



***PRINCIPALES HALLAZGOS EN LA INVESTIGACIÓN CON POBLACIÓN
DE MUJERES QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL DEL
OBSERVATORIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN VIH Y SIDA Y
DERECHOS HUMANOS.***

“LA VOZ DE LAS TRABAJADORAS SEXUALES”

2018

Contenido

Presentación	4
Introducción.....	6
Presentacion del observatorio.....	6
Reseña de la trayectoria de Fundación Margen.....	7
Perfil de las mujeres trabajadoras sexuales abordadas en las investigaciones.....	8
Contexto General.....	10
Hitos del VIH/SIDA en Chile y contexto actual.....	10
Aspectos Generales y marco legal relacionado con el ejercicio del trabajo sexual en Chile.	15
Capítulo I Manejo preventivo.....	17
Contexto.....	17
Política nacional de prevención del VIH.....	17
Política de atención de salud en Infección de Transmisión Sexual - ITS.....	19
La construcción de un sujeto preventivo.....	20
¿Personas/poblaciones de riesgo o vulnerables?.....	24
Principales hallazgos relacionados al manejo preventivo de las trabajadoras sexuales consultadas.....	26
Reflexiones.....	29
Capitulo II Vinculación con el Control de Salud Sexual.....	33
Contexto.....	33
Política Pública vigente sobre Control de Salud Sexual.....	33
La vinculación de las trabajadoras sexuales al Control de Salud Sexual desde la experiencia de Fundación Margen. Relato de Nancy Gutiérrez, Directora y Monitora de Salud.....	37
El acceso a la salud en Chile de las personas migrantes.....	42
Principales hallazgos relacionados a la vinculación a las UNACESS y al Control de Salud Sexual.....	44
Reflexiones.....	46
Capitulo III Acción de las policías hacia las Trabajadoras Sexuales.....	50
Contexto.....	50
- Normas vigentes sobre el actuar de la policía.....	50
Principales hallazgos relacionados a las acciones de las policías sobre las trabajadoras sexuales.....	53
Reflexiones.....	55
Capitulo IV: Acciones para la incidencia.....	57
Recomendaciones.....	57

Edición:

Fundación Savia

Directora Ejecutiva:

Luz María Yaconi

Asesores del Observatorio:

Valeria Stuardo – Metodología de la investigación

José Miguel Labrín – Comunicaciones

José Araya – Derechos humanos

Asesoría Temática:

Fundación Margen de Apoyo a la Mujer.

Equipo observatorio:

Herminda González

Nancy Gutiérrez

María José Clunes S.

Nasaria Navarro

María Elena Ahumada

Agustina Morales

Víctor Parra

Marco Ruiz

Presentación

Fundación Margen y Fundación Savia, han trabajado conjuntamente en los últimos 4 años en el Observatorio de políticas públicas y DD HH. El trabajo y voz de las trabajadoras sexuales han sido el impulso de Fundación Margen para realizar esta acción conjunta, incorporándose como participantes activas en todo el proceso y consolidando el paso de ser objeto de investigación a ser sujetas empoderadas que investigan con el propósito de incidir políticamente. Más allá de los objetivos planteados inicialmente, surgieron una serie de temas relevantes y emergentes que no necesariamente fueron considerados en su comienzo, los cuales, desde las propias trabajadoras sexuales, aparecen como altamente significativos de visibilizar.

El interés de ambas organizaciones para embarcarse en este desafío se basa en la existencia y mantención de dos supuestos erróneos. El primero de ellos responde a que las trabajadoras sexuales siguen siendo oficialmente consideradas como una de las poblaciones más vulnerable al VIH e ITS; mientras que el segundo, responde a la instalación dentro del imaginario colectivo, que ellas son una de las principales responsables de la diseminación de estas situaciones de salud. Este trabajo investigativo en terreno contribuye a despejar estos prejuicios, permitiendo observar la realidad de las trabajadoras sexuales de tal modo, que se pueden descubrir aspectos muy interesantes respecto de su rol en la temática general de VIH y SIDA.

Por otra parte es fundamental dar cuenta que las trabajadoras sexuales son primeramente mujeres, que enfrentan las mismas desigualdades e inequidades que otras mujeres. No obstante, por la actividad que realizan, deben enfrentar situaciones de discriminación y estigmatización social, tal como lo es el no reconocimiento legal de su quehacer como una actividad laboral formal. Estas situaciones generan que las trabajadoras sexuales tengan dificultades para ejercer sus derechos fundamentales.

Este esfuerzo conjunto pretende recoger y dar a conocer el sentir y las valoraciones de las trabajadoras sexuales respecto al tema de la prevención y el cuidado de la salud sexual en tanto lo que propone la política pública. De la misma manera recoge sus experiencias respecto de las condiciones en que se ejerce el trabajo sexual en Santiago y la manera en que la normativa vigente es utilizada por los funcionarios públicos policiales para amedrentar y maltratar a las personas que ejercen el trabajo sexual.

Para Fundación Margen, esta publicación representa una herramienta para instalar las demandas de las trabajadoras sexuales dentro de la lucha política feminista desde la perspectiva de los DDHH. Permite también, facilitar la viculación con las autoridades pertinentes, con el fin de incidir en el mejoramiento del acceso y la calidad de la atención en salud de sus compañeras; y con otras organizaciones de la sociedad civil, compartir un modelo de intervención estratégico que ha logrado instalar la prevención en una población objetivo de manera efectiva.

Para el Observatorio de Fundación Savia, permite enriquecer el monitoreo de la política pública, complementando esta información con la de otras poblaciones observadas en el mismo período, comparando las distintas variables que se presentan respecto de la implementación de las políticas públicas preventivas. Permite tener una mirada más global de la realidad y contar la información necesaria y pertinente para proponer a las autoridades el mejoramiento de la política.

Para ambas organizaciones, esta publicación da cuenta de que es posible desarrollar un trabajo articulado sin la necesidad de un alto presupuesto. Un acción que genera un conocimiento comunitario que aporta y potencia el trabajo conjunto de la sociedad civil dirigido a reconocer y ejercer los derechos de su población objetivo.

Introducción.

Presentación del observatorio.

El Observatorio de políticas públicas en VIH, SIDA y Derechos Humanos es una línea de trabajo de Fundación Savia que tiene como objetivo hacer el seguimiento de los compromisos éticos y técnicos de la política de VIH y SIDA. Dicho seguimiento se centra en la prevención y la atención dirigida a personas privadas de libertad; mujeres que viven con VIH; mujeres trabajadoras sexuales; hombres homo/bisexuales, y personas transgeneras/transexuales.

El Observatorio reafirma la importancia estratégica de profundizar las valoraciones que hacen estas personas respecto de la política pública, comparando las variaciones, adelantos y retrocesos en el cumplimiento de los compromisos establecidos en ella.

La presente publicación da cuenta de las investigaciones realizadas con la población de mujeres que ejercen el trabajo sexual durante los años 2013, 2015 y 2016, pretendiendo ser una herramienta de incidencia para el mejoramiento de las políticas públicas de salud y de derechos humanos.

Dicho proceso se realizó conjuntamente entre los equipos técnicos de Fundación Savia y las trabajadoras sexuales líderes de Fundación Margen, único referente organizacional en este ámbito, con el fin de diseñar las estrategias más adecuada para abordar a esta población.

El objetivo general de las investigaciones fue observar y dar cuenta del nivel de información sobre VIH, SIDA e ITS que maneja las trabajadoras sexuales, así como su vinculación a los Centros de Salud que ofrecen el Control de Salud Sexual; todo ello a la luz de las Políticas y Programas propuesto por el Ministerio de Salud. En segundo término se propuso la observación de las condiciones en que se ejerce el trabajo sexual en Chile, particularmente en diversos sectores de Santiago, en relación con las normativas legales vigentes y el actuar de las policías encargadas de resguardar el orden público (Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones).

En cada periodo de investigación, se realizaron reuniones técnicas de equipo para planificar las diversas etapas del proceso. Dichas etapas incluyeron el diseño de la investigación, la revisión y

validación de los instrumentos de levantamiento de información, la aplicación en terreno de los instrumentos, ordenamiento y análisis de datos recogidos, elaboración de conclusiones, desafíos y recomendaciones pertinentes para fortalecer las acciones y las políticas en esta materia y la redacción de informes para cada periodo.

Reseña de la trayectoria de Fundación Margen.

La “Fundación Margen, de Apoyo y Promoción de la Mujer” nace formalmente en 1998, como una organización de base conformada por trabajadoras sexuales, cuya experiencia previa en el trabajo comunitario proviene de su participación en la organización Pro Derechos de la Mujer “Ángela Lina”, fundada en 1993, el cual funcionó como Sindicato de Mujeres Trabajadoras Sexuales.

En estos años de funcionamiento, Fundación Margen ha buscado y promovido la equidad e igualdad de derechos y oportunidades para todas las mujeres, y en particular, para las trabajadoras sexuales, sin segregarlas por su estado de salud, oficio, educación o cualquier otra condición permanente o transitoria. Su objetivo principal es construir organización mediante el apoyo entre pares, para mejorar la calidad de vida de las mujeres, abriendo acceso al ejercicio de derechos sociales, tanto de salud, como laborales.

Ha desarrollado diversas actividades de visibilización y sensibilización, en asociación y colaboración con distintas entidades públicas y comunitarias, desde donde ha generado acciones que le permitan cumplir con sus objetivos. Entre ellas se destaca el trabajo permanente con el programa Nacional de Prevención de VIH, SIDA e ITS del MINSAL, su participación en la mesa de Respuesta Regional Integrada de Prevención (RRIP) a cargo de la SEREMI de Salud de la RM, participación de la Red ASOSIDA en conjunto con diversas organizaciones de la sociedad civil, y en la actualidad forma parte de la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe.

Dentro de este marco de acciones, Fundación Margen ha desarrollado una política comunitaria, centrándose específicamente en la comuna de Santiago, que comprende la ejecución de talleres con mujeres que ejercen el trabajo sexual, aportando a la formación para fomentar el ejercicio de sus derechos, apoyar y promover el cuidado en la salud sexual, proporcionando la entrega permanente de educación y prevención. A través del tiempo estas acciones se han ido

expandingo a otras comunas tales como, Estación Central, Providencia y Melipilla, así como a las regiones de Antofagasta y Coquimbo. Desde al año 2012, Fundación Margen ha aceptado el desafío de formar parte del Observatorio de Políticas Públicas en VIH, SIDA convocado por Fundación Savia.

Perfil de las mujeres trabajadoras sexuales abordadas en las investigaciones.

Durante los años 2013, 2015 y 2016, las investigaciones realizadas por el Observatorio abordaron un total de 282 mujeres trabajadoras sexuales de la Región Metropolitana. De ellas, 136 son chilenas y 146 extranjeras.

La muestra correspondió mayoritariamente a mujeres pertenecientes al rango etario de entre 20 a 30 años, presentándose en el último periodo, un aumento en el rango de entre 31 y 40 años. Un alto porcentaje de las trabajadoras sexuales consultadas son madres y generalmente cumplen el rol de jefas de hogar proveedoras de su núcleo familiar. Más del 50% de ellas, declararon ejercer el trabajo sexual entre 1 y 5 años.

En general, se observó la mantención de un buen nivel de conocimiento y manejo de los temas preventivos por parte de las trabajadoras consultadas, así como una consistencia en el uso de preservativos con clientes por sobre un 95%. La mayor dificultad que enfrentan es el rechazo de los clientes a utilizarlo. En el contexto de la vida privada, solo un 34% de las trabajadoras sexuales consultadas, declararon el uso de preservativos con parejas no clientes y la principal razón mencionada es mantener una relación de “pareja estable”.

En los dos últimos períodos de investigación se indagó el nivel de educación alcanzado por 195 trabajadoras sexuales, en donde 103 personas (53%) señalaron haber completado entre la Enseñanza Media y Superior.

Este dato, se contrapone con el ideario social imperante, desde donde el trabajo sexual es considerado como una alternativa para personas de baja escolaridad y con pocas oportunidades, fenómeno social que tiende a no reconocer esta actividad como una alternativa laboral viable para cualquier persona en busca de mejorar sus ingresos.

“...Somos mujeres adultas, que decidimos trabajar para tener una mejor calidad de vida. Muchas de nosotras tuvimos la opción de otras fuentes laborales precarias y tomamos la decisión por esta alternativa basándonos en el tiempo que se le dedica y los ingresos diarios que genera...

Este es un espacio que nos sitúa en mejores condiciones (pudiendo pagar salud privada, vivienda, etc.) que de otro modo no se podría. Además, el espacio del trabajo sexual nos otorga acceso a una red de apoyo entre mujeres que –en general- no se ve en otros oficios...”¹

Desde esta mirada, el trabajo sexual ofrece a las personas la posibilidad de incrementar los ingresos económicos, sobre todo considerando los bajos sueldos que ofrece el mercado laboral en Chile, en donde el 84,5 % de las mujeres que tienen un trabajo remunerado gana menos de \$600.000 líquidos². Esta situación se da mayoritariamente en las trabajadoras que son jefas de hogar proveedoras de su núcleo familiar, quienes tienen que enfrentar las exigencias de mercado que eso conlleva.

¹ Reflexiones de Trabajadoras Sexuales Dirigentes y Monitoras de Fundación Margen.

² Documento de trabajo área Salarios y Desigualdad. Panorama Actual del Valor del Trabajo usando la Encuesta NESI 2014. Fundación Sol.

Contexto General.

Hitos del VIH/SIDA en Chile y contexto actual.

En la década de los 80's, Chile enfrenta la notificación del primer caso de VIH, dentro de un contexto político y social complejo. En el año 1984, se promulga el Decreto N.º 294, que aprueba el nuevo Reglamento sobre Enfermedades de Transmisión Sexual, el cual es su Art. N.º 2, incorpora al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como una ITS. Desde ese minuto, el VIH/SIDA pasa a formar parte de la política pública del Ministerio de Salud. Este hecho, coincide con el fallecimiento del primer caso conocido públicamente en Chile. Seguidamente, en el año 1985, se aprueba el Decreto Supremo N° 11, el cual incluye al SIDA entre las enfermedades de notificaciones obligatorias.

A partir del año 1990, el Estado chileno le da una estructura a la forma de enfrentar políticamente la epidemia, a través de la creación de la Comisión Nacional del SIDA - CONASIDA, del Ministerio de Salud. Un organismo técnico-político, responsable de la elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global del Programa de Prevención y Control del SIDA en Chile.

Independientemente de su carácter bio-médico, esta comisión convocó tanto a profesionales de la salud como de las ciencias sociales, favoreciendo la construcción de una mirada psico-social y la propuesta de políticas y estrategias más cercana a la realidad de las personas. De la misma manera, generó la posibilidad de ir incorporando paulatinamente en su accionar a la sociedad civil organizada vinculada con la temática.

Es así como otro actor relevante de la Respuesta Nacional a la epidemia surgida de manera más visible en la década de los 90, fueron las diversas organizaciones con trabajo en prevención del VIH en poblaciones específicas³. Muchas de ellas dieron cuerpo a dos grandes redes con trabajo en la temática: la Asamblea de Organizaciones Sociales y No Gubernamentales con Trabajo en SIDA – ASOSIDA y la Coordinadora Nacional de Agrupaciones de Personas VVIH/SIDA – VIVO POSITIVO, quienes, desde los inicios, desarrollaron un trabajo fundamental en materia de prevención

³ Hombres que tienen sexo con hombres, otras minorías sexuales, trabajadoras sexuales, población Trans y personas viviendo con VIH/SIDA, entre otras,

primaria y secundaria, además de su rol de control ciudadano e incidencia política en los temas emergentes.

Otro hito importante en la respuesta a la epidemia surgida a fines de la década de los 90, fue la instalación de la consejería como parte de la estrategia de prevención a nivel individual. En este sentido se releva el compromiso de la CONASIDA de formar consejeros e instalar programas consejería en todos los servicios de salud del país, así como apoyar los programas ya existentes en muchas de las organizaciones sociales.

Otra acción que da cuenta de lo anterior fue la implementación del FONOSIDA. Un servicio de consejería telefónica sobre VIH/SIDA confidencial, anónima y gratuita, dependiente de la CONASIDA, cuyo equipo de consejeros telefónicos estaba constituido por profesionales de la salud y las ciencias sociales, educadores y agentes comunitarios, todos ellos con una mirada pico-social. Todo este esfuerzo del Programa Nacional, responde a lo determinado por la Resolución Exenta N° 211 de marzo de 1994 que determina la Consejería examen en su modalidad pre y post test.

A partir de la década del 2000 con la aprobación y promulgación de la Ley 19.779 (Ley del Sida), se garantiza el derecho al trabajo a la educación y a la salud, así como la voluntariedad y confidencialidad del examen. Junto a esto, se publica la Resolución Exenta N° 371 del MINSAL, la cual regula procedimiento de examen para la detección del virus de la inmunodeficiencia humana.

Durante el segundo semestre del año 2003 se da inicio al proyecto "Aceleración y Profundización de la respuesta nacional, intersectorial, participativa y descentralizada a la epidemia del VIH SIDA", apoyado por el Fondo Global, contra el VIH-Sida, la Tuberculosis y la Malaria con una duración de cinco años. Dicho proyecto incluyó el aporte de 39 millones de dólares por parte de esta entidad mundial, en convenio con el Comité País integrado por la CONASIDA, las redes VIVOPOSITIVO y ASOSIDA, Grupo Temático de ONUSIDA en Chile, y la Universidad de Chile como única entidad académica de nivel superior. El objetivo del proyecto fue cubrir la brecha que mantenía nuestro país con la respuesta a esta epidemia, alcanzando un 100% de cobertura universal a la triterapia y completando el fortalecimiento de las redes de la sociedad civil al ampliar su participación en políticas preventivas a nivel primario y para reducir la vulnerabilidad y discriminación de quienes viven con el VIH.

Esa partir del esfuerzo conjunto entre el estado y la sociedad organizada y con el apoyo del proyecto del Fondo Global, en el año 2005 se logra la aprobación y promulgación de la Ley Nº 19.966 (Garantías Explícitas en Salud), que incorpora el tratamiento y control del VIH/SIDA con acceso universal. En el mismo año se publica la Resolución Exenta Nº 622 del MINSAL, que aprueba la Norma General Técnica Nº 81 sobre la prevención de la Transmisión Vertical del VIH. Además, ambos logros legales se ajustan a las propuestas de la Reforma de Salud.

Durante el año 2008 Chile enfrenta la primera crisis en el abordaje de la epidemia a través de la denuncia de situaciones de personas que no fueron informadas y notificadas oportunamente como VIH positivo. A partir de esto la CONASIDA inicia un proceso de revisión exhaustivo en todos los centros de salud del país responsables de la toma de exámenes para VIH. Junto con esto, convoca a un comité de expertos conformados mayoritariamente por médicos infectólogos para evaluar y proponer soluciones a esta situación.

Producto de esta crisis, la respuesta del comité de experto indica que hay que aumentar el acceso del examen a las personas, suprimiendo cualquier obstáculo, entre los cuales se menciona la consejería pre-examen. Con esta situación, esta herramienta que permitía acompañar el proceso de construcción de sujeto preventivo en los usuarios, pierde su fuerza y respaldo por parte de la autoridad de salud. Desde este entendido la prevención del VIH-SIDA se enfoca desde una perspectiva más bio-médica.

Con la finalización del proyecto Fondo Global el año 2008, se presenta una segunda crisis. Por una parte, con el término del financiamiento, las organizaciones perdieron su fuerza y protagonismo al punto que muchas de ellas fueron desapareciendo por la incapacidad de auto sustentabilidad. Además, con la institucionalización de las demandas, cambia el foco de las agendas de las organizaciones. En el caso de VIVOPOSITIVO, las agrupaciones hospitalarias que la conformaban van desapareciendo lentamente, mientras que, ASOSIDA se va desarticulando dado que las propias organizaciones van tomando su propio rumbo.

A partir del año 2010, se hace más notorio los cambios de la política pública de VIH. Por una parte, el nuevo ministro de salud de la época, establece el Decreto Exento N° 835 que modifica sin consulta ni previo aviso el Manual de Procedimientos para la Detección y el Diagnóstico de la Infección por VIH. En él se elimina la consejería pre examen, se determina la obligatoriedad del examen a toda mujer embarazada y se recomienda el seguimiento de los contactos sexuales de las personas con resultados positivos.

En el mismo periodo, a través del decreto N°117, el ministerio de salud, elimina la Comisión Nacional del SIDA – CONASIDA, reemplazándola por el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual ITS⁴ dependiente de la División de Prevención y Control de Enfermedades-DIPRECE. Esta modificación estructural le quita su autonomía y protagonismo político la entidad que existía reduciendo su injerencia a un plano meramente técnico.

En la actualidad, las crisis que han enfrentado la política pública de prevención y la respuesta nacional durante los diez últimos años, traen como consecuencia el aumento significativo en el número de nuevos casos de VIH entre 2017 y 2018. Desde la oficialidad, se estima que existen cerca de 65.500 personas con VIH, de las cuales 25 mil de ellas están sin diagnosticar.

La información epidemiológica sigue sosteniendo que Chile tiene un brote epidémico de VIH concentrado en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), según la caracterización de OMS, y que no se ha ampliado a la población general. La prevalencia en HSH en el país alcanza a 20,2%, mientras que solo llega a un 1,1% en mujeres trabajadoras sexuales. La prevalencia estimada en población general es de 0,6%⁵.

Según los últimos datos, la mayor tasa de infección por VIH se concentra en adolescente de entre 15 y 19 años (9,1 por cien mil habitantes) y en adultos mayores de 60 años (3,4 por cien mil habitantes). El 99% de los casos notificados adquirió el VIH a través de relaciones sexuales

⁴ Resolución Exenta N° 913 del 2 de diciembre del 2010. MISAL-CHILE.

⁵<http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/04/16/con-el-tejo-mas-que-pasado-onusida-desmiente-a-ministro-santelices-por-cifras-de-mortalidad-en-chile-a-causa-del-vih/>

desprotegidas, siendo la principal práctica de riesgo declarada la relación sexual de hombres con otros hombres, concentrando el 63% de los casos⁶.

Frente a esta situación, el actual Ministro de Salud, ha dado a conocer los lineamientos del nuevo Plan Nacional del VIH/SIDA, el cual contará con un trabajo intersectorial con otras carteras, como el ministerio de educación, la colaboración de las organizaciones sociales vinculadas al tema y las sociedades científicas⁷.

La primera propuesta es fomentar el autocuidado de la población convocando a la sociedad civil a tener un rol primordial en fortalecer la prevención combinada, reforzando la educación en torno al tema, el uso del condón masculino y femenino, el uso de fármacos en profilaxis, generar un mayor y fácil acceso al testeo rápido operativizando su oferta y disposición en los centros de atención primaria, de los servicios de urgencia, de los servicios hospitalarios y también como iniciativa a nivel comunitario.

Se buscará la mejor manera de acceder a los tratamientos, abordando el tema con un enfoque clínico y psicosocial, una mirada multidimensional del comportamiento y de los problemas que afectan a las personas.

Se propone también la ampliación, de al menos cuatro centros de salud, en regiones que concentra la mayor cantidad de población afectada, donde los especialistas puedan tratarlas y monitorearlas.

Se está trabajando para generar un programa que incluya a otros actores, como el Ministerio de Hacienda, para hacer tangible y valorizar las acciones que incluyan las campañas públicas de prevención.

⁶ <http://www.lacuarta.com/noticia/viven-chile-saber-vih/>

⁷ <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2018/04/16/con-el-tejo-mas-que-pasado-onusida-desmiente-a-ministro-santelices-por-cifras-de-mortalidad-en-chile-a-causa-del-vih/>

Aspectos Generales y marco legal relacionado con el ejercicio del trabajo sexual en Chile.

En términos generales, observamos la coexistencia de distintas conceptualizaciones sobre el comercio sexual las que nos aportaron las bases para comprender su abordaje desde una mirada más compleja.

Desde las definiciones más convencionales se acuña el concepto de **“Prostitución”**, la que es entendida como una actividad que desarrolla una persona que mantiene relaciones sexuales con otras a cambio de dinero, sin mediar ningún tipo de emoción ni relación afectiva. En tanto que quien desarrolla esta actividad – **“prostituta o prostituto”** – se entiende como alguien quien opta por el anonimato sin manifestar su necesidad de reconocimiento público y legal de su labor.

Desde una perspectiva más estratégica y política, surgen otros conceptos como **“Comercio y Trabajo Sexual”**; y son definido por las propias trabajadoras organizadas como “una relación contractual por un tiempo determinado y con una tarifa pre-fijada, entre una/un demandante y una/un oferente de servicios sexuales, cuya mercancía de cambio es el cuerpo, el placer o alguna fantasía”. Entendiendo que dicha actividad es reconocida como un oficio por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), quienes lo ejercen, optan por romper con el estigma social, luchando por el reconocimiento legal de su trabajo, que garantice la protección de sus derechos laborales y seguridad social, así como desvincularlo de la explotación/auto explotación de las personas⁸.

Según marco legal vigente, Chile aplica el modelo legislativo abolicionista de la “prostitución”, también adoptado por países como Suecia, Italia y México, el cual considera a la prostitución como una actividad incompatible con la dignidad de la persona humana y la entiende como un síntoma de inadaptación social. Dentro de este modelo, las personas que la ejercen, son consideradas como víctimas del sistema social y el compromiso del Estado es buscar la reinserción social de los/as trabajadores sexuales, la disuasión de los/las clientes, y la persecución penal a los proxenetas⁹.

⁸ ¿PROSTITUTAS O TRABAJADORAS SEXUALES? Néstor Gutiérrez Miranda, Lima - Perú, 2011.

<http://nestorgutierrezmirandaabogados.blogspot.com/2011/04/prostitutas-o-trabajadoras-sexuales.html>

⁹ Refiere a quien induce a otra persona a ejercer la prostitución beneficiándose de las ganancias económicas obtenidas de dicha actividad. <http://es.thefreedictionary.com/proxenet>

A partir de lo anterior, en el ordenamiento jurídico establecido en Chile, no existe ninguna ley que prohíba o penalice el ejercicio del trabajo sexual en sí. Solo hay referencias de diversas normas y reglamentos que regulan la forma en que se lleva a cabo su ejercicio.

La **Constitución Política de la Republica** garantiza una serie de Derechos que permitirían el ejercicio del “comercio sexual” libre y responsablemente, referidos a la libertad de decidir sobre el propio cuerpo, a la creación de la propia personalidad, del patrimonio, del libre ejercicio de una actividad económica no prohibida y de la forma que se elija para desenvolverse en la sociedad¹⁰.

En el **Código Penal** tampoco se sanciona el ejercicio del comercio sexual, sino que se considera como falta, todo hecho que altere el orden público vinculado a este. Lo que se tipifica y penaliza como delito es la Trata de Personas, cuya figura delictual recae en quien o quienes fuercen a otras personas a ejercer el comercio sexual; y la Violación de Sello de Clausura, cuando su ejercicio se efectuó en inmuebles efectos a clausura legal¹¹.

Dentro del **Código Sanitario** se establece la prohibición de la existencia de prostíbulos y casas de tolerancia. Indica además la obligatoriedad de las autoridades de salud de mantener una estadística sanitaria de quienes ejercen el comercio sexual, crear un Reglamento que establezca condiciones para el diagnóstico y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual – ITS de estas personas, prescindiendo del auxilio de la fuerza pública para obligarlas a asistir a los establecimientos de Salud que presten dicho servicio¹².

¹⁰ Constitución Política de la República de Chile. Artículo 1°, inc.1°; Artículo 19°, Numerales 16 y 21.

¹¹ Código Penal. Artículos N° 270, N° 411 y N° 495.

¹² Código Sanitario, Artículos N° 39 y N° 41.

Capítulo I Manejo preventivo

Contexto.

Política nacional de prevención del VIH.

La elaboración, coordinación ejecutiva y evaluación global de las políticas y estrategias de prevención son responsabilidad del “Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS” que forma parte de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) de la Subsecretaría de Salud Pública.

Todo su accionar se basa en principios básicos como los derechos a la vida, a la decisión en conciencia libre e informada, a la privacidad y confidencialidad y al acceso a técnicas y recursos disponibles. También en el respeto a los valores, creencias y dignidad de las personas. Todos ellos se sustentan en la solidaridad y la no discriminación.

La estrategia y acciones de la política nacional van dirigidas a disminuir la transmisión del VIH e ITS, principalmente en los comportamientos vinculados con la sexualidad de las personas considerando que en nuestro país la principal vía de transmisión el VIH es sexual.

Los ejes centrales de la política nacional están basados en la Gestión de Riesgo individual y el reconocimiento de la vulnerabilidad. Ambos conceptos operan de forma conjunta, pero en niveles diferentes, considerando la existencia de situaciones y contextos en que se generan las conductas de las personas y que pueden favorecer o dificultar que éstas sean o no de riesgo.

La Estrategia Nacional de Prevención baja a la comunidad a través de distintas acciones con objetivos específicos. Dichas acciones se desarrollan en cuatro niveles que se complementan y se potencian entre sí, con el fin de facilitar un proceso progresivo de cambio en los comportamientos, actitudes y conocimientos de las personas, de los grupos y de la sociedad.

- Nivel Individual, cuyo objetivo es el apoyo personalizado a la gestión del riesgo individual y la entrega de información y orientación personalizada, a través de la consejería en cualquiera de sus modalidades¹³.
- Nivel Grupal Comunitario, cuyos objetivos son socializar aprendizajes de prevención entre pares, y promover ambientes sociales que valoren y favorezcan la prevención a través de proyectos comunitarios a población general y acciones focalizadas en poblaciones más vulnerables específicas¹⁴, en conjunto con organizaciones e instituciones vinculadas a la temática.
- Nivel masivo, cuyo objetivo central es mantener la alerta social y la percepción de riesgo de la población. En este nivel se encuentran las campañas de comunicación social, eventos o actividades dirigidas a un público masivo y heterogéneo.
- Nivel Intersectorial e Institucional, cuyo objetivo es sensibilizar y articular áreas de colaboración entre distintos organismos de gobierno. Dentro de este nivel se constituye la Respuesta Regional Integrada- RRI, como estrategia fundada en la necesidad de consolidar procesos descentralizados, intersectoriales y participativos que permitan integrar y articular acciones preventivas a nivel local.

¹³ La modalidad de implementación de la consejería puede ser cara a cara, desarrollada en los Servicios de Salud y Organizaciones Sociales, la cual puede estar vinculada a la prevención o asociada a la toma del examen; en tanto que la consejería telefónica realiza entrega de información y derivación, a través de FONOSIDA.

¹⁴ Hombres homo-bisexuales; Hombres que tienen sexo con otros hombres; Mujeres que no pueden asegurar pareja exclusiva; Personas que ejercen el comercio sexual (hombres, mujeres, transgéneras); Población transgénera; Personas privadas de libertad; Jóvenes que inician su vida sexual y no han recibido orientación en sexualidad ni información preventiva; Personas que viven en sectores rurales; Pueblos Originarios y Trabajadores/as.

Política de atención de salud en Infección de Transmisión Sexual - ITS.

En Chile, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) se encuentran reguladas por el Código Sanitario, el Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual y por las Normas de Manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, del año 2008. Dichos documentos establecen las condiciones necesarias para realizar las acciones destinadas a evitar la transmisión de estas infecciones y establece las responsabilidades de las distintas instituciones.

El Reglamento anteriormente mencionado establece la exigencia para que cada red asistencial determine el lugar donde se brindarán esta atención especializada, la cual cuenta con gratuidad, y debe ser manejada resguardando la confidencialidad. Por su parte la norma de manejo establece que la atención especializada para las ITS se debe desarrollar en las Unidades de Atención y Control en Salud Sexual (UNACESS). Dentro de las actividades propias de dichas Unidades se encuentran la consulta y control especializado de morbilidad en ITS; consulta y control de Salud Sexual; atención a víctimas de violencia sexual. Además, considera la educación personalizada; consejería para la gestión de riesgo de ITS y consejería pre y post test para VIH; manejo de la(s) pareja(s) / contacto(s) sexual(es); y capacitación.

El control de salud sexual es la atención preventiva dirigida específicamente a las personas que ejercen el comercio sexual. Representan un conjunto de acciones que incluyen el control de salud periódico con un abordaje biopsicosocial, brindando una atención diferenciada por sexo y con enfoque de género. Incluye la oferta de exámenes, consejería en gestión de riesgo, examen clínico general y segmentario y derivación oportuna según corresponda. Finalmente, la normativa vigente establece que el acceso a las UNACESS puede ser por derivación clínica o demanda espontánea¹⁵.

¹⁵ Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA y las ITS. Ministerio de salud, 2011

La construcción de un sujeto preventivo.

Para una mejor comprensión de una construcción como “sujeto preventivo”, es importante partir por algunas definiciones básicas. Es así como en el terreno de la filosofía, el concepto de sujeto se utiliza para referirse a un ser dotado de consciencia e inteligencia, cuya capacidad de pensamiento le permite construir un conocimiento sobre su “realidad”. Para comprender la noción filosófica del término, el elemento fundamental es la voluntad y capacidad de decisión que posee el sujeto, como una cualidad que determina sus acciones y conductas.

A esta definición y características que la filosofía le otorga al sujeto, resulta interesante sumarle los planteamientos relacionados con el “empoderamiento”, el cual tiene su origen en el enfoque de la educación popular desarrollada por Paulo Freire en la década del 60.

En la literatura relacionada con este tema el “empoderamiento” es entendido como un proceso a través del cual la o las personas logran fortalecer sus capacidades, confianza, visión y protagonismo para generar cambios significativos respecto de las situaciones que viven. Para ampliar su comprensión, es posible reconocer a una serie de enfoques para su aplicación.

Desde el enfoque de la superación de la pobreza, el empoderamiento se entiende como la expansión de los recursos y capacidades de los pobres para participar, negociar, influir, controlar y exigir que las instituciones que afectan a sus vidas les rindan cuentas, basados en su libertad de elección y acción.

Desde el enfoque del desarrollo económico y social, el empoderamiento se relaciona con la forma en que se establecen las relaciones de poder. Se basa en el acceso y control que las personas pueden ejercer sobre tres niveles de poder: social, político y psicológico, entendiendo este último, como el desarrollo del sentido de potencialidad y capacidad individual. Desde este entendido, el proceso de empoderamiento puede sostenerse en el tiempo en la medida que un individuo logra mejorar la percepción de sí mismo y tomar control sobre su vida, utilizando todos los recursos sociales y políticos disponibles como catalizadores.

Desde el enfoque de la participación ciudadana y la reivindicación de derechos, el empoderamiento es la habilidad de las personas para tomar decisiones, principalmente en las cuestiones que afectan a su vida. Se describen tres dimensiones desde donde se puede generar el empoderamiento: la colectiva (participación social e incidencia política), la relacional (capacidad de negociar e influir en las relaciones y decisiones) y la personal, desde donde se desarrolla en sentido del “yo”, la confianza y las capacidades individuales para tomar decisiones estratégicas en contextos donde previamente no era posible¹⁶.

A través del empoderamiento, es posible visualizar un proceso de construcción de un sujeto capaz de decidir en conciencia y libertad, permitiéndole retomar el control de su vida y generar cambios significativos en los puntos clave de su desarrollo; tanto a nivel individual – pudiendo acrecentar su confianza, autoestima y capacidad para responder a sus propias necesidades - como a nivel colectivo – pudiendo aumentar las posibilidades de participación y defensa de sus derechos unificando fuerzas con otros -.

Este proceso que implica la toma conciencia de los propios derechos, necesidades e intereses, requiere ir acompañado del desarrollo de un gran sentido de responsabilidad, reconociendo cómo éstos se relacionan e interactúan con los de las otras personas. Quienes alcanzan el empoderamiento logran ejercer el poder no como un acto de dominación sobre otros, sino como una herramienta para incrementar su control sobre diversos recursos fundamentales para generar cambios.

Desde este entendido, un sujeto empoderado es aquel que reconoce que tiene el poder de cambiar su mundo, ponerlo en acción y decidir sobre la propia vida con un nivel de conciencia, respeto y valoración de los otros, quienes también están llamados a ser sujetos empoderados.

Llevado al plano de la prevención del autocuidado de la salud sexual y en particular del VIH, Sida e ITS, el proceso de empoderamiento alcanza ribetes significativos en la medida que se entienda como el primer paso en la construcción de un sujeto preventivo.

¹⁶ http://fride.org/uploads/Empowerment_Documento.base_ES.pdf

En este sentido, no está de más recordar que el riesgo es un fenómeno que se presenta entremezclando las conductas de las personas con las situaciones o contextos en que estas se generan, abriendo la posibilidad de implementar una práctica preventiva o una práctica de riesgo. Lo anterior dependerá de los recursos preventivos con los que cuente una persona y de sus capacidades para tomar decisiones, articulando sus propias conductas con las situaciones de riesgo y los contextos y condiciones de vulnerabilidad que lo afectan.

Desde esta lógica, un sujeto preventivo es un ser “dotado de las capacidades, recursos y habilidades personales y sociales para enfrentar y superar los contextos y condiciones de vulnerabilidad presentes en su situación que le permitan enfrentar la gestión de su riesgo al VIH de manera adecuada, se le concibe como una cualidad presente en todas las personas con niveles de desarrollo diferente y más o menos potenciado”¹⁷.

Construirse como un sujeto preventivo implica una serie de desafíos que parten desde un adecuado manejo de conocimientos e información sobre los riesgos de adquirir el VIH y el desarrollo de habilidades para incorporar esa información a su vida sexual, de manera de reconocer con certeza cuando y como se abre la posibilidad real de exponerse al riesgo de adquirir el virus. También se requiere el desarrollo de habilidades para construir una estrategia de prevención individual y propia, la cual responda y se ajuste a los estilos de vida de cada persona. Esto va más allá de optar por una medida de prevención en particular.

Un sujeto preventivo puede desarrollar capacidades para ampliar su repertorio sexual, incorporando prácticas de sexo más seguro y que reduzcan el riesgo; puede utilizar todas las medidas de prevención propuestas (abstinencia, uso de condón y la pareja púnica) de manera alternada ajustándolas a las situaciones y los contextos en que se desenvuelve su vida sexual. En su calidad de sujeto responsable, deja de ser un objeto de riesgo, puede contar con la capacidad para reconocer el nivel de riesgo de todas sus prácticas sexuales, determinar de manera libre e informada sus decisiones para el autocuidado y ser protagonista y constructor de su propia historia.

¹⁷ Actualizaciones técnico metodológicas para el Enfrentamiento de la Vulnerabilidad frente al VIH y las ETS. Equipo de Prevención, Comisión Nacional del SIDA. Noviembre 2006.

¿Personas/poblaciones de riesgo o vulnerables?

Para aclarar esta pregunta es importante profundizar en el enfoque de la vulnerabilidad, uno de los ejes centrales de la Estrategia Nacional de Prevención del Ministerio de Salud, actualmente vigente. Dicho enfoque, que incluye una serie de conceptos y definiciones, permite reconocer como las conductas y prácticas de las personas se implementan y desenvuelven dentro de contextos socioculturales amplios, enfrentando diversos factores que pueden facilitar o dificultar el manejo del riesgo.

Desde allí surge la definición “...Ser vulnerable en el contexto del VIH/SIDA y las ETS significa tener poco o ningún control sobre el propio riesgo...”, la cual se encuentra en todos los textos nacionales e internacionales que se refieren al tema.

Ese control sobre el propio riesgo se puede ver afectado por una serie de condicionantes externos, muchas veces generadores de contextos que agudizan las inequidades y desigualdades. Dichos condicionantes, pueden relacionarse con distintas dimensiones – individual, social, económica y política – permitiendo reconocer diversas variables y factores que pueden constituir el nivel de vulnerabilidad frente al VIH y las ETS que puede afectar a las personas y/o a grupos de personas.

Desde este entendido, la vulnerabilidad opera como un fenómeno dinámico, el cual se puede ampliar o disminuir, dependiendo de los cambios estructurales que se presenten en la vida de una persona, así como la modificación de las condiciones de su entorno. La conjugación de todos estos elementos va a influir en las capacidades de decisión de las personas y en la posibilidad para implementar o no los recursos preventivos disponibles. Este fenómeno puede afectar a toda la población y cada individuo puede verse afectado por la vulnerabilidad, es posible reconocer sectores o grupos sociales determinados que concentran una mayor multiplicidad de factores de vulnerabilidad.

Bajo este principio, la política de VIH y SIDA del MINSAL, propone una focalización de la vulnerabilidad, desde donde se categoriza a algunos grupos o sectores de la sociedad como “Poblaciones Vulnerables”. Dentro de esta categorización se encuentran incluidas las trabajadoras sexuales, considerándola entre otras, como una de las poblaciones prioritarias.

Si bien esta focalización facilita el diseño y aplicación de estrategias preventivas que respondan directamente a las particularidades de esas poblaciones, a su vez fomenta la idea de la existencia de “grupos de riesgo”. Este fenómeno instala en el imaginario social la percepción que son solo las personas que pertenecen a dichos grupos o quienes se relacionan con ellas, las que pueden transmitir o adquirir el VIH, independientemente si utilizan o no medidas de prevención.

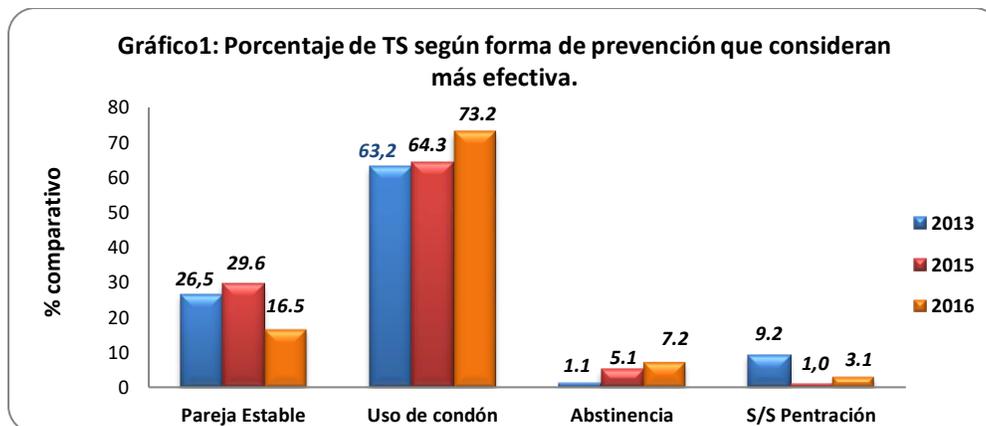
Nuevamente, la bajada de la política pública de prevención, genera un afecto social adverso, en tanto que interfiere con una adecuada percepción de riesgo de los individuos que no forman parte de una población considerada como vulnerable. Lo que el común de las personas no logra comprender en profundidad sobre este tema, es que ser parte de una población prioritaria no significa que ese grupo en particular concentre el riesgo frente al VIH, sino que en ellas se confluyen, concentran y agudizan una serie de inequidades y desigualdades que generan condiciones de vulnerabilidad que, desde sus distintas dimensiones, dificultan la aplicación de los recursos preventivos disponibles.

A partir de lo anterior es posible afirmar la inexistencia de poblaciones o personas de riesgo. De la misma manera, se reconoce que el fenómeno de la vulnerabilidad tiene un alcance mucho más amplio y actúa más allá de una determinada característica o condición personal. Desde este entendido, todas las personas pueden, en determinados momentos de su vida, hacerse más o menos vulnerables.

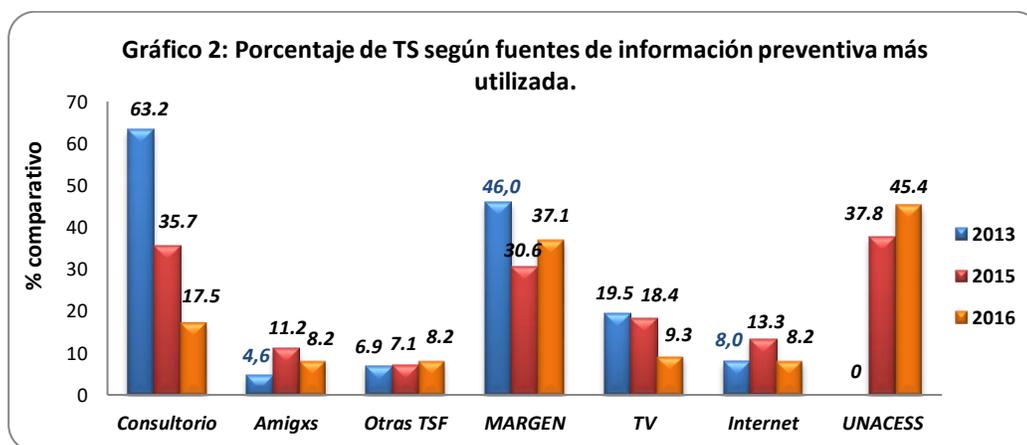
El hacerse vulnerable tampoco puede asociarse directamente con tener mayor riesgo, dado que una persona o una población que se ve afectada por este fenómeno puede llegar a revertirlo, en la medida que cuente con las herramientas adecuadas y el apoyo necesario para enfrentar de mejor manera aquellas situaciones en que sea más difícil mantener el control y tomar decisiones relacionadas con el autocuidado.

Finalmente podemos relevar que la población de trabajadoras sexuales con las cuales se desarrolló este trabajo de observación, alcanzaron este objetivo, y aunque continúan siendo categorizadas como una población vulnerable prioritaria, han logrado implementar la prevención de manera consistente y permanente en el desarrollo de su actividad laboral.

Principales hallazgos relacionados al manejo preventivo de las trabajadoras sexuales consultadas.

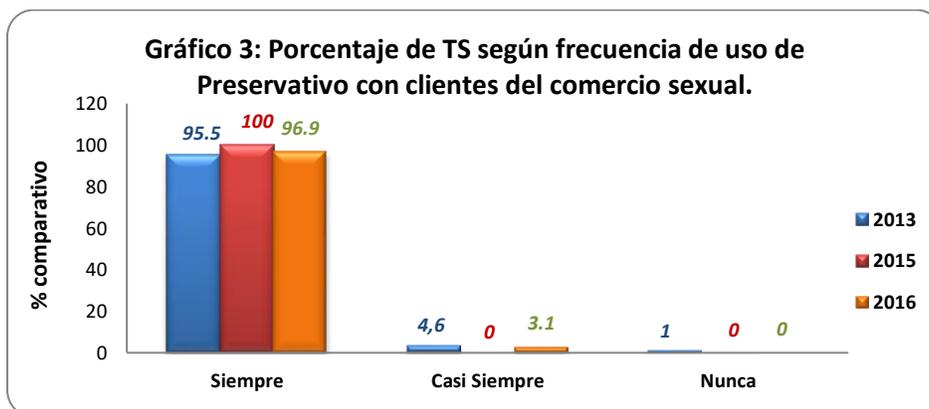


Como es posible observar en el gráfico, la percepción de efectividad del uso del condón ha incrementado progresivamente en los tres períodos de investigación. De la misma manera, llama la atención que en el período 2016, la percepción de la “Pareja Estable” como método efectivo de prevención disminuyó en un 13,1% respecto del año anterior. Llama la atención la baja declaración de efectividad del “sexo sin penetración”, en tanto que, en el discurso de muchas trabajadoras sexuales, las fantasías asociadas al sexo aparecen como un recurso frecuente.

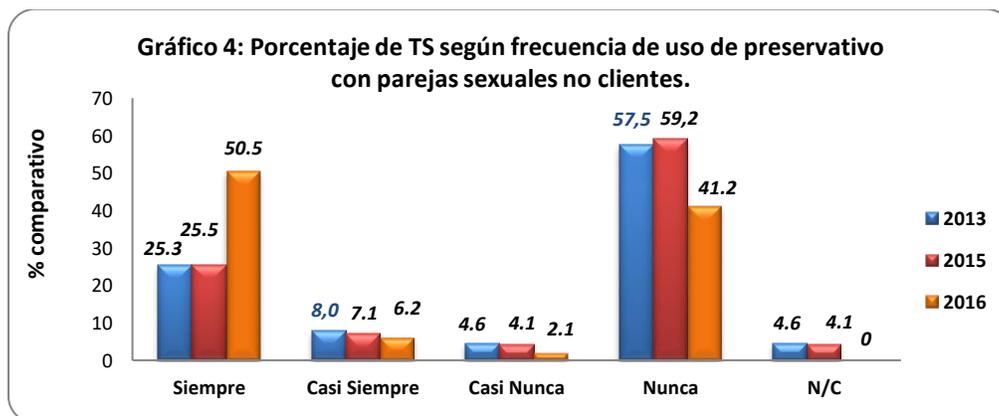


Se observa que la declaración sobre las principales fuentes de información preventiva utilizada sigue concentrada en “Centros de salud” y “Fundación Margen”. Este dato da cuenta del impacto que ha tenido el trabajo de la Fundación, que en forma permanente promueven la prevención y el autocuidado dentro de la población de trabajadoras sexuales, así como su vinculación a los

controles de salud sexual. Llama la atención que en el período 2016, las UNACESS aparezcan mencionadas por casi la mitad de la población consultada, aumentando en un 8% respecto de las opiniones del año anterior, en tanto la valoración del uso de la televisión e internet como fuente informativa, disminuyó considerablemente.



En los tres períodos de investigación se mantiene la tendencia de alta tasa de declaración de uso de preservativo dentro del contexto del trabajo sexual. Este dato da cuenta de la gran capacidad instalada en estas personas para sostener en el tiempo el uso consistente de una herramienta preventiva efectiva. Por otra parte, revela que las mujeres que merecen el trabajo sexual, han desarrollado una adecuada percepción de riesgo de sus prácticas sexuales. No es menor el hecho que dentro del período 2016, el total de trabajadoras sexuales que declaran usar preservativo “*Casi Siempre*”, hacen referencia a que sus clientes lo rechazan.



A pesar de contar con acceso y conocimiento sobre la efectividad del preservativo, se sostiene la tendencia observada en los períodos anteriores donde su uso no está incorporado de forma

constante en la vida privada de las trabajadoras sexuales. Si bien dentro del período 2016 se observó un significativo aumento en la declaración de quienes lo utilizan siempre, la inconsistencia en su aplicación en las prácticas sexuales fuera del trabajo sexual, es declarada por la mitad de las trabajadoras consultadas (49,5%). La mantención de una **“pareja estable”** sigue apareciendo como la principal razón declarada por las trabajadoras para no usar preservativos fuera del contexto del trabajo sexual, evaluando su riesgo en base al tipo de personas con las cuales se relacionan sexualmente y no en la forma en que se mantienen las prácticas sexuales.

Reflexiones

A partir de los hallazgos constatados en los períodos investigados (2013-2018) es posible sostener que las trabajadoras sexuales han alcanzado un adecuado manejo de la información preventiva. Al menos señalan conocer las medidas de prevención propuestas y aplicarlas adecuadamente dentro del contexto del ejercicio de su labor. Para llegar a esto, el pilar fundamental ha sido el trabajo de Fundación Margen, quienes han desarrollado una política comunitaria que incluye la entrega de información necesaria, capacitación y la distribución de preservativos de forma permanente. Estas herramientas han ayudado a que las mujeres que las han recibido, inicien su proceso de construcción como sujetas preventivas, en tanto cuentan con información adecuada para ir incorporándola paulatinamente a su vida sexual. Desde este conocimiento hecho práctica, se abre la posibilidad que cada trabajadora sexual sea capaz de reconocer el riesgo de adquirir el virus en cada una de las prácticas sexuales que realiza con sus clientes.

Por otra parte, el esfuerzo y trabajo colectivo de mujeres que transmiten su “saber hacer el trabajo sexual”, abre la posibilidad de construir y mantener redes de solidaridad que faciliten la resonancia de la información preventiva compartida entre pares. Esto representa una herramienta fundamental para el desarrollo de las habilidades necesarias que permitan diseñar una estrategia preventiva particular y coherente con el estilo de vida propio.

A través del saber colectivo, las trabajadoras sexuales también han logrado ampliar su repertorio sexual, ya que muchas de ellas señalan recurrir a prácticas no penetrativas (fantasías sexuales) para complacer a sus clientes. Esto da cuenta de la capacidad de generar alternativas preventivas en contextos donde a veces el preservativo es rechazado por los clientes. Es posible constatar cómo las trabajadoras han logrado ir ajustando su estrategia preventiva a las distintas situaciones y contextos en que desarrollan su ejercicio. A través de sus discursos es posible constatar el cómo han logrado alcanzar un alto grado de responsabilidad; hacia ellas mismas y hacia sus clientes.

Esto último se refleja en el alto porcentaje de declaración de uso de preservativo con sus clientes, lo que da cuenta del desarrollo de la capacidad para decidir de manera libre e informada respecto del autocuidado de su salud y de ser gestoras de su propia historia y realidad.

La política comunitaria implementada por Fundación Margen da cuenta de una estrategia vinculada al contexto cultural de las trabajadoras sexuales, en tanto es ejecutada desde las propias trabajadoras sexuales para su colectivo. Está diseñada desde su propia experiencia con un lenguaje y códigos propios, que han logrado que la información preventiva sea recibida de manera sentida, cercana, confiable y creíble. Esto ha facilitado un aprendizaje colectivo en donde cada mujer hace parte de sí la información recibida, permitiendo que la prevención deje de ser algo donde otros dicen “que es lo que hay que hacer”, surgiendo como una necesidad propia, como un estilo de vida. Este último elemento refuerza más aún el hecho de que las trabajadoras sexuales que participaron en este proceso han logrado transformarse en sujetas preventivas.

En este proceso de construcción, ha sido relevante el compromiso permanente de Fundación Margen de dotar de los preservativos necesarios a su población objetivo. Es así como en la actualidad, este compromiso se reafirma a través de su lucha constante por lograr la incorporación del condón femenino dentro de la estrategia nacional de prevención y lograr su distribución gratuita, elemento que otorgaría a las trabajadoras sexuales una mayor autonomía en la toma de decisiones e implementación de su autocuidado. En este sentido, cabe destacar que para las trabajadoras sexuales el condón femenino representa una evidente autonomía frente a clientes que se niegan a usar el preservativo masculino. Representa una herramienta que les pertenece y que ellas pueden decidir cuándo colocarlo o sacarlo, y a su vez, han logrado darle la connotación de un juguete o un objeto de placer, cuyos anillos de sujeción, pueden aumentar la excitación por el roce que producen tanto en el glande como en el clítoris.

Otro hallazgo significativo relacionado con el manejo preventivo de esta población, da cuenta de que, a pesar de contar con acceso a los preservativos y manejar el conocimiento sobre su efectividad, se mantiene la tendencia de no utilizarlo de forma constante en la vida privada de las trabajadoras sexuales.

Esto responde a la instalación en el imaginario de esta población, así como el de otras poblaciones investigadas por el Observatorio de Fundación Savia, del mensaje preventivo de mantener una “**pareja estable**”, el cual surge desde el discurso oficial y es traspasado a las personas, a través de las campañas preventivas del MINSAL, por las intervenciones que realizan la mayoría de los profesionales de la salud y el discurso que utilizan todos los medios de comunicación social para

referirse al tema. Este mensaje ha calado profundamente en la sociedad, afectando su percepción de riesgo y fomentando la creencia de no necesitar protegerse en una relación íntima más permanente. Frente a lo anterior, no resulta extraño que, la mantención de una **“pareja estable”** siga apareciendo como la principal razón declarada por las trabajadoras para no usar preservativos fuera del contexto del trabajo sexual.

Es fundamental relevar que el concepto de **“estabilidad”** que incorpora este mensaje preventivo, contiene en sí muchas subjetividades. Por una parte, la definición del concepto responde a la realidad que cada persona construye en base a su historia y experiencias particulares, por tanto, puede alcanzar múltiples significados. Por otra parte, el tiempo de duración o de permanencia en pareja, así como el nivel de compromiso que se establece entre ambas personas, también varían según estas particularidades. Generalmente las personas no consideran un proceso de construcción de pareja en donde es fundamental abordar ciertos temas, establecer ciertos acuerdos - como la exclusividad sexual mutua - que permitan construir y fortalecer la confianza, el respeto el autoconocimiento y el conocimiento del otro.

Otro elemento que se conjuga con este fenómeno, es la idea del **“amor romántico”**, el cual persigue la búsqueda de una persona especial **“la media Naranja”** o **“el príncipe azul”**, un ser ideal que contiene en sí todos los elementos y características para alcanzar la plenitud afectiva de forma segura. Desde esta perspectiva resulta imposible que las personas compartan con su nueva pareja antecedentes de su historia sexual pasada, dificultando el reconocimiento de la posibilidad de haberse expuesto al riesgo en situaciones anteriores.

A pesar de la mantención de este ideal **“romántico”**, el contexto cultural actual ha permitido la aparición de dos fenómenos significativos. Por una parte, la búsqueda de este tipo de pareja se ha extendido más allá de lo culturalmente construido, por tanto, hombres y mujeres tienen la posibilidad de establecer un mayor número de parejas estables en un menor tiempo, y por otra, es posible mantener más de una pareja estable en un mismo periodo. En ambos casos, se ve alterada la percepción de riesgo y no se considera la necesidad de incorporar alguna estrategia de prevención para el autocuidado.

Finalmente, la mayoría de las personas que inician una relación de pareja estable no consideran la posibilidad de tomar el examen para VIH en conjunto, de manera de conocer la situación serológica de ambos antes de iniciar actividad sexual desprotegida, quizás partiendo del supuesto que ambos son VIH negativos.

Todos estos elementos permiten reconocer que mantener una pareja estable no representa en sí una medida efectiva de prevención, dado que una de las personas puede iniciar una nueva relación habiendo adquirido el virus anteriormente, o bien, si no fue posible establece un compromiso de exclusividad sexual al inicio de la relación, podría adquirirlo en el transcurso de esta.

Este análisis nos permite develar una política pública débil que sigue sosteniendo un mensaje preventivo cuya eficacia es altamente cuestionable, dado que afecta la comprensión de la información disponible, la percepción de riesgo y la aplicación del autocuidado frente al VIH de la población en general y en particular de las trabajadoras sexuales.

Capítulo II Vinculación con el Control de Salud Sexual.

Contexto.

Política Pública vigente sobre Control de Salud Sexual.

La Norma General Técnica N° 103 y el Decreto N° 206, del Ministerio de Salud, entregan las directrices para el manejo de las Infecciones de Transmisiones Sexual. Ambos documentos hacen referencia a la forma en que se estructura la atención, la conformación y dotación de los equipos encargados, así como se implementan las acciones de salud en este ámbito.

- De los establecimientos que brindan la atención.

Las Unidad de Atención y Control en Salud Sexual - UNACESS son los referentes técnicos relacionados con el manejo y control de las infecciones de transmisión sexual en los sectores públicos y privado de salud del área geográfica correspondiente¹⁸. Requieren mantener coordinación y contacto permanente con las diferentes instancias de prestación de salud¹⁹, en sus aspectos clínicos, preventivos y psicosociales. Actúan como unidades de consulta espontánea y de referencia en toda la Red Asistencial brindando atención ambulatoria, pudiendo ubicarse en Centros de Atención de Especialidades (CAE), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) o en Centros de Referencia en Salud (CRS).

Con respecto de este mismo tema, el Reglamento N° 206 señala que *“los Servicios de Salud deberán disponer, en los establecimientos necesarios para permitir el fácil acceso a las personas de su área de competencia, de horas para la atención de salud sexual de personas con conductas de riesgo, entre las que se incluyen las que declaran voluntariamente el ejercicio del comercio sexual...”*²⁰.

¹⁸ Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual – ITS. Norma General Técnica N° 103, MINSAL, julio de 2008.

¹⁹ Establecimientos de APS y Hospitalaria; Laboratorios, Bancos de Sangre e ISP; Dirección de Servicios de Salud, SEREMIS de Salud y MINSAL y Extra sistema cuando proceda.

²⁰ Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Decreto N° 206, Art. 9, septiembre de 2005.

A partir del tipo de las acciones que desarrollan, las UNACESS se relacionan con la salud sexual y reproductiva, la cual se definen como: *“la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de una infección ni de un embarazo no deseado, de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos, de tener un embarazo y partos seguros, de tener y criar hijos saludables”*²¹

Por su parte, el Reglamento N° 206 establece la confidencialidad de los datos personales y antecedentes epidemiológicos relacionados con estos, obligando a los funcionarios que manejan esta información a que la resguarden. De la misma manera, se hace referencia a que la atención que brindan las UNACESS, en cuanto al diagnóstico, tratamiento y control, exámenes clínicos y otros necesarios, son totalmente gratuitos²².

En cuanto a la conformación de los equipos de salud que brindan la atención, la Norma recomienda la destinación prioritaria o exclusiva de personal en las siguientes funciones²³:

a.- Encargado de la Unidad, un Médico cirujano con especialidad en salud pública, de preferencia especialista en dermatología y venéreas. Responsable técnico de la programación, coordinación y evaluación de las acciones.

b.- Médico Tratante, especialista en dermatología y Venéreas, o bien, Gineco-Obstetra, Internista Infectólogos o Urólogo capacitado en ITS, con dependencia directa del Encargado de la Unidad. Realiza consulta y control clínico de morbilidad por ITS, consejería y notificación. Además, participa en docencia e investigación en colaboración con su jefatura.

c.- Coordinador, un profesional Matrón(a) o Enfermero(a) Matrón(a) con experiencia en salud pública, con conocimiento en ITS y capacitación en consejería. Tiene a su cargo la programación en coordinación con el encargado y mantener la coordinación general interna y externa de la unidad.

²¹ Marco conceptual definido en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y ratificado en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

²² Reglamento sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Decreto N° 206, Art. 7, septiembre de 2005.

²³ Normas de Manejo y Tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual – ITS. Norma General Técnica N° 103, MINSAL, julio de 2008.

d.- *Profesional tratante (no Médico)*, un matró(a); enfermero(a)-matró(a); o bien enfermero(a) capacitado(a) en ITS y consejería, con dependencia del Coordinador. Realiza atención directa en consulta y control de salud sexual; consejería; manejo de parejas; educación; docencia; labores administrativas y funciones derivadas.

he.- *Técnico Paramédico*, capacitado en ITS con dependencia directa del Coordinador. Brinda apoyo a las actividades asistenciales y administrativas; mantención de los registros clínicos epidemiológicos y de notificación.

f.- *Administrativo*, con conocimiento de computación, capacitado en el manejo de la confidencialidad de datos e información, con dependencia directa del coordinador. Desempeña funciones propias de un secretariado, además de la mantención y organización de registros clínicos, epidemiológicos y de notificaciones.

La dotación del personal de cada Unidad deberá establecerse en cantidad suficiente para lograr la cobertura del 100% de la demanda de las personas que requieran la atención, de manera de alcanzar el rendimiento propuesto de 3 personas por hora.

Por su parte, el Reglamento establece la obligatoriedad de notificación de los casos diagnosticados con alguna ITS, atribuyendo esta responsabilidad al médico tratante, *“Todo médico cirujano está obligado a notificar a la autoridad sanitaria correspondiente, los casos de infecciones de transmisión sexual que, en el ejercicio profesional, diagnostique como tales, en la forma y plazo que se establecen en la reglamentación vigente sobre notificación de enfermedades transmisibles”*²⁴.

El Control de Salud Sexual dirigido a personas que ejercen el comercio sexual es una prestación a cargo de las UNACESS²⁵. Se define como una atención biopsicosocial y periódica, ofrecida a personas que ejercen el comercio sexual. Dicha actividad está dirigida a abordar los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en la detección de las ITS, su tratamiento precoz y prevención.

²⁴ *Ibíd.* 22, Art. N° 5 y 6.

²⁵ *Ibíd.* 22, Art. N° 9 y 8.

La Norma propone que el Control se realice cada dos meses, y si bien no es obligatorio, las personas que ingresan voluntariamente al programa, requieren aceptar las condiciones y características de periodicidad propuestos.

Se establece que, en cada control de salud, las mujeres trabajadoras sexuales deben recibir orientación general respecto del control de salud sexual. Las atenciones ofrecidas en el control incluyen una anamnesis con énfasis en la identificación de factores de riesgo y derivación oportuna según corresponda, el examen clínico general (piel, mucosas), y segmentario (boca y garganta, mamas, palpación en busca de adenopatías inguinales, ano, vulva y vagina), una especuloscopia y tacto vaginal. Además, se establece la oferta de exámenes y consejería con la siguiente frecuencia, y su repetición según evaluación clínica periódica:

EXAMEN	FRECUENCIA
VDRL / RPR (sífilis)	6 meses
Ag. Sup. HB (Hepatitis B)	12 meses
Gram directo (Estudio de flujo vaginal)	4 meses
Cultivo TM (gonorrea)	6 meses
Papanicolaou	12 meses
Test de ELISA para VIH	Según exposición al riesgo

Otras de las acciones descritas dentro de la atención señalan la derivación a consulta y control de morbilidad por ITS dentro de las mimas UNACCESS²⁶, así como a otros establecimientos de la red; consejería en gestión de riesgo de ITS y de salud sexual; orientación y educación personalizada para la vida sexual en pareja (no cliente); prescripción, control y seguimiento de métodos de regulación de la fertilidad si corresponde y la entrega de condones.

²⁶ El acceso de las Trabajadoras Sexuales a la consulta y control de morbilidad por ITS, se garantiza en el caso que se presenten signos y síntomas de alguna ITS, cuya prestación está a cargo de un médico especialista.

La vinculación de las trabajadoras sexuales al Control de Salud Sexual desde la experiencia de Fundación Margen. Relato de Nancy Gutiérrez, Directora y Monitora de Salud.

Desde que llegue a la Fundación me especialice en el tema del VIH/SIDA e ITS. Hace años decidimos hacer el acompañamiento en la salud de las compañeras, ya que la mayoría no asistía por el tema de la discriminación que ellas sentían, y además que tenían muy mala acogida.

Antes existía el control sanitario de las trabajadoras sexuales, el cual era obligatorio. Allí nos entregaban el carnet de sanidad, donde se anotaban los controles a los cuales asistían las trabajadoras y que debía mantearse al día. Los propietarios de locales nos exigían que tuviéramos que tener el carnet de sanidad. Cada vez que íbamos a algún lugar o viajábamos fuera, a regiones, nosotros teníamos que presentarnos en las policías, PDI y Carabineros de la zona, con nuestro carnet al día. Si no estaba actualizado, nos tomaban detenidas y nos llevaban ellos mismos a los lugares donde se hacían las atenciones, sobre todo aquí en Santiago. Esta situación generaba una gran presión sobre las trabajadoras sexuales.

Los espacios donde se ofrecía el control sanitario eran mucho más inhóspitos, y el trato a las compañeras, muy discriminatorio. No podíamos ir con alcohol, que es obvio, no podíamos ir acompañadas de nuestros hijos o parejas, no podíamos ir con pantalones, nos exigían la falda y era una atención así – ya, bájate los calzones y súbete a la camilla – En algunos lugares nos hacían sacarnos los calzones antes de entrar al box de atención. En ese entonces, los lugares que estaban destinados para atender a las trabajadoras sexuales eran muy visible, éramos como el comedillo para el público, en el sentido en que “aquí se atienden las putas...mira las maracas veamos cómo andan vestidas” igual con las compañeras Trans “mira los maricones”, y no eran disimulados, sino que muy notorio. Éramos como una vitrina para el público. Incluso el mismo personal que atendía era así.

Fue luego de formarnos como monitoras que, con las compañeras que se prepararon, empezamos a salir a “terreno”, recorriendo todos los lugares de trabajo que había, las calle, locales, etc. Ahí recogíamos los reclamos de las mismas mujeres que nos decían - si nosotros vamos, pero nos atienden mal, nos dan hora para dos meses más y nosotros necesitamos que nos atiendan rápido-.

A partir de eso, se determinó que nos reuniéramos con los 6 centros de salud para ver la manera de que nosotros pudiéramos llevar a una compañera y que la atendieran en el momento. Se solicitaron citas con los encargados de los centros, donde nos presentamos como Fundación y ver cómo gestionar el tema para que asistieran las compañeras, porque, además había bajado la cantidad de mujeres que asistían al centro de salud.

Si bien al principio hubo una respuesta adecuada de los equipos que atienden, esto ha mejorado pero muy muy poco. Si hablamos del San José y el Amazonas, que son los más amigables, igual no atienden bien a las chicas si van solas, como si fueran un cacho para ellas. Cuando las acompañamos nosotras, ya que se supone que hay un compromiso que hicimos con la jefatura del programa, es más fácil el acceso. Pero el resto de las personas que trabajan allí no respetan eso, y si no está la jefa te ponen trabas.

Por ejemplo, en el Hospital Salvador, que es otro de los seis centros de salud, no hay matrona. Hay una enfermera que está a cargo de ver a las chicas, y ellas piden que una matrona las vea. Al igual que si una compañera ha tenido una situación de riesgo y lo único que quieren es llegar a un centro de salud lo más luego posible, no tiene la posibilidad de atención de urgencia, no tenemos acceso al examen rápido y nada de eso, lo que es complicado para las compañeras.

Una de las mayores dificultades que se mantiene es la asignación de horas, porque ellas tienen que ir a pedir hora para que las atiendan en uno o dos meses más. Entonces las compañeras se molestan porque algunas trabajan toda la noche, otras todo el día, y a veces no logran coordinar sus tiempos. Si fuera posible que ellas al ir las atendieran en el momento, o sea de aprovechar de cautivarla ahí, les tomaran los exámenes y las citaran para darles los resultados.

Otro tema complejo son los horarios para la atención. Han hecho muchos cambios. Primero era a las 2 de la tarde, luego al 1, después a las 11 de la mañana etc., con atención los martes y jueves para las trabajadoras sexuales. Por ejemplo, en Amazonas se atiende los jueves a las 2 de la tarde para el ingreso de las nuevas. En el Salvador es a las 2 de la tarde, pero no hay matrona. En el San Juan de Dios creo que las atienden a las 8 de la mañana, sin considerar que hay mujeres que trabajan de noche y muchas veces consumen alcohol lo que hace más difícil que ellas accedan allí.

Antes en el Hospital San José nos daban de 10 a 15 cupos y las atendían de forma inmediata y teníamos un día asignado para eso. Ahora no, a lo más tenemos 2 cupos y como máximo 4, repartidos entre los días martes y jueves. Y la justificación que dieron fue la falta de espacio. Los boxes que tenían para la atención se los designaron a los especialistas de dermatología. En la mañana atienden los médicos especialistas a mujeres que son derivadas de los diferentes consultorios por problemas con su embarazo. Entonces no hay espacio para las mujeres trabajadoras sexuales.

Los horarios complican también el acceso a los exámenes, ellos tienen hasta cierta hora para tomar las muestras a las compañeras. Si la atención es las 2 de la tarde, la compañera tiene que llegar a más tardar a la 1 para todo el papeleo y la toma de muestra.

En el caso de las compañeras migrantes, las que han aumentado en los últimos años, luchamos por gestionamos que las atendieran igual. Según ellos era porque tenían que justificar quien era la persona atendida, ya que algunas no tenían su pasaporte al día, no tenían su DNI y tampoco tenían sus trámites migratorios. Al final se logró que pudieran acceder.

En general yo encuentro que el tema esta desordenado y que la mayoría de las veces depende las voluntades personales. De la voluntad de todos, de la secretaria para adelante, del técnico que saca la sangre, la matrona. Si están de mala te cambian la hora para otro día.

Bueno, ahora con el cambio de gobierno, una no sabe quién está a cargo de qué. Nuevamente hay que hacer las mismas gestiones que se hicieron cuatro años atrás. Siempre va a ser lo mismo, cada 4 años hacer gestiones para ver la facilidad de acceso. Para cada cambio de gobierno hay que repetir todo. No queda establecido como una norma que se aplique a todos los centros de salud por igual y de manera permanente y sigue quedando al criterio de la dirección de cada servicio. Además, como generalmente van cambiando a las secretarias, ellas no tienen idea de que se trata el tema. Una llega y saluda educadamente y ellas te miran, así como y esta quien es que me saluda. Y una les dice “mire traigo a estas compañeras, somos de Margen” y te dice “Tiene que esperar”; demostrando que tampoco hay voluntad de parte de los encargados de informar al personal nuevo que esto es parte de un acuerdo establecido.

El tema de la discriminación igual se mantiene hasta ahora, y se expresa a través de los gestos y la actitud de las personas que atienden. No hay una forma amigable que haga que una se sienta acogida en el espacio. Por último, si una tiene que esperar tres horas, por lo menos que se sientan que hay una voluntad. Esa es una actitud generalizada. Hay algunas excepciones con las mujeres más antiguas, pero el trato y la información que les entregan a las compañeras nuevas y sobre todo a las migrantes que a veces no entienden, no es adecuado. Cuando ellas preguntan no les dan una respuesta aceptable, les dicen así “no sé, pregúntele a la matrona” no hay una disposición para atender bien. Son situaciones que yo visto y he vivido, así como muchas compañeras que hemos llevado han vivido y reclamado lo mismo.

Nosotras, a través del trabajo con la Red²⁷, se hicieron talleres de sensibilización a los centros de salud sexual, fuimos a todos ellos a ver como se podían implementar los cambios en la atención. Se hizo una publicación a nivel de los 14 países que están en la Red, los que generalmente enfrentan los mismos problemas con el tema de las atenciones de salud de las trabajadoras sexuales. La falta de acceso y la mala atención es una situación que se repite en todos los países que están en la Red. Y nos dimos cuenta que las personas vinculadas a los servicios, que han estudiado, sabían menos que nosotros. Equipos mal preparados que no saben usar un condón, no conocen en realidad el trabajo que nosotras ejercemos.

Esa publicación fue para reiterar que, ante todo, nosotras somos personas, tenemos familia, somos mamás, abuelas y no somos tan diferente a otras. Que el servicio que prestamos es un trabajo y que no estamos todo el día dele que dele. Una tiene hogar y tiene familia.

No saben que a veces no es necesario tener una relación con penetración con un cliente, hay otras cosas que el cliente busca. Muchos de ellos se sorprendieron, que también nosotras nos enfermamos y que no solo necesitamos que nos vean la parte vaginal, sino que ojalá fuera algo generalizado, una salud integral para todas, lo que acá en Chile tampoco existe. Que yo sepa, allí nunca ha funcionado una red de derivación. Lo único que nos hacen ahí es sacarnos sangre para los distintos exámenes para el VIH y otras ITS, la vagina, que nos hacen el PAP cada dos años y nada más.

²⁷ Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y El Caribe – RedTraSex.

Lo que más hace falta en este tema es la sensibilización de los profesionales, que se regularicen de mejor manera las atenciones a las mujeres, que no les ponga trabas en el camino. Ya las chicas están acostumbradas, que todo el mundo nos mira porque somos trabajadoras sexuales, y para la sociedad somos putas, pero resulta que somos quien más nos cuidamos. Necesitamos que la atención sea más amigable y más integral, que nos derivaran a los distintos centros de salud. Sabemos que no somos especiales y que hay de todo en este gremio, pero necesitamos seguir haciendo más acompañamientos. Necesitamos que se respete el derecho a la salud con un servicio digno. Yo creo que, con eso, las mujeres no se cambiarían de los lugares de atención, porque generalmente, las compañeras que viven para el lado norte se van a atender para el lado sur, por el tema de que la puede ver un vecino y los comentarios que siempre aparecen. Que fuera algo normal, así como voy al dentista pueda ir al control de salud sexual, así como cualquier mujer por igual, imagínate si es una dueña de casa que tiene una ITS, no se puede discriminar y atenderla asumiendo que es puta. Y nosotras vamos a seguir luchando para que el trabajo sexual sea legalizado como corresponde y para que las atenciones sean mejores, porque los que trabajan y tienen sus contratos, tienen previsión de salud y nosotras deberíamos tener lo mismo.

El acceso a la salud en Chile de las personas migrantes.

A partir del año 2013 el estado chileno contempla el establecimiento de un Consejo de Políticas Migratorias, encargado de formular y actualizar periódica y sistemáticamente una política clara y transparente para nuestro país. En razón del proceso dinámico que representa la migración, se contempla la creación de un Servicio Nacional de Migraciones, encargado de poner en práctica dichas normativas. Por otra parte, se crea un Registro Nacional que contendrá la identificación de los extranjeros y toda información relevante que permita contar con datos pertinente que mejoren el abordaje de esta materia.

El proyecto de ley propone diversas categorías migratorias en las que se incluyen la *Permanencia Transitoria*, con un plazo máximo de sólo 90 días para los extranjeros de paso; la *Residencia Temporal*, para los migrantes que busquen radicarse en Chile por un tiempo limitado (de 24 a 48 meses). Cabe destacar que esta nueva normativa establece que la residencia temporal sólo se podrá solicitar fuera de Chile. Por último, la *Residencia Definitiva*, solicitada luego de haber pasado por la categoría anterior y con la posibilidad de acceder a la Nacionalidad chilena al cabo de 5 años de permanencia.

Otro elemento que contempla es que las infracciones migratorias no son constitutivas de delito. Seguidamente, simplifica y agiliza el proceso de expulsión de quienes hayan infringido la ley migratoria, estableciendo un plazo máximo de siete días para la tramitación de los recursos judiciales y también establece reconducción inmediata de las personas extranjeras que sean sorprendidas intentando ingresar al país, eludiendo los controles migratorios o portando documentación falsificada o adulterada.

En relación a los derechos, las disposiciones amplían el acceso a la salud de las personas migrantes, garantizándola por ley en las mismas condiciones que cualquier chileno, accediendo a los beneficios de FONASA en Tramo A, que incluye prestaciones AUGE y GES. De la misma manera, el proyecto garantiza el acceso a la educación, a la seguridad social y otros beneficios de cargo fiscal, para quienes tengan residencia mínima de 2 años en el país.

Las garantías de acceso a salud mencionadas anteriormente, se encuentran contenidas en la Circular N° A15/04 del Ministerios de Salud, del 13 de junio de 2016. En ella se establece que los bienes públicos de salud deben entregarse a todas las personas, independiente de la concurrencia o aplicación de los seguros de salud, pues aquellos son de acceso universal, tales como, vacunas, prestaciones de salud sexual y reproductiva, alimentación completarías, prestaciones referidas a enfermedades transmisibles, ITS, TBC, VIH y educación sanitaria entre otros. En los casos de necesidad de atenciones de urgencia no se podrá negar la atención en ningún establecimiento de la red pública de salud, aunque la persona se encuentre en situación migratoria irregular.²⁸

Para que la población inmigrante pueda acceder a las prestaciones mencionadas en la Circular hace mención a tres circunstancias que se detallan a continuación:

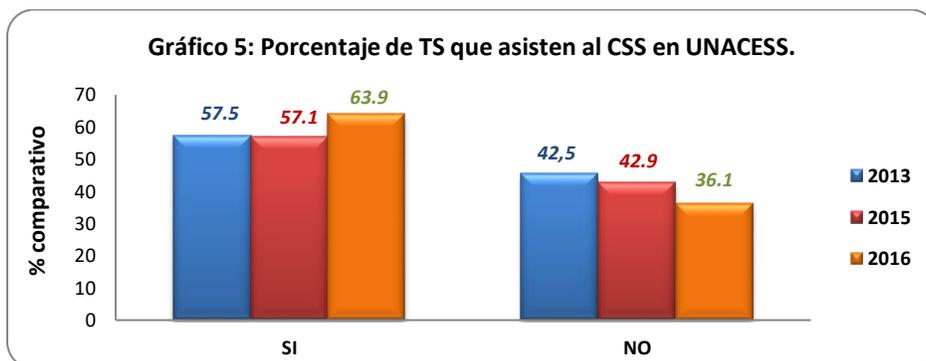
I.- Calificación de Carencia de recursos, a la cual puede optar toda persona migrante sin documento o permiso de residencia, en tanto que el funcionario/a del SOME que atiende, luego de comprobar la carencia de afiliación a un régimen previsional, entregará y facilitará que la persona complete el formulario correspondiente para ratificar dicha carencia. Una vez completado el proceso es enviado inmediatamente a FONASA quien, al comprobar la veracidad de la información recibida, otorgará un número provisorio de identificación para la atención de salud, el cual acredita a la persona como beneficiario del tramo A del seguro público de salud, que tendrá vigencia por un año pudiendo ser renovado.

II.- Proceso excepcional de enrolamiento FONASA, que facilita la inscripción de las personas en situación migratoria irregular en cualquier establecimiento de la red pública de salud. Para ello se requiere que el funcionario de salud de la APS solicite una autorización especial para liberación de la huella digital del nuevo beneficiario.

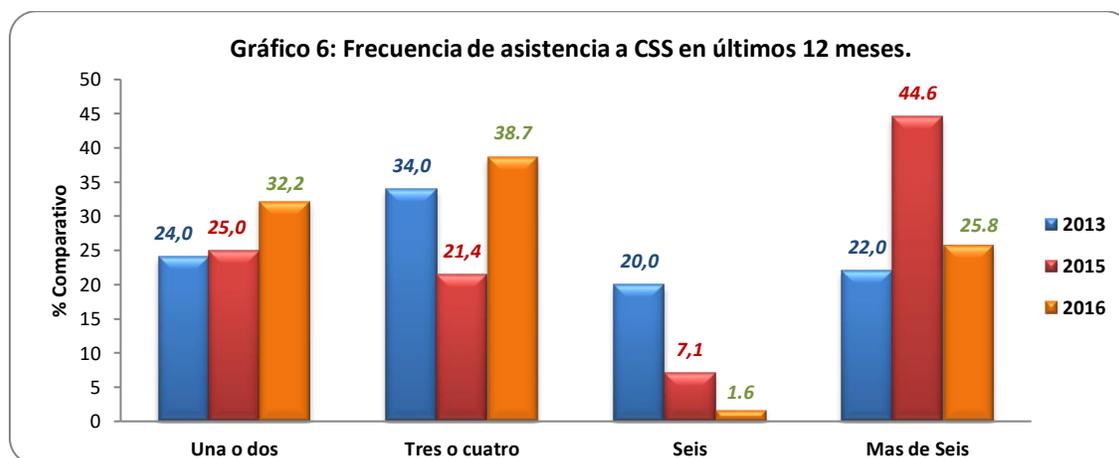
III.- Cambio de situación, que implica que una vez que la persona haya adquirido un RUN, debe solicitar a FONASA el reemplazo de su número de atención provisorio por el nuevo número de identidad nacional. En la eventualidad de un trabajo formal con mayor remuneración, FONASA tiene la facultad de realizar una nueva calificación de tramo acorde a sus propios procedimientos.

²⁸ DLF N°1, Art. 141. Ministerio de Salud, 2005.

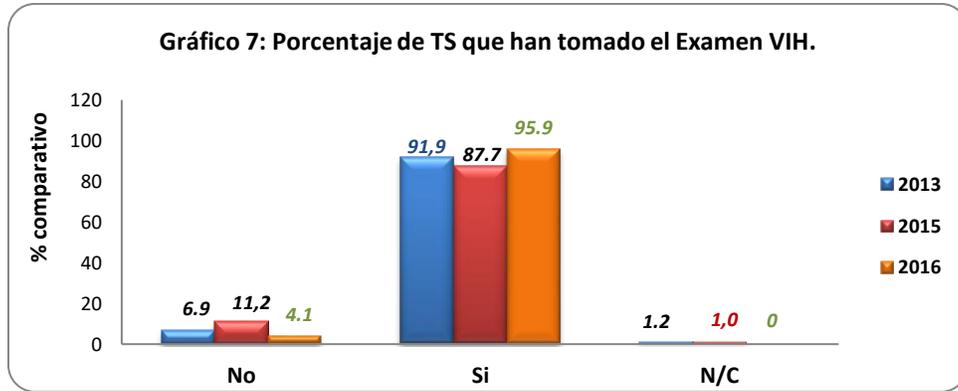
Principales hallazgos relacionados a la vinculación a las UNACESS y al Control de Salud Sexual.



Dentro del último período fue posible observar un leve aumento de asistencia a los CSS de las personas consultadas, no obstante, aún se mantiene un importante grupo de TS que no logran acceder formalmente a este espacio que ofrece servicios preventivos y de tratamiento en salud. La mayoría de las trabajadoras sexuales que declaran asistir al control, lo hacen motivadas por la necesidad de su autocuidado.



Dentro del último período es posible reconocer una mayor estabilización en la frecuencia de asistencia al CSS según lo dispuesto por la normativa vigente (cuatro veces en el año). De la misma manera se observó un aumento en la asistencia de una a dos veces por año. Cabe señalar que el gran porcentaje que declaró asistir al control por más de seis veces en el periodo 2015, responde a la inclusión de personas que mencionaron concurrir a otros centros de salud, como Consultorios comunales.



Cabe destacar que la gran mayoría de la población consultada ha accedido a tomarse el examen para VIH. Para complementar esta información, en los periodos 2015 y 2016 se consultó sobre el resultado de su última evaluación, frente a lo cual sobre el 95% declaró haber obtenido un resultado negativo. En relación al porcentaje restante que representa a siete personas, una señaló ser VIH positivo, cinco se encontraban a la espera de los resultados y una que no respondió a la consulta.



Si bien en los tres períodos se mantiene la tendencia de un bajo acceso a la atención de otras especialidades dentro del CSS, en el último período esta situación se acentuó de manera significativa

Reflexiones

Uno de los principales hallazgos relacionados con la vinculación a los servicios de salud, dice relación con el alto porcentaje de mujeres que declaran asistir a sus controles de salud sexual (CSS). Es así, como cerca del 60% de las trabajadoras sexuales abordadas señalaron haber establecido este vínculo de manera efectiva.

Cabe señalar que alrededor del 31% de ellas, mantiene una frecuencia de asistencia ideal a sus controles, lo que se ajusta a lo dispuesto en la normativa vigente. A través del discurso de las mujeres consultadas, fue posible reconocer que la mayoría decide asistir a sus controles pensando primeramente en su autocuidado. Por otra parte, es importante volver a reiterar el impacto que ha alcanzado la política comunitaria implementada por Fundación Margen, cuyas acciones incluyen la promoción permanentemente del acceso a este servicio. Lo que nos permite reforzar este argumento es que el grupo de trabajadoras sexuales abordadas en estos tres períodos, han sido beneficiarias directas o indirectas de las acciones preventivas realizadas por la Fundación.

No obstante, se reconoce la mantención de un importante número de trabajadoras sexuales que, por diversas razones, no han logrado acceder formalmente a este servicio. En este sentido, el aumento de la asistencia al CSS observado, no necesariamente representa la realidad de todas las trabajadoras sexuales del país. Considerando que la incidencia directa de la promoción del CSS que realiza Fundación Margen alcanza solo a la Región Metropolitana, y lo que se ha logrado hacer en otras regiones, es tener un catastro de necesidades respecto al acceso de las trabajadoras a este servicio, el cual ha sido planteado a las autoridades. Esta situación deja en evidencia diversas dificultades para alcanzar el acceso universal a estos programas de salud.

Otro hallazgo significativo señala que aproximadamente el 92% de las trabajadoras sexuales consultadas, se ha realizado el examen para VIH. Su acceso parece estar adecuadamente garantizado en el CSS, por lo menos para aquellas trabajadoras que asisten periódicamente, quienes en su mayoría señalan haber accedido a su último examen en este espacio. De la misma manera, más del 50% señaló haberlo realizado dentro de los últimos 12 meses, tomando en cuenta los tiempos en que se realizó el levantamiento de la información para cada período.

Cabe destacar el alto porcentaje de trabajadoras sexuales que señalaron haber recibido resultados negativos, lo que, por una parte, reafirma la tendencia de la baja o nula prevalencia de VIH en esta población y de lo planteado en las reflexiones del capítulo anterior, donde se destaca la transformación de las trabajadoras como sujetas preventivas.

A pesar de la baja prevalencia observada, de haber completado este proceso de cambio y haber logrado implementar adecuadamente las medidas para anular su riesgo, llama la atención que las trabajadoras sexuales sigan accediendo a tomar el examen para VIH de forma periódica. Esto da cuenta de cómo el discurso hegemónico oficial y público, que sigue centrando la percepción de riesgo en la cantidad de parejas sexuales que puede tener una persona y no en sí sus prácticas son protegidas o desprotegidas. Dicho discurso, impacta en el desarrollo humano y construcción identitaria de las trabajadoras sexuales, impidiéndoles enfrentar y derribar los mitos respecto de su condición de “putas”, obligándolas a asumir esta percepción social errónea que las mantiene instaladas como las principales responsables de la transmisión del VIH.

En relación con la política vigente descrita en el contexto del presente capítulo, surge una serie de hallazgos relacionados con la forma en que este articulado normativo se pone en práctica.

El primer hallazgo de cuenta de la ausencia de la aplicación del enfoque psicosocial en la atención, mandatado por la Norma N° 103 del MINSAL. Esta situación queda en evidencia en el escaso acceso declarado por las trabajadoras sexuales consultadas a otros profesionales (psicólogo, asistente social, nutricionista) que complementan la atención brindada por las UNACESS. Si bien, esta situación podría deberse a la falta de demanda, a través de las experiencias recogidas por las monitoras de salud de Fundación Margen que hacen el acompañamiento al CSS, se puede evidenciar que no existe la oferta de estas atenciones por parte de los profesionales. La ausencia de este enfoque genera en las trabajadoras que asisten al control, la percepción que son “una vagina”, ya que toda su atención se centra solo en lo genital.

Otra dificultad surgida de la experiencia de estas monitoras dice relación con las consultas de las trabajadoras por situaciones de salud que escapan a los criterios de atención establecidos en la norma, los cuales no pueden ser absorbidas por las UNACESS. En dichos casos la derivación a otros establecimientos de la red asistencial no es directa, sugiriéndoles asistir a un consultorio comunal,

debiendo iniciar todo el proceso nuevamente. Esta situación, representa para ellas una mayor complejidad, considerando el tiempo que requieren invertir teniendo que dejar de trabajar y por, sobre todo, la dificultad para acceder a una salud pertinente en el entorno en el que vive, ya que para asistir a un consultorio se tiende a camuflar el verdadero oficio que se desempeña por temor al estigma y discriminación. Es importante recordar que la mayoría de ellas son jefas de hogar y proveedoras de su núcleo familiar, que deben lidiar con la responsabilidad de llevar a diario el sustento a sus hogares ocultando su origen, para resguardar a sus familias del estigma.

El segundo hallazgo importante es, la disparidad con que cada UNACESS aplica la norma sanitaria vigente. La primera situación que se constata es la variabilidad en la disposición de hora, de cupos y de los espacios físicos destinados para el CSS, los que muchas veces son reasignados para otras funciones del programa a criterio de la dirección del establecimiento. Estas situaciones son reconocidas por las monitoras de la Fundación Margen, quienes la mayoría de las ocasiones que hacen sus acompañamientos, se encuentran con dificultades para que sus compañeras accedan a la atención de manera oportuna.

Otro dato que evidencia esta variabilidad de la norma, dice relación, con la dotación de personal suficiente para cubrir la demanda. Es el caso de la UNACESS del hospital Del Salvador, que no cuenta con un profesional matrn o matrona, así como en el de otras Unidades que, por la misma razón, se ven obligados a reasignar las horas y los espacios destinados al CSS para otras funciones.

Algo que dificulta absolutamente el acceso al CSS es la no aplicación de aquel aspecto de la norma que establece que las UNACESS actúan como unidades de consulta espontánea. A través de la información recogida por Fundación Margen en sus acciones en terreno, es posible reconocer que cuando las trabajadoras acuden a solicitar hora para su atención se les asigna para dos o tres meses más, de la misma manera no existe la posibilidad de solicitar una atención de urgencia, sobre todo en los casos donde se ha presentado un incidente con el preservativo y la trabajadora requiere de contención, de apoyo y hasta de la toma de un examen para VIH basal²⁹. Este tema ha sido planteado insistentemente por Fundación Margen a las autoridades del MINSAL, quienes – desconociendo la norma – señalan que esta prestación de urgencia o consultas espontáneas nunca estuvieron garantizadas.

²⁹ Examen que no considera el periodo de ventana, destinado a descartar el haber adquirido el virus con anterioridad al incidente.

Hasta el momento del último periodo del levantamiento de información (octubre de 2016), fue posible reconocer la mantención de diversas dificultades para que las trabajadoras sexuales migrantes pudieran acceder a este tipo de servicio, y que a partir de las gestiones y esfuerzos de Fundación Margen lograron que estas pudieran ser atendidas. Consideramos que en la actualidad esta situación debería estar subsanada en forma universal, a través de la aplicación de la Circular N° A15/04 del Ministerios de Salud, del 13 de junio de 2016, que garantiza el acceso a la salud de toda persona extranjera que resida en nuestro país.

Esto son algunos de los elementos que dejan claro que la norma vigente se ajusta a los criterios y necesidades de cada servicio de salud, así como, a las voluntades políticas de las autoridades de turno. Este funcionamiento variable de las UNACESS, da cuenta de una política pública aplicada sin rigurosidad que claramente afecta el derecho de acceso a la salud de las trabajadoras sexuales y la mantención de su construcción como sujetas preventivas.

Capítulo III Acción de las policías hacia las Trabajadoras Sexuales.

Contexto.

- Normas vigentes sobre el actuar de la policía.

Dentro de la norma legal vigente, es posible constatar una serie de acciones que mandatan a la policía uniformada (carabineros) para su ejecución y cumplimiento.

El Código Penal, mandata a carabineros a reestablecer el orden público cuando este se ve alterado y en este caso en particular, cuando el ejercicio del comercio sexual contravenga las reglas que las autoridades dicten a favor del mantenimiento de este orden³⁰.

De la misma manera se establece el actuar de la policía frente a la “ruptura de sellos” catalogando como delito. Su relación con el ejercicio del comercio sexual, se da en ocasiones que las trabajadoras sexuales arriendan un inmueble para vivir y/o atender a sus clientes, casos en los cuales son detenidas y formalizadas por violación de sello de clausura³¹.

Por su parte, el Código Sanitario a través del cual se prohíbe la existencia de “prostíbulos y casas de tolerancia”, entrega la facultad de vigilar el cumplimiento de esta disposición a las Prefecturas de Carabineros, quienes podrán llevar a cabo la clausura de dichos locales a solicitud del propietario del inmueble y por orden Judicial expedida por el Juez Letrado en lo Civil de Mayor Cuantía³².

Otra disposición legal que se relaciona con el ejercicio del comercio sexual es el “Control de Identidad”, acción regulada por el Código Procesal Penal, que hace referencia a una de las actuaciones de las policías, cuyo objetivo es obtener la identificación de la persona sin orden previa de un tribunal. Se aplican en los casos que haya indicios de que esta persona estuviese relacionada con un crimen, simple delito o falta, que pueda entregar información como testigo; o que evidentemente trate de ocultar su identidad.

³⁰ Código Penal; Art. N° 495, Numerales 5° y 7°.

³¹ Código Penal; Art. N° 270.

³² Código Sanitario, Art. N° 41.

Dicho procedimiento se debe efectuar en el lugar donde la persona se encuentre, por medio de cualquier documento que lo acredite (cédula de identidad, licencia de conducir o pasaporte). Los funcionarios policiales que lo realicen, deberán otorgar todas las facilidades para cumplir este requerimiento. Podrán proceder, además, al registro de las vestimentas, equipaje o vehículo y cotejar la existencia de órdenes de detención que pudieren afectarle.

La detención de la persona sólo se podrá efectuar en los casos de “**flagrancia**”³³, cuando registre orden de detención pendiente, que se nieguen a acreditar su identidad o que no porten ninguno de los documentos antes mencionados. Para este último caso, se tomarán huellas digitales, que sólo podrán ser usadas para estos fines y luego serán destruidas. La detención por esta causa no puede exceder a las ocho horas, y la persona no podrá ser ingresado a calabozos, ni mantener contacto con personas detenidas. El ocultamiento o falsificación de identidad será sancionado de acuerdo al Art. N° 496, N° 5 del Código Penal.

Los derechos de las personas sujetas a control de identidad, deberán ser informados verbalmente por el funcionario que la efectúe, así como comunicar a su familia u otra persona de su permanencia en la unidad policial. Se establece que el “Control de Identidad”, requiere ajustarse a los procedimientos descritos, de manera expedita y que cualquier abuso podrá ser constitutivo de delito³⁴.

Con la publicación de la Ley 20931³⁵, promulgada en junio del 2016, se introduce nuevas disposiciones para efectuar el control de identidad, sin perjuicio de lo señalado para tales efectos en el Código Procesal Penal.

La actual ley indica que las policías podrán verificar la identidad de cualquier persona mayor de 18 años en vías públicas, en otros lugares públicos y en lugares privados de acceso al público, prescindiendo de que haya indicios de que esta persona estuviese relacionada con un crimen, simple delito o falta. De la misma manera, señala que se entenderá siempre que la persona es menor de edad, en caso que el efectivo policial tenga dudas respecto de su mayoría de edad.

³³ Código Procesal Penal. Art. N° 130.

³⁴ Código Procesal Penal. Art. N° 85.

³⁵ Ley N° 20.931: “Aplicación efectiva de las penas establecidas para los delitos de robo, hurto y receptación y mejora la persecución penal en dichos delitos”

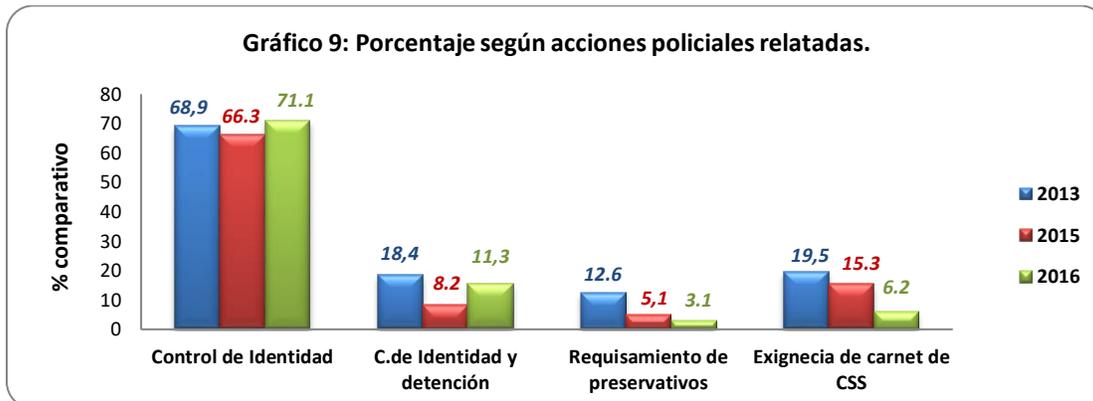
Otra de las modificaciones introducidas tiene relación con el tiempo que puede durar el control de identidad, estableciendo que en ningún caso podrá extenderse más allá de una hora. Además, señala que en los casos en que no sea posible verificar la identidad de la persona en el lugar el funcionario policial deberá poner término de manera inmediata al procedimiento.

Por otra parte, establece que, en el ejercicio de esta facultad, los funcionarios policiales deberán exhibir su placa señalando su nombre, grado y dotación. Exige a los funcionarios policiales el respeto y la no discriminación arbitraria, evitando un acto abusivo o aplicando un trato denigrante a la persona a quien se verifica la identidad. Si dicha disposición no se cumple, constituirá una falta administrativa.

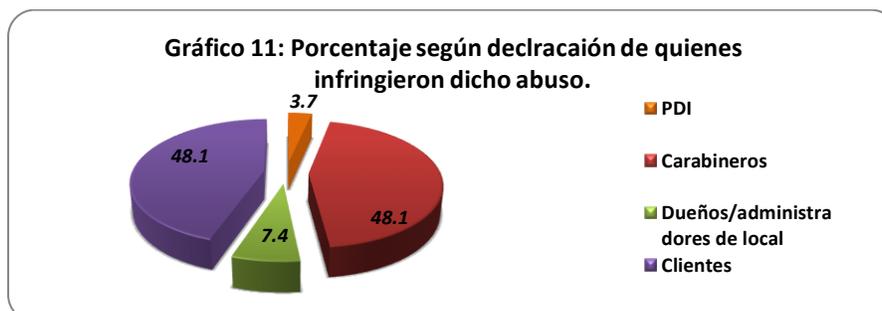
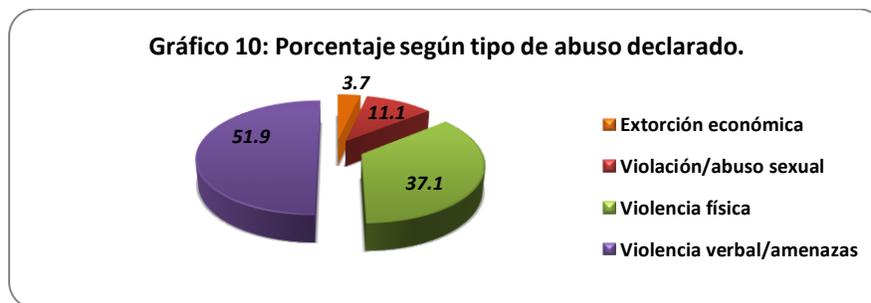
La nueva normativa establece además la elaboración de un procedimiento estandarizado de reclamo destinado a aquellas personas que estimen haber sido objeto de un ejercicio abusivo o denigratorio de la facultad señalada en el presente artículo.

Finalmente se establece que las Policías deberán informar al Ministerio del Interior y Seguridad Pública sobre los antecedentes para conocer la aplicación práctica que ha tenido esta facultad. A su vez, dicha cartera, publicará en su página web la estadística trimestral de la aplicación de esta misma.

Principales hallazgos relacionados a las acciones de las policías sobre las trabajadoras sexuales.



Dentro de los tres periodos es posible observar el aumento progresivo del *Control de identidad*, la que, en algunos casos, sigue implicando la detención de las trabajadoras, aunque ellas presenten la documentación requerida. Si bien se observa una disminución del requisamiento de preservativos y la exigencia del carnet de control, es una práctica que aún se mantiene en el actuar de los funcionarios policiales.



El principal tipo de abuso declarado dentro del período 2016 hace referencia a actos de “Violencia física y Verbal”, afectando a casi el 90% de las trabajadoras consultadas. Cabe destacar que los casos de “Extorción económica” y “Violación/abuso sexual”, han sido infringidos exclusivamente por personal de la PDI y funcionarios de Carabineros.

Reflexiones.

En este apartado, que revisa aspectos de la legislación que afectan a las trabajadoras sexuales, es importante mencionar la ley de control preventivo de identidad que se aprobó el año 2016, no exenta de críticas y resistencias. Principalmente fueron las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en derechos humanos, apoyadas por el INDH, quienes alertaron sobre el riesgo de abuso de esta herramienta específicamente contra los grupos más estigmatizados (por ejemplo, trabajadoras sexuales, migrantes, jóvenes), considerando que, hasta esa fecha, ya se aplicaba este control a discreción de parte de los funcionarios de seguridad.

La experiencia relatada por las trabajadoras sexuales de Santiago desde la aplicación de esta ley, dista bastante de encontrarse ajustada a proceso, en tanto, tal como se planteaba anteriormente, la regulación ha venido a formalizar prácticas de hostigamiento hacia poblaciones más estigmatizadas, que ven vulnerados sus derechos de forma cotidiana.

A la luz de los datos, salta a la vista el entorpecimiento de las políticas de prevención de ITS y promoción de la salud sexual impulsada desde el MINSAL, en tanto el requisamiento de preservativos sigue apareciendo como una actitud recurrente en los controles que lleva adelante las policías. Esto sumado al hostigamiento derivado de la aplicación del control de identidad como único método de fiscalización y a la declaración de situaciones de violencia verbal, constituyen un panorama poco alentador en cuanto a las posibilidades de detectar situaciones de violencia institucional vividas por las trabajadoras sexuales.

La superposición de legislaciones que restringen, penalizan y/o criminalizan de modos diversos el ejercicio del TS en conjunto con la ausencia de normativas y regulaciones laborales de la actividad, obligan a que el ejercicio del TS sea llevado adelante en condiciones de ilegalidad y clandestinidad que implican la precarización de las condiciones laborales, la vulneración de derechos de las MTS, el avasallamiento de su capacidad de decisión y negociación y la exposición a estas situaciones de hostigamiento y violencia, en particular, son las fuerzas de seguridad las referidas por las MTS como el actor que vulnera sistemáticamente sus derechos y las somete a violencia psicológica, física y también económica.

En específico, para el caso de Santiago centro, esta situación de vulnerabilidad se vive cotidianamente en relación al accionar de las policías e inspectores municipales, que insisten en aplicar controles de identidad de forma reiterada, lo que constituye un control discriminatorio que contribuye a la estigmatización de los lugares de trabajo de las trabajadoras sexuales, ya que el hecho de que te retengan en la calle o a las afueras del local (o que se estacionen afuera del lugar) perjudica la imagen que posee la comunidad respecto a estas zonas, además de producir cierta intimidación con esta actitud abusiva.

En este sentido, se podría hablar que la relación de las trabajadoras sexuales con las policías es tensa ya que éstos son señalados como los actores responsables de la violencia institucional que las afecta, presentado dos características principales: 1. Está naturalizada por las trabajadoras sexuales; y 2. Se presenta de manera encubierta por parte de las fuerzas de seguridad. En el primer caso, se observa una falta de conocimiento de parte de las trabajadoras respecto a sus derechos –lo que puede deberse a que un gran número de ellas son migrantes-, lo que permite que muchas actitudes abusivas de parte de la autoridad sean consideradas normales ‘o dentro del procedimiento’. Por su parte el encubrimiento de la violencia, viene dado por la modificación en la conducta de parte de las policías en los últimos años, en tanto ésta ya no se ejerce abiertamente (como sucedía en años anteriores con el acoso con perros, por ejemplo), si no que se aplican medidas de control reiteradamente que terminan por hostigar y violentar.

Capítulo IV: Acciones para la incidencia.

Recomendaciones.

- Importancia de la difusión de esta publicación como herramienta para la incidencia.

La presente publicación permite dar cuenta de la situación de vulneración de derechos de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, a través de una serie de datos y hallazgos constatados que develan las inequidades que ellas enfrentan en ese contexto. Por una parte, le permite a Fundación Margen contar con una radiografía detallada y validada de las situaciones que viven sus compañeras, teniendo mayor certeza del nivel de impacto que ha causado la prevención en sus vidas, de cómo aplican el autocuidado de su salud sexual, cómo acceden a los programas de salud disponible y cómo les afectan las condiciones políticas y sociales relacionadas con el ejercicio de su labor. Por otra parte, permite a Fundación Savia alcanzar uno de los objetivos del Observatorio de la Política Pública para el VIH, respecto del monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las políticas públicas vigentes y de los compromisos internacionales del estado en estas materias. Teniendo en cuenta lo anterior, es de alta importancia que esta publicación sea ampliamente difundida hacia las autoridades ministeriales de Salud, Interior, Trabajo y Desarrollo Social. De la misma manera, se espera que sea acogida por los distintos actores parlamentarios y del mundo político, así como hacia la academia, los Organismos de Derechos Humanos y otras Organizaciones sociales nacionales e internacionales. Si bien el potencial de esta publicación se centra en dar a conocer los temas que afectan a las trabajadoras sexuales como una población en particular, también da cuenta de situaciones de desprotección y riesgo ante el VIH que enfrenta la población de mujeres en general.

- Vinculación de la realidad y demandas de las trabajadoras sexuales al contexto y las reivindicaciones del movimiento feministas.

Considerando el contexto del desarrollo del movimiento feministas y sus reivindicaciones por los derechos de las mujeres surgidos en este último tiempo, esta publicación, permite instalar el dialogo y el debate respecto de la mirada y el enfoque abolicionista que sostienen algunos sectores feministas. El desarrollo de un trabajo permanente con este movimiento, permitiría a Fundación Margen compartir estas experiencias, y reinstalar la discusión sobre la validez de reconocer el trabajo sexual como una opción consiente y voluntaria de las mujeres que lo que ejercen, y a la vez, develar la existencia de condicionantes sociales que mantienen ciertos

estigmas, agudizan las inequidades y las desigualdades dentro de este sector. De esta manera se devela que, partiendo de la base que las trabajadoras sexuales primeramente son mujeres, sus necesidades y demandas son las mismas que las de sus congéneres.

Una de esas necesidades queda reflejada en el hecho que la mayoría de las trabajadoras sexuales no implementan el uso de preservativos fuera del contexto de su trabajo, quedando expuesta en su vida sexual privada, al igual que la mayoría de las mujeres, a la posibilidad de adquirir VIH u otras ITS. Frente a este tema, el desafío para Fundación Margen es instalar en el movimiento feminista, una discusión profunda respecto del sentido y significados que las mujeres le otorgan a tener una pareja estable. Se requiere profundizar aquellos aspectos que a considerar para que este mensaje preventivo propuesto por la estrategia nacional de prevención alcance un adecuado nivel de efectividad. Dicha discusión contribuiría a generar un cambio cultural, que a largo plazo reforzaría en autocuidado de la salud sexual de las mujeres.

- Importancia de la inclusión del condón femenino en la estrategia de prevención como herramienta que da mayor autonomía en el cuidado de la salud sexual de las mujeres.

Las trabajadoras sexuales levantan la necesidad del condón femenino de forma evidente, en tanto pueden ser mujeres desprotegidas frente a hombres que se niegan a usar el preservativo masculino, situación que afecta a todas las mujeres. A partir del hecho que las trabajadoras sexuales trabajan con su sexualidad en lo cotidiano, podrían compartir sus experiencias con otras mujeres promoviendo la incorporación de este instrumento de protección sanitaria como un juguete sexual que sea parte de la fantasía erótica, la que generalmente no se manifiesta ni verbaliza. Esta propuesta no es tan ajena a la realidad actual, en donde muchas mujeres ya están familiarizadas o han incorporado el uso de la “copa menstrual”, un dispositivo intra vaginal, que tiene características similares al condón femenino, en tanto a su forma y uso.

Estos aprendizajes alcanzados por las trabajadoras sexuales se puede extrapolar a otras poblaciones, para quienes hablar de prevención representa un tema difícil de abordar. Dada su cercanía con el condón femenino, ellas pueden hablar de su uso de una manera más didáctica, coloquial y sencilla.

Por estas razones, resulta fundamental su incorporación en la política preventiva nacional, que incluya un programa de capacitación a los profesionales de la salud y a la población general, y un plan de promoción, distribución y monitoreo permanente. En cuanto a este plan, las trabajadoras

sexuales representan una población cautiva desde donde se puede realizar, permitiendo despejar todas las dudas que plantean las autoridades de salud referentes a su aceptación y utilización práctica.

- Fortalecimiento de Fundación Margen a nivel nacional, generando mayor confianza y credibilidad

El Observatorio de Políticas Públicas de VIH y Derechos Humanos mantiene una línea investigativa respecto de la prevención del VIH en distintas poblaciones. El trabajo colaborativo, la participación y el compromiso de las trabajadoras sexuales, particularmente de sus dirigentes y activistas, en constituir este equipo técnico de investigación en esta población en particular, ha consolidado un proceso desde donde dejan de ser un objeto de estudio y se transforman en sujetas capaces de construir conocimiento, lo que representa un valioso aporte al movimiento de trabajadoras sexuales. El hecho que Fundación Margen se haga parte de una investigación, donde incide en el diseño, levantamiento de datos, análisis, reflexión y desarrollo de conclusiones, empodera a sus integrantes y fortalece la organización internamente. Este proceso de aprendizaje conjunto con el Observatorio ha permeado y fortalecido el discurso público de sus dirigentes, reforzando su credibilidad hacia el medio y potenciando su activismo e incidencia política, al contar con fundamentos concretos que avalan sus demandas. La consecuencia directa del trabajo con el Observatorio en materias de VIH que se inició en el 2012, redundó en la mirada crítica con la que Fundación Margen cuestiona la política pública, permitiéndoles proponer y acordar soluciones concretas en distintos niveles.

Esta experiencia de construcción de conocimiento propio, representa un desafío para Fundación Margen, que podría fortalecer su presencia a nivel nacional, replicando esta investigación en otras zonas del país. Esto se puede concretar a través de los distintos contactos ya establecidos en las regiones de Arica, Iquique, Antofagasta, Coquimbo y Concepción, además de considerar la vinculación con otras regiones del país. La continuidad de este trabajo de investigación en la Región Metropolitana permitiría ampliar y fortalecer de su rol político y social.

- Reforzar el vínculo con los servicios de salud para revisar aplicación de las normativas vigentes, y la definición de un protocolo estándar para todas las UNACESS.

A partir del reconocimiento que no existe un modelo claro de atención para las trabajadoras sexuales y que la norma aparece como letra muerta que no se aplica, es fundamental iniciar un proceso para revisar la normativa vigente, en conjunto con las autoridades pertinentes. Se

propone la elaboración de protocolos de atención más específicos en cuanto a horarios, condiciones y el acceso a otro recurso como la entrega de preservativos. Además, es fundamental basarse en los requerimientos reales y con una asignación de presupuesto adecuado. Se considera necesario que se reinstalen espacios de trabajo permanentes entre trabajadoras sexuales y otros sectores públicos y privados, como ejemplo la Mesa Salud y Mujeres, que permitan desarrollar un trabajo más cercano y que permitan profundizar ante su realidad particular.

La promoción de salud no está incluida en el quehacer de los profesionales que atienden a las trabajadoras sexuales, por tanto, no se considera la difusión y promoción del Control de Salud Sexual, dado que el modelo administrativo que rige a los Servicios de Salud, el cual define un programa anual que indica las prestaciones y acciones que estos deben realizar como parte de la Red Asistencial. Por otra parte, los Directores de Servicio argumentan que la promoción es una función correspondiente a la Red de Salud Pública, por tanto, recae en las SEREMIS de salud. Frente a esto, se hace necesario revisar toda la normativa vigente respecto al funcionamiento de la UNACCES y del Control de Salud Sexual, para definir donde centrar los énfasis, considerando aquellas poblaciones que están más empoderadas como catalizadores para aumentar la cobertura de estos servicios en forma universal.

- La relevancia de la participación de las trabajadoras sexuales en la revisión y propuestas para promover el control de salud sexual.

A partir que la difusión del control de salud sexual no es parte de la política vigente, que las UNACESS funcionan de manera poco visibles y que en muchos casos las trabajadoras sexuales no saben que existen, se hace necesario proponer la elaboración de un plan de difusión masiva donde se especifique los servicios que estas ofrecen. Por otra parte, como su funcionamiento y los espacios físicos se implementan a discreción de cada dirección del servicio correspondiente, se hace necesario levantar información directa del funcionamiento real de cada una de ellas y cotejarlo con las directrices normadas. La experiencia y trabajo sostenido en estas materias que Fundación Margen ha desarrollado por largo tiempo con sus puntos focales a lo largo del país serian un gran aporte

Como un desafío a mediano plazo, se propone la continuidad del trabajo conjunto entre Fundación Margen y Fundación Savia, quienes, a través del el Observatorio de Políticas Pública, podrán definir una agenda para observar el funcionamiento de los programas de atención en salud dirigidos a las trabajadoras sexuales en otros países, a fin de compararlos con el modelo

establecido en Chile y generar propuestas para el mejoramiento de la atención de salud hacia esta población.

- lograr incidencia en las políticas migratorias en particular el caso de las trabajadoras sexuales migrantes.

Este trabajo sistémico de investigación permitió pesquisar las dificultades de ingreso de las trabajadoras sexuales extranjeras a las UNACESS. Frente a esto, Fundación Margen se sumó a la presión social y política de otros sectores, para lograr que este acceso estuviera garantizado legalmente. En respuesta a esta demanda, el estado chileno estableció un convenio entre Ministerio del Interior y FONASA que garantiza el acceso a la salud en general de la población migrante, incluida la salud sexual.

Es pertinente que el Estado determine con claridad qué autoridad será la encargada de fiscalizar la aplicación de esta normativa y establecer los canales de denuncia en los casos de no dar cumplimiento oportuno. En particular, es fundamental que los Directores de servicios donde se encuentran instaladas las UNACESS, tomen conocimiento de esta normativa e instruyan adecuadamente a todos los profesionales de salud vinculados al control de salud sexual para garantizar dicho acceso a las trabajadoras migrantes.

- Incidir para derribar el estigma y la discriminación.

El aporte del trabajo conjunto de Fundación Margen y el Observatorio aporta a desmitificar una serie de creencias erróneas instaladas en el imaginario colectivo. La primera creencia que derriba es la que sostiene que las trabajadoras sexuales representan una “población de riesgo”, en tanto que se constata la baja o nula prevalencia de VIH entre las personas consultadas. El constatar que las trabajadoras sexuales han logrado construirse como sujetas preventivas implementado el uso del condón como una herramienta de trabajo, da cuenta que ellas representan un sector de la población con un mayor grado de responsabilidad en donde la prevención se ha incorporado como un estilo de vida. Las difusiones masivas de estos hallazgos constatados, representan una herramienta para derribar los estigmas y la discriminación con que “carga” a esta población.

Erradicar el estigma y discriminación es una tarea a largo plazo, pero es posible avanzar al ampliar las percepciones sociales sobre el trabajo sexual, en particular, las de muchos profesionales de salud que realizan sus prestaciones, los que en su mayoría no consideran los aspectos de la

sexualidad de las personas que atienden. Implementar un modelo de atención en salud más amigable y cercano, también representa un aporte para derribar el estigma y discriminación.

Finalmente, alcanzar el objetivo de un proyecto de ley que reconozca el trabajo sexual como un trabajo, es otro elemento que derriba el estigma y la discriminación, en tanto reconoce a las trabajadoras sexuales como trabajadoras, garantizado el acceso a todos sus derechos fundamentales.