

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Posgrados

Riesgos Ocupacionales de las Mujeres Trabajadoras Sexuales

Autora: Bertha Elizabeth Loiza Sevilla

**Directora de Tesis
Fadya Orozco**

**Trabajo de titulación de posgrado presentado como requisito
para la obtención del título de Magister en Salud Pública**

Quito, 20 de diciembre del 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

COLEGIO DE POSGRADOS

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Riesgos Ocupacionales de las Mujeres Trabajadoras Sexuales

Bertha Elizabeth Loaiza Sevilla

Firmas

Fadya Orozco, Ph.D. , MPH, MD.

Directora del Trabajo de Titulación

Fadya Orozco, Ph.D., MPH, MD.

Director del Programa de Salud Pública

Jaime Ocampo, Ph.D. , MBA, MD.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Hugo Burgos, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, 20 de diciembre 2016

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

Bertha Loaiza Sevilla:

Código de estudiante:

00121610

C. I.:

1719656090

Lugar, Fecha

Quito, 20 de diciembre 2016

DEDICATORIA

A todas las personas que anhelan crecer profesional y personalmente, a quienes tienen el don de escuchar sin emitir juicios y que con sus ideas e ingenio generan cambios robustos en pro de sus semejantes.

A todos los profesores que compartieron su conocimiento y cambiaron mis paradigmas médicos, de cara a una perspectiva distinta, amplia e inclusiva de la salud.

A las mujeres, trabajadoras sexuales, que honran su actividad, que se han empoderado, que no tienen miedo al estigma social y que trabajan a diario para el bienestar de su grupo.

A mamá, por el amor incondicional, apoyo y fuerza constante, por ser ejemplo de mujer, y enseñarme de forma clara y concisa mis derechos como mujer, desde etapas muy tempranas de mi niñez.

A papá, quien inculcó en mí el respeto y reconocimiento del otro, a respetar y entender la realidad de cada ser humano.

A Oscar, por haberme sembrado dudas para la realización de este proyecto, desde campos profesionales extremadamente distintos, que encuentran un punto de complementariedad.

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres trabajadoras sexuales que me abrieron las puertas para conocer su realidad.

A mamá y papá, por darme fuerza para perseguir mis ideas y enseñarme a caminar despacio para conquistar mis sueños.

A mi mentora, Fadya, por su tiempo y franqueza, para orientarme y enseñarme a perseverar.

A Oscar, por ser siempre mi punto de impulso y fuente de energía, por entender mi ausencia y falta de tiempo, por ser parte de las experiencias de este proyecto, gracias siempre.

A la Emmy, por su incondicionalidad, por compartir su tiempo y capacidad técnica científica para culminar este proceso.

RESUMEN

La salud ocupacional y los riesgos laborales de las mujeres trabajadoras sexuales han sido muy poco investigados, probablemente por la naturaleza informal de esta actividad y por la tendencia a reducir los riesgos y los eventos de salud a la esfera sexual. Los programas de Salud Pública se han enfocado casi exclusivamente al control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH, considerando a la mujer trabajadora sexual un vector de enfermedades sexualmente transmitidas y direccionando la atención de la salud al cuidado de la salud del cliente.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres trabajadoras sexuales en su ambiente laboral, para establecer posibles relaciones con los efectos en salud autopercebida, considerando a la salud de la mujer de forma integral y no solamente enfocada a su esfera sexual. Las características sociodemográficas, los factores de riesgo ocupacionales y los efectos en salud autopercebida, fueron las dimensiones que agruparon las variables del estudio de acuerdo a la literatura revisada.

El comercio sexual se desarrolla en un entorno complejo, donde los factores de riesgo ocupacionales son multidireccionales y tienen consecuencias sustanciales en la salud mental de las mujeres. Desde la perspectiva académica el trabajo sexual es una actividad tributaria de derechos laborales, no así desde la visión de las mujeres trabajadoras sexuales, para quienes es sinónimo de vergüenza, por lo que su actividad por sí misma podría ser un riesgo. Los programas para la atención de las mujeres trabajadoras sexuales han genitalizado su salud, por lo que deberían replantearse de acuerdo a las necesidades y visión de esta población.

Palabras clave: Trabajo sexual, riesgos ocupacionales, salud ocupacional, prostitución.

ABSTRACT

Occupational health and hazards of female sex workers have been scarcely inquired, probably because of the informal nature of this activity and the tendency to lessen risks and health events to the sexual sphere. Public Health programs have focused, almost exclusively, on sexually transmitted diseases and HIV control, considering female workers as vectors of these diseases and directing the attention to the clients' health.

The objective of this research was to identify the risk factors to which female sex workers are exposed to in their work environment, in order to determine possible relations with the self-perceived health events, considering women's health in an integral manner and not just focused in the sexual sphere.

The sociodemographic characteristics, occupational risk factors and health events were the dimensions that grouped the variables of the research, according to the literature that was reviewed.

Sex work is developed in a complex environment, where occupational risk factors are multi-directional and have substantial consequences, especially in the mental health of these women. From the public health perspective, sex work is an activity that merits labor rights, unlike female sex workers' point of view. This activity is often assumed with shame; hence it could be a risk itself.

Health attention programs for female sex workers have genitalized their health, which should be reconsidered and reformulated in order to fit the needs and vision of this population.

Key words: Sex work, occupational risks, occupational health, prostitution.

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
TABLA DE CONTENIDOS.....	8
ÍNDICE DE TABLAS	9
CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN	10
Justificación.....	10
Marco Teórico.....	13
Problema.....	17
Objetivos	20
General.	20
Específicos.	20
CAPÍTULO 2- REVISIÓN DE LA LITERATURA	21
CAPÍTULO 3 – ARTÍCULO.....	25
RESUMEN.....	25
ABSTRACT	26
INTRODUCCIÓN	27
Metodología	29
Diseño de Estudio.....	29
Población de Estudio.....	29
Colecta de Datos.....	30
Variables de estudio.	31
Análisis.....	33
Resultados	33
Discusión.....	36
Conclusiones y Recomendaciones	43
Referencias	46
CAPÍTULO 4 – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS	61
ÍNDICE DE ANEXOS.....	66
ANEXOS.....	67

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables sociodemográficas de las mujeres trabajadoras sexuales.....	50
Tabla 2. Variables de factores de riesgo laborales de las mujeres trabajadoras sexuales	51
Tabla 3. Variables de efectos en salud ocupacional autopercebida de las mujeres trabajadoras sexuales.....	52
Tabla 4. Relación de condiciones laborales con los efectos en la salud autopercebida de las mujeres trabajadoras sexuales.....	53
Tabla 5. Relación de condiciones legales y violencia con los efectos de salud autopercebida de las mujeres trabajadoras sexuales.....	54
Tabla 6. Relación entre la atención sanitaria y los efectos en la salud autopercebida de las mujeres trabajadoras sexuales.....	55

CAPÍTULO I - Introducción

Justificación

Basados en las perspectivas generales de estigma del trabajo sexual, en Ecuador la mayoría de programas de salud pública dirigidos a las mujeres trabajadoras sexuales sustentan las atenciones en salud en programas dirigidos a la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, como se evidencia en la Guía Nacional de Normas y Procedimiento de Atención Integral para Trabajadoras Sexuales, del Ministerio de Salud Pública (Rojas, 2008), que fractura el concepto de atención integral al no tomar en consideración los demás factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres trabajadoras sexuales en su ámbito laboral, y que además tiene un enfoque sanitarista por la implementación del “carnet profiláctico” (Rojas, 2008). Al igual que en otros países de la región este carnet pretendía registrar las atenciones médicas de las mujeres y se consideraba un requisito para el ejercicio del trabajo sexual (Ministerio de Salud Pública, 2008), como en Guatemala en donde es indispensable portar el carnet y además una fotocopia del documento de identidad, en el caso de que la consulta médica sea por una infección de transmisión sexual, mientras que si es por otro motivo de enfermedades, no hace falta. En Argentina- Mendoza se realizan de forma compulsiva pruebas de VIH, que en el caso de ser positivo, la trabajadora sexual es sancionada con prisión (RedTrabSex, 2007). En el año 2007, gracias a la influencia de la Red de Trabajadoras Sexuales sede Quito, se estableció la implementación de la tarjeta integral de salud, la cual recoge información médica generada por la atención sistemática en los servicios de salud, con validez de 1 año, la cual puede ser revisada solamente por el personal médico de los servicios de salud y de epidemiología; sin embargo las mujeres son violentadas en sus sitios de trabajo de no poseer los controles médicos en la tarjeta

de salud, constituyéndose de esta forma en un “permiso de funcionamiento”, que se orienta a la protección del cliente y minimiza la salud de la mujer trabajadora sexual (Rojas & Tamayo, 2007), replicando de esta manera la tendencia mundial de genitalizar la atención de las mujeres trabajadoras sexuales, a pesar de que menciona que la atención debe ser integral.

Algunos datos que prueban los riesgos laborales a los que están expuestas las mujeres trabajadoras sexuales pueden observarse en varias dimensiones como la salud y las condiciones de vida, al no existir evidencia clara que demuestre explícitamente los riesgos laborales de las mujeres dedicadas al trabajo sexual. En relación a la atención sanitaria según los datos del estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe, Subregión Ecuador, el 83% de las mujeres encuestadas hace uso del sistema público de salud (RedTrabSex, 2012) y el 17% utiliza servicios privados de salud significando un gasto de bolsillo para recibir atención (RedTrabSex, 2012). Los motivos para acudir a los servicios de salud fueron varios, el 80% lo hizo por obligación de los controles sanitarios y disposiciones legales, 79% para la realización de análisis de sangre, 67% acudieron de forma voluntaria, 66% por obligación de sus jefes. Un 13% fue víctima de violencia física al obligarla al asistir a un establecimiento de salud (RedTrabSex, 2012). En relación con la atención médica se evidencia que el 13% de mujeres cambió de hospital o servicio por sentir discriminación por ser TS, el 36% tuvo dificultades de acceso debido a la superposición de horarios de atención y de su trabajo (RedTrabSex, 2014). Además se evidenció que el 58% de las mujeres se atendió lejos de donde realiza su actividad como trabajadora sexual para evitar que lo sepan en los servicios aledaños, y un 70% lo hizo para que en su barrio o casa no se enteren que es trabajadora sexual. (RedTrabSex, 2014).

Según el estudio Dinámica del trabajo sexual en la provincia de Imbabura (s.f.), se pueden conocer algunas condiciones de vida que se conocen que tienen un impacto en la salud ocupacional de las mujeres trabajadoras sexuales, dada la interdependencia de la vida laboral y personal; es así que el 28,4% de las trabajadoras sexuales mostró tener estudios de bachillerato, lo que implica posibilidades mínimas de conseguir fuentes de trabajo para personas con edad media completa, además se puede evidenciar que el nivel de ingresos resulta “atractivo”, siendo la principal causa para que las mujeres opten por esta alternativa laboral y permanezcan en ella, seguida de antecedentes de maltrato, abuso sexual por sus jefes en empleos anteriores. En cuanto se conoce a las jornadas de trabajo, que por lo general ocurren en horarios nocturnos, un 14,9% de las mujeres trabajan de 85 a 98 horas a la semana; algunas de las mujeres optan por trabajar de forma continua por dos semanas y descansar el siguiente par de semanas del mes. En cuanto se refiere a los ingresos, dependen en gran medida de lo que cobren por cada relación sexual, conociéndose que el 82% de ellas cobra \$10, de los cuales un porcentaje es entregado al local que no supera el 10% y además depende de las particularidades del mismo (participación en orgías, strip tease, motivación a los clientes, modalidad privada, modalidad de “salida”), fluctuando entre USD 140 y USD 1300 mensuales, siendo mayor en el grupo de mujeres de 18 años (80,9%) de USD 901 a USD 1300 mensuales; el destino de los ingresos obtenidos es para gastos personales o manutención familiar. (Molina et al. 2006).

La edad de la mujer trabajadora sexual, es otro de los aspectos que priman en el ejercicio del trabajo sexual, conociéndose que un 35.3% de mujeres estaban entre 18 y 25 años de edad, 37,2% entre 26 y 31 años (RedTrabSex, s.f), observándose que las mujeres del primer grupo estaban más expuestas a explotación por parte de proxenetas; y tenían alrededor de 9 o más relaciones sexuales diarias, en contraste con los otros grupos etarios cuyo promedio era de 7

relaciones sexuales diarias. (RedTrabSex, s.f). La existencia de información acerca de los riesgos laborales de las mujeres es escasa, evidenciándose datos que afirman la existencia de los riesgos propios del trabajo sexual que afectan a la salud de la mujer y además se observa la tendencia a la generalización de los riesgos del trabajo sexual, enmarcados en programas dirigidos al control de las infecciones de transmisión sexual. Es necesario entonces que existan datos que muestren la realidad del ejercicio del trabajo sexual, tanto en las esferas físicas, psicológicas y sociales de las mujeres dedicadas a esta labor y sus interdependencias con las condiciones de vida de este grupo (Molina et al. 2006).

Marco Teórico

La salud ocupacional de las mujeres trabajadoras sexuales cubre un amplio rango de dominios, algunos de los cuales son potencialmente modificables por programas de salud ocupacional e intervenciones seguras en los sitios de trabajo, dejando la focalización de aquellos programas orientados exclusivamente a la salud sexual de la mujer trabajadora sexual, genitalizando su atención (estrategias de salud pública orientadas al cuidado y contra de infecciones de transmisión sexual y atenciones enfocadas al cuidado vaginal de la mujer).

La prostitución se considera como la profesión más antigua (si la profesión es a menudo definida como una profesión o negocio, pero no en el sentido estricto de involucrar aprendizaje, conocimiento, habilidades y ética), que como en algunas otras se han ignorado las necesidades de salud ocupacional y seguridad.

La discusión de la terminología entorno al tema tiene grandes cuestionamientos, principalmente porque la prostitución no es experimentada de la misma forma por todas las personas, y la experiencia de vender servicios sexuales es vivida de formas muy diferentes

(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, 2005). El término prostitución trae consigo tres intuiciones en general: vender el cuerpo por dinero, la oferta de una mujer y la demanda de un cliente varón, el estigma hacia las personas que realizan esta actividad (Mutso & Trajtenberg, 2011). Otro de los aspectos a considerar dada la complejidad de los términos y el estigma en torno a ellos, es que el término que se aplique para el trabajo sexual se define de acuerdo al contexto local, que puede estar sometido a variaciones con el tiempo y con la evolución de las actitudes y comportamientos de las mujeres trabajadoras sexuales. Se debe tomar en cuenta además que la mayor parte de mujeres trabajadoras sexuales no se definen a sí mismas como profesionales del sexo y consideran al trabajo como una actividad temporal (ONUSIDA, 2003). Se ha definido al trabajo sexual o prostitución como la provisión de servicios sexuales por dinero o equivalentes, e incluye actividades eróticas sin contacto físico con el cliente, intercurso de relaciones sexuales con o sin protección con numerosos clientes. (Hancourt, 2015).

En la literatura se utiliza el término de trabajadora sexual comercial como un término neutral que enfatiza los aspectos ocupacionales y remunerativos de esta actividad. Desde un punto de vista cultural se han utilizado un número significativo de términos para las mujeres trabajadoras sexuales, los cuales tienen una connotación peyorativa que a menudo es considerada como estigmatizante o deshumanizante (Ross, 2012). Típicamente las sanciones legales y sociales en contra de las mujeres trabajadoras sexuales suceden en un contexto de retiro de sus sitios de trabajo impulsando a la realización de actividades distintas al trabajo sexual. Cada país y cada región dentro de los países tiene una composición distinta del trabajo sexual, moldeada por su historia, factores sociales y económicos, contexto legal y prácticas policiales (Hancourt, 2015).

En el presente documento las mujeres profesionales del sexo se definen como mujeres cuya principal fuente de subsistencia es el intercambio de servicios sexuales impersonales por dinero o bienes materiales (Mutso & Trajtenberg, 2011); asimismo es preciso destacar que el término profesionales del sexo ha ganado aceptación por encima de *prostituta* porque las personas implicadas consideran que es menos estigmatizante y que la referencia al trabajo describe mejor su experiencia (ONUSIDA, 2003).

Actualmente el trabajo sexual tiene una base económica sustancial, como fuente primaria de recursos de ingreso para las trabajadoras sexuales y también para los familiares que dependen de ellas, pero además dentro de su actividad económica son partícipes las personas asociadas a su trabajo como proxenetas, administradores o trabajadores auxiliares. Las trabajadoras sexuales autónomas tienen diferentes niveles de necesidades de supervivencia, deuda, dependencia de drogas, coerción, bienestar y movilidad social; motivos que afectan a la autonomía de las mujeres trabajadoras sexuales y la capacidad de responder a los programas de promoción de la salud (Hancourt, 2015).

El trabajo sexual en las calles o lugares públicos es probablemente el tipo de prostitución más ampliamente extendido, a pesar de que muchas trabajadoras sexuales consideran al trabajo en las calles como indeseable debido al peligro de violencia y otras formas de hostilidad social; lo que se contrapone a las preferencias de otras mujeres que se centra en la autonomía relativa de su trabajo y condiciones no reguladas del trabajo fuera de un lugar comercial (Hancourt, 2015). Se puede de esta forma argumentar que el trabajo sexual conlleva un continuum de riesgos que prioriza ciertos tipos de peligros, dependiendo de las consecuencias percibidas y del grado de control que nos individuos consideran tener en minimizar la posibilidad de la ocurrencia de estos

riesgos; el riesgo de violencia es considerado de mayor ansiedad debido a la alta prevalencia de la misma en el ámbito del trabajo sexual (Sanders, 2004).

En este contexto se puede definir a la salud ocupacional como la salud de la trabajadora sexual en su ambiente de trabajo, cuyas dimensiones han emergido e incluyen riesgos legales que por la falta de regulación del trabajo sexual las mujeres son víctimas frecuentes de detenciones arbitrarias, extorsiones y amenazas por parte de las fuerzas de seguridad (RedTrabSex, 2015); riesgos asociados a negocios particulares como domicilios, burdeles y calles, como se evidencia en el estudio “5 razones por las cuales el trabajo Sexual debe ser regulado” realizado por la Red de Trabajadoras Sexuales en el año 2015, que indica la persecución de las fuerzas de seguridad, detenciones, allanamientos y clausuras de domicilios particulares y burdeles, acompañado de violencia hacia las mujeres trabajadoras sexuales y a sus familias, como se reporta en Honduras en donde se registraron 19 ejecuciones, en El Salvador 27 ejecuciones, en Chile 16 ejecuciones, las cuales no son legalmente justificadas y han quedado en la impunidad (RedTraSex, Executive Summary, s.f.). Además se describe la existencia de violencia por parte de los clientes como se evidencia en un estudio no experimental, descriptivo que incluyó 103 mujeres trabajadoras sexuales en el año 2010 en la ciudad de México en donde más de la mitad de ellas (52,4%), fue víctima de violencia en el lugar de trabajo, de las cuales el 95,8% sufrió violencia física, 26% violencia sexuales, 24% violencia emocional, perpetradas en un 77,2% por los clientes, y en un 30,2% por los propietarios o empleados de los bares y de forma interesante el 97,9% de los casos de violencia fueron por las compañeras de trabajo (Rodríguez & Fuentes& Ramos-Lira, 2014), lo que conlleva riesgos para la salud mental, consumo de alcohol y abuso de drogas, evidenciándose que un 97% de las mujeres son presionadas por los clientes y encargados de sitios de trabajo para beber alcohol y además existe

una asociación de las experiencias de violencia y el consumo de drogas como la cocaína. (Rodríguez, et al, 2014).

Se conoce además que las mujeres sufren lesiones por esfuerzos repetitivos, infecciones de transmisión sexual, riesgos asociados con clases particulares de clientes que en definitiva tienen como trasfondo la falta de regulación, estigma y barreras legales del trabajo sexual.

De esta manera se puede evidenciar que el estigma en frente del trabajo sexual ha genitalizado a las mujeres dedicadas a esta labor, obviando muchos de los riesgos que acompañan per sé al trabajo sexual, y planteando estrategias que van dirigidas a la protección de los clientes violentando la autonomía de ambas partes; debido a que las estrategias de control de las infecciones de transmisión sexual se han orientado en la provisión de condones masculinos, siendo las mujeres trabajadoras sexuales quienes tiene que proveer a sus clientes y que en definitiva ellos tienen el derecho de decidir si usarlos o no, lo cual implica que las mujeres dependen en cierta medida de la decisión de la otra parte y por ende su seguridad también.

Problema

El concepto de salud ocupacional y seguridad de las trabajadoras sexuales ha sido escasamente investigado, probablemente debido a la naturaleza informal del lugar de trabajo, el estigma asociado y la naturaleza ilegal frecuente de esta actividad. Ha sido víctima de discursos morales que ignoran, devalúan o condenan el trabajo sexual de manera que tratan de controlar la salud para el beneficio del cliente en lugar de la trabajadora sexual (Ross, 2012). Los problemas entorno a la salud ocupacional también está influenciado por puntos de vista que enmarcan al trabajo sexual como abuso, basada en la pobreza por un lado y por otro como una opción ocupacional ignorando de forma frecuente el contexto social y cultural (Lazarus, 2012).

El resultado del estigma del trabajo sexual ha sido por varias décadas la creación de programas dirigidos a la atención de las enfermedades de transmisión sexual, genitalizando la salud de la mujer trabajadora sexual e invisibilizando los riesgos ocupacionales que el trabajo sexual tiene de forma holística, que no solamente implica la relación sexual, sino también su entorno social. (Spice 2007).

La falta de reconocimiento de las necesidades en salud y seguridad de las mujeres trabajadoras sexuales significa que la prostitución no se considera como una ocupación legítima a pesar del cada vez creciente y sustancial tamaño de la fuerza laboral (Ross, 2012). La provisión de servicios a esta población tan heterogénea, debe ser adaptada a las necesidades locales expresadas desde la visión de las mujeres, lo cual toma en consideración el propio contexto profesional, conductual y social del individuo (Spice, 2007).

Los programas de salud dirigidos a este grupo poblacional tanto en investigaciones como en intervenciones de salud pública se han enfocado casi de forma exclusiva a la prevención de infecciones de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia adquirida; reduciendo de esta forma a las mujeres trabajadoras sexuales a potenciales riesgos de infección para sus clientes y familias, e ignorándolas como personas con otras necesidades de atención para la salud (Chacham & Diniz, 2007). Es necesario entonces considerar que en esencia existen consideraciones émicas (desde la perspectiva de la mujer trabajadora sexual considerando su entorno) y consideraciones éticas (desde la perspectiva del investigador u observador) y otras que son perspectivas generales locales. La perspectiva general denota la preponderancia de aspectos como el estigma, y el escaso acceso a los recursos, la perspectiva local por otro lado identifica a actores específicos, actitudes, prácticas y barreras de seguridad y salud y recursos (Ross, 2012).

Las mujeres trabajadoras sexuales construyen un continuum de riesgos que prioriza ciertos tipos de peligros, en función de las consecuencias percibidas y el grado de control que tienen para minimizar la posibilidad de que un riesgo se produzca (Sanders, 2004). A pesar de que los problemas relacionados con la salud en el trabajo son una preocupación real para muchas de las mujeres, y a que generalmente tienen estrategias para manejar los riesgos del trabajo, se ha dado muy poca importancia a la categoría de los riesgos en el trabajo, comparado con otros tipos de riesgo (Sanders, 2004).

Los riesgos ocupacionales que deben ser tomados en cuenta en la vida de las mujeres trabajadoras sexuales incluyen: violencia física y sexual, acoso, infecciones de transmisión sexual, problemas vesicales, trastornos musculoesqueléticos, estrés, depresión, adicciones al alcohol y drogas, alergia al látex, (Groneberg & Molliné, 2006), exposición a temperaturas extremas y muerte (Rivera, 2010). La regulación y el control de los riesgos de la salud ocupacional son estrategias que influyen de forma significativa en la reducción de riesgos, lo cual también implica que se deba plantear la desestigmatización del trabajo sexual y sus servicios en lugar de implementar un arsenal de programas que promueven la “rehabilitación” de las mujeres dedicadas a este oficio (Sanders, 2004). Otros riesgos ocupacionales que van ligados a la decisión del cliente y al lugar de la prestación del servicio sexual constituyen las relaciones sexuales forzadas sin uso de preservativos y el robo del dinero por parte de los clientes. (Ross, 2012).

La falta de reconocimiento de las necesidades de salud y seguridad de las mujeres trabajadoras sexuales sesga a la mujer como un vector para las patologías relacionadas con el trabajo sexual, e invisibiliza las necesidades como mujeres y como profesionales del trabajo sexual.

Objetivos

General.

Identificar los factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres trabajadoras sexuales en su ambiente laboral considerando todos aquellos que influyan en la salud de la mujer en forma integral y no solamente los riesgos relacionados con su esfera sexual.

Específicos.

- Caracterizar la población de mujeres que se dedica al trabajo sexual.
- Identificar los factores de riesgo en relación con las características sobresalientes de la población de estudio.
- Establecer las posibles relaciones de los distintos factores de riesgos ocupacionales con los efectos en salud, para contribuir al desarrollo de intervenciones que tomen en consideración la salud ocupacional de las mujeres trabajadoras sexuales.

CAPÍTULO 2- Revisión de la literatura

La salud ocupacional de las trabajadoras sexuales ha sido un concepto escasamente investigado. Hasta hoy ha sido víctima de discursos morales, que ignoran, devalúan y condenan a las mujeres o el control de su salud al beneficio del cliente. Estos problemas están influenciados por los diferentes sentidos que tiene el ejercicio del trabajo sexual, relacionándolo con pobreza y falta de empoderamiento de las mujeres por un lado, o como una ocupación de libre elección pero con un contexto cultural y social particular frecuentemente ignorado.

Las dimensiones que han emergido en torno a este tema incluyen los riesgos legales y policiales, riesgos asociados con ambientes de trabajo en particular como calles o burdeles, violencia por parte de los clientes y compañeros de trabajo, riesgos para la salud mental, uso de alcohol y drogas, lesiones producidas por esfuerzos repetitivos, infecciones de transmisión sexual, riesgos asociados con clases particulares de clientes, los cuales se complementan con la falta de control, estigma y barreras legales que impide a las mujeres el reclamo de sus derechos (Ross, 2012).

La ausencia de regulaciones o políticas que resguarden la salud y seguridad de las trabajadoras sexuales surgen en gran medida del estigma moral, legal, religioso, que junto con la percepción de que la mayor parte del trabajo sexual involucra a mujeres está asociado a una devaluación de la salud y necesidades ocupacionales de las trabajadoras sexuales (Ross, 2012). Esta falta de reconocimiento significa entonces que el trabajo sexual no está contemplado como una ocupación legítima a pesar del tamaño sustancial de la fuerza de trabajo.

Uno de los problemas que se relaciona sustancialmente con la regulación del trabajo sexual y la salud ocupacional, es la naturaleza de lugar de trabajo; las mujeres que ejercen su actividad en burdeles son consideradas trabajadoras legítimas, pero muchas de las mujeres

trabajan en lugares al aire libre, hoteles o moteles, en sus domicilios habituales, en habitaciones alquiladas por horas o días, y que no son consideradas como “lugares de trabajo” y que por lo tanto no tienen las protecciones que garantizan un entorno de trabajo saludable (Ross, 2012).

Los problemas de naturaleza legal incluyen barreras que enfrentan las mujeres al requerir apoyo policial, y sobrepuesto a esto, se encuentra el hecho de que las mujeres trabajadoras sexuales viven de las ganancias del ejercicio de su profesión, migran de diversas partes del mundo sin documentos reconocidos en el país de destino, manejan negocios que incluyen a grupos de mujeres trabajadoras sexuales en condiciones de ilegales de residencia o estancia en el país de destino. (Ross, 2012). Esto conlleva a que las mujeres trabajadoras sexuales sean violentadas y aprehendidas por la fuerza policial, sumada a la clausura injustificada de sus sitios de trabajo (Scorgie, 2011), que son causales de consecuencias negativas en su salud. En el caso de las trabajadoras sexuales que están en las calles, al evitar ser vistas por la policía, reducen el tiempo de negociación con el cliente antes de subir al vehículo, lo que implica que estén expuestas a actos sexuales de mayor riesgo y a clientes violentos. Se conoce además que algunas mujeres trabajadoras sexuales, para no tener “evidencias” que las expongan a ser aprehendidas, evitan la tenencia de métodos anticonceptivos de barrera. En el caso de las mujeres que trabajan en burdeles, se encontró en un estudio realizado en Bangladesh en el año 2002, que con el cierre forzado de los burdeles, el número de trabajadoras sexuales se redujo, pero el número promedio de clientes por mujer trabajadora sexual aumentó, mientras que la seguridad en términos de violencia y relaciones sexuales sin protección no se modificó. (Jenkins & Rahman, 2002). Los riesgos relacionados al lugar de trabajo varían también en relación a los clientes, ya que de acuerdo al lugar de ejercicio del trabajo sexual las mujeres tienen clientes casuales y regulares que implica ninguno o algunos episodios de relaciones sexuales y relaciones frecuentes y a largo

plazo. La condición de “regular” implica el no uso de condones en las relaciones sexuales (Jenkins & Rahman, 2002). En Australia, de acuerdo a un estudio realizado acerca de los riesgos ocupacionales de las mujeres trabajadoras sexuales, se evidenció que alrededor del 50% de las mujeres trabajadoras sexuales ilegales sufrieron violencia por parte de los clientes comparado con el 3% de mujeres que laboran en burdeles y 15% de trabajadoras sexuales privadas. Además se reportó que para las mujeres en condición de ilegales son más propensas a las propuestas monetarias más altas para la consumación de relaciones sexuales sin protección. (Sib & Debattista & Fischer, 2008). Las consecuencias sobre la salud sexual de acuerdo a lo expuesto, se pueden evidenciar en el mismo estudio que muestra que la prevalencia de infecciones de transmisión sexual fue 80 veces superior entre las mujeres en condición de ilegales.

El acto sexual puede causar lesiones por esfuerzos repetitivos, si se realizan con frecuencia, evidenciándose patologías musculoesqueléticas en muñecas, brazos, hombros, debido a acciones denominadas “hand jobs”, entendidas como actividades sexuales realizadas con las manos, dolor mandibular como resultado de fellatios en repetidas ocasiones lo cual tiene una relación con la infección oral de gonococo, lesiones lumbares y en pies relacionadas al uso de tacones y a actividades relacionadas con shows de baile, etc.; que son consideradas como lesiones por esfuerzos repetitivos tipo 1 descritos por el UK National Health Service (Alexander, 1998), lo que tiene un impacto significativo en la salud mental, reportándose altas prevalencias de síndrome de estrés postraumático poniendo en evidencia que los riesgos para las mujeres dedicadas a esta labor van más allá de las enfermedades de transmisión sexual y la genitalización (entendida como la atención sanitaria enfocada a la salud sexual y genitales de las mujeres) de la salud de las trabajadoras sexuales.

El uso de alcohol y drogas ha sido asociado frecuentemente al trabajo sexual, tanto por la naturaleza del trabajo que conlleva a la automedicación y también por la relativa necesidad de conseguir dinero para financiar hábitos de consumo. (Ross, 2012). El consumo de alcohol tiene varias aristas, en algunos casos las mujeres son obligadas por los dueños de los burdeles a consumir (Rodríguez, 2014), mientras que como se evidencia en un estudio realizado en las “cantineras” en Centro América en donde las mujeres trabajadoras sexuales que son latinoamericanas, ganan comisiones por cada cerveza consumida por los clientes; el consumo es obligatorio y pagado por los clientes que esperan tener relaciones sexuales. El consumo promedio de alcohol en estos sitios por día de trabajo es de 11 cervezas. Esto traduce un problema de salud ocupacional para las mujeres trabajadoras sexuales que atienden clientes en estado de embriaguez (Fernández-Esquer, 2003).

En el contexto del trabajo sexual son muchos los factores a considerar por su interdependencia con el entorno en que se desarrolla y por la importancia en el momento de discutir los riesgos de la salud ocupacional de las mujeres, considerando que para algunas trabajadoras sexuales existe una mínima, si es que alguna opción para decidir sobre si mismas en su ocupación, para otras la decisión es libre y racional. Es importante, para la atención integral de la salud de las mujeres trabajadoras sexuales, tener en cuenta los factores de riesgo ocupacionales bajo un marco de derechos, considerando que su ambiente laboral no comprometa su seguridad como mujer trabajadora sexual.

CAPÍTULO 3 – ARTÍCULO

Título de estudio:

Riesgos Ocupacionales de las Mujeres Trabajadoras Sexuales

RESUMEN

Antecedente: La salud ocupacional y los riesgos laborales de las mujeres trabajadoras sexuales han sido muy poco investigados, probablemente por la naturaleza informal de esta actividad y por la tendencia a reducir los riesgos y los efectos de salud a la esfera sexual. Los programas de Salud Pública se han enfocado casi exclusivamente al control de las enfermedades de transmisión sexual y VIH, considerando a la mujer trabajadora sexual un vector de enfermedades sexualmente transmitidas y direccionando la atención de la salud al cuidado de la salud del cliente. El trabajo sexual se desarrolla en un entorno complejo con factores de riesgo influenciados por un marco legal ambiguo, que impacta en las esferas de salud física-biológica, emocional y psicológica de las mujeres trabajadoras sexuales. *Objetivo:* Identificar los factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres trabajadoras sexuales en su ambiente laboral, para establecer posibles relaciones con los eventos en salud autopercebida. *Métodos:* La investigación se realizó a través de un diseño transversal, cuantitativo descriptivo en abril de 2016, con mujeres trabajadoras sexuales que acudieron a los servicios del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA de los sectores centro y centro norte de la ciudad de Quito (N=200). Las características sociodemográficas y factores de riesgo ocupacional como: condiciones de ambiente laboral inadecuadas, violencia física y psicológica, consumo de sustancias y falta de acceso a servicios de salud, fueron investigados en relación a la salud física, psicológica, emocional. Para el análisis se realizó un estudio descriptivo de prevalencias y para la relación entre los factores de riesgo y los efectos en salud se utilizaron tablas de contingencia, aplicando el Test de Fisher y chi cuadrado, considerándose significativos los casos con un valor de $p < 0,05$. *Resultados:* El trabajo sexual como un determinante, por su condicionamiento en salud, bajo un marco legal impreciso, es ejercido mayoritariamente por mujeres jóvenes, con educación básica; éste se desarrolla en un entorno de violencia, con condiciones ergonómicas inadecuadas de trabajo que obligan al consumo prevalente de sustancias como el alcohol y que tienen una relación significativa con eventos negativos en las tres esferas de salud, principalmente la emocional. La dificultad de acceso a servicios de salud de las trabajadoras sexuales se relaciona con el hecho de que no cuentan con seguridad social, por lo que gran parte acude a los centros y hospitales públicos de atención en caso de enfermedad. *Conclusiones:* El trabajo sexual se desarrolla en un entorno complejo, donde los factores de riesgo ocupacionales son multidireccionales y tienen consecuencias sustanciales especialmente en la salud mental de estas mujeres. Desde la perspectiva de la Salud Pública el trabajo sexual es una actividad tributaria de derechos laborales, no así desde la visión de las mujeres trabajadoras sexuales. Los programas para la atención de las mujeres trabajadoras sexuales han genitalizado su salud, por lo que deberían replantearse de acuerdo a las necesidades y visión de esta población.

Palabras clave: Trabajo sexual, riesgos ocupacionales, salud ocupacional, prostitución.

Study title:

Occupational Risks of Female Sex Workers

ABSTRACT

Background: Occupational health and hazards of female sex workers have been scarcely inquired, probably because of the informal nature of this activity and the tendency to lessen risks and health events to the sexual sphere. Public Health programs have focused, almost exclusively, on sexually transmitted diseases and HIV control, considering female workers as vectors of these diseases and directing the attention to the clients' health. Sex work comes about in a complex environment and has risk factors that are influenced by the ambiguity of the legal framework, this situation impacts in the spheres of the physical/biological, emotional and psychological health of the female sex workers. *Objective:* Identify the risk factors to which the female sex workers are exposed to in their work environment, in order to determine possible relations with the self-perceived health events. *Methodology:* The research was made using a transversal design, quantitative-descriptive, on April 2016, with female sex workers that attended the services of the "Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA" in the center and north-center sectors of Quito (N=200). The sociodemographic characteristics and occupational risk factors such as: inadequate working environment conditions, physical and psychological violence, drug consumption and lack of access to health services, were studied in relation to the physical, psychological and emotional health. A descriptive study of prevalence was made for the analysis, and contingency tables for the relation between the risk factors and the effects in health, applying the Fisher and chi-squared tests, considering significant the cases which value is $p < 0,05$. *Results:* Sex work is practiced mostly by young women with primary education under an imprecise legal framework; it is as a determinant for its health conditioning and is developed in a violent environment under inadequate ergonomic conditions that force prevalent consumption of substances like alcohol and have a significant relation to negative events in the three health spheres, mainly the emotional. The lack of social security is related to the difficulties female sex workers have accessing health services; this is why most of them attend public hospitals and health centers in case of illness. *Conclusions:* Sex work is developed in a complex environment, where occupational risk factors are multi-directional and have substantial consequences, especially in the mental health of these women. From the public health perspective, sex work is an activity that merits labor rights, unlike female sex workers' point of view. Health attention programs for female sex workers have genitalized their health, which should be reconsidered and reformulated in order to fit the needs and vision of this population.

Key words: Sex work, occupational risks, occupational health, prostitution.

INTRODUCCIÓN

La Salud Ocupacional de las mujeres trabajadoras sexuales ha sido un concepto escasamente investigado, probablemente debido al estigma asociado, la naturaleza informal del lugar de trabajo, y al contexto ilegal frecuente de esta actividad. Hasta hoy ha sido víctima de discursos morales, que ignoran, devalúan y condenan el control de la salud de las mujeres al beneficio del cliente. (Ross, 2012). El resultado del estigma del trabajo sexual ha sido por varias décadas, la creación de programas dirigidos a la atención de las enfermedades de transmisión sexual, genitalizando la salud de la mujer trabajadora sexual e invisibilizando los riesgos ocupacionales que el trabajo sexual tiene de forma holística, que no solamente implica la relación sexual, sino también su entorno social. (Spice 2007).

El trabajo sexual conlleva un continuum de riesgos que prioriza ciertos tipos de peligros, dependiendo de las consecuencias percibidas y del grado de control que las mujeres consideran tener en minimizar la posibilidad de la ocurrencia de estos riesgos (Sanders, 2004). A pesar de que los problemas relacionados con la salud en el trabajo son una preocupación real para muchas de estas mujeres, se ha dado muy poca importancia a la categoría de los riesgos en el trabajo, comparado con otros tipos de riesgo por ejemplo aquellos de la esfera de la Salud Sexual y Reproductiva (Sanders, 2004). Los programas de Salud Pública dirigidos a este grupo poblacional tanto en investigaciones como en intervenciones se han enfocado casi de forma exclusiva a la prevención de infecciones de transmisión sexual y virus de inmunodeficiencia adquirida, reduciendo de esta forma a las mujeres trabajadoras sexuales a potenciales riesgos de infección para sus clientes y familias, e ignorándolas como personas con otras necesidades de atención para la salud (Chacham & Diniz, 2007). En Ecuador la mayoría de programas de Salud Pública dirigidos a las mujeres trabajadoras sexuales se sustentan en la atención y control de las

infecciones de transmisión sexual, como se evidencia en la Guía Nacional de Normas y Procedimiento de Atención Integral para Trabajadoras Sexuales del Ministerio de Salud Pública (Rojas, 2008).

Para definir los riesgos ocupacionales de las mujeres trabajadoras sexuales, es necesario resaltar, que existen consideraciones émicas (desde la perspectiva de la mujer trabajadora sexual considerando su entorno) y consideraciones éticas (desde la perspectiva del investigador u observador) y otras que son perspectivas generales locales, (Ross, 2012). Los estudios realizados con las mujeres trabajadoras sexuales en torno a estas consideraciones señalan que, los factores de riesgo y dimensiones emergentes, en la esfera de la salud ocupacional de las mujeres trabajadoras sexuales incluyen: violencia física y psicológica por parte de clientes y autoridades de orden, riesgos relacionados con condiciones laborales inadecuadas según el lugar habitual del ejercicio de la profesión, consumo de sustancias (alcohol, cigarrillos, drogas), barreras legales, barreras de atención sanitaria, y riesgos derivados propiamente del acto sexual, por ejemplo, por la exposición a esfuerzos repetitivos, posturas determinadas por largos periodos de tiempo, uso de tacones, que finalmente se relacionan con la presencia de efectos deletéreos en la esfera de la salud física, emocional y psicológica de las mujeres trabajadoras sexuales (Alexander, 1998).

Al respecto, en un estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales de América Latina y el Caribe, Subregión Ecuador, el 83% de las mujeres encuestadas hace uso del sistema público de salud (RedTrabSex, 2012) y el 17% utiliza servicios privados de salud, siendo el principal motivo de uso de estos servicios, la atención obligatoria para la realización de controles sanitarios.

La falta de reconocimiento de las necesidades de Salud Ocupacional de las mujeres trabajadoras sexuales significa que, el trabajo sexual no se considera una ocupación legítima, a pesar del cada vez creciente y sustancial tamaño de la fuerza laboral (Ross, 2012).

En el ámbito del trabajo sexual, la identificación de los factores de riesgo y exposición y su relación con los efectos en las esferas de salud física, emocional y psicológica de las mujeres trabajadoras sexuales, son esenciales para implementar estrategias enfocadas en la atención holística de la salud ocupacional. Desde esta perspectiva, el objetivo de este estudio fue identificar los factores de riesgo a los que están expuestas las mujeres trabajadoras sexuales en su ambiente laboral, considerando todos aquellos que influyan en la salud de la mujer en forma integral y no solamente los riesgos relacionados con su esfera sexual.

Metodología

Diseño de Estudio.

Es un estudio transversal, cuantitativo descriptivo, realizado durante el mes de Abril del 2016 con una población de mujeres dedicadas al trabajo sexual.

Población de Estudio.

La población de estudio fueron a 200 mujeres dedicadas al trabajo sexual que acudieron a los servicios del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA de los sectores del centro y centro norte de la ciudad de Quito. Se trató de una muestra a conveniencia; para el número se consideró la afluencia diaria de las mujeres a las citas médicas por primera vez y subsecuentes para la obtención mensual de la tarjeta de salud profiláctica, documento habilitante para el ejercicio de su actividad laboral. Los centros de atención fueron escogidos de manera conveniente debido a la facilidad de acceso a la

información que tenía la autora de este trabajo. La muestra incluyó mujeres que ejercen el trabajo sexual como su principal fuente económica de subsistencia de forma voluntaria, tanto en las calles como en locales o clubs, de edad mayor a 18 años, de cualquier nacionalidad, que residan de forma habitual en Ecuador. Se excluyó a toda mujer que sea menor de 18 años de edad.

Colecta de Datos.

Para la colecta de datos se utilizó una encuesta, con la mayor parte de preguntas cerradas. Las preguntas del cuestionario fueron desarrollados en base a la revisión de la literatura explorando aspectos de factores de riesgo ocupacionales y efectos en la salud de este grupo poblacional.

Previo a la colecta de datos se realizó una prueba de campo con 10 mujeres del Centro Norte para verificar el cuestionario en cuanto a comprensión, y eventual incomodidad de las encuestadas ante alguna de las preguntas.

La colecta de datos se realizó en los primeros 15 días del mes de abril del año 2016, debido a la mayor afluencia de mujeres trabajadoras sexuales al inicio de cada mes; la selección del mes fue por conveniencia. Las mujeres fueron entrevistadas en horas de la mañana, posterior a la asignación de citas médicas, en las salas de espera de los servicios de SIVE. Se declaró no tener conflictos de interés y se especificaron los objetivos, los antecedentes, los beneficios y los riesgos, aclarando que la participación es voluntaria y anónima lo cual fue sustentado mediante un consentimiento informado previamente aprobado por el Comité de Ética en Seres Humanos de la Universidad San Francisco de Quito. Las encuestas fueron identificadas por códigos numéricos asegurando el anonimato de las participantes, siendo de manejo exclusivo de la investigadora principal.

Variables de estudio.

Las variables fueron agrupadas en 3 dimensiones en función de la literatura revisada: 1) características sociodemográficos; 2) factores de riesgo ocupacional o exposición; 3) efectos en salud autopercebida (Alexander, 1998; Sanders, 2004; Gillian, 2011).

En la dimensión sociodemográfica las variables utilizadas fueron: la edad, categorizada como 18 a 25 años, 26 a 33 años, 34 a 40 años, > de 40 años; el estado civil categorizada como casada, viuda, divorciada, separada, soltera, unión libre. La etnia, fue categorizada como indígena, montubia, mestiza, blanca y afro/mulata, para el análisis ésta última categoría fue agregada entre las dos. El nivel de educación categorizada como preparatorio 1° grado de escuela, básica hasta 4° grado de escuela, básica hasta 7° grado de escuela, básica superior hasta 10° de colegio, bachillerato colegio completo y superior estudios universitarios, para el análisis fueron agregados en primario, bachillerato y superior. Además se incluyó al país de nacimiento, indagada como pregunta abierta que para el análisis se categorizó en: Ecuador, Colombia, Venezuela y Centroamérica (Cuba, República Dominicana). El lugar de trabajo, categorizado como calles, clubs/bares, moteles/casa de clientes/casa de residencia; ingresos económicos categorizados como \$150 a \$350, \$351-\$550, \$551 a \$750, \$751 a \$1000, > \$1000, los cuales fueron agregados en \$150 a \$550, de \$551 a \$1000, > \$1000 (Molina, s.f).

Las *variables de exposición o factores de riesgo* incluyen: la edad de inicio de trabajo sexual, categorizada como: < de 18 años, de 18 a 25 años, de 26 a 32 años, de 33 a 39 años y > de 40 años; días de trabajo a la semana, categorizada como: entre 1 y 2 días, entre 3 y 4 días, 5 días, entre 6 y 7 días; horas de trabajo a la semana, categorizada como: < de 20 horas, de 21 a 39 horas, 40 horas, de 41 a 50 horas, de 51 a 70 horas; número de clientes atendidos al día, categorizada como: de 1 a 3 clientes, de 4 a 8 clientes, de 9 a 15 clientes, y las variables

dicotómicas categorizadas como si y no: actividades no contempladas en la jornada de trabajo, violencia física por parte de clientes, violencia psicológica por parte de clientes, posturas por periodos de tiempo prolongados, movimientos forzados repetidos, uso de tacones; además se incluyen la variables condiciones del lugar de trabajo categorizadas como temperaturas extremas, ruido, humo de automóviles o cigarrillos, iluminación deficiente o excesiva, ausencia de sitios de descanso, y otros (Rivera, 2010); consumo de sustancias en el trabajo, categorizadas como: cigarrillo (unidades/día): 1 a 3 unidades, 4-10 unidades, hasta 20 unidades; alcohol (vasos/día): 1 a 2 vasos, 3 a 9 vasos, > de 10 vasos; drogas: cocaína, marihuana, varias, seguida de la variable razones de consumo, categorizada como: es habito suyo, porque le gusta, porque es parte del trabajo, para que sus actividades laborales sean más llevaderas. La situación legal respecto a autoridades fue categorizada como clausuras de lugares de trabajo, golpes por parte de policías, insultos por parte de policías, retiro no justificado de documentos personales, ausencia de problemas legales y otros, (Ross, 2012). La situación legal respecto a los clientes fue categorizada como: denuncia a autoridades, reporta a compañeras de trabajo, lo arregla por su propia cuenta, deja pasar el incidente (Scorgie, 2011). La seguridad en salud fue categorizada como: seguro de salud privado, seguro de salud social, ambos; lugar de atención sanitaria, categorizada como: los hospitales y centros de salud pública, clínicas y hospitales privados, médicos particulares y el uso de métodos propios de curación, otros.

En la categoría *variables de efecto*, se incluyen: salud física autopercebida, categorizada como: dolor de espalda, dolor de muñecas, hombros, brazos, dolor mandibular, dolor estomacal por grandes periodos de ayuno, ardor al orinar, otros dolores; salud emocional autoreportada relacionada con el impacto en la salud mental producto de los roles emocionales que adopta la mujer en su ambiente público y privado (Gillian, 2011), categorizada como: cansada sin energía,

estresada, frustrada, apática, otra; la salud psicológica autoreportada fue categorizada como: falta de amor por usted misma, falta de apoyo de familiares y amigos, su pareja le trata mal, vergüenza de usted misma, tristeza (Alexander, 1998).

Análisis

La base de datos fue construida mediante la digitalización de las encuestas en el programa CSPRO, de acuerdo al número de mujeres incluidas. Se utilizó el programa STATA versión 12 para el análisis descriptivo de las variables, agrupadas en tres dimensiones: características sociodemográficas, factores de riesgo, efectos del trabajo sexual. Se construyeron nuevas variables, a partir de las ya existentes, en los casos en que por el número bajo de frecuencias fue posible agregar información entre las categorías de una misma variable.

Posteriormente se realizó un análisis exploratorio, a través de tablas de contingencia, aplicando el test de chi cuadrado y Fisher, a fin de poder establecer la relación entre factores de riesgo relacionados con las condiciones de ambiente laboral, la violencia por parte de clientes y autoridades, las condiciones legales del trabajo con las variables de efectos en salud, considerando la salud como emocional, física auto percibida y psicológica; se consideró una relación significativa a los casos que tenían un valor de p inferior a 0,05.

Resultados

El rango de edad de las participantes se encontró entre 18 a 33 años (77%), siendo el 53.5% de estado civil solteras en tanto que el 18.5% están en unión libre. Respecto a la etnia de las personas entrevistadas el 60.5% son mestizas, con un nivel de estudio de primaria en el 39.5% de las mujeres. El 69% son ecuatorianas de nacimiento mientras que el porcentaje restante provienen de Colombia, Venezuela y Centroamérica. El 84% de las trabajadoras sexuales del estudio trabaja en clubes o bares, y sus ingresos mensuales fluctúan entre \$150 y \$1000 dólares en el 78%. (Ver Tabla 1).

Respecto a los factores de riesgo ocupacional de las mujeres trabajadoras sexuales, la mitad de las participantes (52.5%) empezó su ocupación como trabajadora sexual entre los 18 y 25 años, sin embargo el 12.5% lo hizo una edad menor de 18 años. En el curso de su actividad laboral semanal el 44.5% de mujeres atiende entre 4-8 clientes por semana, el 52% de ellas trabaja entre 3 y 5 días a la semana, y el 66.5% trabaja más de 40 horas por semana. En el lugar de ejercicio de su trabajo el 56.50% de las mujeres permanecen en determinadas posturas por periodos de tiempo prolongados; el 51.50% de estas realizan movimientos repetitivos y un 95.50% usa tacones y están expuestas mayoritariamente a temperaturas extremas (71.5%), ruido (86%), ausencia de sitios de descanso (62%), e iluminación deficiente o extrema (58%) (Ver Tabla 2).

En cuanto al consumo de sustancias, la que más se consume es el alcohol en un 82.5%, seguido de cigarrillos en un 34% y cocaína en un 27.27%, siendo reportado por un 65% de mujeres que el consumo forma parte de su trabajo diario y en 57.5% que el mismo se lo realiza para que sus actividades durante su jornada laboral sean más llevaderas. (Ver Tabla 2).

De acuerdo a las condiciones legales, las tres cuartas partes de las participantes (78.5%) han sufrido clausuras injustificadas de los lugares de trabajo, y de estas el 35.5% ha sido víctima de retiro de documentos personales por parte de autoridades. Un 17.5% de las mujeres ha recibido insultos por parte de la policía y el 47% ha sido víctima de violencia psicológica con insultos en su interacción con los clientes; en contraste con el 14.5% de mujeres que ha sufrido violencia física, golpes, por parte de clientes, y el 8.5% de mujeres ha sido golpeada por la policía. En respuesta a los eventos violentos en el sitio de trabajo, el 36.5% de las mujeres denuncia el hecho a las autoridades de orden, el 58.5% lo arregla por sus propios métodos y el 66.5% reporta el hecho a sus compañeras de trabajo (Ver Tabla 2).

En cuanto al acceso a los servicios de salud, apenas un 12.5% de las mujeres cuentan con un seguro de salud, de estas, únicamente el 5% tiene Seguro Social. En caso de enfermedad, el 77.5% de las mujeres refirió acudir a Hospitales y Centros de Salud Pública, en tanto el 43% reportó usar sus propios métodos de curación. Con relación a los problemas en la salud física reportados, la mayor parte fueron osteomusculares, de estos, el 83.5% de las mujeres reportó haber sentido dolor de espalda, el 60.5% reportó dolor de hombros, brazos y muñecas y el 66% reportó haber sentido dolor gástrico por grandes períodos de ayuno. En la esfera emocional la mayoría de mujeres (90%) reportó sentir cansancio y estrés, el 71% reportó sentirse frustrada, 60.5% se sintió apática, el 79% sintió tristeza, y el 60% sintió vergüenza de sí misma, como producto de su actividad laboral principal (Ver Tabla 3).

En el análisis exploratorio de la relación entre condiciones de ambiente laboral y efectos en la salud, se observó que el área más afectada fue la de la salud emocional. La frustración fue el evento de salud emocional que se observó significativamente relacionado ($p < 0.05$) con todos los factores de riesgo de las condiciones del ambiente laboral. Por ejemplo la exposición a iluminación extrema o insuficiente, la ausencia de sitios de descanso, se encontraron relacionados significativamente ($p < 0.05$). Estos dos factores de riesgo laboral se relacionaron además de manera significativa con la presencia de dolor estomacal por ayuno. (Ver tabla 3). Aunque no se reporta en tablas el 59% de las mujeres que se sintieron frustradas, tuvieron que realizar posturas determinadas por largos periodos de tiempo y movimientos repetitivos (Ver tabla 4).

La presencia de frustración y apatía se observó significativamente ($p < 0.05$) relacionada con el hecho de haber sido víctimas de violencia por parte de sus clientes y policía. Cuando estos incidentes fueron arreglados por su propia cuenta, apareció frustración, en tanto que cuando lo compartían con sus compañeras de trabajo, las mujeres principalmente manifestaron sentirse

estresadas. La clausura del lugar de trabajo estuvo significativamente relacionada ($p=0.000$) con el hecho de que las mujeres presentaron apatía; en tanto que el retiro injustificado de los documentos personales estuvo significativamente relacionado ($p < 0.05$) con sentirse estresada y apática (Ver tabla 5). La principal consecuencia en la salud física relacionada con las condiciones de violencia y clausura del lugar de trabajo, fue la presencia de dolor estomacal por ayuno, y en menor proporción, dolores osteomusculares (Ver tabla 5).

En cuanto a la relación de los efectos en la salud psicológica y el consumo de sustancias se observó una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el hecho de consumir alcohol y tener problemas de autoestima como: falta de amor por sí misma, así como falta de apoyo de familiares y amigos (información no consta en tablas). El consumo de alcohol se mostró significativamente ($p < 0.05$) asociado con el trabajo sexual, tanto porque forma parte de sus actividades laborales, como porque a través del consumo el trabajo diario se hace más llevadero.

En cuanto al uso de los servicios sanitarios públicos, a pesar de que el dolor estomacal fue una de las molestias más prevalentes, las mujeres trabajadoras sexuales no acudieron a los Hospitales y Centros Sanitarios Públicos para atender esta molestia, ellas prefirieron recurrir a prestadores privados de salud o usar sus métodos propios de curación para atender este problema. El mismo patrón de búsqueda de atención se observó con las afecciones urinarias (Ver tabla 6).

Discusión

El ámbito de la salud ocupacional en el trabajo sexual ha sido un tema poco investigado, probablemente por la naturaleza informal del trabajo y por su reducción de los eventos de salud sufridos por esta población al ámbito de la esfera sexual. Los resultados de este estudio revelan el hecho de que el trabajo sexual no se limita a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). A

pesar de que la violencia, las ETS, el VIH son obviamente los riesgos más serios que enfrentan las profesionales del trabajo sexual, en términos de riesgo de mortalidad, no son necesariamente los más preocupantes para las mujeres en su trabajo diario. Por otro lado, se encuentran también los discursos morales que limitan el control de la salud de la mujer trabajadora sexual al beneficio de sus clientes, identificando a la mujer como posible vector de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) (Alexander, 1998).

En el estudio, el trabajo sexual fue principalmente ejercido por mujeres solteras o en unión libre, cuya edad se corresponde al pico de edad fértil, que han alcanzado un nivel de educación básica, y para quienes la actividad económica principal es el trabajo sexual. Estas características son particularmente importantes, debido a la elevada probabilidad de contraer una ETS o VIH, como principales eventos en salud de este grupo poblacional. Se puede inferir de la literatura revisada que en Latinoamérica, las mujeres trabajadoras sexuales tienen 12 veces más riesgo de infectarse con VIH; la prevalencia de esta enfermedad en estas mujeres es de 6.1% comparado con la población de mujeres que es de 0.4%, (Baral, Beyrer, 2012). El incremento de la vulnerabilidad de estas mujeres no se relaciona exclusivamente con factores de comportamiento, como por ejemplo, el número de parejas sexuales, que en promedio es de ocho clientes, sino también por factores estructurales como la ambigüedad legal del trabajo sexual, la violencia a sus derechos humanos, la violencia a la mujer, que finalmente tienen un impacto significativo en sus distintas esferas de salud.

Respecto al trabajo como un determinante social, por su condicionamiento en la salud, en el caso de esta población, la vulnerabilidad de derechos inicia desde que el Código de Trabajo del Ecuador, (Código Penal, artículo 528) no considera al trabajo sexual como una actividad laboral, y por ende no es tributario de la afiliación a la Seguridad Social como las demás ocupaciones.

Este aspecto fue confirmado en el estudio por el hecho de que tan solo el 6% de las mujeres estuvieron afiliadas al Seguro Social. En cuanto a la edad de vinculación con la actividad laboral, la mayor parte de mujeres reportó haber iniciado sus actividades laborales en el comercio sexual, después de haber cumplido la mayoría de edad (18 años), sin embargo un 12.5% de ellas lo hizo antes de la misma, indicando implícitamente que fueron víctimas de explotación sexual, según lo estipula el Código Integral Penal Ecuatoriano que indica que en los delitos sexuales, el consentimiento dado por la víctima menor de dieciocho años de edad, es irrelevante.

La mayor parte de mujeres trabaja bajo este marco legal de imprecisiones, que conduce a interpretaciones legales subjetivas por parte de las autoridades de orden, dueños de clubs o bares, moteles y clientes. En este estudio, las tres cuartas partes de las mujeres trabajadoras sexuales encuestadas, reportaron haber presenciado clausuras injustificadas del lugar de trabajo definidas como el cierre injustificado de lugares de trabajo que cumplen con normas de funcionamiento, y la tercera parte de ellas, además, fue víctima del retiro ilegal de documentos personales por parte de la policía. Estas ambigüedades se replican en otros países, por ejemplo, se reporta que en Estados Unidos se producen más de 500.000 arrestos a trabajadoras sexuales que laboran en las calles, sin embargo, en las estadísticas estadounidenses no se reconocen las detenciones como relacionadas con la prostitución, sino que se justifican por otras causas como: libar en las calles o consumir sustancias ilícitas (Uniform Crime Reports. Washington, DC 1995). En estos escenarios, además se produce un vaivén de actos de violencia tanto física como psicológica; la mayoría de mujeres reporta haber sido predominantemente violentada psicológicamente más, que físicamente, por parte de las autoridades y los clientes, lo que finalmente tiene un impacto negativo en todas las esferas de la salud de las trabajadoras sexuales.

El gran número de variables interrelacionadas sugiere que hay varias vías en el ámbito del trabajo sexual, que exponen a las mujeres a una variedad de riesgos ocupacionales. El lugar en donde se desenvuelve el intercurso sexual, es un factor condicional de exposición; la mayor parte de las mujeres en el estudio trabajaban en bares o clubs en condiciones laborales desfavorables, por ejemplo exposición a temperaturas extremas, ruido, iluminación insuficiente o extrema, y ausencia de sitios para tomar descansos, siendo estas dos últimas, las que tuvieron un impacto significativo en las afecciones de la salud física, y emocional, presentándose principalmente frustración y apatía, síntomas que forman parte de un espectro conocido de afecciones psicológicas en esta población, como: el síndrome de Estrés Postraumático y depresión (Sanders,2004). Farley et al, encontró que cerca del 70% de mujeres trabajadoras sexuales de Canadá, Colombia, Alemania, México, etc., cumplían criterios para Síndrome de Estrés Postraumático.

Las condiciones legales con respecto a las autoridades, la violencia en el trabajo por la policía y los clientes, son indicadores relacionados a estas afecciones psicológicas y a los síntomas ocupacionales que sugieren además que existen síntomas somáticos asociados. En Sudáfrica, por ejemplo, las mujeres que han formado parte de la industria sexual por un tiempo de 1 a 5 años, presentan dos veces más riesgo de tener un evento negativo con la policía, y el riesgo se triplica en aquellas mujeres que han trabajado por más de 5 años en el comercio sexual (Ritcher,& Chersich, 2012).

Las mujeres trabajadoras sexuales que han sentido frustración y apatía, han sido con más frecuencia, víctimas de violencia psicológica, que de violencia física, siendo que, este riesgo no está necesariamente relacionado de forma exclusiva al cliente, sino también a la policía. Es así que, al ser víctima de un incidente violento, la mayor parte de mujeres prefiere reportar el hecho a

sus compañeras de trabajo o arreglarlo por su propia cuenta, en lugar de denunciar a las autoridades de orden. Por ejemplo, durante sus actividades, la fase inicial del manejo del riesgo de violencia constituye la caracterización del cliente como violento, de acuerdo a las cualidades del mismo, reconocidas por las mujeres trabajadoras sexuales, y posteriormente se utiliza la estrategia a pares, que consiste en informar al cliente que está siendo vigilado por una compañera de trabajo o por un cuidador, que espera la finalización del intercurso sexual, o en caso de trabajar solas, utilizan estrategias remediales que incluyen el uso de armas como utensilios de cocina. (Sanders 2004)

En cuanto al acto sexual, en sí mismo puede causar lesiones en otros aparatos y sistemas anatómicos. Por ejemplo, el realizar movimientos iterativos por repetidas ocasiones, se conocen injurias osteomusculares de muñecas, brazos, hombros; movimientos de masturbación pueden ocasionar dolor mandibular debido a felatios repetidos, dolor en espalda, rodillas y pies relacionados con el uso de tacones y las diferentes posiciones que se adoptan durante bailes, o por permanecer paradas la mayor parte de tiempo (Alexander, 1998). En este estudio, más de la mitad de las mujeres reportaron permanecer en posturas prolongadas por largos períodos de tiempo, hacer movimientos repetidos, durante su rutina laboral.

La mayor parte de mujeres reconocen desenvolverse en un ambiente laboral estresante, caracterizado por condiciones inadecuadas de trabajo, con actividades de la rutina laboral demandantes. La presencia de estrés psicoemocional es un factor de riesgo, que incrementa la probabilidad de presentar enfermedad ulcero péptica, influenciada a la vez por comportamientos de salud de riesgo (Levenstein, S, 2015). En este estudio, la consecuencia somática reportada como prevalente por las mujeres trabajadoras sexuales fue el dolor gástrico por grandes periodos

de ayuno, mismo que además se relacionó significativamente con la mayoría de factores de riesgo ocupacionales estudiados.

El estrés relacionado al trabajo es un factor que influye en el uso de sustancias por las mujeres (Alexander, 1998), tanto por la naturaleza del trabajo que conlleva al consumo, como por formar parte de las actividades del mismo, siendo el alcohol, la sustancia reportada como de mayor consumo, aspectos que también fueron observados en esta investigación. El estudio realizado entre las “cantineras” en Centro América, las mujeres trabajadoras sexuales que son latinoamericanas, ganan comisiones por cada cerveza consumida por los clientes; el consumo es obligatorio y pagado por los clientes que esperan tener relaciones sexuales. (Fernández-Esquer, 2003).

La mayoría de mujeres que reportaron frustración, afecciones en la esfera psicológica, por problemas relacionados con su autoestima fueron usuarias predominantemente de los Centros de Salud y Hospitales de Salud Pública, lo que supone un replanteamiento de las estrategias de atención sanitaria, dirigidas a la atención de la salud mental de las mujeres que se centran exclusivamente a la atención de la esfera sexual. En tanto que siendo las afecciones gástricas las más prevalentes, no fueron motivo de visita a los centros y hospitales de salud, sino que fueron atendidos empíricamente y de forma privada. La mayor parte de programas de Salud Pública han ignorado esta realidad y enfocan la atención de las mujeres como vectores de ETS. Esta visión simplista de la esfera de salud de la mujer trabajadora sexual, ignora a la vez el hecho de que la relación sexual es un florido evento de acciones, donde por ejemplo, el sexo vaginal es estimulado con las manos y que como parte del intercurso sexual las mujeres realizan además sexo oral o manual. El Sistema de Salud ignora otras afecciones relacionadas con las prácticas laborales, como las infecciones urinarias, que en este estudio fueron autoatendidas por un tercio

de las mujeres trabajadoras sexuales, así como también fueron motivo de visita a los centros y hospitales públicos.

Este estudio tuvo algunas limitaciones; a pesar de que la muestra fue seleccionada en Centros de Salud de gran afluencia para la atención de salud de las mujeres trabajadoras sexuales, puede no representar a todas las mujeres que trabajan en la industria sexual. La mayor parte de las mujeres que formaron parte del estudio trabajaron en clubs y bares, por lo que los factores de riesgo y exposición podrían variar con respecto a las mujeres que ejercen su trabajo en calles. En cuanto a las condiciones de ingresos económicos generados por su actividad principal, las trabajadoras sexuales reportaron ganancias semanales y no mensuales; lo mismo ocurrió con la cantidad de clientes atendidos. Las categorías de estudio de las variables de factores de riesgo describen un limitado número de factores de exposición asociados con las esferas de salud de las mujeres, sin embargo los resultados son indicativos de factores altamente relacionados con problemas de salud ocupacionales.

Conclusiones y Recomendaciones

Como avala este y otros estudios, el trabajo sexual está ejercido por mujeres predominantemente jóvenes. El mayor riesgo de exposición ocupacional descrito, de acuerdo a la literatura, está relacionado con la esfera sexual, sin embargo se reportan otros riesgos importantes que afectan a las tres esferas de salud de las mujeres, relacionados con los tiempos de exposición, la condiciones inadecuadas de trabajo, los movimientos forzados por repetidas ocasiones, el consumo de sustancias y la edad temprana de inicio de su labor como trabajadoras sexuales.

Todos estos factores, se suman al bajo nivel de educación que la mayoría de mujeres reportó, y que por el estrés que genera su actividad, desde etapas muy tempranas de la vida, puede tener consecuencias a corto o largo plazo, con la generación de días perdidos por incapacidad o nuevos casos de enfermedad relacionados con el trabajo. Esto podría limitar la capacidad de las mujeres trabajadoras sexuales que terminan su edad útil para el ejercicio del trabajo sexual, para dedicarse a una actividad laboral alterna que les permita tener una calidad de vida digna y saludable.

La esfera de la salud emocional fue la más afectada, relacionada significativamente con un entorno de trabajo violento y no ergonómico. En este estudio, se demostró que las esferas de salud física, emocional y psicológica fueron influidas negativamente por los factores de riesgo ocupacionales, por lo que llama la atención que el acceso a los servicios sanitarios por parte de las mujeres sea limitado, tomando en cuenta que la mayoría de ellas no tiene Seguridad Social, y que por tanto la atención sanitaria se lleva a cabo por autocuidado o en Centros de Salud y Hospitales Públicos.

Los riesgos de la salud ocupacional de las mujeres, diferentes a los de la esfera sexual, pueden pasar desapercibidos por los prestadores de salud, por lo que es importante rehacer las normas de atención hacia estas mujeres, que incluyan tanto la salud emocional, como la salud general, no solamente genitalizado la misma.

Un entorno de trabajo saludable, es aquel que está libre de violencia y que promueve la protección de la salud de sus trabajadoras, sin embargo, nuestro estudio demuestra que estas mujeres, están expuestas a mayores niveles de violencia psicológica, que física, ambas perpetradas por clientes y policías que finalmente tuvieron un impacto significativo en la salud mental. En la guía nacional de normas y procedimientos de atención integral a trabajadoras sexuales, vigente, se menciona someramente la atención psicológica, orientada en especial a las mujeres portadoras de VIH, y aquellas con problemas de alcoholismo y drogadicción. Se deben entonces establecer algunos nuevos parámetros e indicadores dirigidos al manejo de los eventos de la esfera de la salud mental como el estrés, la frustración, la tristeza, la depresión y los problemas de personalidad y autoestima.

El trabajo sexual, desde una perspectiva académica, es considerado una ocupación que debe tomarse en cuenta como legalmente lícita, pero desde la perspectiva de las mujeres trabajadoras sexuales, su ocupación parece ser un aspecto vergonzoso en sus vidas, por lo cual su labor, por sí misma, podría ser considerada un riesgo. Fruto de una subvaloración propia y social de su actividad laboral, las mujeres se someten a condiciones ocupacionales violentas. Bajo este contexto, es necesario, que los entes reguladores del marco laboral, como el Ministerio del Trabajo, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, el Ministerio del Interior, incluyan al trabajo sexual como una ocupación formal, que incorpore como tal, a derechos y obligaciones irrenunciables. Además, las organizaciones de mujeres trabajadoras sexuales y la academia

deberían formar redes de información que diseminen y sustenten esta realidad, toda vez que exista un marco legal vigente.

La salud ocupacional y los riesgos laborales de por sí son una rama relativamente nueva de estudio, dirigida explícitamente a ocupaciones formales, sin embargo poco o nada se sabe de los riesgos ocupacionales del trabajo sexual, que en su contexto informal, impactan significativamente en la salud integral de las mujeres trabajadoras sexuales. El Ministerio de Salud Pública, ha intentado regular los establecimientos donde el trabajo sexual se lleva a cabo, con un enfoque en donde la salud ocupacional e integral de la mujer trabajadora sexual, nuevamente se genitaliza. Los controles sanitarios, y la resultante falta de capacidad técnica, deberían cambiar su enfoque, tomando en cuenta que las mujeres son consideradas población de atención prioritaria, enfrentando una realidad que es inclusiva, que afecta a todas las esferas de salud de las mujeres, no solo a la genital y que requiere la consideración de todos los posibles riesgos ocupacionales, para que las acciones tengan énfasis en la prevención primaria de riesgos ocupacionales, la protección y promoción de la salud en el trabajo, y la mejora del desempeño de los sistemas de salud, fortaleciendo sus programas de vigilancia y controles sanitarios.

Referencias

1. Acuerdo Ministerial N° 818. Ministerio de Salud Pública. (2008)
2. Alexander, P. (1998). Sex work and health: a question of safety in the workplace. *J Am Med Womens Assoc.* Spring; 53(2):77-82. PMID: 9595900
3. Baral, S. Beyrer, C. Muessig, K. Poteat, T. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 12: 538–49. Recuperado de:
[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70066-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70066-X/fulltext)
4. Código Laboral. Ministerio de Trabajo, Ecuador (2015).
5. Cwikel, J., Ilan, K., Chudakov, B. (2003). Women brothel workers and occupational health risks. *Journal of Epidemiology Community Health*; 57:809–815. doi: 10.1136/jech.57.10.809
6. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. *Organización Mundial de la Salud*, 2010. Ginebra. Recuperado de:
http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/pdf/guia_apa_6ta.pdf
7. Fernández-Esquer, M. (2015). Drinking for wages: alcohol use among cantineras. *Journal of Studies of Alcohol and Drug*; 64(2):160-6. doi.org/10.15288/jsa.2003.64.160
8. Groneberg, DA., Molliné, M., Kusma, B. (2006). Sex work during the world cup in Germany. *Lancet*. 2006;368:840-841. doi:10.1016/S0140-6736(06)69324-0.
9. Guillian, M. (2011). Different stage, different performance: The protective strategy of role play on emotional health in sex work. *Social Science & Medicine*. doi 10.1016/j.socscimed.2011.01.021
10. Harcourt, C. Donovan, B. The many faces of sex work. *British medical Journals*. *Sex Transm Infect* 2005;81:201–206. doi: 10.1136/sti.2004.012468

11. Lazarus, L. Deering, KN. Gibson, K. Tyndall, MW. Shannon, K. (2012). Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. *Cult Health Sex*; 14(2):139-50. doi: 10.1080/13691058.2011.628411
12. Molina, E. Álvarez, S.(s.f.). Dinámica del Trabajo Sexual en la Provincia de Imbabura. Ecuador. Red de Trabajadoras sexuales de Latinoamérica y El Caribe, sede Quito-Ecuador
13. ONUSIDA (2013). Trabajo Sexual y VIH SIDA. *Colección Prácticas Óptimas ONUSIDA*. Recuperado de: http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc705-sexwork-tu_es.pdf
14. RedTrabSex. (2013). *Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe*. Informe Regional. Recuperado de: <http://www.redtralsex.org/Estudio-sobre-estigma-y.html>
15. RedTrabSex. (2013). *Estudio sobre la incidencia y la participación política de las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe*. Subregión Ecuador. Recuperado de: <http://www.redtralsex.org/Estudio-sobre-la-incidencia-y-la.html>
16. RedTraSex. (2014). *10 Razones para que las Trabajadoras Sexuales hablemos de Derechos Sexuales y Reproductivos*. Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/derechos_sexuales_redtralsex-2.pdf
17. RedTrabSex (2015). *Human rights situation of female sex workers in 15 countries of the Americas*. Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/cidh_resumenejecutivo_disenado.pdf

18. RedTrabSex (s.f.). Resumen Ejecutivo. *Situación de derechos humanos de mujeres trabajadoras sexuales en 15 países de las Américas*. Latinoamérica y el Caribe. <https://www.dropbox.com/s/4deiyqxw8bmma8c/Resumen%20Ejecutivo%20informe%20CIDH%202.pdf?dl=0>
19. Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente. Ministerio del Trabajo, Ecuador (2012)
20. Richter, M. Chersich, M. Vearey, J. Sartorius, B. (2014). Migration Status, Work Conditions and Health Utilization of Female sex workers in Three Sout African Cities. *J Immigrant Minority Health* 16:7–17. doi 10.1007/s10903-012-9758-4
21. Rojas, M. Tamayo, S. (2007). *Guía Nacional de Normas y Procedimientos de Atención Integral a Trabajadoras Sexuales*.(Acuerdo Ministerial 0000261). Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
22. Ross, M. Crisp, B. Månsson, S. Hawkes, S. (2012). Occupational health and safety among commercial sex workers. *Scand J Work Environ Health*, 38(2):105-19. doi:10.5271/sjweh.3184
23. Sanders, T. (2004). A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. *Sociology of Health & Illness Vol. 26 No. 5 2004 ISSN 0141–9889, pp. 557–574*
24. Saunders, P. (2006). Harm Reduction, Health and Human Rights, and Sex Work. *Open Society Foundations*. Recuperado de: <http://www.opensocietyfoundations.org/briefing-papers/harm-reduction-health-and-human-rights-and-sex-work>
25. Scorgie, F. Nakato, D. Ogutu, D. (2011). “I expect to be abused and I have fear”: Sex workers’ experiences of human rights violations and barriers to accessing healthcare in

four African countries. *African Sex Worker Alliance*. Recuperado de:
http://www.plri.org/sites/plri.org/files/ASWA_Report_HR_Violations_and_Healthcare_Barriers_14_April_2011.pdf

Tabla 1. Características descriptivas sociodemográficas de las mujeres trabajadoras sexuales. Ecuador. N=200

VARIABLES	n	%
Edad		
De 18 a 25 años	70	35
De 26 a 33 años	84	42
De 34 a 40 años	32	16
Mayor de 40 años	14	7
Estado civil		
Casada	18	9
Viuda	3	1.5
Divorciada	12	6
Separada	23	11.5
Soltera	107	53.5
Unión libre	37	18.5
Etnia		
Indígena	3	1.5
Afro/mulata	34	17
Montubia	9	4.5
Mestiza	121	60.5
Blanca	33	16.5
Nivel de Estudios		
Primaria	79	39.5
Secundaria	92	46
Superior	29	14.5
País de nacimiento		
Ecuador	138	69
Colombia	42	21
Venezuela	9	4.5
Centroamérica	11	5.5
Lugar de Trabajo		
Calles	15	7.5
Clubs/bares	168	84
Moteles/casa de clientes/ casa de su residencia	17	8.5
Ingresos Económicos mensuales		
De \$150 a \$550	96	48
De \$ 551 a \$1.000	61	30
Mayor a \$1.000	43	21.5

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Factores de Riesgo o exposición laborales de las mujeres trabajadoras sexuales. Ecuador. N=200

Variables	n	%
Edad de inicio del trabajo sexual		
Menor de 18 años	25	12.5
De 18 a 25 años	105	52.5
De 26 a 32 años	53	26.5
De 33 a 39 años	15	7.5
Mayor de 40 años	2	1
Días de Trabajo/semana		
Entre 1 y 2 días	10	5
Entre 3 y 4 días	39	19.5
5 días	65	32.5
6 - 7 días	86	43
Horas de trabajo/semana		
Menos de 20 horas	25	12.5
De 21 a 39 horas	42	21
40 horas	41	20.5
De 41 a 50 horas	61	30.5
De 51 a 70 horas	31	15.5
Número de clientes/día		
1 a 3 clientes	33	16.5
4 a 8 clientes	89	44.5
9 a 15 clientes	56	28
Más de 15 clientes	22	11
Actividades obligadas por los clientes no contempladas por las trabajadoras sexuales		
Si	45	22.5
No	155	77.5
Violencia física por parte de clientes		
Si	29	14.5
No	171	85.5
Violencia psicológica por parte de clientes		
Si	94	47
No	106	53
Posturas por períodos prolongados de tiempo		
Si	113	56.5
No	87	43.5
Movimientos forzados repetidos		
Si	103	51.5
No	97	48.5
Uso de tacones		
Si	191	95.5
No	9	4.5

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Efectos en la salud autopercebida de las mujeres trabajadoras sexuales. Ecuador. N=200

Variables	n	%
Salud física autopercebida		
Dolor de espalda	167	83.5
Dolor en muñecas, hombros, brazos	121	60.5
Dolor mandibular	84	42
Dolor estomacal por grandes períodos de ayuno	132	66
Ardor al orinar	115	57.5
Otros dolores	29	14.5
Salud emocional autopercebida		
Cansada, sin energía	184	92
Estresada	193	96.5
Frustrada	142	71
Apática	121	60.5
Otra	12	6
Salud psicológica autopercebida		
Falta de amor por usted misma	118	59
Falta de apoyo de familiares y amigos	121	60.5
Su pareja le trata mal	53	26.5
Vergüenza de usted misma	121	60.5
Tristeza	158	79

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Condiciones del ambiente laboral y efectos en la salud autopercebida en las mujeres trabajadoras sexuales. Ecuador. N= 200

Variables	Salud emocional autopercebida								Salud física autopercebida					
	Cansada		Estresada		Frustrada		Apática		Dolor de espalda		Dolor mandibular		Dolor estomacal por ayuno	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Exposición a iluminación extrema/insuficiente														
SI	113(61.41)	3(18.75)	116(60.10)	0(0)	91(64.08)	25(43.10)	81(66.94)	35(44.30)	102 (61.08)	14(42.42)	56 (66.67)	60(51.72)	90(68.18)	26(38.24)
NO	71(38.59)	13(81.25)	77(39.90)	7(100)	51(35.92)	33(56.90)	40(33.06)	44(55.70)	65(38.92)	19(57.58)	28(33.33)	56(48.28)	42(31.82)	42(61.76)
Valor p	(0.001)		0.002		0.006		(0.002)		(0.047)		(0.035)		0.000	
Ausencia de sitios de descanso														
SI	114(61.96)	10(65.50)	123(63.73)	1(14.29)	96(67.61)	28(48.28)	84(69.42)	40(50.63)	108(64.67)	16(48.48)	62(73.81)	62(53.45)	89(67.42)	35(51.47)
NO	70(38.04)	6(37.50)	70(36.27)	6(7.89)	46(32.39)	30(51.72)	37(30.58)	39(49.37)	59(35.33)	17(51.52)	22(26.19)	54(46.55)	43(32.58)	33(48.53)
Valor p	(0.966)		(0.013)		(0.011)		(0.007)		(0.08)		(0.003)		(0.028)	
Posturas por tiempo prolongado														
SI	106(57.61)	7(43.75)	111(57.51)	2(28.57)	88(61.97)	25(43.10)	77(63.64)	36(45.57)	95(56.89)	18(54.55)	51(60.71)	62(53.45)	78(59.09)	35(51.47)
NO	78(42.39)	9(56.25)	82(42.49)	5(71.43)	54(38.03)	33(56.90)	44(36.36)	43(54.43)	72(43.11)	15(45.45)	33(39.29)	54(46.55)	54(40.91)	33(48.53)
Valor p	(0.283)		(0.129)		(0.015)		(0.012)		(0.804)		(0.306)		(0.303)	
Horas de trabajo/semana														
Menos de 20 horas	20(10.87)	5(31.25)	24(12.44)	1(14.29)	16(11.27)	9(15.52)	15(12.40)	10(12.66)	21(12.57)	4(12.12)	12(14.29)	13(11.21)	17(12.88)	8(11.76)
21-40 horas	74(40.22)	9(56.25)	79(40.93)	4(57.14)	52(36.62)	31(53.45)	42(34.71)	41(51.90)	67(40.12)	16(48.48)	29(34.52)	54(46.55)	56(42.42)	27(39.71)
Mas de 40 horas	90(48.91)	2(12.50)	90(46.63)	2(28.57)	74(52.11)	18(31.03)	64(52.89)	28(35.44)	79(47.31)	13(39.39)	43(51.19)	49(42.24)	59(44.70)	33(48.53)
Valor p	(0.005)		(0.63)		(0.025)		(0.037)		(0.656)		(0.233)		(0.875)	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Relación entre violencia por parte de clientes, condiciones legales con respecto a las autoridades y salud autopercebida de las mujeres trabajadoras sexuales. Ecuador. N=200

Variables	Salud emocional autopercebida						Salud física autopercebida			
	Estresada		Frustrada		Apática		Dolor muñecas, hombros, brazos		Dolor estomacal por ayuno	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Golpes por parte de clientes										
SI	29(15.03)	0(0)	27(19.01)	2(3.45)	4(33.33)	25(13.30)	24(19.83)	5(6.33)	27(20.45)	2(2.94)
NO	164(84.97)	7(100)	115(80.99)	56(96.55)	8(66.67)	163(86.70)	97(80.17)	74(93.67)	105(79.55)	66(97.06)
Valor p	(0.267)		(0.004)		(0.077)		(0.008)		(0.001)	
Insultos por parte de clientes										
SI	93(48.19)	1(14.29)	77(54.23)	17(29.31)	64(52.89)	30(37.97)	66(54.55)	28(35.44)	71(53.79)	23(33.82)
NO	100(51.81)	6(85.71)	65(45.77)	41(70.69)	57(47.11)	49(62.03)	55(45.45)	51(64.56)	61(46.21)	45(66.18)
Valor p	(0.123)		(0.001)		(0.039)		(0.008)		(0.007)	
Denuncia a autoridades de orden en eventos violentos										
SI	69(35.75)	4(57.14)	48(33.80)	25(43.10)	37(30.58)	36(45.57)	46(38.02)	27(34.18)	51(38.64)	22(32.35)
NO	124(64.25)	3(42.86)	94(66.20)	33(56.90)	84(69.42)	43(54.43)	75(61.98)	52(65.82)	81(61.36)	46(67.65)
Valor p	(0.261)		(0.215)		(0.031)		(0.581)		(0.382)	
Reporta a compañeras de trabajo en eventos violentos										
SI	132(68.39)	1(14.29)	97(68.31)	36(62.07)	83(68.60)	50(63.29)	77(63.64)	56(70.89)	97(73.48)	36(52.94)
NO	61(31.61)	6(85.71)	45(31.69)	22(37.93)	38(31.40)	29(36.71)	44(36.36)	23(29.11)	35(26.52)	32(47.06)
Valor p	(0.006)		(0.396)		(0.437)		(0.288)		(0.004)	
Arregla por su propia cuenta los eventos violentos										
SI	115(59.59)	2(28.57)	91(64.08)	26(44.83)	76(64.81)	41(51.90)	94(77.69)	63(79.75)	81(61.36)	36(52.94)
NO	78(40.41)	5(71.43)	51(35.92)	32(55.17)	45(37.19)	38(48.10)	27(22.31)	16(20.25)	51(38.64)	32(47.06)
Valor p	(0.129)		(0.012)		(0.126)		(0.729)		(0.252)	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Atención Sanitaria y Efectos en la salud autopercebida de las mujeres trabajadoras sexuales.
Ecuador. N=200

Variables	Atención sanitaria					
	Hospitales y centros públicos de atención		Clínicas y hospitales privados		Usa sus propios métodos	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Salud física autopercebida						
Dolor en muñecas						
SI	100(82.64)	55(69.62)	27(22.31)	30(37.97)	53(61.63)	68(59.65)
NO	21(17.36)	24(30.38)	94(77.69)	49(62.03)	33(38.37)	46(40.35)
Valor p	(0.031)		(0.016)		(0.777)	
Dolor estomacal						
SI	106(68.39)	26(57.78)	31(23.48)	26(38.24)	64(48.48)	22(32.35)
NO	49(31.61)	19(42.22)	101(76.52)	42(61.76)	68(51.52)	46(67.65)
Valor p	(0.186)		(0.029)		(0.029)	
Ardor al orinar						
SI	96(83.48)	59(69.41)	30(52.63)	85(59.44)	42(36.52)	44(51.76)
NO	19(16.52)	26(30.59)	27(47.37)	58(40.56)	73(63.48)	41(48.24)
Valor p	(0.019)		(0.379)		(0.031)	
Salud emocional autopercebida						
Frustrada						
SI	116 (81.69)	39(67.24)	38(66.67)	104(72.73)	60(69.77)	82(71.93)
NO	26(18.31)	19(32.76)	19(33.33)	39(27.27)	26(30.23)	32(28.07)
Valor p	(0.026)		(0.394)		(0.739)	
Salud psicológica autopercebida						
Falta de amor por usted misma						
SI	98(82.35)	57(70.37)	30(54.63)	89(62.24)	53(61.63)	66(57.89)
NO	21(17.65)	24(29.63)	27(47.37)	54(37.76)	33(38.37)	48(42.11)
Valor p	(0.046)		(0.212)		(0.594)	
Vergüenza de usted misma						
SI	101(83.47)	54(68.35)	34(59.65)	87(60.84)	47(54.65)	74(64.91)
NO	20(16.53)	25(31.65)	23(40.35)	56(39.16)	39(45.35)	40(35.09)
Valor p	(0.012)		(0.876)		(0.142)	

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 4 – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las mujeres que ejercen el trabajo sexual son mayoritariamente jóvenes, como avala este y otros estudios realizados con esta población. En términos de riesgos ocupacionales, si bien la exposición más conocida está en la esfera sexual, nuestro estudio demuestra que existen otros riesgos importantes en el ámbito ocupacional, mismos que están relacionados con el tiempo de exposición, el lugar y las condiciones donde se desempeña el trabajo, la realización de movimientos forzados por repetidas ocasiones, los cuales afectan a la salud de las mujeres de manera integral.

Con un nivel de estudios de primaria y habiendo iniciado sus actividades como trabajadoras sexuales a una edad promedio de 18 años, la mayor parte de mujeres ha estado sometida a altos niveles de estrés emocional, a condiciones inadecuadas de trabajo, a consumo obligatorio de alcohol desde etapas tempranas de su vida que a corto plazo provocan varios días laborables perdidos por incapacidad, y que a posteriori hace probable el hecho de que las mujeres tengan un mayor desgaste en su calidad de vida, pudiendo dar como resultado nuevos casos de enfermedad relacionados al trabajo, lo cual merma la capacidad de resiliencia de las mujeres, para que al culminar su vida laboral útil ellas puedan optar por dedicarse a otra ocupación.

La salud es un aspecto holístico, físico-biológico, psicológico, emocional, en este estudio se observó que ésta última es la esfera más afectada, con porcentajes elevados de estrés, frustración y apatía, relacionados significativamente con un entorno laboral violento, no

ergonómico. Como demuestra este estudio, estas dimensiones de la salud de las personas están influidas negativamente por factores de riesgo ocupacionales. En este contexto, llama la atención que el acceso a los servicios sanitarios por parte de las mujeres trabajadoras sexuales, es limitado, considerando que la mayoría de ellas no tienen seguridad social y que por tanto, la atención en caso de enfermedad se da primordialmente por autoatención o en centros de salud y hospitales públicos.

Tomando en cuenta la estigmatización y la reducción de los riesgos de estas mujeres a su esfera genitovaginal, sus otros riesgos ocupacionales y efectos en salud derivados de estos, pueden pasar desapercibidos por los prestadores de salud. Es importante rehacer las normas para que el ámbito de la salud de las mujeres trabajadoras sexuales incluya tanto su salud emocional como su salud general, no solamente genitalizando la misma; un ejemplo de esto son las afecciones gástricas que en este estudio estuvieron relacionadas con la mayor parte de factores de riesgo estudiados.

El trabajo sexual se desenvuelve en un ámbito de violencia principalmente por parte de policías y clientes, siendo la violencia psicológica más prevalente que la violencia física, lo que finalmente tiene un impacto significativo en la salud mental de estas mujeres. Sin embargo, al revisar la guía nacional de normas y procedimientos de atención integral a trabajadoras sexuales, se menciona someramente la atención psicológica orientada en especial a las mujeres portadoras de VIH, y aquellas con problemas de alcoholismo y drogadicción. Se deben entonces establecer algunos nuevos parámetros e indicadores dirigidos al manejo de los eventos en la esfera de la

salud mental, como el estrés, la frustración, la tristeza, la depresión y los problemas de personalidad y autoestima.

Un entorno de trabajo saludable es aquel que es libre de violencia, que proporciona condiciones físicas, psicológicas y sociales que protegen y promueven la salud y el bienestar de las mujeres. Es necesario una mirada integrada intersectorial desde diferentes instancias, por ejemplo el Ministerio de Trabajo, encargado de regular, controlar y establecer políticas laborales; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, responsable de regular y controlar el derecho al acceso a la seguridad social de las y los trabajadoras (es); el Ministerio del Interior, encargado de la vigilar el cumplimiento de leyes y normas; el Ministerio de Salud Pública como entidad gestora de la normatización la atención sanitaria y vigilancia de los establecimientos destinados al ejercicio del trabajo sexual, elaboren un marco legal que formalice el trabajo sexual como una ocupación tributaria de derechos laborales.

Asimismo, es necesario que la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública, considere e integre los aspectos ergonómicos que impactan a la Salud Ocupacional integral de las mujeres trabajadoras sexuales, para la emisión de los permisos de funcionamiento de las casas de tolerancia.

El trabajo sexual desde la perspectiva de la Salud Pública, es considerado una ocupación que debe ser reconocida como lícita, pero desde la perspectiva de la mujer trabajadora sexual su ocupación es sinónimo de vergüenza, por lo que su labor como trabajadora del sexo podría por sí mismo, ser un riesgo. Al tener esta connotación las mujeres se someten a las condiciones

laborales violentas, por lo que la autovaloración de su actividad como una ocupación como cualquier otra, es el punto de partida para que las mujeres se empoderen y exijan sus derechos como entes productivos del comercio sexual, lo que abre las puertas a la realización de posteriores estudios que analicen esta problemática.

Asimismo es fundamental que las organizaciones de mujeres trabajadoras sexuales diseminen esta información, toda vez que esté vigente este marco legal para que se respeten y hagan valer los derechos de las mujeres dedicadas al comercio sexual. Con el propósito de robustecer el conocimiento del contexto del trabajo sexual, se debe promover una mayor articulación entre la demanda de información de las organizaciones de mujeres trabajadoras sexuales y la academia, para que las mujeres por sí mismas puedan entender que su exposición a riesgos laborales va más allá de su esfera genitovaginal y así puedan aprovechar los espacios de participación ciudadana, e incidencia política, dándose a conocer las necesidades sentidas y vividas desde la propia realidad como mujeres trabajadoras sexuales, para tener injerencia en la elaboración de programas y políticas dirigidas a su ocupación.

La salud ocupacional y los riesgos laborales de por sí son una rama nueva de estudio, dirigida explícitamente a las ocupaciones formales con énfasis en el ambiente físico de trabajo, en el enfoque y concepción tradicional de la salud. A lo largo del tiempo se ha ampliado su perspectiva hasta incluir factores psicosociales y hábitos en las esferas de la salud, sin embargo poco o nada se sabe de los riesgos ocupacionales del trabajo sexual, que en su contexto informal dejan consecuencias en las esferas de salud de las mujeres trabajadoras sexuales.

El Ministerio de Salud Pública por acuerdo ministerial en el año 2008, en el intento de garantizar la regulación de los establecimientos donde el trabajo sexual se lleva a cabo, nuevamente establece reglas dirigidas a la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Bajo este enfoque tradicional de genitalización de las medidas y ante la evidente falta de capacidad técnica para manejar la salud ocupacional, deberían cambiarse los enfoques de cara a una realidad que no se centra exclusivamente en la zona genital, puesto que requiere atención como en cualquier otra ocupación, analizando las condiciones físicas y psicosociales en donde el trabajo se desenvuelve.

Localmente el Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo como parte del Ministerio del Trabajo es el ente encargado de coordinar acciones ejecutivas con los organismos del sector público, a fin de fomentar entornos de trabajo saludables que precautelen la salud de las mujeres. Las acciones deben enfatizar la prevención primaria de riesgos ocupacionales, la protección y promoción de la salud en el trabajo, y la mejora del desempeño de los sistemas de salud, fortaleciendo sus programas de controles de atención en salud.

Probablemente existan muchos otros riesgos que no fueron investigados en este estudio, como por ejemplo la exposición al humo de glicerina durante los shows en los clubs o bares, o la posible exposición microbiana al realizar actividades alternas a la relación sexual, como los bailes en barra (pole dance), lo cual introduce a otra arista interesante para futuras investigaciones complementarias.

REFERENCIAS

1. Acuerdo Ministerial N° 818. Ministerio de Salud Pública. (2008)
2. Alexander, P. (1998). Sex work and health: a question of safety in the workplace. *J Am Med Womens Assoc.* Spring;53(2):77-82. PMID: 9595900
3. Baral, S. Beyrer, C. Muessig, K. Poteat, T. (2012). Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 12: 538–49. Recuperado de:
[http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(12\)70066-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(12)70066-X/fulltext)
4. Betancourt Aragón Z. (2010) *Las Paradojas de la Explotación Sexual. Estudio de Caso: Centro Histórico de Quito.* (Tesis de Maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales). Recuperado de:
<http://flacsoandes.org/dspace/bitstream/10469/2461/4/TFLACSO-2010ZVNBA.pdf>
5. Chacham, A. Diniz, S. Maia, M. Galati, A. Mirim, L. Sexual and Reproductive Health Needs of Sex Workers: Two Feminist Projects in Brazil. (2007). *Reproductive Health Matters* 2007;15(29):108–118
6. Código Laboral. Ministerio de Trabajo, Ecuador (2015).
7. Cwikel, J., Ilan, K., Chudakov, B. (2003). Women brothel workers and occupational health risks. *Journal of Epidemiology Community Health*; 57:809–815. doi: 10.1136/jech.57.10.809
8. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS. *Organización Mundial de la Salud*, 2010. Ginebra. Recuperado de:
http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/pdf/guia_apa_6ta.pdf

9. Fernández-Esquer, M. (2015). Drinking for wages: alcohol use among cantineras. *Journal of Studies of Alcohol and Drug*; 64(2):160-6. doi.org/10.15288/jsa.2003.64.160
10. Groneberg DA, Molliné M, Kusma B. Sex work during the world cup in Germany. *Lancet*. 2006;368:840-841. doi:10.1016/S0140-6736(06)69324-0.
11. Guillian, M. (2011). Different stage, different performance: The protective strategy of role play on emotional health in sex work. *Social Science & Medicine*. doi 10.1016/j.socscimed.2011.01.021
12. Harcourt,C. Donovan B. The many faces of sex work. *British medical Journals*. *Sex Transm Infect* 2005;81:201–206. doi: 10.1136/sti.2004.012468
13. Jeffreys, E. Autonomy, A. Green, J. Vega, C. (2011). Listen to sex workers: support decriminalisation and anti-discrimination protections. *Scarlet Alliance Australian Sex Workers Association, Volume 3(2): 271 – 287*.
14. Jenkins, C. Rahman, H. (2002). Rapidly Changing Conditions in the Brothels of Bangladesh: Impact on HIV/STD. *AIDS Education and Prevention* 2 14, 3_supplement, 97-106. doi: 10.1521/aeap.14.4.97.23882
15. Lazarus, L. Deering, KN. Gibson, K. Tyndall, MW. Shannon, K. (2012). Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. *Cult Health Sex*; 14(2):139-50. doi: 10.1080/13691058.2011.628411
16. Molina, E. Álvarez, S.(s.f.). *Dinámica del Trabajo Sexual en la Provincia de Imbabura*. Ecuador. Red de Trabajadoras sexuales de Latinoamérica y El Caribe, sede Quito-Ecuador

17. ONUSIDA (2013). Trabajo Sexual y VIH SIDA. *Colección Prácticas Optimas ONUSIDA*. Recuperado de: http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc705-sexwork-tu_es.pdf
18. RedTrabSex. (2013). *Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe*. Informe Regional. Recuperado de: <http://www.redtralsex.org/Estudio-sobre-estigma-y.html>
19. RedTrabSex. (2013). *Estudio sobre la incidencia y la participación política de las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe*. Subregión Ecuador. Recuperado de: <http://www.redtralsex.org/Estudio-sobre-la-incidencia-y-la.html>
20. RedTrabSex.(2014). *10 Razones para que las Trabajadoras Sexuales hablemos de Derechos Sexuales y Reproductivos*. Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/derechos_sexuales_redtralsex-2.pdf
21. RedTrabSex (2015). *Human rights situation of female sex workers in 15 countries of the Americas*. Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Recuperado de: http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/cidh_resumenejecutivo_disenado.pdf
22. RedTrabSex (s.f.). Resumen Ejecutivo. *Situación de derechos humanos de mujeres trabajadoras sexuales en 15 países de las Américas*. Latinoamérica y el Caribe. <https://www.dropbox.com/s/4deiyqxw8bmma8c/Resumen%20Ejecutivo%20informe%20CIDH%202.pdf?dl=0>
23. Rivera, J. *Regularización de los contratos individuales celebrados entre las trabajadoras sexuales y establecimientos de tolerancia para resguardar sus derechos laborales*. Universidad Internacional SEK. Quito, Ecuador.

24. Rojas, M. Tamayo, S. (2007). *Guía Nacional de Normas y Procedimientos de Atención Integral a Trabajadoras Sexuales*. (Acuerdo Ministerial 0000261). Ecuador: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
25. Richter, M. Chersich, M. Vearey, J. Sartorius, B. (2014). Migration Status, Work Conditions and Health Utilization of Female sex workers in Three Sout African Cities. *J Immigrant Minority Health* 16:7–17, DOI 10.1007/s10903-012-9758-4
26. Ross, M. Crisp, B. Månsson, S. Hawkes, S. (2012). Occupational health and safety among commercial sex workers. *Scand J Work Environ Health*, 38(2):105-19. doi:10.5271/sjweh.3184
27. Sanders, T. (2004). A continuum of risk? The management of health, physical and emotional risks by female sex workers. *Sociology of Health & Illness Vol. 26 No. 5 2004 ISSN 0141–9889, pp. 557–574*
28. Saunders, P. (2006). Harm Reduction, Health and Human Rights, and Sex Work. *Open Society Foundations*. Recuperado de: <http://www.opensocietyfoundations.org/briefing-papers/harm-reduction-health-and-human-rights-and-sex-work>
29. Scorgie, F. Nakato, D. Ogotu, D. (2011). “I expect to be abused and I have fear”: Sex workers’ experiences of human rights violations and barriers to accessing healthcare in four African countries. *African Sex Worker Aliance*. Recuperado de: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/ASWA_Report_HR_Violations_and_Healthcare_Barriers_14_April_2011.pdf
30. Seib, C. Debattista, J. Fischer, J. Dunne, M. (2008) Sexually transmissible infections among sex workers and their clients: variation in prevalence between sectors of the industry. *Sexual Health* 6(1) 45–50. doi.org/10.1071/SH08038

31. Trajtenberg, N. Musto, C. (2011). Prostitución y Trabajo Sexual en Uruguay. Recuperado de: http://www.fcs.edu.uy/archivos/Documento%20de%20trabajo%20PROSTITUCION_2011.pdf

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXOS	67
ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLECTA DE DATOS	67

13. Su lugar de trabajo se encuentra en?				
Calles	Clubs o bares	Moteles u Hoteles	Casa de clientes	Casa donde vive
<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Otro lugar:				
14. En su trabajo, algun cliente le ha obligado realizar trabajos no contemplados por Usted?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
Explique:				
15. Durante su trabajo, sus clientes le han golpeado?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
Explique:				
16. Durante su trabajo, sus clientes le han insultado?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
Explique:				
17. Por su trabajo, Usted permanece en una determinada postura por tiempos prolongados?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
Si su respuesta es sí, qué postura?				
18. Por su trabajo, Usted realiza movimientos forzados muy repetidos?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
Si su respuesta es sí, señale cuáles?				
19. Por su trabajo, Usted habitualmente utiliza tacones?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
20. Por su trabajo, Usted ha sentido:		21. El lugar donde Usted trabaja, tiene:		
Dolor en la espalda	.SI <input checked="" type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Temperaturas muy frías o muy calientes	.SI <input checked="" type="radio"/>	.NO <input checked="" type="radio"/>
Dolor en muñecas, hombros, brazos	.SI <input checked="" type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Ruido	.SI <input checked="" type="radio"/>	.NO <input checked="" type="radio"/>
Dolor mandibular	.SI <input checked="" type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	Humo de cigarrillo o de carros	.SI <input checked="" type="radio"/>	.NO <input checked="" type="radio"/>
Dolor estomacal por grandes períodos de ayuno	.SI <input checked="" type="radio"/> .NO <input checked="" type="radio"/>	Iluminación insuficiente o muy fuerte	.SI <input checked="" type="radio"/>	.NO <input checked="" type="radio"/>
Ardor al orinar	.SI <input checked="" type="radio"/> .NO <input checked="" type="radio"/>	Ausencia de sitios para tomar un descanso	.SI <input checked="" type="radio"/>	.NO <input checked="" type="radio"/>
Otros?		Otros que le molesten?:		
22. Por su trabajo, Usted consume o ha consumido cigarrillos?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
Cuantos por día?				
23. Por su trabajo, Usted consume o ha consumido alcohol?				
<input checked="" type="radio"/>	SI	<input checked="" type="radio"/>	NO	
Cuánto?:	1 vaso	2 vasos	3-5 vasos	6-9 vasos
				mas de 10 vasos

24. Por su trabajo, Usted consume o ha consumido drogas?			
<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
Cuáles?			
25. Por su trabajo, Usted ha sentido:		26. Por su trabajo, Usted ha sentido:	
Cansada, sin energía	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Falta de amor a usted misma	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Estresada,	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Falta de apoyo de familiares y amigos	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Frustrada	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Su pareja le trata mal (insultos, golpes, etc)	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Apática	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Vergüenza de usted misma	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Otra:		Tristeza	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
27. Cual es la razón por la cual Usted consume alcohol o drogas?		28. En su sitio de trabajo, Usted ha sufrido:	
Es un hábito suyo	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Clausura del lugar donde trabaja	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Porque le gusta	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Golpes por parte de policias	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Porque es parte de su trabajo	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Insultos por parte de policias	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Para que sus actividades laborales sean mas llevaderas		Retiro de sus documentos personales	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO		No ha tenido problemas relacionados con autoridades legales	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Explique:		<input type="radio"/> Otros que haya sufrido?	
29. Tiene Usted Seguro de Salud?			
<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
Si su respuesta es sí explique señale cual?:			
30. Está Usted Afiliada al Seguro Social?			
<input type="radio"/> SI		<input type="radio"/> NO	
Si su respuesta es sí; la afiliación es: <input type="radio"/> VOLUNTARIA?		<input type="radio"/> LE AFILIAN DE SU TRABAJO?	
31. Cuando Usted se enferma, a donde acude?		32. Si en su trabajo, Usted tiene problemas con sus clientes , qué usualmente hace?	
Hospitales y centros de salud pública	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Denuncia a las autoridades de orden (policia, fiscalia)	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Clínicas y hospitales privados	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Lo reporta a su grupo de compañeras de trabajo	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Tiene un médico particular	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Lo arregla por su propia cuenta	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Usa sus propios métodos de curación	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO	Prefiere dejar pasar el incidente	<input type="radio"/> .SI <input type="radio"/> .NO
Otro:		Explique:	