

ARTÍCULO ORIGINAL

Barreras para la integralidad de la atención a las mujeres que ejercen el trabajo sexual

HIGHLIGHTS

1. Las mujeres que ejercen el trabajo sexual se enfrentan al estigma y los prejuicios.
2. El trabajo sexual expone a las mujeres a la violencia física.
3. Las mujeres que ejercen el trabajo sexual tienen acceso limitado a la salud.
4. Es necesario capacitar a los profesionales de la salud.

Victoria Cardoso Alves¹ 
Raíssa Stephanie Rodrigues da Silva¹ 
Samyra Giarola Cecílio² 
Rafaela Siqueira Costa Schreck³ 
Elen Cristiane Gandra³ 
Sumaya Giarola Cecilio³ 

RESUMEN

Objetivo: Identificar las barreras para la atención integral de las mujeres que ejercen el trabajo sexual en Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudio cualitativo realizado con siete trabajadoras sexuales, de octubre a diciembre de 2023. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se sometieron a un análisis de contenido, según el marco de referencia propuesto por Bardin.

Resultados: La desigualdad social, el contexto de violencia en el que viven estas mujeres, la estigmatización y los prejuicios que existen en torno al trabajo sexual y la falta de formación de los profesionales de la salud son factores que constituyen importantes barreras para el acceso a la salud y la atención integral de estas mujeres.

Conclusión: Se necesitan estrategias de capacitación de los profesionales de la salud y la implementación de políticas públicas para mitigar la vulnerabilidad social de las trabajadoras sexuales.

DESCRIPTORES: Trabajadores Sexuales; Vulnerabilidad Social; Vulnerabilidad en Salud; Integralidad en Salud; Estereotipo.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG. Barreras para la integralidad de la atención a las mujeres que ejercen el trabajo sexual. Cogitare Enferm [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e96291es. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.96291es>

¹Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Curso de Medicina, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves, Curso de Medicina, São João del Rei, Minas Gerais, Brasil.

³Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El término trabajo sexual se refiere a una variedad de situaciones y comportamientos en los que se intercambian servicios sexuales por compensaciones monetarias o bienes. Este concepto reconoce la agencia de las mujeres que trabajan en la industria del sexo, al tiempo que tiene en cuenta la intrincada red de influencias socioeconómicas, legales y culturales en sus vidas¹.

Este estudio entiende el trabajo sexual como una condición laboral precaria, agravada por condiciones interseccionales de desigualdad, como la clase social y la raza de las trabajadoras, lo que condiciona a este grupo poblacional a un contexto de vulnerabilidad social y sanitaria. En Brasil, la mayoría de las mujeres que ejercen el trabajo sexual son mujeres negras con bajo nivel educativo²⁻³.

A menudo, los factores sociales determinantes están relacionados con la entrada en el trabajo sexual, sobre todo con la fragilidad de las redes sociales y comunitarias, la ausencia de afecto materno, el abandono familiar o la falta de cuidados, junto con el bajo nivel educativo, la violencia y el consumo de drogas ilegales⁴. La vulnerabilidad social, definida aquí como un conjunto de factores que pueden aumentar o disminuir los riesgos a los que están expuestas las personas en todas las situaciones, abarca amplios aspectos sociales y políticos⁵.

Por su parte, la vulnerabilidad en materia de salud se define como el concepto de vulnerabilidad social centrado en el ámbito de la asistencia sanitaria⁶ y se caracteriza, en el contexto de este estudio, por las repercusiones de la desigualdad en los servicios de salud prestados a las mujeres que ejercen el trabajo sexual.

No hay informes en la literatura sobre programas orientados a la atención integral de la salud de las mujeres que trabajan en el sector sexual, incluidas estrategias educativas sobre alimentación adecuada, prácticas integradoras de salud y actividades de relajación en el entorno laboral. Esta falta de atención refuerza la invisibilidad de estas mujeres como ciudadanas y trabajadoras, lo que agrava su vulnerabilidad social y sanitaria.

Como principio del Sistema Único de Salud (SUS), la integralidad de la atención tiene como objetivo ofrecer una asistencia que va más allá de la curación, abarcando todos los niveles de atención al individuo. La Constitución Federal de 1988⁷⁻⁸ garantiza la salud como un derecho universal para todos los ciudadanos brasileños, y corresponde al SUS garantizar un acceso democrático a la salud, respetando los principios de universalidad, integralidad y equidad. La violación de estos principios puede dar lugar a prácticas inconstitucionales y generar dudas sobre el cumplimiento de las responsabilidades del SUS.

En este contexto, es fundamental reconocer que la atención integral a las mujeres que trabajan en el sector sexual se enfrenta a obstáculos que deben comprenderse, estudiarse y debatirse. Esto es esencial para reducir la discrepancia entre las políticas de salud y la práctica efectiva de la atención a esta población⁹. Comprender los obstáculos que impiden la integralidad de la atención ayuda a identificar puntos críticos y a generar debates sobre nuevos enfoques para la atención de las mujeres que trabajan en el sector sexual, además de influir en la producción de salud y las políticas públicas.

Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo identificar las barreras para la atención integral de la salud de las mujeres que ejercen el trabajo sexual en Belo Horizonte, Minas Gerais-BR.

MÉTODO

Se trata de un estudio basado en la investigación cualitativa¹⁰, de carácter exploratorio y transversal, fundamentado en los supuestos teóricos de la sociología, particularmente en el análisis de las estructuras sociales que producen y reproducen situaciones de vulnerabilidad social y desigualdades. De este modo, se parte de la base de que las desigualdades en el acceso a los derechos y servicios esenciales son construcciones sociales y están determinadas históricamente, lo que da lugar a diferentes niveles de exposición a los riesgos y de capacidad de respuesta anteellos¹¹. La investigación se basa también en la reflexión analítica de los datos, siguiendo el principio rector del SUS, de la integralidad de la atención⁸.

Las participantes en este estudio fueron mujeres que ejercían el trabajo sexual en un hotel de la cadena hotelera de la región de Guaicurus, en Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil). El escenario del estudio se delimitó de forma intencionada, teniendo en cuenta la presencia de participantes con características relevantes para el estudio. Los criterios de inclusión para participar en la investigación fueron: ser trabajadora sexual desde hacía al menos doce meses, ser mayor de 18 años, sin distinción de género, con capacidad para comprender y responder a las preguntas, además de aceptar conceder las entrevistas.

En cuanto al número de participantes en el estudio, la muestra de la recopilación de información se construyó mediante el criterio de saturación, que cesó cuando no surgió nueva información y se alcanzó el objetivo de la investigación. Se seleccionaron diez mujeres que ejercen el trabajo sexual, pero solo se entrevistó a siete, ya que la muestra alcanzó la saturación. No hubo rechazos a participar en la encuesta.

La recopilación de datos se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2023. Para la recopilación de datos, se programó una hora para la entrevista a través de la herramienta *Google Meet*[®], respetando la disponibilidad de las participantes. Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadores, previamente formados para la recopilación de datos cualitativos, en entornos seguros, silenciosos y cómodos para las participantes, con buena conexión a Internet. Cada entrevista duró, en promedio, 30 minutos. La recopilación de datos se guió por un guion semiestructurado que contenía las siguientes preguntas: i) ¿Qué es la salud para usted? ii) ¿Cómo cree que cuidamos nuestra salud? iii) ¿Cómo cree que el SUS cuida la salud de la población? ¿Y la salud de la población de mujeres trabajadoras sexuales? Relate alguna experiencia que ayude a justificar su respuesta.

Los datos sociodemográficos se recopilaron mediante un cuestionario estructurado, elaborado por las autoras para los fines de este estudio, en un momento específico. Las preguntas del cuestionario investigaban: a) edad, b) nivel educativo/tiempo de estudio, c) género, d) religión, e) estado civil, f) tiempo de actividad como trabajadora sexual, g) remuneración por programa, h) número estimado de programas/día, i) ingresos familiares mensuales.

Para que el estudio contuviera elementos que cumplieran satisfactoriamente los criterios científicos y potenciaran la mejora de la presentación de los resultados, se utilizó como parámetro de fiabilidad para la elaboración y evaluación de investigaciones en salud la *Guideline Internacional Criterios Consolidados para Informar sobre Investigación Qualitativa (COREQ)*.

Todas las entrevistas se grabaron mediante recursos de audio/vídeo y posteriormente se transcribieron, cotejando los datos recopilados en las entrevistas con los datos transcriptos. Se adoptó la codificación de las entrevistadas con nombres de flores, elegidos al azar. Para el análisis de los datos, se utilizó el marco teórico-metodológico de Bardin¹², mediante un análisis temático del contenido de los materiales transcriptos. El proceso de formación de las categorías se concretó mediante la codificación, que se llevó a cabo según criterios semánticos por ser los más adecuados para el análisis temático que, una vez triangulado con los resultados observados, se fue constituyendo en unidades de registro, para luego efectuar la categorización progresiva. La categorización temática se definió a la luz del marco teórico de la integralidad de la atención, como principio rector del SUS⁸.

La investigación fue sometida a la consideración del Comité de Ética en Investigación con el número de dictamen 5.573.323. Todas las participantes leyeron y firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI). CAAE: 58070422.2.0000.5134.

RESULTADOS

En el estudio participaron siete mujeres que ejercen el trabajo sexual, con edades comprendidas entre los 37 y los 53 años, con una trayectoria profesional de entre dos y veinte años en la región de Guaicurus. Estas realizan, aproximadamente, entre 5 y 20 programas al día, y ganan entre 1.000 y 3.500 reales al mes. La necesidad de generar recursos para subsistir es la principal motivación que se ha dado para empezar a trabajar como profesionales del sexo. En cuanto al género, todas las mujeres entrevistadas se identificaron como cisgénero.

En medio del análisis de las declaraciones de las participantes, surgieron dos categorías temáticas: 1) La estigmatización de las mujeres que ejercen el trabajo sexual como barrera para la atención integral de la salud y 2) Las situaciones de vida de las mujeres que ejercen el trabajo sexual como factor de mantenimiento de las barreras para la atención integral de la salud.

La estigmatización de las mujeres que ejercen el trabajo sexual como barrera para la atención integral de la salud

Los resultados indican que las mujeres que ejercen el trabajo sexual están expuestas a un trato alejado de la atención sanitaria integral, cuya causa más evidente es la estigmatización de su actividad en la sociedad. Al presentarse como mujeres que ejercen el trabajo sexual, hay una reacción por parte de los profesionales de la salud que las reduce a un cuerpo que puede generar enfermedades.

[...] Una vez, una iglesia trajo a un montón de personas para celebrar un evento en el día del cáncer de mama. Trajeron un autobús con varios dentistas para hacer limpiezas [dentales]. Cuando me senté, él [el dentista] me preguntó si tenía al día mi prueba del VIH. Me pareció absurdo, me levanté y me fui. (Flor de Naranjo)

Este pensamiento, que las clasifica de manera prejuiciosa, limita el enfoque del cuidado de la salud, el cuerpo y la vida de estas mujeres. Además, hay denuncias de una gestión inadecuada en los servicios de salud, que expone a estas mujeres a prejuicios y a la falta de asistencia.

[...] Cuando contraje Chikungunya y ellos no sabían que era trabajadora sexual, me

trataron de una manera, y otro día, cuando tuve que volver al servicio de salud para que me atendieran por un problema sexual [se rompió el condón con un cliente], me trataron de otra manera totalmente diferente, me trataron como si fuera algo sin importancia, ¿entiende? (Dalia)

Pero en São Paulo es totalmente diferente a Belo Horizonte, ¿sabes? En São Paulo [...] no paso un mes sin hacerme la prueba del VIH, la prueba de la sífilis, no, en cualquier lugar donde haya prostitución ellos [los servicios de salud] están encima, [...] vienen a buscarme y te llevan a hacerte la prueba [...]. En Belo Horizonte es muy difícil conseguirlo, igual que cuando se me rompió el condón, me pasé todo el día esperando para poder hacerme la prueba, llegué a las 10 de la mañana y no me la hicieron hasta las 6 de la tarde, estaba desesperada hasta que conseguí hablar con la psicóloga. (Dalia)

Lucho mucho para que cuando voy al ginecólogo y me identifíco [como trabajadora sexual], que el ginecólogo entienda que no es solo para pedir una [prueba] del VIH. Lucho para que cuando ella mire mi útero, sepa que ese útero no es de una mujer que tiene relaciones sexuales tres veces por semana, sino de una mujer que tiene relaciones sexuales 30, 40 veces al día. ¿Entendido? Porque eso es lo que hace un trabajador de la región de Guaicurus. Y necesitamos otra forma de cuidado. Hay mujeres que durante el periodo menstrual se colocan algodón para tener relaciones sexuales. Lastima aún más. Otra cosa, no es posible que una mujer que tiene relaciones sexuales 30 veces al día se ponga un DIU y el médico considere que la mujer está segura, que con el DIU está protegida. ¿Entendido? (Flor de Naranjo)

Las participantes informan que algunos profesionales de la salud, debido a la falta de capacitación u otros factores, se alejan de la práctica ética, respetando la autonomía y los valores de las pacientes. En lugar de mantener un enfoque respetuoso, estos profesionales adoptan discursos fundamentalistas e ideológicos durante las consultas.

[...] Ayer las trans [profesionales del sexo transexuales] fueron a vacunarse y allí había una [profesional de la salud] creyente [que dijo]: «Ah, Jesús tiene poder, encuentren a Jesús». Ella estaba vacunando y diciéndole eso a una mujer trans. Yo la denuncié, ella [la profesional del sexo] fue allí a vacunarse. La enfermera que estaba allí estaba predicando, quería rezar por las trans, ¡es una invasión tan grande! (Flor de Naranjo)

Como consecuencia de la estigmatización y las situaciones de prejuicio sufridas durante la atención en los servicios de salud, algunas mujeres que ejercen el trabajo sexual optan por no acudir más a las consultas o, cuando lo hacen, optan por no presentarse como trabajadoras sexuales, cediendo así a la lógica opresora de los profesionales que trabajan allí.

A veces prefiero no buscar el puesto de salud. Me quedo sin atención o busco una [atención] particular y no hablo con la persona con la que trabajo [...]. En el puesto de salud ya me conocen, así que siempre hay miradas, comentarios [...]. (Margarita)

Según Flor de Naranjo, el hecho de no acudir a los servicios sanitarios pone a estas mujeres en situaciones de riesgo para su salud, ya que, según los informes, hay muchas vacunas atrasadas, así como una falta de seguimiento de otras comorbilidades, como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades reumáticas, ansiedad y depresión. Además, según el universo de las declaraciones, las profesionales del sexo afirman no realizar otras actividades que promuevan la salud o el bienestar de sus cuerpos, y sufren una rutina agotadora y aislada del resto de sectores de la sociedad.

[...] Nadie viene aquí para hablar de salud, para hablar de cuidados. Nadie quiere saber si cuidamos nuestra salud mental [...], si hacemos ejercicio físico. Nada. Solo quieren hablar de las enfermedades que las prostitutas pueden tener o ya tienen [...]. Me quedo aquí días, semanas, vengo de Río [de Janeiro]. Dejo a mi marido, mi familia y mis hijos

allí y vengo a trabajar días y días seguidos. No salgo de aquí por nada, como marmita, a la hora que sea, ni veo la luz del día, si es de día o de noche. (Tulipa)

Hay muchas mujeres aquí con hipertensión, diabetes [...]. No hay esa preocupación por el servicio con ellas. Es más bien una cuestión de ITS, siempre las ITS. Eso pone a todos en peligro, ¿no? ¿Dónde queda entonces la cuestión de la salud en su conjunto? (Flor de Naranjo)

Por no hablar de que [nuestro trabajo] nos desvía la columna [por el esfuerzo repetitivo]. Entonces, el médico no solo tiene que preocuparse por el VIH, ¿entiende? Sí, son muchas cosas. Es salud integral, psicológica, como una enfermedad psicológica o psiquiátrica. Es promover nuestra salud [...]. (Margarita)

Situaciones de vida de las mujeres que ejercen el trabajo sexual como factor de mantenimiento de las barreras para la atención integral de la salud

Las situaciones vitales de las mujeres que ejercen el trabajo sexual reflejan la vulnerabilidad y la desigualdad, frente a las desventajas para la movilidad social «debido al bajo valor del programa» (Tulipa, Dalia, Flor de Naranjo), la frecuente «exposición a situaciones de violencia» (Dalia), así como a exclusión social, siendo todos estos factores determinantes para el mantenimiento de las barreras a la atención integral de la salud. Entre las palabras de las participantes, surge la dificultad que estas enfrentan para alcanzar mejores niveles relacionados con la calidad de vida y la ciudadanía.

Nos escondemos, nos escondemos de la familia, tenemos miedo de perder la custodia de los hijos, de que nos echen de casa, de que la familia se entere, si tenemos una relación, tenemos miedo de que nuestro marido se entere [...]. (Flor de Naranjo)

Cuando descubres el valor del programa, piensas: «Dios mío, para ganar mil reales voy a tener que tener mucho sexo», ¡y te asustas! (Dalia)

El valor del programa (que varía entre 50 y 150 reales, dependiendo del tiempo y el tipo de servicio prestado), mencionado especialmente por la participante Dalia, es el origen de otro problema, que es el número de programas/atenciones prestadas al día. Cuantos más programas se realizan, peores son los factores para mantener una buena calidad de vida, como más horas de trabajo y sin pausas para una alimentación adecuada, descanso o distracción.

En el «vaivén» de Guaicurus hay, según algunas participantes, ciertos patrones que organizan la función de las mujeres. Dependiendo del cliente, el servicio ofrecido varía: algunos clientes las buscan solo para conversar, otros para contacto físico e íntimo y, además, hay quienes buscan actos violentos y consumo de drogas ilegales. Sin embargo, según otra participante, Margarita, la negociación no siempre tiene lugar: en algunas situaciones, al negarse a realizar alguna actividad, la trabajadora sexual tiene que lidiar con el cliente que, al entrar en la habitación del hotel, se siente dueño de su cuerpo y la obliga a consumir sustancias contra su voluntad o a realizar una actividad sexual violenta.

A veces tengo miedo. El hombre entra en la habitación y se siente el dueño. Él está pagando [...]. Ha habido situaciones en las que uno me tiró a la cama y me violó [...]. Tenía miedo, miedo de morir [...]. Cierra la puerta [de la habitación], ¿y ahora qué? Hay hombres que nos obligan a consumir drogas con ellos, cocaína, marihuana [...], si les decimos que no, corremos peligro. (Margarita)

Sin los medios adecuados para ejercer su ciudadanía, las mujeres que ejercen el trabajo sexual se mantienen en una situación permanente de vulnerabilidad social

y sanitaria. Además, muchas mujeres son de otras ciudades y estados y residen en los hoteles de Guaicurus solo unos días al mes por motivos de trabajo. Este hecho contribuye a mantener la situación de vulnerabilidad y exclusión social, ya que, según los relatos de las participantes, los servicios de salud no las atienden por carecer de domicilio fijo.

[...] ¿Por qué viene de otro estado? Entonces tiene que empezar de cero aquí, solo que se queda solo 20 días aquí y vuelve a casa [otro estado]. ¿Cómo va a controlar la diabetes y la presión arterial con tan poco tiempo aquí? [...] Aquí tenemos casos de chicas que tenían que controlar la hipertensión y no lo hacían porque tenían que estar entre aquí y allá [lugares] y no podían controlarse. Murió porque tuvo un derrame cerebral. (Tulipa)

[...] Para ser atendida en el puesto es necesario tener una dirección [...], además, la mujer no puede porque es de fuera y tiene que pagar el hotel [...]. Una vez, alguien dijo en el centro de salud: «Ah, pero las mujeres no son de aquí, son de otros estados, tienen que buscar en sus estados». Dicen: «Pero si ellas no son de aquí, van a gastar dinero donde viven, ¿o es que quieren cargar al municipio?». (Flor de Naranjo)

Hay mujeres que llevan cinco años sin hacerse una revisión preventiva [...] Las mujeres no se las hacen porque solo están aquí dos meses, tres meses. Cuando regresan a su casa, ¿van al médico? No. Verán a la familia resolver algo y volverán. Entonces, tienen que tener acceso a eso, las mujeres tienen que cuidarse. ¿Por qué? Porque su dinero está aquí. El lugar de trabajo de ellas es aquí, así que el municipio tiene que cuidar de ellas aquí, ¡sí! (Flor de Naranjo)

En relación con las tarifas diarias mencionadas por la participante Flor de Naranjo, se refiere al hecho de que las mujeres que ejercen el trabajo sexual tienen que pagar una cantidad fija diaria por el uso de la habitación en el hotel de Guaicurus. El precio por noche depende de las instalaciones de la habitación y de la zona del hotel, y oscila entre cien y doscientos cincuenta reales. Los datos recopilados en la entrevista revelan la precariedad y fragilidad de los derechos de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, ya que no tienen derecho a remuneración mediante la presentación de un certificado médico para acudir a las consultas en el centro de salud.

[...] Si la mujer sale durante el día para ir al puesto, pasar mucho tiempo fuera, para ella es un perjuicio. No se dejará de cobrar la tarifa diaria. ¿Certificado? ¿A quién le va a entregar el certificado? ¿Para el propietario del hotel? No hay nada de eso. Es ella por ella, no tiene los mismos derechos, en otro trabajo sí los tendría. Esa es nuestra lucha diaria. (Flor de Naranjo)

Flor de Naranjo presenta la lucha de las trabajadoras sexuales por la conquista de sus derechos como trabajadoras, incluyendo en esta lista de derechos el derecho a la salud, a la seguridad y a las políticas públicas.

Porque el trabajo sexual está ahí, existe. Tenemos una CBO [Clasificación Brasileña de Ocupaciones]. Esa CBO es un término que utilizamos para decir que estamos respaldadas por el Ministerio de Trabajo. [...] De mí siempre oirán hablar de trabajadoras sexuales. ¿Sabe por qué? Estamos luchando por una legislación, [...] por la garantía de los derechos laborales [...], de aquellas mujeres que realizan un trabajo, ese trabajo, que sustenta a su familia [...]. Y hay más, porque no es solo salud. Es la salud integral, la seguridad, las políticas públicas [...]. (Flor de Naranjo)

Según Flor de Naranjo, el reconocimiento de las profesionales del sexo como trabajadoras puede ayudar a garantizar sus derechos como ciudadanas y su acceso a las políticas públicas.

Cuando va al CRAS, dice que es madre soltera, pero que se prostituye y que paga 120 reales al día [...], la descalifican inmediatamente. Sí, porque ¿quién paga una tarifa diaria de 120 reales? ¿Cuánto gana esta mujer al mes? Entonces no reúne los requisitos para recibir una ayuda, una prestación. (Flor de Naranjo)

Otra cosa que forma parte de nuestra lucha es la seguridad de las mujeres. Si es una profesional reconocida y trabajadora, tendrá derechos, derecho a la seguridad. Si sufre violencia dentro de la habitación, ¿a quién llamará? ¿Va a llamar a la policía allí, en Guaicurus, una zona conocida por el consumo de drogas y la prostitución? Va a ahuyentar a los demás clientes, que son el sustento de las chicas. No lo hará. (Flor de Naranjo)

DISCUSIÓN

Las mujeres que ejercen el trabajo sexual se enfrentan a situaciones de opresión y lucha cotidiana por la libertad, la autonomía y el respeto, tanto en los servicios de salud como en la sociedad en general. Percibir esta vulnerabilidad como un obstáculo para la integralidad de la atención es crucial para la conciencia de la alteridad, la colectividad y la participación social. En el presente estudio, las dos categorías encontradas hacen referencia a las situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran las mujeres que ejercen el trabajo sexual, ya sea por el estigma que les imponen los profesionales de la salud o por sus condiciones de vida y de trabajo, y exponen cómo estas condiciones las alejan de lo que entendemos como atención integral de la salud.

Las mujeres que ejercen el trabajo sexual se enfrentan a situaciones de opresión y lucha cotidiana por la libertad, la autonomía y el respeto, tanto en los servicios de salud como en la sociedad en general. Percibir esta vulnerabilidad como un obstáculo para la integralidad de la atención es crucial para la conciencia de la alteridad, la colectividad y la participación social. En el presente estudio, las dos categorías encontradas hacen referencia a las situaciones de vulnerabilidad a las que están expuestas las mujeres que ejercen el trabajo sexual, ya sea por el estigma que les imponen los profesionales de la salud o por las condiciones de vida y de trabajo de estas mujeres. Además, exponen cómo estas condiciones las alejan de lo que entendemos como atención integral de la salud.

En lo que respecta al estigma que sufren las mujeres que ejercen el trabajo sexual, es oportuno reflexionar sobre la necesidad de reconsiderar el lugar que ocupa la mujer en la sociedad, antes que el lugar que ocupa la mujer que ejerce este trabajo¹³. Cabe destacar la construcción social del hecho de que, aunque las mujeres trabajen en otras ocupaciones, siguen ocupando puestos jerárquicamente inferiores y son víctimas de violencia por el mero hecho de ser mujeres. De este modo, las mujeres y las trabajadoras sexuales se ven afectadas, de manera interseccional, por situaciones de prejuicio, exclusión social, desigualdad de género y estigmatización.

Esta superposición de las opresiones sufridas por estas mujeres revela las intersecciones de los marcadores sociales de las desigualdades en el ámbito del trabajo sexual: los socioculturales, producto del machismo, el sexismoy el control de la sexualidad del cuerpo femenino, y los estructurales, resultantes del contexto de pobreza, marginación e injusticia social al que están expuestas estas mujeres y que, a menudo, las llevan a la prostitución¹⁴.

En relación con el estigma¹⁵, se trata de una característica del sujeto que, transformada socialmente en un atributo negativo, lo descalifica y le crea obstáculos para acceder a bienes, ya sean materiales o simbólicos. Así, se puede observar cómo la estigmatización de la ocupación de las mujeres en situación de prostitución resuena en situaciones frecuentes de exclusión.

En la primera categoría, los principales hallazgos reflejan sentimientos de inadecuación, vergüenza y rebeldía, causados por la actitud opresiva de los profesionales de la salud. Estos profesionales no solo prestan una atención inadecuada, sino que tampoco promueven la salud integral de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, y a menudo adoptan posturas fundamentalistas e imponen sus creencias durante las consultas. Como consecuencia de todos estos factores, se produce una reducción de la atención sanitaria en lo que respecta a la distribución de preservativos y la exclusión de estas mujeres de los servicios y espacios sanitarios⁹.

A pesar de la preocupación y los riesgos relacionados con las infecciones de transmisión sexual, la salud de las mujeres que ejercen el trabajo sexual no puede reducirse a estos problemas. Son escasos los debates abiertos y la exploración de alternativas, que no se limiten a la protección durante las relaciones sexuales, para promover la expresión del cuidado de esta población. Además, los profesionales sanitarios tienen dificultades para reconocer la existencia de una intimidad afectiva sexual de esta mujer con una pareja, más allá de su trabajo. A pesar de reconocer que la evaluación de la sexualidad es una parte intrínseca de la atención sanitaria, por numerosas razones, muchos profesionales no abordan estas cuestiones en la práctica asistencial¹⁶⁻¹⁸. De este modo, la falta de preparación de los profesionales sanitarios para abordar la sexualidad de estas mujeres las priva de una atención adecuada, lo que puede incluso dar lugar a acciones iatrogénicas.

La atención sanitaria se centra únicamente en la prevención de enfermedades y no se incentivan las acciones de promoción de la salud, el ocio, el deporte y la cultura, lo que reduce a una simple cuestión de salud la situación de las mujeres trabajadoras sexuales.¹⁹ Además de la atención reduccionista, también existe la atención inadecuada, impregnada de discriminación o malos tratos. Un estudio¹⁹ cuyo objetivo era investigar la adherencia de las trabajadoras sexuales a los servicios de salud de atención primaria en Brasil mediante una revisión integradora, encontró la presencia de denuncias de maltrato o discriminación en la atención prestada por los profesionales de la salud en el 85,7 % de los estudios analizados.

Además, existen otras barreras para el acceso integral a la salud, como el horario limitado de los servicios de salud, a saber: largos tiempos de espera para concertar citas y exámenes, demoras en la atención, falta de acogida y de vínculo entre las unidades básicas y las profesionales del sexo¹⁹⁻²⁰.

Los autores²⁰ señalan que las mujeres, cuando acuden a los servicios de salud, no siempre afirman ser trabajadoras sexuales, por lo que prefieren omitir esta información por temor a la discriminación. Esta información coincide con los datos del presente estudio, que demostraron que las mujeres, cuando acuden a los centros de salud, no se sienten cómodas diciendo que son profesionales del sexo, ya sea en otras regiones de Belo Horizonte o en su ciudad natal.

En la segunda categoría, el sentimiento de inadecuación reaparece en los comentarios, pero ahora con un enfoque en las relaciones sociales más allá de las que se establecen con los profesionales de la salud, lo que perjudica enormemente el alcance de niveles sociales dignos, así como el mantenimiento de la ciudadanía.

En este contexto de pérdida de derechos y abusos sufridos, estas profesionales guardan silencio y desarrollan estrategias para protegerse del sufrimiento socialmente impuesto a aquellas que optan por esta forma de trabajo¹⁴. La mayoría de las mujeres crean nombres «de guerra» para no perder su papel socialmente aceptado, así como sus derechos como mujeres y madres. Así, su identidad se divide entre el entorno de los hoteles y su círculo de amigos y familiares²¹⁻²².

En nuestra sociedad, históricamente, los Estados reaccionan ante el trabajo sexual de tres formas principales: abolicionismo, regulación y prohibicionismo. La visión abolicionista considera a la mujer que ejerce el trabajo sexual como una víctima de la coacción por parte de intermediarios, mientras que la regulación propone que la prostitución sea legalizada y sometida a normas específicas. Por su parte, el prohibicionismo defiende la criminalización no solo de las trabajadoras sexuales, sino también de los propietarios de burdeles y sus clientes¹⁴.

En los movimientos feministas hay divergencias significativas sobre el tema. A lo largo de los últimos siglos, el feminismo radical ha considerado la prostitución como una violación de los derechos humanos y una manifestación de la desigualdad entre los géneros. Sin embargo, durante las décadas de 1980 y 1990, con el surgimiento del feminismo liberal, el trabajo sexual comenzó a considerarse una profesión como cualquier otra. Con estas posiciones en mente, surgieron dos campos opuestos: uno que ve el sexo como una forma de opresión para las mujeres y otro que lo defiende como una fuente de placer y poder para ellas¹⁴.

Otro ejemplo de ello es la postura de la Comunidad Católica Pantocrator, que ha recopilado testimonios de algunas mujeres que han estado en situación de prostitución y que defienden que la prostitución no es un trabajo, sino una violación pagada, y que el uso de ese término (mujeres que ejercen el trabajo sexual) solo perjudica los esfuerzos por detenerla²³.

De todos modos, aunque no existe consenso sobre si se debe regular o no la profesión, se sabe que la falta de regulación agrava la vulnerabilidad de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, contribuyendo a experiencias de sufrimiento, ya que no existen políticas públicas orientadas a las condiciones de trabajo, las horas de descanso, la seguridad en el entorno laboral ni ninguna iniciativa para controlar el consumo de alcohol y drogas y promover la salud.

En la medida en que la mujer que ejerce el trabajo sexual se pone al servicio del cliente, se establece una relación jerárquica, de modo que la profesional se encuentra en una situación de vulnerabilidad ante la violencia. Es importante señalar esto, ya que, durante las entrevistas del presente estudio, las mujeres mencionaron el miedo que sienten al «cerrar la puerta de su habitación» para comenzar a trabajar. Ponen de manifiesto y refuerzan la idea de que, en realidad, se construye una relación jerárquica en la que el cliente puede cometer un acto violento en cualquier momento²¹.

Aunque los informes del presente estudio sobre el consumo de alcohol y drogas no son significativos, otros estudios indican que este es otro problema presente en la vida cotidiana de las mujeres que ejercen el trabajo sexual. El consumo de alcohol y drogas está presente en la práctica laboral de estas mujeres, de manera que funcionan como estrategias para animarse a realizar el programa y, en algunas situaciones, para complacer al cliente²¹.

El presente estudio, al reconocer las barreras que impiden la atención integral de la salud de las mujeres que ejercen el trabajo sexual, invita a reflexionar sobre la importancia de las prácticas educativas, asistenciales y, sobre todo, promocionales,

basadas en políticas públicas, como instrumentos para promover la transformación social en el ámbito de la prostitución.

Las limitaciones de este estudio están relacionadas con el número limitado de entrevistas realizadas y la recopilación intencional de datos, lo que puede haber afectado a la obtención de los datos investigados. Sin embargo, los datos recopilados y analizados permitieron revelar la realidad de las mujeres que ejercen el trabajo sexual y las dimensiones de las desigualdades a las que están expuestas y que limitan su acceso al derecho a la atención integral.

CONCLUSIÓN

Las dos categorías encontradas en este estudio hacen referencia a las situaciones de vulnerabilidad de las mujeres que ejercen el trabajo sexual: por el estigma que les imponen los profesionales de la salud, por las situaciones vitales y laborales de estas mujeres y por las condiciones estructurales de desigualdad, y ponen de manifiesto cómo estas condiciones las alejan de lo que entendemos como atención integral a la salud.

Al identificar las barreras para la atención integral, se espera que este estudio contribuya a promover debates sobre lo lejos que se está de la integralidad de la atención a las mujeres que ejercen el trabajo sexual y lo mucho que es necesario invertir en políticas públicas capaces de mitigar las condiciones de desigualdad social a las que están expuestas estas mujeres. Además, se señala la urgente necesidad de invertir en la formación de profesionales sanitarios con competencias para hacer frente a estas condiciones de desigualdad, mediante prácticas formativas como la educación permanente y la capacitación en los servicios de atención sanitaria.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio se realizó con el apoyo del Departamento de Investigación y Extensión de la Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, a través de la beca de Iniciación Científica, Concurso PROBIC/01-2022.

REFERENCIAS

1. Wulifan JK. Female transactional sex workers' experiences and health-seeking behavior in low-middle income countries: a scoping review. *BMC Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 23];24(1):2749. Available from: <https://doi.org/doi:10.1186/s12889-024-20211-7>
2. de Góes JM. Corpo, autonomia e associativismo: a participação das prostitutas da Guaicurus [thesis]. Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2017 [cited 2024 Jul 23]. 144 p. Available from: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-AQFQ8A/1/disserta_o_final.pdf
3. Figueiredo R, Peixoto M. Profissionais do sexo e vulnerabilidade. *BIS* [Internet]. 2010 [cited 2024 Jul 23];12(2):196-201. Available from: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33790>

4. de Souza MD, Ferraz DLS, de Melo JMPV. Prostituição: para além do “ser ou não ser profissão”. Germinal (Salvador) [Internet]. 2023 [cited 2024 Jul 23];15(3):156-76. Available from: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/56819>
5. Salmeron N A, Pessoa TAM. Sex workers: socioepidemiologic profile and measurements of harm reduction. Acta Paul Enferm [Internet]. 2012 [cited 2024 Jul 23];25(4):549-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000400011>
6. do Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];34(3):e00101417. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>
7. Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [cited 2024 Jul 23]. 496 p. Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2024 Jul 23]. 44 p. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf
9. de Freitas METP de, Ribeiro LS, Guimaraes SSS, Martins LF, Chinelato RSC. Fatores biopsicossociais na história de vida de mulheres profissionais do sexo. Psicol Pesq [Internet]. 2020 [cited 2024 Jul 23];14(2):152-78. Available from: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.27385>
10. Taquette SR, Villela WV. The authors respond. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 23];22(1):20-1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017221.28572016>
11. Marmot, M. The status syndrome: how your social standing directly affects your health and life expectancy. Londres: Bloomsbury, 2004. 320 p.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011. 288 p.
13. Elias ARR, Junqueira MAB, de Noronha IC, Pereira J, Giuliani CD, Ferreira MCM. Vulnerabilidades e marginalização no mundo do trabalho da prostituição. Cad Espaço Fem [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 23];31(2):301-331. Available from: <http://dx.doi.org/10.14393/cef-v31n2-2018-15>
14. da Silva AP, Santos CRC, Carvalho, MG. Entre prazeres e sofrimentos: vivências subjetivas de trabalhadoras sexuais em São Paulo. Cad Psicol Soc Trab [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];21(2):181-95. Available from: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v21i2p181-195>
15. Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. Epidemiol Serv Saude [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 23];24(3):531-40. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000300019>
16. Sousa RMRB, Frota MMA, Castro C, Kendall BC, Kerr LRFS. Perceptions of female sex workers about access to HIV testing: incentives and barriers. Saúde Debate [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 23];41(113):513-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711313>
17. da Silva SB. Para além de uma concepção biomédica: o corpo e o trabalho das profissionais do sexo [undergraduate thesis on the Internet]. Santos: Universidade Federal de São Paulo; 2020 [cited 2024 Jul 23]. 49 p. Available from: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/58011>
18. Brito NS, Belém JM, de Oliveira TM, Albuquerque GA, Quirino GS. Daily work and access to health services of female sex workers. Rev Rene [Internet]. 2019 [cited 2024 Jul 23];20:e33841. Available from: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20192033841>
19. de Oliveira RR, Silva KH, Tavares SS, Gonzaga MFN, de Almeida CG, Contini ICP. Acesso à saúde pelas profissionais do sexo na atenção primária: uma revisão integrativa. Scire Salut [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 23];11(3):100-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.6008/cpsc2236-9600.2021.003.0013>

20. dos Santos PS, Ferreira PG, de Figueiredo RC, Silva LS, Amorim RCCS. Atenção à saúde dos profissionais do sexo: a ótica da equipe de enfermagem da estratégia saúde da família. *Scire Salut* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 23];11(3):90-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.6008/cbpc2236-9600.2021.003.0012>
21. Gehlen RGS, da Costa CM, Arboit J, da Silva EB. Situações de vulnerabilidade a violência vivenciadas por mulheres profissionais do sexo: estudo de caso. *Cienc Enferm* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];24:8. Available from: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100208>
22. Pereira JF, de Paiva KCM, dos Santos JVP, Sousa CV. "O show tem que continuar": encalços e percalços do ser/estar prostituta. *Contextus* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 23];16(3):151-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.19094/contextus.v16i3.32642>
23. Oliveira A. Prostituição em Portugal: uma atividade marginalizada num país que tolera mais do que persegue. *Bagoas* [Internet]. 2017 [cited 2024 Jul 23];17:201-24. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/111356>

Barriers to comprehensive care for women who engage in sex work

ABSTRACT

Objective: Identify barriers to comprehensive care for women who engage in sex work in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Method:** Qualitative study conducted with seven sex workers from October to December 2023. The data were collected through semi-structured interviews and submitted to content analysis, according to the framework proposed by Bardin. **Results:** Social inequality, the context of violence in which these women live, the stigma and prejudice surrounding sex work, and the lack of training among health professionals are factors that act as significant barriers to these women's access to health care and comprehensive care. **Conclusion:** Strategies for training health professionals and implementing public policies to mitigate the social vulnerability of female sex workers are necessary.

KEYWORDS: Sex Workers; Social Vulnerability; Health Vulnerability; Integrality in Health; Stereotyping.

Recibido en: 30/07/2024

Aprobado en: 05/06/2025

Editor asociado: Dra. Tatiane Herreira Trigueiro

Autor correspondiente:

Sumaya Giarola Cecilio

Universidade Federal de Minas Gerais

Avenida Professor Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

E-mail: sumayagc@ufmg.br

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG.** Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG.** Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Alves VC, da Silva RSR, Cecílio SG, Schreck RSC, Gandra EC, Cecilio SG.** Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflictos de intereses:

Los autores no tienen conflictos de intereses que declarar.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](#).