la boca, hacés de cuenta que ni te lo pongo, o cualquier cosa para llevarlo. Así a muchos los he convencido y los he llevado y lo han usado."

Por último, una entrevistada dice que, una vez que están en la situación, el control lo tiene ella y que si de todas maneras el cliente se niega a usarlo, utiliza como estrategia pedir más plata suponiendo que no va a tener el dinero o no va a acceder a este pedido (elemento que, a la vez, da cuenta del riesgo al que se expone) y así lograr que el cliente acepte usar el preservativo:

"Sí... cuando arrancás, la mayoría siempre vienen y te dicen: 'Pero sin preservativo', y a mí como que... ¡ay! [se toma la cara con ambas manos] y bueno 'ta, vamos...' [haciendo un gesto hacia atrás con su mano] pero bueno, adentro mando yo... uno se da cuenta. Y vos le decís: 'Bueno, ¿querés sin preservativo?' [se expresa en un tono desafiante] Dame más plata... que obviamente no tienen... y el día que lo tengan me van a rejoder."

a.3) Los motivos del no uso del preservativo

De las encuestadas que respondieron no usar preservativo en el trabajo siempre (7% del total), los principales motivos son que el cliente se opone (34,5%), que se trata de un cliente fijo (31%), que ofrece pagar más (20,7%) y que cree que el cliente no tiene VIH, que se ve sano (17,2%).

Ahora nos centraremos en los aspectos referidos a las dificultades en la negociación y a la cuestión del dinero.

Dificultades en la negociación y el uso del preservativo

Si bien algunas trabajadoras sexuales dicen que no tienen problemas para negociar el uso del preservativo con los clientes (*“Con preservativos, y ellos son muy conscientes de cuidarse, no ponen pretextos para no usar preservativos”*), la mayoría dan cuenta de las dificultades por las que pasan en esas situaciones:

“Tengo dificultades porque los hombres no se quieren cuidar, y me juego la vida.”

“Hay personas que no lo quieren usar, hay clientes que no lo quieren usar y uno tiene que estar exigiéndole.”

“El hombre siempre va a ser el hombre machista, el hombre manda, ¿qué hombre no quiere mandar? Si él paga, él manda. El quiere barato y sin preservativo.”

Muchas relatan situaciones en las que los clientes intentan convencerlas de no usarlo generando competencia (y desconfianza) entre las compañeras de trabajo:

“Vienen los tipos por el tema del dinero, que otra les cobra menos, y después con el tema del profiláctico también, te dicen: ‘No, tal persona no me lo puso, por qué vos lo usás, por qué vos me lo ponés.’”

“–Hay clientes que te dicen que van a otro lugar.

”–Sí, y te dicen que hay otras chicas que no usan.”

También dan cuenta de las situaciones de violencia a las que están expuestas al momento de negociar:

“Te digo, estoy en Constitución y viene una persona y te dice: ‘¿Cuánto cobrás?’, ‘Tanto’, ‘Mmm, qué caro, ¿qué hacés?’, ‘Con preservativo’, ‘Mmm –me dijo uno–, para eso me hago una paja’. Ya se lo dije a la doctora el otro día, llorando de rabia [lo dice con tono de rabia]. Y así pasan diez iguales.”

“El hombre muchas veces te rompe el preservativo. Yo ya estoy con el oído más agudo, ese ruido cuando hace chac, ¿viste?, pero hay hombres que los rompen enseguida, hacen así, como una gracia, o como... cantidades.”

“Tengo bastantes problemas por eso, porque muchos no se lo quieren poner, y yo les hablo hasta que los convenzo, les doy charlas que hay que cuidarse, pero hay muchos que no los convenzo y me quieren pegar una trompada.”

La necesidad de dinero

Muchas de las trabajadoras sexuales entrevistadas dan cuenta de cómo el uso o no uso del preservativo está asociado a la necesidad del dinero:

“[La calle] está mala por la plata, por las enfermedades, por las maldades que están haciendo. El hombre viene a ponerla y no le importa si está enfermo pero ofrece más dinero. Yo hasta ahora no lo hice, pero no sé en otro momento.”

Frente a esto, algunas entrevistadas remarcan la necesidad de rechazar la propuesta para cuidarse:

“Hay que cuidarse, protegerse... no hay plata linda para no usar el preservativo.”

“Yo tengo algunos que incluso se siguen negando, que me dicen: ‘No, negra, con vos no salgo porque a mí me gusta sin coso’, pero una se tiene que cuidar la salud, qué me importa a mí un mango más si el tipo viene infectado y me infecta por la boca.”

Y muchas otras hacen énfasis en la dificultad de rechazarlo:

“Por ejemplo, los otros días vino un cliente, que yo lo sé atender hace mucho ya, me quería dar 200 pesos para que lo atienda sin forro. ‘No, papi, si después me contagio, ¿cómo hago?’ Muchísima plata imagínate, 200 pesos, es por eso que hay muchas chicas que lo hacen.”

“Los clientes aseguran estar sanos, calculo que se cuida el 20 o 25%, los demás no se cuida nadie, acá en Rosario no se cuida nadie, y el que se cuida viene de afuera (...) Si hay buena plata, accedo, no me queda otra... y me da mucho miedo, porque del que menos lo pensás lo tiene. Yo agradezco la suerte que hasta ahora tuve de no infectarme.”

“A mí me pasó de no tener dinero para darle de comer a mis hijos y de pasar una semana (...) Yo no usé preservativo cuando mi hija estaba sin trabajo, el marido y ella no tenían cómo ganarse la vida y tenía la nena y había que llevarle todo. Entonces yo ahí dije ‘Bueno...’, hasta había bajado la tarifa, ya era ‘¿cuánto tenés?’ porque era para llevarle a ella (...) y había gente que me decía sin preservativo, y bueno... era para llevarle a mi hija (...) Comprendo que hay mujeres que a veces por un hijo...”

“Trabajo menos porque no se lo quieren poner. Sí, se nota [se refiere a un cambio en sus condiciones de trabajo a partir del surgimiento del VIH/sida].”

Es interesante ver de qué manera en los relatos anteriores vuelve a aparecer el tema de los hijos, pero ahora como explicación de la imposibilidad de rechazar una propuesta en función del dinero, aun sabiendo el riesgo que significa.

a.4) Las diferencias de uso según práctica sexual

Las trabajadoras sexuales encuestadas manifiestan un uso diferenciado del preservativo de acuerdo al tipo de práctica sexual que realizan: el 93,7% siempre usa preservativo en el sexo vaginal; el 88,4% de quienes practican sexo anal dicen usarlo siempre; y un porcentaje menor, el 75,3%, usa preservativo siempre que realiza sexo oral.

Si sumamos a quienes nunca usan preservativo y a quienes lo usan pero no siempre de manera sistemática, obtenemos que el 6,3% de las trabajadoras sexuales realiza prácticas no seguras en el sexo vaginal, el 7% en el sexo anal y el 24,3% en el sexo oral. Estos porcentajes dan cuenta de una menor frecuencia de uso del preservativo en el sexo oral.

Si bien no indagamos sobre los motivos que dan lugar a esta decisión, vale la pena mencionar que algunas de las encuestadas manifiestan no realizar ciertas prácticas sexuales en su trabajo. Así es que el 41,6% manifiesta no practicar sexo anal y el 4,8%, no realizar sexo oral.

En estudios posteriores, sería necesario profundizar en estas diferencias según las prácticas sexuales con la intención de realizar acciones preventivas más eficaces.

Las trabajadoras sexuales entrevistadas no hacen mención a la práctica de sexo anal, pero sí dan cuenta de qué manera establecen diferencias en el uso del preservativo cuando se trata de sexo oral:

“Vaginal no, pero oral sí. Depende, no te voy a decir que sí se lo hago a todos con preservativos, porque no lo hago.”

Y plantean que en general es más difícil negociar con los clientes para que usen preservativo en la práctica del sexo oral:

“Por ahí para sexo oral sí dicen que quieren sin preservativo, aunque sea un rato, pero hablándolo la gran mayoría te entiende.”

“-[Antes del VIH] hacíamos la francesa [se refiere al sexo oral] sin preservativo, sin nada.

”-Yo lo hago por ahí.

”-Está mal, porque también lo puede contraer haciendo la francesa.

”-Sí, pero yo por ahí lo hago, porque no quieren...”

”-Difícil es hacer que quieran la francesa con preservativo.

”-Es muy difícil, por ahí te dice: ‘No, yo te pago’, pero no...”

b) La elección de los clientes

Una de las estrategias de cuidado planteada por muchas de las trabajadoras sexuales es la elección de los clientes. Los elementos que tienen en cuenta son variados: si son clientes fijos o no, cuánto dinero ofrecen, si conocen o no su historia familiar y de consumo de trabajo sexual, qué edad tienen, etc.

Estos elementos tienen un doble carácter. Por un lado, obstaculizan el cuidado y uso del preservativo, en base a la confianza que tienen o les genera esa persona (elemento ya abordado cuando analizamos el no uso del preservativo en prácticas sexuales con la pareja o en encuentros ocasionales). Pero, por el otro, facilitan el cuidado pues contribuyen a mejorar las posibilidades de negociación del uso del preservativo y su seguridad en general.

Así aparece en el relato de las entrevistadas el tema de la confianza funcionando como obstaculizador:

“A los hijos les perdono el no usar preservativo, a los que no conozco por completo no. Porque si no lo conozco... o porque haya salido con alguna compañera mía que está enferma. Y con el que más conozco le tengo fe, hasta que me entero de algo, porque el hombre es hombre, y más si paga, y sale con una, con otra, me entero.”

“Nos avisamos: ‘Este salió con aquella, ponete preservativo’, y el cliente por ahí no quiere, pero si estoy segura que salió con una enferma no salgo, y si no se lo pone, salgo de la pieza.”

“[Me cuido] con preservativo... [hace una pausa, duda] Ojo, mirá que tengo clientes de hace años y bueno, tengo uno o dos nomás... eh, no, con ellos no me cuido... por el tema de que bueno, tengo protección para no quedar embarazada... Pero bueno, te digo... hace años que los conozco... los análisis me los he hecho y bueno, hasta ahora no me salió nada.”

“Mis clientes saben mis horarios, el lugar donde paro y mi teléfono celular. Son hombres correctos, no son estafadores o hijos de mil, todos mis clientes, treinta más o menos, son hombres casados. Nada de jóvenes, ni hombres separados, divorciados, solos, sino familiares, los que tienen sus esposas, hijos, su familia (...) Si ellos me lo piden [tener sexo sin preservativo], solamente chupándosela, o que me tiren todo en mi cuerpo.”

Cuando funciona como facilitador, aparece de la siguiente forma:

“Mis clientes me conocen, que el forrito es esencial, saben que en la entrada se tienen que lavar. El cliente es como uno lo hace, porque si vos le permitís que el primer día llegue todo hediondo, no te digo que nunca me tocó pero yo a medida que pasa el tiempo les voy hablando de buena forma. Yo digo las cosas de frente (...) yo pongo el tono firme.”

“No, lo que pasa es que trabajo con clientes viejos [se refiere a conocidos], entonces no tengo que pelear siempre para que se cuiden o por seguridad. Eso tiene que ver mucho con lo que vos te cuidás a vos, si salís con cualquiera estás más fácil a que te caguen (...) Imaginate que yo trabajo desde los 18 años, a esta altura no me van a venir a faltar el respeto; al contrario, somos como amigos. No sé los de ahora, más que todo la pendejada está más rompebola.”

“Uno misma lo habla y entienden, hay muchos que han querido salir sin el profiláctico y después ellos mismos vienen con el forro, es como que se los mentaliza.”

Muchas de ellas remarcan la importancia de no hacer diferencias entre clientes:

“Nosotras acá no vemos a las chicas que tienen HIV y vemos al cliente, y no sabés... a lo mejor esos clientes estuvieron con esas chicas, ¿cómo podés saber si estuvieron o no?, es como discriminar a la persona, si no ves, no podés discriminar porque entonces tenés que discriminar al tipo que viene.”

“Yo no hago diferencias, no, no tiene nada que ver, estás con una persona que no sabés qué vida hace, si se cuida o no se cuida, con quién está. ¡Bah!, yo pienso así. O por la cara, porque a una persona la veas limpia, o sana, o bien, puede tener igual.”

Una entrevistada plantea que ella elige los clientes y que cuando ofrecen pagar más de lo que considera normal los rechaza porque sospecha que lo hacen porque deben estar *“infectados o con alguna enfermedad”*:

“Pero... el que tiene te ofrece... te dice: ‘50 pesos te doy’, y yo digo, no. Cuando te vienen con esa suma, digo: ‘Noo... este está podrido...’, y no, lo rechazo... Prefiero perder 50 pesos antes de mi vida...”

En varias oportunidades las trabajadoras sexuales hacen mención a la edad de los clientes como elemento a considerar; algunas dicen que son mejores los mayores, mientras otras los prefieren más jóvenes porque aceptan mejor el uso del preservativo:

“La mayoría son gente grande, los pendejos nos hacen el chamullo y si una se la cree, se equivoca y es porque ella quiere.”

“Por ahí los pibes jóvenes que ahora lo hablan en la escuela en realidad son los que menos problemas tienen... bah... para mí, y la gente por ahí, como antes el sida no existía, por ahí les da lo mismo sin preservativo. A mí me ha pasado que generalmente sin preservativo es la gente grande, jóvenes es raro.”

c) La relación con el alcohol y las drogas

Varias entrevistadas hacen mención al impacto que el consumo de alcohol y de drogas tiene sobre las prácticas de cuidado:

“Tenés que tener conducta, no podés ir a tomar [droga, con los clientes; aclara que sí toma con su marido], ahora las chicas que ya están pasadas, esos hijos de remil puta ya saben quiénes son, y vienen a buscarlas, le dan cualquier cosa y se las llevan y se mandan cualquiera.”

“Yo tuve problemas con las drogas y muchas veces la droga y la necesidad me llevaron a hacer cosas sin cuidarme.”

“Hay mujeres que van a comer allí, donde están todos los boliches, con los hombres que toman, se empedan y de repente después ya no usan más preservativo, dejan de usar.”

Para cerrar este apartado puede señalarse, por un lado, que en lo que se refiere al cuidado con el cliente, surge de las encuestas que el 93% siempre usa preservativo; pero por otra parte, y a partir de las entrevistas, vemos que si bien aparece el deber de usarlo, muchos relatos dan cuenta de la persistencia de prácticas sexuales sin preservativo.

10. Violencia institucional: el sistema policial, judicial y de salud

El sistema policial

El 63% de las trabajadoras sexuales entrevistadas fueron detenidas por la policía en alguna oportunidad y, de ellas, el 55,9% recibieron algún tipo de maltrato de parte del personal policial.

Si tenemos en cuenta las ciudades surgen grandes diferencias. Mientras que en Buenos Aires fueron detenidas el 47,7% de las encuestadas, en Paraná ese porcentaje llega al 63,6%, sube en Rosario al 65,6%, en Córdoba alcanza el 85,7% y en Mendoza –que presenta el más alto nivel de arresto– trepa al 93,9%.

En relación con el maltrato recibido de parte de la policía, el porcentaje más bajo se encuentra en Buenos Aires (41%) y el más alto, en Córdoba (73,5%). El 17,1% del total de encuestadas declara haber sido víctima de maltrato físico; el 18,8%, de maltrato psicológico; y el 29,3%, de maltrato verbal.

La mayoría contesta haber sido arrestada durante 2007 (23,3%), 2006 (17,8%) y 2004 (12%). Ante estas situaciones de arresto, la mayor parte de las encuestadas detenidas no llamaron a nadie (46,3%) o llamaron a un familiar (34,9%).

En el 24,7% de los casos intervino un juez, y evalúan que las trató bien el 54,7%, regular el 29,1% y mal el 7,8%. Al observar la situación por ciudad hay grandes diferencias: en Paraná no hay registro de intervención judicial, en Córdoba y en Buenos Aires en el 10,8% y 16,2% de los casos respectivamente, en Rosario en el 52,6%, y en Mendoza la judicialización se da en la abrumadora mayoría del 90,3% de los casos.

En cuanto a la relación con la policía, las entrevistadas dan cuenta de diferentes y terribles situaciones de maltrato:

“Había una brigada que tenía muy mal trato, yo a veces necesitaba médicos porque me sentía morir, y sabían que mucho no me podían tener, en una pieza donde no me entraba el aire, y me dejaban hasta el último. Pero mi familia se movía, no sé cómo hacían y entraban hasta ahí. Y la Comisaría ya dejó de molestarme, porque era de terror la Comisaría, te tenían ahí, remugrienta, sin comer, únicamente que ese día justo un familiar te llevara la comida. Y con la Comisaría 2ª [seccional que corresponde a la zona céntrica de la ciudad de Rosario, próxima a su lugar de trabajo] una de las últimas veces que me llevaron me rompieron el pantalón porque un policía casi me violó, tuvo que ir un médico policía. Anteriormente a eso, otro policía que hubo me golpeó, que lo denuncié, me golpeó él y me hizo golpear por dos más, hasta que me desmayaron. Y cuando me llevaron a Jefatura, la jefa de la alcaidía no me quería recibir de cómo estaba golpeada y yo quería una cama, que por favor me recibiera que yo iba a hacer la denuncia, hice la denuncia y lo sacaron” [Rosario].

“No hubo ningún cambio, siempre fue sucio, es una mafia, hay mucha gente detrás de esto, esto es un negocio, un negocio grande” [Buenos Aires].

A pesar de esto, en muchos casos, especialmente en Mendoza, la primera reacción a la pregunta sobre si fue maltratada de alguna forma por la policía es responder que no tienen nada de qué quejarse, lo que evidencia el grado de naturalización que hay del abuso del sistema policial. En esta ciudad los policías levantan a las trabajadoras sexuales de la calle, las llevan al “médico de policías” (y de ahí a la brigada donde hacen la requisa, le avisan al juez, les renuevan la foto y hacen las fichas). Una vez que interviene el juez y les hacen los papeles, las llevan a la alcaidía. Al día siguiente las llevan a la brigada otra vez y el médico forense les saca sangre y hace los análisis de ITS. En el caso de que las mujeres conozcan la posibilidad de apelar al juez, pueden lograr que estos análisis los realicen no los médicos forenses sino en el Centro Sanitario Dr. Emilio Coni (que se especializa en ITS). Un dato llamativo es que mientras muchos de los análisis que son realizados por el forense dan positivos, si se los vuelven a realizar en el Centro Coni, en muchos casos dan negativos. En la alcaidía quedan detenidas las que pasan la noche hasta que les hacen los análisis y

las trabajadoras sexuales a quienes les encuentran una infección. Si no les encuentran una ITS quedan bajo arresto domiciliario, y según los relatos, si les encuentran “algo” quedan detenidas en la alcaldía *“hasta que baje la infección con el tratamiento que brinda la brigada”*. En relación con el lugar de detención, las entrevistadas nos cuentan:

“Es un lugar horrible. Cada vez que voy le pido al juez por la higiene del lugar (...) Es un ambiente de contagio de todas las infecciones y enfermedades (...) Yo le digo al juez que una va sana y salís enferma, por estar una noche (...) En invierno nos morimos de frío y en verano de calor... encima nos discriminan” [Mendoza].

“Cuando viene la brigada es la que te lleva presa, la que te condena, la que te procesa, la que te juzga, la brigada son los de investigaciones. La relación es mala, son mujeres y hombres, y te corren. El lugar es deprimente, no tiene calefacción, ni ventilación, las camas no tienen sábanas. Las mujeres de AMMAR son las únicas que se preocupan por llevar una garrafa. Es un chiquero. Te detienen toda la noche o todo el día [y] te ensucian el papel de buena conducta” [Mendoza].

En el desarrollo de una de las entrevistas, una trabajadora sexual comenta que ella estaba bajo arresto domiciliario, que tendría que estar en su casa pero que había salido a *“buscar la moneda”*:

“Tengo que salir a trabajar sí o sí... no puedo decirle a mis hijos que se caguen de hambre 15 días porque la mamá no puede salir a trabajar. Nos ponen orden del día, como si hubiéramos cometido un delito y nos paran, nos piden documentos y nos llevan como unas presas pero no sabemos por qué (...) Así como te agarran, te llevan, no tenés tiempo de avisarle a nadie” [Mendoza].

Un elemento que también es particular de la ciudad de Mendoza es que, según cuentan las entrevistadas, el sistema policial las somete a la realización del test de VIH sin su consentimiento; sin embargo, al momento de contestar la encuesta solamente el 7,1% de las trabajadoras sexuales contactadas en Mendoza dijeron haber pasado por esa situación. Pareciera que las trabajadoras sexuales en Mendoza han naturalizado esta arbitrariedad como una forma legítima de acceso a los controles ginecológicos e infectológicos. Una entrevistada planteó: *“Si no te lleva [la policía] en 1 o 2 años no saben si tenés o no VIH”*.

En contraposición a lo que sucede en Mendoza, tenemos la ciudad de Paraná, donde en diciembre de 2002 se derogaron los códigos contraven- cionales (Inciso 4° del artículo 45 de la Ley Provincial 3.815), lo que pro- híbe a la policía aplicar sanciones o arrestos en toda la provincia a las trabajadoras sexuales. Veamos el impacto que esto ha tenido para las tra- bajadoras sexuales a partir de sus propios relatos:

“Ningún problema, ni nos saludan, con eso te digo todo, ni nos miran [risas]. Nin- gún problema trabajamos tranquilas, incluso los clientes están más tranquilos que nosotras, como no nos llevan... no tienen miedo que los lleven a ellos” [Paraná].

Un elemento que surgió en una de las entrevistas realizadas en Mendo- za es que en algunos lugares de trabajo puertas adentro les piden libreta sanitaria, el papel de buena conducta y el permiso municipal para espec- táculos, *“por si hacés shows o andás medio en bolas”*. Lo mismo comenta una trabajadora sexual que trabajaba en una whisquería en Córdoba:

“Estoy acostumbrada desde que trabajo en las whisquerías. Allá se exigía cada quince días el carnet de sanidad, para los inspectores o la policía que pasaba por las casas.”

Esta libreta es requisito de habilitación municipal y de control policial sobre las trabajadoras sexuales, que tienen que demostrar que los estu- dios ginecológicos (colposcopia y papanicolau) y el test de VIH les dan bien. Si encuentran que viven con el virus, las encierran bajo el argumen- to de que no las *“largan a la calle”* porque *“asesinan gente”*.

Aspectos legales

En relación con este punto, las entrevistadas de la ciudad de Buenos Ai- res y Paraná plantean:

“Está todo igual, ahora estamos mal porque viene Macri y no nos quiere” [Bue- nos Aires].

“Cuando empecé era jovencita, trabajaba bien, después por la policía no trabajá- bamos nada, ahora trabajo más que cuando era jovencita, trabajo más tranquila (...) desde que salió la ley de que la policía no nos pueden molestar” [Paraná].

Las conversaciones que pudieron llevarse adelante en los grupos focales realizados en ambas ciudades dan cuenta de cómo ha cambiado la situación de estas trabajadoras a partir de la derogación de los edictos policiales:

“Antes no nos dejaban trabajar, siempre se estaba pendiente de que si la policía venía o no, nos corrían de un lado para otro como si fuéramos delincuentes, y hasta que no nos agarraban no paraban, y si te ibas, al otro día te agarraban. Se nota el cambio.”

“Una semana me agarraron cinco veces, y yo no tenía para pagar la multa que la policía me cobraba, no me daban tiempo a que les pague.”

“A veces la policía nos paseaba por el centro... vos te enterabas que en otro lado se estaban matando, pero ellos se las agarraban con nosotras, claro, tenían plata segura. En la [comisaría] 5ª nos metían en un lugar mugriento, lleno de pulgas. Nos largaban al otro día todas sucias, mal, mal.”

Es tal el cambio que ha significado la derogación del código contravenacional en Paraná, que dos de las entrevistadas en esa ciudad son santafesinas, una se mudó a Paraná y la otra viaja diariamente desde Santa Fe para trabajar:

“Ahora, desde que empecé a venir acá... hace un año que estoy acá, me vine de Santa Fe, empecé a trabajar acá, por el tema de que allá no nos dejaban en paz, nos corrían, nos llevaban todas las noches, a mí me llevaban todas las noches, y bueno... acá empecé a venir hace ya un año, trabajaba tranquila... En Santa Fe, un desastre, cómo te llevaban, te corrían, no te dejaban en paz, hasta ahora te llevan todavía.”

En Rosario la situación es diferente,¹² motivo por el cual una entrevistada de esa ciudad plantea la necesidad de *“que haya una ley segura para que la policía no te moleste, algo seguro, bah! Según tengo entendido todavía no hay una ley así”*.

¹² En la ciudad de Rosario, después del asesinato de Sandra Cabrera, secretaria general de AMMAR Rosario, en 2004, el gobierno provincial disolvió la división de Moralidad Pública pero no derogó los artículos del Código de Faltas que permiten que la policía cometa arbitrariedades.

El control de la salud

En esta cuestión Mendoza se convierte en un caso paradigmático de intersección y superposición de lo médico y lo policial. Las trabajadoras sexuales acceden a los controles ginecológicos y de ITS a través de la policía que las lleva detenidas, y los médicos, por su parte, cumplen una función de policía al controlar sus cuerpos no en función de su propia salud, sino de la del resto.

Entre las encuestadas de todas las ciudades, la proporción más elevada de casos de trabajadoras sexuales que se hicieron controles “hace más de dos años” se da entre las de Rosario, con el 25%. Quienes se hicieron controles hace menos tiempo son las trabajadoras sexuales de Mendoza: 78,8% “hace menos de 6 meses” y 21,2% “hace más de 6 meses y menos de 1 año”. No se registran en Mendoza trabajadoras sexuales que se hayan hecho controles hace más tiempo, situación que, por supuesto, tiene que ver con el modo de acceso a las pruebas en esta provincia. En palabras de una de las entrevistadas: *“Hace 15 días que me llevaron, es muy raro que pase un mes y que no te jodan, ellos mismos te los hacen [los análisis]”*.

La ciudad con mayor peso en la realización de la prueba de VIH sin consentimiento es Mendoza con el 7,1% de las respuestas. Este valor, bajo para la realidad mendocina, refleja el nivel de naturalización que hay en esta ciudad respecto de la forma de acceso al test. Podemos acercarnos al problema a partir del relato de una de las entrevistadas:

“Si no te llevan en 1 o 2 años no sabés si tenés o no VIH (...) El control sobre VIH lo ejerce la policía pero cuando te engancha, y en el mes no se llevan a todas, por lo tanto no están controladas...”

11. Conocimientos de sus derechos

Respecto del trabajo sexual

El 11,1% de las trabajadoras sexuales encuestadas piensa que el trabajo sexual es delito, el 88,9% sabe que no lo es. Podemos ver en el relato de las entrevistadas cómo plantean sus derechos en relación con su práctica laboral:

“Y no tienen otras cosas para argumentar, dicen que hacemos escándalo en la vía pública y nada que ver.”

“Porque siempre somos nosotras, siempre somos las mal miradas. Nosotras somos las que ofrecemos, las que tenemos al fin la mercadería, al consumidor no les hace. Es como al que vende droga, ¿por qué no agarran al que vende droga y lo dejan al consumidor tranquilo? Acá es al revés, acá la llevan presa a la trabajadora sexual, a la que esta haciendo su trabajo y no al que lo consume. A la droga es el revés, llevan al adicto, al enfermo, pero al que vende no.”

“El artículo 44 es escándalo en la vía pública o exhibiciones obscenas, calculo yo, que estás mostrando todo. Porque yo creo que si estás haciendo un trabajo no estás haciendo ningún escándalo en la vía pública. Yo estoy parada trabajando y entonces te llevan por el artículo 44 por prostitución y no es prostitución” [Córdoba].

“Yo creo que deberían sacar la cara por nosotras [se refiere a los vecinos] y como nosotras nos hicimos conocer de que somos trabajadoras y de que no molestamos a nadie, ni cometemos ningún delito, salir a defendernos ellos como

vecinos, porque nosotros no hacemos ningún delito estando en la esquina, respetamos a sus hijos y respetamos su familia, entonces ellos tienen que salir a defendernos porque estamos en la esquina ganándonos el pan como cualquiera.”

En referencia a sus derechos en caso de arresto

En este punto podemos observar que el derecho que más conocen las trabajadoras sexuales en caso de ser arrestadas es el de realizar una llamada telefónica (87,5%), seguido del derecho a no ser maltratada (84,6%), de ser representada por un abogado (83,6%) y de apelar la sentencia del juez (67,2%).

Acerca de la atención de la salud y de la prueba del VIH

Las trabajadoras sexuales entrevistadas plantean una serie de elementos relacionados con los derechos de la atención de la salud:

“Te tienen que atender bien, como todas personas iguales, en todos lados, el nuestro es nuestro trabajo como cualquier otro.”

“[Deberíamos] tener alguna obra social, algo de eso, para hacernos ver mejor, para no tener que estar yendo a estar en el hospital tantas horas. Me gustaría cambiar eso, que tengamos algo, como te diría, más personal (...) para hacernos atender.”

En relación con el test de VIH el 89,9% de las encuestadas sabe que es gratuito; el 7% no sabe si es gratuito o pago y el 2,9% piensa que es pago.

Aunque la mayoría (70,2%) sabe que es necesario dar el consentimiento para hacerse el test, el 12,7% piensa que no lo es, el 7,2% piensa que lo decide el médico y el 9,4% no sabe.

El 71,1% sabe que el resultado es confidencial, el 12,5% piensa que es obligatorio avisarle al médico, el 9,6% cree que es obligatorio que el médico lo cuente a la familia y el 6,3% no sabe.

12. Impacto del proyecto

Conocimientos acerca del VIH/sida, entre otras ITS

Los resultados de la encuesta y el relato de algunas trabajadoras sexuales permiten dimensionar el impacto del proyecto en términos de mejorar el conocimiento respecto de las ITS, entre ellas el VIH/sida.

En las encuestas, las trabajadoras sexuales alcanzadas (TSA) dan cuenta de un mayor conocimiento de las ITS existentes. A su vez, reconocen en un porcentaje mayor a las trabajadoras sexuales no alcanzadas (TSNA) que la forma de saber si tienen una ITS es a través de controles periódicos y/o exámenes médicos (79,6% y 58% respectivamente). Las TSA tienen un mayor conocimiento de las vías de transmisión del VIH: mencionan la “vía sanguínea” (59,1% frente a 43,4%), la “transmisión madre-hijo” (18,2% frente a 4,6%) y el “mantener relaciones sexuales sin preservativo” (34,1% frente a 30,5%). Vale la pena mencionar que las TSA refieren en menor medida que las TSNA las “relaciones sexuales sin especificar” como vía de transmisión (61,4% y 66% respectivamente).

Otro dato interesante es que la totalidad de las TSA plantea el uso del preservativo como forma de prevención y ninguna de ellas propone tener menos parejas sexuales o elegir bien a los clientes. De los relatos de la TSA destacamos:

“-Sí, a mí sí, en lo personal sí, porque uno aprendió un poco más de las enfermedades y a explicarlo también en mi casa, yo lo que he aprendido en los talleres, lo hablo también con mi familia, de lo que es el VIH, que puedo estar con personas infectadas, que por tomar un café, con tocarlo, con darle un beso no me voy a contagiar. Y antes uno por ahí tenía esas dudas.

”-Podés tomar mate y todo que no te contagiás.”

“-Yo uso varios encimados [se refiere a los preservativos].

”-No tenés que encimarlos, usar varios preservativos encimados es aun más riesgoso. Yo aprendí eso.”

“Que se tome conciencia que la gordura no lleva salud. Nosotras tenemos hepatitis y somos gordas.”

El conocimiento de sus derechos

A partir de los resultados de la encuesta y del relato de algunas de las trabajadoras sexuales entrevistadas alcanzadas por el proyecto realizado por AMMAR-CTA, podemos dar cuenta del impacto que su implementación tuvo en términos de ampliar el conocimiento de sus derechos y la capacidad para poder hacer que se cumplan.

A partir de las encuestas se puede ver que las TSA saben que el trabajo sexual no es delito en mayor medida que las TSNA (93,2% y 88,4% respectivamente). Se puede observar también que tienen mayor conocimiento de sus derechos en caso de arresto (a realizar una llamada, a no ser maltratada, a apelar la sentencia, a no quedar detenida mucho tiempo), con cerca de 10 puntos porcentuales de diferencia entre un grupo y otro. Asimismo, las TSA saben en mayor medida que las TSNA que es necesario dar su consentimiento para la realización del test de VIH (79,5% frente a 69%) y que la privacidad del resultado es su derecho (86,4% frente a 69,2%).

Tomamos de los relatos los siguientes elementos que hacen al conocimiento y cumplimiento de sus derechos:

“Ahora la mujer es como que valora más el trabajo que hace, como que la veo más segura a la mujer ahora. Lo hace bien al trabajo, con un poco más de discreción. Sí, sí. Ahora la mujer puede organizarse, reclamar derechos, un montón de cosas. Que años atrás no podías hacer nada, te subías al patrullero y que te lleven nomás. Es más, te abrían la puerta y entrabas sola, no hacía falta que el policía te dijera nada, te abrían la puerta y vos sabías que tenías que subir calladita la boca.”

“En la escuela de los chicos no podés decir que trabajás en la calle, porque si no te los miran mal a los chicos, ¿entendés? Porque la madre es esto, es aquello, la otra vez me pasó con el más grande mío y ya tuve que ir a hablar con la direc-

tora y explicarle que si a ella no le gustaba eso que me diera un trabajo y yo lo dejaba... y no supo qué decir, se quedó con la boca callada y ahí me lo empezaron a tratar bien a mi hijo.”

“La gente a nosotras todavía no nos integra a la sociedad, hay gente que no. [Es necesario] que nos reconozcan como trabajadoras sexuales, como cualquier otro trabajo, como la que barre, la que la plancha. Que seamos reconocidas como trabajadoras.”

Aspectos organizativos

En cuanto al aspecto organizativo las entrevistadas dicen que la presencia de AMMAR-CTA en sus ciudades impactó de distintas maneras: en la información, en el cuidado y en el trato de la policía principalmente:

“Y con relación a la policía cambió mucho, muchísimo. Antes nos llevaban mal, detenidas, nos tenían ahí presas, nos tiraban el pelo, no nos trataban bien. Desde que se organizaron las chicas de AMMAR, cambió totalmente, muchísimo (...) Siento que han cambiado tanto porque saben que pertenecemos a una organización [se refiere a que está afiliada], no estamos más solas, conocemos nuestro derecho, antes venían, te trataban mal, te llevaban presa. Desde que existe AMMAR, ya no molestan tanto, pasan y te dicen: ‘Mirá, andate porque va a pasar el jefe’, te avisan.”

“Yo noté cambios... que la mujer está más capacitada, que por ahí pasan las chicas de AMMAR y nos cuentan, nos hacen talleres, nos reparten preservativos, ese es un cambio de que uno cuida más su salud y cuida la del cliente. Y que por más que uno no vaya a la organización, sabemos que AMMAR existe, AMMAR está y alguien que nos respalda, que no estamos más solas como las locas de la calle. Yo sé que hay una abogada ahí, me ha dicho Claudia¹³, que cualquier problema puedo ir y me puede solucionar el problema si la policía me quiere llevar presa.”

“Noto modificaciones a partir de lo que le pasó a Sandra,¹⁴ a partir de ahí noté que no nos llevaron más y que sacaron Moralidad Pública.”

¹³ Claudia Lucero, actual secretaria general de AMMAR Rosario.

¹⁴ Se refiere a Sandra Cabrera, secretaria general de AMMAR Rosario, asesinada el 27 de enero de 2004.

“¡Claro! Porque viste que ellas cada tanto te traen un... y yo los leo a todos los folletos que ellas me dan para enterarme de las cosas y todo eso. Ahora es como si está un poquito más controlado, como están dando preservativos y todo eso. Más los folletos influye mucho, me entendés... para mi persona.”

13. Conclusiones

En virtud de lo relevado, se observan algunas tendencias en términos de conocimientos que dan cuenta del impacto positivo del proyecto realizado por AMMAR-CTA en 2006. Podemos mencionar que las trabajadoras sexuales beneficiarias del proyecto tienen información certera sobre VIH/sida, tanto en lo que refiere a las creencias e información en general como en lo relativo a las formas de transmisión y prevención. En este último punto, por ejemplo, aparece con frecuencia la necesidad del uso del preservativo y el tipo de lubricante adecuado.

También se aprecia que conocen los lugares donde se realiza el test y sus derechos a la hora de realizarlo (gratuidad, consentimiento y confidencialidad). Asimismo se encontró que la mayor proporción de las entrevistadas se habían realizado el test de VIH, aunque hay que mencionar el carácter compulsivo que el mismo adquiere en la provincia de Mendoza.

Por otra parte, se observa entre las trabajadoras sexuales vinculadas con el proyecto que tienen conocimiento y capacidad para hacer cumplir sus derechos en general y los relativos al trabajo sexual en particular.

A pesar de cierto avance en términos de los conocimientos adquiridos, también se relevó que las dificultades para llevar a cabo prácticas sexuales seguras siguen presentes entre las trabajadoras sexuales.

A partir del análisis realizado, es que planteamos algunas hipótesis que explican esta dificultad. La primera se refiere a que las posibilidades de llevar a cabo una práctica segura están atravesadas por diversos elementos que desbordan el problema del conocimiento o información con que se cuenta.

Por un lado, se aprecia de qué manera las condiciones materiales de existencia (ser mujeres a cargo de hogar, en condiciones habitacionales precarias y en situación de pobreza) determinan las posibilidades de uso y negociación del preservativo con los clientes, más allá de los conocimientos que se tengan respecto de las formas de transmisión y prevención del VIH/sida y otras ITS.

Por el otro, a partir de la comparación entre lo que sucede en Mendoza y en Paraná, queda claro de qué manera cambian las condiciones de cuidado en general en función de la legislación vigente y de la relación que se establece con el sistema policial, judicial y de salud. En Mendoza, donde el límite entre lo médico, lo policial y jurídico está totalmente desdibujado, la conformidad con las formas de atención de la salud y la posibilidad de llevar a cabo prácticas de cuidado disminuyen. Al mismo tiempo, es una ciudad donde la naturalización de la violencia hacia las trabajadoras sexuales es tan importante que dificulta el trabajo de conocimiento y puesta en práctica de sus derechos.

Este último punto evidencia cuán indispensable es la necesidad de incidir políticamente en los poderes ejecutivo, legislativo y judicial de cada provincia y de cada municipio para que se deroguen todos aquellos artículos de los códigos contravencionales que se utilizan para perseguir a las trabajadoras sexuales. El efecto que las acciones del Estado tienen por su política de maltrato y persecución del trabajo sexual favorece su “clandestinización” y, con ello, los procesos de trata, abuso y tráfico de personas con fines sexuales.

Es imperiosa la necesidad de que gobiernos y organismos dedicados a la problemática del VIH/sida y otras ITS den un tratamiento multidimensional a la prevención de estas infecciones en trabajadoras sexuales.

Este tratamiento multidimensional requiere, en primer lugar, comprender a las trabajadoras sexuales, antes que nada, como mujeres integrantes de la clase que vive del trabajo.

A la necesidad de tener en cuenta las condiciones materiales de existencia ya mencionadas, se suma la de recuperar su condición de género femenino. Esto significa incorporar como problema la opresión de género existente en esta sociedad, que pone a las mujeres en situación de subalternidad respecto de los varones, e incorporar en la prevención del VIH/sida y demás ITS en trabajadoras sexuales aquellos aspectos vinculados al

cuidado con la pareja y en encuentros sexuales ocasionales. Este punto ha sido una importante falencia en el abordaje de esta población en general.

En segundo lugar, este enfoque multidimensional requiere además desandar el camino que hicieron las campañas de VIH/sida que construyeron la prevención en torno al miedo y a la idea de “sida igual a muerte”. Por otra parte, también en el terreno de las representaciones, es preciso deconstruir la idea de la realización del test de VIH en trabajadoras sexuales como forma de prevención más que como forma de diagnóstico para el acceso a un tratamiento.

Un enfoque multidimensional requiere, además, articular objetivos y estrategias con diferentes actores más allá de los estrictamente referidos al ámbito de la salud y la educación.

Asimismo, en la intervención concreta de la atención sanitaria, se requiere un profundo trabajo de sensibilización de los equipos de salud para la mejor atención y tratamiento de las trabajadoras sexuales. Podemos observar a partir del análisis precedente de qué manera mejora la atención allí donde una organización (AMMAR-CTA, en este caso) ha realizado trabajo de sensibilización: el logro ha sido mejorar el acceso y atención de las trabajadoras sexuales y, de este modo, constituir en estos lugares auténticos espacios de referencia en salud para esta población.

Allí donde las trabajadoras sexuales pueden hablar con sus médicos/as libremente de su actividad laboral, la atención y, por ende las posibilidades de prevención, mejoran de forma importante. Es necesario, en este sentido, trabajar tanto con el personal médico como con el no médico de los espacios de salud para superar todo *reduccionismo ginecológico* al que muchas veces son sometidas las trabajadoras sexuales y fomentar la creación de consejerías en todos los hospitales públicos del país.

Al mismo tiempo, es necesario superar los acuerdos “de palabra” realizados con algunos profesionales puntuales para llegar a una política pública que establezca convenios interinstitucionales que garanticen la continuidad de la tarea más allá de quién esté desempeñándose en una función particular en un momento determinado.

Un tratamiento multidimensional requiere comprender el cuidado como algo que excede los límites de las relaciones sexuales y del uso del preservativo, así como entenderlo no como un problema individual de responsabilidad personal de cada trabajadora sexual, sino como un pro-

blema colectivo (económico, político, cultural) que incluye organizaciones, gobiernos, instituciones, clientes, lugares de trabajo, etc.

Una condición para el éxito de futuras campañas, proyectos y políticas dirigidas a trabajadoras sexuales es que por detrás de ellos no prime una visión que ligue la realización de prácticas no seguras exclusivamente con la falta de conocimiento, sino que tenga en cuenta las diversas dificultades con que se encuentran estas mujeres para llevar a la práctica los conocimientos y saberes adquiridos (relacionadas como planteamos, entre otras cosas, con su condición de género y de clase).

Bibliografía

- » AA.VV. (2007): *Un movimiento de tacones altos. Reflexiones y actividades para fortalecer nuestras organizaciones*. Buenos Aires, RedTraSex de Latinoamérica y el Caribe. <http://www.redtralsex.org.ar/documentos/tacones_altos/inicio.pdf> [Consulta: 10 de septiembre de 2008].
- » AA.VV. (2007): *10 años de acción. La experiencia de organización de la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe*. Buenos Aires, RedTraSex de Latinoamérica y el Caribe.
- » AMMAR: www.ammар.org.ar [en línea] [Consulta: 16 de septiembre de 2008].
- » BIANCO, M. (2007): “El VIH/sida tiene cara de mujer, joven y pobre”. En revista *Desidamos*, Año XV, abril 2007, Argentina. Buenos Aires, FEIM.
- » BURIN, M. y MELER, I. (1998): *Género y Familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires, Paidós.
- » EMIGT (2007): “Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/sida y otras ITS. Informe final”, en <http://www.ubatec.uba.ar/fondomundial/downloads/infovih/Estudio_Social_Trabajadoras_sexuales.pdf> [Consulta: 16 de septiembre de 2008].
- » FERNÁNDEZ, A. M. (1993): *La mujer de la ilusión, Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires, Paidós.
- » GRIMBERG, M. (2003): “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/sida. Proyecto de investigación de UNESCO/ONUSIDA”, en *Estigma y discriminación por el VIH/sida: un enfoque antropológico*, Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París. Estudios e Informes, Serie Especial, Número 20, División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO,

- en <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001307/130756s.pdf>> [Consulta: 10 de septiembre de 2008].
- » GUBER, R. (1991): *El salvaje metropolitano. A la vuelta de la antropología posmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires, Legasa.
 - » INDEC: www.indec.gov.ar [en línea] [Consulta: 10 de septiembre de 2008].
 - » MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN: www.msal.gov.ar [en línea] [Consulta: 16 de septiembre de 2008].
 - » NASH, M. (2005): “Representaciones culturales y discurso de género, raza y clase en la construcción de la sociedad europea contemporánea”, en <<http://www.lpp-uerj.net/olped/documentos/ppcor/0256.pdf>> [Consulta: 10 de septiembre de 2008].
 - » ONUSIDA: www.unaids.org [en línea] [Consulta: 16 de septiembre de 2008].
 - » PÉREZ, M. E. (2005): “Cuadernillo de capacitación. Proyecto de investigación ‘Reconstrucción de la identidad de los desaparecidos’”, Archivo Biográfico Familiar de Abuelas de Plaza de Mayo.
 - » REYNAGA, E.; AMMAR NACIONAL. “La lucha contra la persecución del trabajo sexual como forma de lucha contra la trata y el tráfico de personas”. Ponencia presentada en el I Congreso Latinoamericano sobre trata y tráfico de personas. Buenos Aires, 4 al 6 de Junio de 2008, en <<http://www.ammar.org.ar/docs/portada/Ponencia-Completa.pdf>> [Consulta: 10 de septiembre de 2008].
 - » TAYLOR, S. y BODGAN, R. (1992): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires, Paidós.
 - » VOLNOVICH, J. C. (2006): *Ir de putas. Reflexiones acerca de los clientes de la prostitución*. Buenos Aires, Topía.
 - » LEY NACIONAL DE SIDA N° 23.798, en <<http://www.msal.gov.ar/html/site/lusida/Legales/23798.htm>>, en <<http://www.huesped.org.ar/huespedweb/sida/leysida.html>> o en <<http://www.unaids.org.es/default.asp>> [Consulta: 16 de septiembre de 2008].