

6. POLÍTICAS SANITARIAS EN RELACIÓN AL VIH/SIDA Y ACTIVISMOS FEMINISTAS EN TORNO A LA PROSTITUCIÓN/EL TRABAJO SEXUAL EN BUENOS AIRES DURANTE LA DÉCADA DEL 90

Lucía Nuñez Lodwick¹

Fecha de recepción: 22/062021

Fecha de aceptación: 18/08/2021



| Resumen

El presente trabajo reúne algunas reflexiones respecto a las políticas sanitarias y los activismos feministas en torno a la práctica de la prostitución/ el trabajo sexual producto de años de trabajo de campo condensados en mi tesis doctoral. El impacto del discurso de organismos internacionales y la asociación entre prostitución y vih/sida reactualizaron la dimensión sanitaria de la práctica, anclada en la concepción del cuerpo de las mujeres en su ejercicio como foco de contagio. En los activismos feministas de mujeres cis y trans auto-organizadas, que irrumpen en los años 90, los discursos sanitarios en torno al cuerpo se verán atravesados tanto por la lucha contra la violencia institucional como por la militancia en torno a la autonomía corporal. Asimismo estas narrativas reforzaron la noción histórica de las mujeres como las agentes responsables del cuidado. Sin embargo, frente a la estigmatización imperante en el acceso de estas poblaciones al sistema de salud son la red de pares y las organizaciones sociales quienes despliegan estrategias de cuidado y saberes que posibilitan ese derecho.

¹ Integrante de NUSUR Núcleo Sur Sur (IDAES/UNSAM) y del GT Epistemologías del Sur (CLACSO). lucialodwick@yahoo.com.ar

Palabras clave: *políticas sanitarias; prostitución; activismo feminista.*

| Abstract

This work brings together some reflections regarding health policies and feminist activisms around the practice of prostitution / sex work, product of years of field work condensed in my doctoral thesis. The impact of the discourse of international organizations and the association between prostitution and HIV / AIDS updated the health dimension of the practice, anchored in the conception of the women's body in its exercise as a source of contagion. In the feminist activisms of self-organized cis and trans women, which erupted in the 1990s, health discourses around the body will be traversed both by the fight against institutional violence and by militancy around bodily autonomy. Likewise, these narratives reinforced the historical notion of women as the agents responsible for care. However, in the face of the prevailing stigmatization in the access of these populations to the health system, it is the peer network and social organizations that deploy care strategies and knowledge that make this right possible.

Keywords: *health politics; prostitution; feminist activism.*

Cita: Nuñez Lodwick, L., 2021. "Políticas sanitarias en relación al vih/sida y activismos feministas en torno a la prostitución/el trabajo sexual en Buenos Aires durante la década del 90" (pp. 127-145). En: Alicia Genolet (Coord.), *Dossier: "Indagar con perspectiva de género: feminismos, disidencias y disputas contemporáneas"*, *Tiempo de Gestión N° 29 (Vol.II)*, FCG-UADER, Paraná.

Introducción

Este artículo recoge algunos abordajes de mi tesis doctoral respecto a las narrativas que tanto el Estado -mediante legislaciones y dispositivos- como los movimientos feministas elaboraron a lo largo del tiempo en relación a la práctica de la prostitución² y sus protagonistas. En este caso me

² Referiré al concepto de prostitución para dar cuenta de la práctica en términos generales, sabiendo que el intercambio de sexo por dinero engloba dinámicas muy heterogéneas, respetando las auto-percepciones de las entrevistadas que se definieron como trabajadoras sexuales o mujeres en situación de prostitución en cada caso.

centraré en el resurgimiento de la relación que históricamente se construyó entre prostitución y enfermedad, caracterizando al cuerpo femenino/ feminizado como foco de contagio. En primer lugar analizaré el impacto de los discursos de organismos internacionales respecto al trabajo sexual para ponerlos en diálogo con la militancia local de las propias mujeres organizadas en la década del 90, tomando como eje la dimensión de la salud.

Para ello apelé al análisis de legislaciones claves en la historia jurídica de la prostitución, realicé entrevistas en profundidad y mantuve charlas informales con mujeres cis y trans³ en ejercicio de ésta actividad, entrevisté a actorxs involucrados (activistas, funcionarixs públicxs), realicé observaciones en espacios públicos del ejercicio de la prostitución, me dediqué a la lectura y el análisis de documentos, comunicados (impresos y virtuales), materiales audiovisuales generados por las organizaciones, participé en marchas, concentraciones, encuentros, charlas, intervenciones artísticas, entre otras. Apelando a una escucha ética, entendiendo a las sujetas de la investigación como agentes activas capaces de significar sus prácticas, elaborar sus propios discursos y disputar sentidos.

En primera instancia presentaré algunas normativas internacionales que visibilizaron el discurso del trabajo sexual en un contexto de expansión del VIH/ SIDA para luego pensar el impacto de estas retóricas en los procesos de auto-organización local con una fuerte impronta sanitaria. Para concluir daré cuenta de las estrategias colectivas que las protagonistas elaboran frente a la estigmatización que el sistema de la salud presenta para éstas poblaciones.

La instalación del discurso del trabajo sexual en Argentina:

Organismos internacionales y salud pública

La asociación entre prostitución y enfermedad es histórica⁴, y si bien se consolida durante el período reglamentarista (1875-1936) donde el estado define al cuerpo de las mujeres en prostitución

³ Ambos términos apelan a la construcción de la identidad de género. Mientras en la transexualidad discrepa la percepción identitaria y el sexo "biológico" asignado al nacer, en lo cisgénero coinciden. A lo largo del texto referiré a la identidad auto-percibida de las entrevistadas.

⁴ Podríamos insertar estas intervenciones sanitarias en tramas previas que se remontan incluso al período colonial. "Las formas de intervención colonial respecto a las mujeres en ejercicio de la prostitución y su sexualidad fue triple: por un lado el castigo del delito a través de la cárcel para aquellas que hubieran infringido la ley, la reclusión tendiente a reformar moralmente a quienes transgredieran la norma social; y por último la separación social de quienes pudieran convertirse a través de la enfermedad en focos de contagio. Estas tres narrativas instauraron relatos que adquirieron permanencias a lo largo del tiempo." (NuñezLodwick, 2020: 58).

como objeto de política pública; esta narrativa permanece durante el actual período abolicionista⁵.

A partir de la década del 80 con la expansión del VIH/SIDA las mujeres en prostitución fueron catalogadas, al igual que los varones homosexuales⁶, como parte del grupo de alto riesgo⁷. Según Pando (2010: 58) "*los trabajadores sexuales han constituido desde siempre un grupo de riesgo en todo lo referente al cuidado de su salud, no sólo por las características propias de su trabajo, sino también por el grado de marginación en que su vida suele desarrollarse*" (el subrayado me pertenece).

Durante la década siguiente se produjeron recomendaciones a nivel internacional, como el documento elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1998) *The Sex Sector: The economic and social bases of prostitution in Southeast Asia* y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (1996) de ONU SIDA que asociaron trabajo sexual y VIH/SIDA. Mientras que el primero visibilizaba la posibilidad de los estados de reconocer al trabajo sexual como una actividad legal, el otro habilitaba la intervención política sobre esta problemática a través de medidas sanitarias. En el primer documento la OIT instó a través de un informe a los estados a reconocer esta práctica como legítima. Este argumento se sustenta en la rentabilidad económica que implica la prostitución para los gobiernos. Según Liam (1998) esta disposición reconoce "un sector del sexo comercial que está integrado a la vida económica, social y política de estos países" (en Jeffreys, 2009: 14-15).

Si bien la intervención de corte sanitario respecto a la prostitución es histórica, en este período no sólo consistió en una recomendación internacional sino que, a través de estos aparatos, implicó la aplicación de intervenciones concretas en la región como programas de diagnóstico, capacitaciones, proyectos que incluyeron financiamientos y recursos, así como el fortalecimiento de redes

⁵ El mismo se instaura en 1936 con la Ley 12331, conocida como la "Ley de profilaxis" que no sólo busca intervenir sobre la propagación de enfermedades venéreas sino que establece el castigo al proxenetismo, es decir la explotación sexual ajena. Este modelo se profundiza con la Ley de trata (26364/2008) y su modificatoria (Ley 26842/2012).

⁶ Sheffreys afirma que "la histeria provocada por el sida que puso en su punto de mira a los homosexuales y a las lesbianas, aunque éstas últimas tuvieran escasas probabilidades de contraer el virus a través de su práctica sexual" (1993:11).

⁷ "Los profesionales del sexo se han visto gravemente afectados por el VIH en muchas partes del mundo, (...) Pero también se encuentran entre las poblaciones clave con un mayor riesgo que mejor han respondido a las campañas de prevención del VIH, adoptando estrategias de defensa e implicándose en iniciativas entre iguales para responder a la epidemia" (el subrayado me pertenece).

<https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2012/december/20121212sexworkasia>

Asimismo, "Diversos estudios realizados en los últimos años en Argentina, han mostrado como grupos más afectados por la epidemia de HIV/sida a los 'hombres que tienen sexo con hombres' (HSH), las trans (transexuales, travestis y transgenero), los "usuarios de drogas" (UD) y las/los "trabajadoras/es sexuales" (TS)" (Pando, 2010: 56-58, el subrayado me pertenece.)

internacionales de trabajadorxs sexuales que serán trabajadas más adelante.

Mientras en Argentina las políticas destinadas a combatir la trata de personas estuvieron atravesadas por la intervención penal, las medidas dirigidas a las mujeres en ejercicio de la prostitución fueron de corte sanitario donde el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se constituyeron como los principales focos de intervención sobre la problemática por parte del estado, las ongs y las organizaciones sociales. A partir de la expansión global del VIH/SIDA estos agentes reforzaron la narrativa de la prostitución como problema sanitario, debido a la potencialidad del contagio de ETS, que requería la intervención estatal y social. Este síndrome en particular es mencionado en estas políticas como uno de los riesgos inherentes a la práctica de la prostitución así como el contagio de ETS en general, el consumo de alcohol, de estupefacientes, la exposición a la violencia. Si bien el informe de ONUSIDA (2009: 2) afirma que "los vínculos entre el trabajo sexual y la vulnerabilidad al VIH se reconocen desde los primeros días de la epidemia". Tirado Acero (2014) señala que "no hay datos que demuestren que en el trabajo sexual la transmisión del VIH a clientes sea un riesgo de mayor importancia que en otros sectores poblacionales, lo que no significa que no sea necesario que se realicen estudios y programas de prevención a este sector" (op. cit.: 105). Del mismo modo en este intento por desnaturalizar esta asociación entre VIH y trabajo sexual Amaya et al. (2005) sostienen que la incidencia de esta enfermedad entre trabajadoras sexuales es igual que la de las mujeres que no ejercen esta actividad.

En el caso de la prostitución el combate contra este potencial contagio se insertó en una genealogía de políticas de control corporal femenino previas, reforzadas por la expansión del VIH Sida, al igual que la ya mencionada creencia que los varones homosexuales eran los transmisores innatos del síndrome, dando lugar al mito de la "peste rosa".

Según Overs y Longo (1997) "... la aparición del VIH marcó una nueva etapa de control (...), encontrando en el trabajo sexual un foco de transmisión que apunta directamente responsabilidades a quienes practican esta actividad" (en Tirado Acero, 2014: 99), anudando nuevamente enfermedad e inmoralidad. Estas políticas reforzaron la noción de las mujeres en ejercicio de esta actividad como grupo vulnerable, asumiéndolas como responsables del cuidado, sin tener en cuenta que es una práctica donde la relación mediada por el dinero no es horizontal y que muchas veces las condiciones

no son favorables al cuidado debido a que las mujeres encuentran resistencias o negaciones al uso del preservativo para una práctica sexual segura.

Sin embargo, también son caracterizadas como grupos activos en las políticas de prevención. En el informe técnico de ONUSIDA⁸ se afirma que en estas últimas décadas si bien "se han identificado tasas significativamente más altas de infección por el VIH entre los profesionales del sexo y sus clientes en comparación con otros grupos de población en un mismo país (...) los estudios indican que los profesionales del género se encuentran entre los que tienen *más posibilidades de responder más positivamente a los programas de prevención del VIH/ITS*" (ONUSIDA, 2009: 2, el subrayado me pertenece).

El combate respecto a estas enfermedades como decisión política de los organismos mundiales impactó en la conformación de organizaciones locales en diálogo con redes de carácter internacional. Jeffreys (2009) explica que a nivel mundial existen "organismos vinculados al trabajo sexual, creados o subvencionados por los gobiernos para entregar preservativos a las prostitutas y a los hombres para prevenir la transmisión del vih". Este "dinero para el sida" ha creado una poderosa fuerza de organizaciones por los derechos de las trabajadoras del sexo que adoptan la posición de que la prostitución es como cualquier otro trabajo y ahora un sector útil del mercado que debe ser despenalizado" (Jeffreys, op. cit.: 26). Respecto a este vínculo entre la prevención del VIH y la despenalización de la prostitución desde ONUSIDA (2009) se expresa que las mejores condiciones en el desarrollo de la actividad impactan directamente en la posibilidad de las mujeres de tener prácticas sexuales seguras, reduciendo el riesgo de contagio. Por ejemplo el informe hace referencia a lugares que "no fomentan las relaciones sexuales seguras ni protegen a los profesionales del sexo de la violencia perpetrada por clientes, agentes del orden público, pandillas, propietarios de los establecimientos o controladores. Además, la servidumbre por deudas, las bajas remuneraciones y las deficientes condiciones de vida también pueden poner en peligro la salud y la seguridad de los trabajadores sexuales. *Cuando los profesionales del sexo pueden ejercer control sobre sus ámbitos de trabajo e insistir en las prácticas sexuales más seguras, las pruebas indican que el riesgo y la*

⁸ El mismo se nutrió de "las contribuciones del Grupo de Referencia sobre VIH y Derechos Humanos y el Grupo Mundial de Trabajo de Política sobre VIH y Trabajo Sexual, (...) consultas que tuvieron lugar entre 2006 y 2008, por ejemplo, la Consulta Técnica Mundial sobre VIH y Trabajo Sexual; una consulta regional para América Latina y el Caribe" (ONUSIDA, 2009).

vulnerabilidad al VIH pueden reducirse considerablemente" (ONUSIDA, op. cit.: 4, el subrayado me pertenece).

La intervención propuesta por este organismo consta de tres pilares: "Pilar 1: Asegurar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo integrales relacionados con el VIH. Pilar 2: Crear entornos de apoyo, fortalecer las asociaciones y ampliar las opciones. Pilar 3: Reducir la vulnerabilidad y atender los problemas estructurales" (ONUSIDA, op. cit.: 7).

En el marco de este crecimiento de organismos frente a la expansión del VIH/SIDA en 1992 se lanza la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP) durante la conferencia Internacional del Sida en Amsterdam. Esta alianza internacional que busca el reconocimiento del trabajo sexual llevó a cabo acciones que incluyeron tanto a las políticas sanitarias como a la lucha contra la criminalización del trabajo sexual al confundirlo con explotación sexual. Ergo "NSWP presionó con éxito para redactar la convención de las Naciones Unidas contra la trata de personas (el Protocolo de Palermo) para garantizar que se defina la trata de personas como fuerza o coacción. NSWP, junto con sus redes regionales, también logró instar a ONUSIDA a que reconsidere sus directrices políticas de 2007 sobre el VIH y el trabajo sexual"⁹.

La NSWP se constituyó sobre tres bases: el reconocimiento del trabajo sexual, la distinción entre trabajo sexual-trata y el combate al VIH/SIDA. Respecto al primero la demanda por la legitimación de esta práctica se inserta en la lucha por el reconocimiento legal y por garantizar a las personas involucradas derechos como el derecho a la salud, a trabajar, a la libertad, a la seguridad, a migrar, entre otras. Esta red, cuyas demandas se enmarcan en políticas internacionales de salud de ONU SIDA y OIT, hace hincapié en distinguir esta actividad de formas forzadas de explotación o esclavitud sexual. Quienes cuestionan estos enfoques afirman que "esta posición es cómoda para los gobiernos y las agencias de la ONU porque no discute el derecho de los hombres a pagar por sexo" (Jeffreys, 2009: 27).

El discurso del trabajo sexual cobra fuerza entonces a partir de la intervención sanitaria cristalizada en el combate al VIH/SIDA. Si bien esta injerencia internacional focalizó en el cuerpo femenino desde la dimensión de la salud, las mujeres en prostitución elaboraron formas de

⁹ <https://www.nswp.org/history>

organización propias a partir de ser sujetas de estas políticas. Como sostiene Pecheny "muchas cuestiones de sexualidad y género avanzaron gracias a imperativos de salud: derechos de las mujeres, jóvenes y adolescentes en materia sexual y reproductiva se traducen en, y avanzan a través de, demandas y políticas de salud reproductiva; derechos de gays y trans han avanzado impulsados por las respuestas a la epidemia del VIH/sida; etc. La literatura refiere así a una "ciudadanía terapéutica", es decir la inclusión de sujetos en el seno de las acciones del Estado mediante su *inclusión como objetos y sujetos de políticas públicas de salud*" (Pecheny, 2014: 4, el subrayado me pertenece).

Del mismo modo Kempadoo (1998) afirma que en diversos lugares del mundo "parte del trabajo de prevención del sida ha contribuido a la formación de nuevas organizaciones de trabajadoras del sexo y a fortalecer a las trabajadoras del sexo en otras áreas más allá de las cuestiones de la salud" (Kempadoo, op. cit.: 19). Si bien la dimensión sanitaria adquirió una importancia notable en el inicio de la organización AMMAR (Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina)¹⁰, la noción de trabajo sexual en el país también se sostuvo en la reivindicación de la práctica como actividad laboral, fortaleciendo una identidad y apuntando a la descriminalización y el cese de la violencia institucional ejercida por las fuerzas de seguridad, tratadas en la sección siguiente.

El proceso de sindicalización en Buenos Aires.

La vigencia del control sanitario y la militancia por la autonomía corporal

Buenos Aires se consolida como una ciudad precursora en relación a la auto-organización de mujeres en ejercicio de la prostitución en el país. En 1995 en la ciudad de Buenos Aires la "Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina" (AMMAR), que nucleaba desde comienzos de los 90 a mujeres en ejercicio de la prostitución reunidas para generar estrategias conjuntas de lucha contra la violencia policial, se alinea bajo la Central de Trabajadores de Argentina (CTA). En ese momento se produce un desdoblamiento de la incipiente organización donde algunas sujetas que no se consideran trabajadoras sexuales se separan y oponiéndose a la sindicalización se agrupan bajo el nombre de

¹⁰ Si bien los proyectos destinados a la prevención del VIH/sida tuvieron más recepción entre las organizaciones pro- trabajo sexual también se dirigieron a mujeres que se definen como "en situación de prostitución". La construcción de identidad de estas mujeres nucleadas desde un enfoque abolicionista frente a estos procesos fueron trabajados por Basualda (2011).

“Asociación de Mujeres Argentinas por los Derechos Humanos” (AMADH), bajo una línea abolicionista. Centrada en la convicción que ninguna mujer puede elegir colocarse en el lugar de la opresión y cosificación que implica la prostitución. Según Teresa Sifón Barrera, integrante de AMMAR Capital, línea abolicionista: “La prostitución no es un trabajo. Nos anula como personas, nos convierte en objetos de uso y abuso con el que cualquiera puede hacer lo que quiere con nuestro cuerpo por unos miserables pesos” (en Berkins y Korol, 2007: 19). En esta misma línea Sonia Sánchez sostiene que “una puta no es un sujeto de derecho, es un objeto de uso y abuso” (Entrevista, 2012).

En coherencia con sus concepciones de la mujer en prostitución como víctima de un sistema patriarcal que no puede consentir la violencia que implica la prostitución, la línea abolicionista AMADH Capital se dedica a llevar adelante tareas de educación y brinda herramientas a las mujeres en situación de prostitución con el fin de que puedan encontrar otras formas de sustento económico, siendo la reinserción laboral uno de sus objetivos más importantes. En este caso la organización apunta a la contención psicológica y a la educación como apuesta para la reinserción laboral y social, entre otras. Desde la ruptura cada organización se posiciona desde un enclave discursivo desde el cual desplegar argumentos y demandar políticas de intervención diferenciadas. El trabajo sexual, independiente y autónomo, se concibe en esta narrativa a partir de la distinción respecto a la trata de personas, haciendo hincapié en el consentimiento y en la mayoría de edad de quienes lo ejercen. Lamas (2015: 177) explica que “elegir, en este caso, no implica total autonomía ni siquiera supone optar entre dos cosas equiparables, sino preferir, no un bien, sino el menor de los males”. Las integrantes no niegan la posible explotación sufrida en el marco de ésta práctica sino que afirman que la misma es producto de una condición propia de la clase trabajadora. Ergo la inserción de la organización bajo el ala sindical es un intento de escapar a la clandestinidad y la precariedad que responde a la exigencia de los mismos derechos laborales que los de otrxs trabajadorxs como el acceso a la obra social, la jubilación, entre otros beneficios.

El surgimiento de AMMAR está signado además por el contacto de las mujeres en ejercicio de la prostitución con académicas que las vinculan con organizaciones de trabajadoras sexuales de otros países. Elena Reynaga, fundadora de AMMAR y Presidenta de la REDTRASEX (Red de trabajadoras Sexuales que vincula organizaciones sindicales de trabajadoras sexuales de América Latina y El Caribe), en las Jornadas de debate sobre el proyecto de ley para regular el trabajo sexual autónomo

Llevadas a cabo en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, relata:

Nos encontramos en el camino con dos antropólogas que nos contaron que había una organización en Uruguay, que se llama AMEPU. Y que habían logrado y habían tenido muchos logros. Y ahí dijimos: "¿Qué son las de AMEPU? Ahí todavía no nos asumíamos como trabajadoras. Nosotras nos decíamos "prostitutas" (...) Un día nos sentamos algunas con un rubio que tenemos acá de abogado que vivió en Nueva Zelanda, por ahí. Y nos trajo también las experiencias de ahí, de las compañeras que están reconocidas. Y también dijimos lo mismos que las uruguayas: "Si ellas pudieron, ¿por qué no nosotras?" (Elena Reynaga, 2012, UBA).

Como contra-relato la activista abolicionista Sonia Sánchez, quien participó de los inicios de la organización y luego del desdoble abolicionista, afirma:

No nació de nosotras las putas organizarnos. (...) en el año 94 dos antropólogas comenzaron a recorrer las calles de Constitución, a decirle a esas mujeres que estaban allí que debían organizarse para luchar por sus derechos, no le hacían daño a nadie. Entonces había que luchar por la libertad. Guauuu, que alguien te venga a decir eso, ¿no? (...) De ellas nació en ese momento la idea de organizarse. (...) pero algunas de las mujeres prostituidas las tenían como a las salvadoras a estas dos antropólogas, porque que te vengan a organizar y que te digan: "Mirá, tenés que luchar por tus derechos, por tu libertad, porque ustedes no le hacen daño a nadie" (Entrevista, 2012).

Más allá de las disputas en torno a los relatos iniciáticos hay una narrativa común donde a partir del fortalecimiento exterior de una vivencia estigmatizada, se adquiere una identidad subjetiva y colectiva, alimentando como primera lucha el combate al avasallamiento policial.

Nos juntábamos en los bares, cualquier bar en una zona de trabajo. La cosa se empezó a poner peor porque la policía empezó a ver en ese momento lo que nosotras todavía no veíamos: que nosotras íbamos a ir en contra de sus intereses económicos. (...) Entonces, ¿qué hacían? Nos sacaban de los pelos, de adentro de los bares. Y cada vez fue como más. Fuimos a juntarnos en ATTE, ATTE nos empezó a dar un lugar acá, acá a una cuadra y media o media cuadra (...) cuando salíamos de ahí, el patrullero nos llevaba igual eso hizo que muchas de las compañeras, al principio éramos 80, 90 compañeras que nos juntábamos. Eso hizo que muchas compañeras se desanimaran (Elena Reynaga, UBA, 2012).

En esta narrativa la violencia institucional es fundante. Es a pesar de la persecución, o gracias a ella, que se fortalece la organización de las mujeres en ejercicio de la actividad y se amplían los

vínculos con otros sectores como el religioso. "Y entonces una buscaba a las monjas, todas ellas e íbamos y sacábamos a las compañeras de estar ahí detenidas ahí, en el calabozo" (Elena Reynaga, 2012).

La reforma constitucional argentina del año 1994 otorga el carácter de autónoma¹¹ a la Ciudad de Buenos Aires que, mediante el artículo 129, adquirió facultades propias de legislación, jurisdicción y elección directa del pueblo respecto a su Jefatura de gobierno. Bajo esta nueva forma legal continuaron vigentes los edictos policiales, herederos de los códigos de convivencia urbana de la dictadura (Decreto Ley 8031/73; Decreto Ley 9321/79 y Decreto Ley 9399/79) que penaban la promoción o facilitación de la prostitución y la corrupción de menores (art. 66), así como el "escándalo con motivo de ejercicio de la prostitución o por actitudes o prácticas viciosas de homosexuales" (art. 69). "El derecho a no ser incitado sexualmente implica una instancia que, pese a ser subjetiva, debe ser protegida colectivamente por el poder policial del estado" (Daich y Sirimarco, 2015: 64).

Los edictos policiales habilitaban las detenciones arbitrarias e implicaban para las mujeres en ejercicio de la prostitución arrestos de hasta 21 días. Las mismas eran arbitrarias no sólo por el accionar violento de las fuerzas de seguridad sino porque la mayoría de las veces captaban mujeres que se encontraban en las cercanías de sus hogares, en horarios en los que no se encontraban ofreciendo sexo e incluso realizando acciones cotidianas como hacer compras o volver de llevar a sus hijos a la escuela. Estas normativas reforzaron un estereotipo criminalizado de apariencia peligrosa. Es frecuente que en los relatos de las entrevistadas que vivenciaron esa época las mismas se refieran a la alta frecuencia de los apresamientos, que se producían de modo reiterado, llegando incluso a salir y volver a entrar al calabozo en el mismo día de la liberación; las malas condiciones de detención con la privación de productos de higiene íntima por ejemplo, entre otras.

La violencia atravesaba tan fuertemente la vida cotidiana de quienes se dedicaban a la prostitución en el espacio público de la ciudad que, en las narrativas de lucha de estas primeras organizaciones de mujeres, la victoria que se logra con la derogación de los edictos policiales (1998) se

¹¹ La autonomía implica para una ciudad el derecho al autogobierno, la presencia de representantes en las cámaras de diputados y senadores, así como la coparticipación en el presupuesto al igual que una provincia.

convierte en un hito fundacional de la potencia de la lucha organizada.

Después ya empezamos a ir a la legislatura. Empezamos a golpear puertas. Empezamos realmente... a que se nos reconozca (...) Porque somos seres humanos, somos parte de la sociedad. Somos personas que pagamos los impuestos como todos y cumplimos nuestros deberes como cualquier ser humano (Trabajadora sexual. Entrevista, 2012).

Esta medida no fue sólo una conquista frente al hostigamiento policial que sufrían las personas que ejercían la prostitución en el espacio público sino que también fue una victoria que robusteció la organización al demostrar que mediante la lucha y las acciones colectivas se podían conquistar derechos.

Ese era el objetivo máximo nuestro. La derogación de los edictos policiales. Y nos quedamos ahí con un grupo de compañeras pensando: "Bueno, ¿y ahora? ¿Para dónde vamos? ¿Qué hacemos?". Porque ya era como que habíamos logrado como lo máximo con el poco crecimiento que nosotros teníamos, con las pocas herramientas que habíamos adquirido, ese día parecía que ese era el sueño máximo (Elena Reynaga, 2012).

La derogación del artículo 71 del código de convivencia urbana reavivó antiguos debates. Lipszyc (1999) afirmaba que la Policía Federal y el Gobierno de la Ciudad querían que "el ejercicio del poder sobre la sexualidad quedara en manos de la policía" (Lipszyc, op. cit.: 48), especulando con que, de lo contrario, la inseguridad y la inmoralidad se instalarían en el territorio urbano. Mientras que lxs progresistas apoyaban la derogación de los edictos argumentando que eran formas de control social que se basaban en criterios de discriminación y de peligrosidad sin delito. La oposición policial para la socióloga estaba vinculada a un modo de mantener el negocio ilícito de la institución policial y de conservar el poder sobre las personas. Estos dispositivos aumentaban las "cajas policiales" y el control policial mediante la violencia y el sometimiento. Según Daich y Sirimarco (2015) este control al tiempo que efectiviza la vigilancia territorial pone en juego representaciones de género que van desde el piropo a la representación de debilidad femenina en los abordajes de los agentes.

A pesar de la permanencia de la violencia institucional las acciones de la rama sindical durante los primeros años se centraron fundamentalmente en la cuestión sanitaria con fuerte presencia militante de mujeres cis que ejercían el trabajo sexual en zonas claves del territorio urbano. Las

campañas de sensibilización sobre enfermedades de transmisión sexual, el reparto de preservativos y geles lubricantes, los testeos rápidos y el contacto con consultorios amigables fueron formas de facilitar el acceso de las mujeres a la salud y fomentar las prácticas sexuales seguras. Estas tareas tienen implícitas la idea del cuerpo como un "instrumento de trabajo" que hay que cuidar para el desarrollo de la actividad. Más allá de la sanidad corporal necesaria para el desarrollo de la vida, en el discurso los controles son vistos también bajo una lógica mercantil como formas positivas de trabajar más y mejor.

La instrumentalidad corporal, como parte del paradigma capitalista contemporáneo, supone a la vez sujetos productivos y sexualidades mercantilizadas. Según Morini (2014) el contexto contemporáneo del trabajo cognitivo y comunicacional "necesita poner a trabajar la subjetividad sexuada. No es casualidad que sean las mujeres y sus cuerpos las que se vuelvan, en esta fase la cuenca estratégica para el mercado de trabajo y la fuente de mayor beneficio: las capacidades, históricamente consideradas "femeninas" (disposición a la escucha, al cuidado, capacidad de relacionarse) son ahora alienables, separables de los cuerpos, traducidas en mercancías vendibles." (Morini, op. cit.: 135). Estas lógicas laborales se sustentan en la consideración del cuerpo como aparato productivo y del individuo como entidad separada y autosuficiente.

Estrategias colectivas para el acceso a la salud sexual

Desde 1997 AMMAR integra la "Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe" (RedTraSex) que tiene como objetivo fortalecer las organizaciones de trabajadoras sexuales en defensa de sus derechos. Dentro de los logros AMMAR CTA señala la creación del centro de Salud Sandra Cabrera¹² en la ciudad de La Plata¹³ y el trabajo en prevención a través de brindar información sobre cuidado.

A partir de la inclusión en esta alianza internacional AMMAR CTA ejecuta proyectos regionales que lleva adelante el Fondo Mundial bajo los programas de "Lucha contra el SIDA y Enfermedades de

¹² "Sandra Cabrera, líder de AMMAR Rosario, murió el 27 de enero de 2004. Le dispararon a quemarropa con un arma calibre 32. Días previos, la dirigente sindical, defensora de los derechos de las Trabajadoras Sexuales, denunció la complicidad entre la policía y el crimen organizado para tratar y explotar sexualmente a niñas y adolescentes en cercanías a la Terminal de Ómnibus" (Fuente: ammar.org).

¹³ Esta sede en la primera década de los 2000 comenzó a realizar campañas de prevención, de vacunación, talleres de sensibilización en la ciudad. E incluso en el año 2015 presentó un proyecto de ley para regular el trabajo sexual a nivel provincial.

Transmisión Sexual" y de "Salud sexual y Reproductiva". Según el Informe de presupuesto del proyecto (2017), se afirma que "en el año 2015 las temáticas estaban orientadas a los métodos Anticonceptivos, derechos sexuales y derechos reproductivos, VIH e ITS, género y diversidad sexual, asesoría integral en salud sexual y reproductiva. En el año 2016 el foco estuvo puesto en anticoncepción quirúrgica, violencia sexual, sexualidades diversas y DIU".

Las charlas y capacitaciones haciendo hincapié en la efectividad y la importancia del uso del preservativo, su reparto gratuito en territorios claves y las facilidades para acceder al control médico contribuyeron a asentar la importancia del uso de este método anticonceptivo entre las trabajadoras sexuales. Si bien el mismo aún debe ser negociado¹⁴ por las mujeres frente a varones¹⁵ que se niegan a usarlo o pretenden pagar más por un "servicio" que no lo incluya. A lo largo de los años las integrantes de la organización afirman que se fueron haciendo más conscientes de su importancia. Brindar un "servicio sexual" sin usar preservativo, elemento básico de cuidado, implica poner en peligro de modo muy claro el cuerpo de las mujeres. En esa negociación donde quien tiene el dinero detenta la capacidad de establecer las condiciones de intercambio, el no uso de este método anticonceptivo da cuenta de la situación de vulnerabilidad de quienes ofrecen sexo a la hora de imponer sus condiciones.

La intervención sanitaria no sólo incluía que las mujeres tuvieran conciencia de la importancia del uso del preservativo como medio eficaz de evitar el contagio de ETS sino facilitar el acceso a los centros médicos. Por un lado AMMAR CTA como organización establece contactos con centros médicos públicos que poseen consultorios amigables y brindan atención gratuita. Entre las trabajadoras sexuales de la vía pública existe una creciente conciencia sobre la necesidad de imponer el uso del preservativo, así como una circulación de saberes respecto a en qué instituciones públicas había consultorios o profesionales más amigables. Estos saberes dan cuenta de la existencia de toda una red de contactos e informaciones que se tejen y circulan entre las integrantes.

Por otra parte las trabajadoras sexuales entrevistadas que ejercían esta actividad en forma

¹⁴ "Sabemos que tenemos que negociar siempre el uso del preservativo con el cliente" (Entrevista a Georgina Orellano, 2015).

¹⁵ La figura del cliente/prostituyente constituye un punto neurálgico en el debate en torno a la práctica de la prostitución que no será abordado en este texto.

autónoma, bajo la modalidad del departamento privado, tenían informaciones y referencias de médicos confiables que no criminalizaran su práctica. Por ejemplo S relataba: *para nosotras es un control, como que te enseñan a cuidarte más. Nosotras, las mismas chicas, nos decimos: "che mirá. ¿Viste a tu ginecólogo? No, bueno, mirá, yo te recomendaría esto porque una vez que empezás a trabajar es como que el uso del látex y todo eso tienen... para que vayas y te diga a ver, estás bien, estás mal, no sé, si se te crea un honguito.* Al mismo tiempo que resaltaba la empatía del profesional frente a su situación al expresar: *el médico obviamente un amor, porque trabajaba con chicas que laburan* (Entrevista a "S", 2017). Estas afirmaciones dan cuenta del prejuicio y la discriminación que muchas veces sufren las trabajadoras sexuales en el consultorio médico y la importancia de redes de información y de contactos que son las que permiten el acceso a la salud de un modo no estigmatizado.

Del mismo modo para quienes acceden al sistema de salud era frecuente el estigma. Esto funciona de modo intersectado para las trabajadoras sexuales/ personas en situación de prostitución, para las personas travestis/trans y para portadores de VIH/SIDA. Como explica Chazarreta (2017), a partir de su trabajo etnográfico con personas travestis y trans:

(...) eran doblemente estigmatizadas, no solo porque se las observaba con un género contrario al asignado socialmente sino porque existía la idea de: si vas al programa de VIH es porque ejerces la prostitución y vas a pedir preservativo o tienes VIH y vas a retirar el tratamiento (Chazarreta, op. cit.: 16).

La complejidad de la eficacia en el uso del preservativo como forma de sexo seguro para las mujeres y disidencias se enfrenta a dificultades que exceden a la conciencia y las decisiones individuales e incluso al acceso no a una institución médica. Por ejemplo M relata que en ciertos casos, cuando las mujeres se hallan insertas en relaciones "comerciales" con establecimientos,

Por ejemplo acá en XXXX había un privado que estuvo muchos años, ahora me parece que cerró. Ahí a las chicas las obligaban a tener bucal sin forro, a tener sexo anal obligatorio, sino no podías trabajar ahí. Y bucal hasta el final, es decir puede tener un orgasmo en la boca de la chica, tirarle el semen adentro y se puede contagiar sida así, las obligaban. Iban los policías, hacían todo lo que querían ahí y no pagaban nada. Era el arreglo de ellos (Entrevista a "M", 2017).

El testimonio de M visibiliza formas de explotación sexual delictivas propiciadas en establecimientos privados, regentados por terceros, que funcionan con la complicidad policial; y que ponen en juego ejercicios de la sexualidad caracterizados por la extrema violencia, la disponibilidad corporal y la cosificación femenina. En estos contextos pretender que las mujeres impongan el uso del preservativo en el acto sexual es ilusoria. Asimismo la focalización del uso clásico del preservativo como método anticonceptivo, pero también como modo primordial de cuidado frente al contagio de ETS, da cuenta del predominio de una práctica sexual heteronormada centrada en la penetración fálica. En general las sensibilizaciones llevadas a cabo en relación a la temática del cuidado, por ejemplo, se centran en explicar la correcta colocación del preservativo en el pene pero no profundizan sobre su uso, por ejemplo, como campo de látex invisibilizando otros modos de ejercicio de la sexualidad que no implican necesariamente la penetración o la centralidad fálica. Estos datos permiten visibilizar que la práctica demandada es fundamentalmente heterosexual y que la política de cuidado está destinada primordialmente al varón cliente/prostituyente.

Además, incluso en los casos en que las mujeres tengan el hábito del uso del preservativo al momento del coito sexual hegemónico, esto no necesariamente garantiza que los varones accedan a su utilización

Yo lo primero que hago, agarro y le pongo un forro, se pone boca arriba en la cama, le pongo un forro. Creo que le hice oral, después me senté arriba, me muero. Me dice "salí, con esta poronga"... agarra la punta del forro y se lo saca (Entrevista, 2017).

Los relatos sobre clientes/prostituyentes varones que oponen resistencia al uso del preservativo son constantes en los discursos de las mujeres entrevistadas. La información, la conciencia de la importancia del propio cuidado corporal y la necesidad económica operan de modo diferenciado en cada caso para que la mujer logre imponerse o acceda a una práctica insegura. En este sentido aparece en los discursos la idea del aprendizaje. M, después de un embarazo no deseado y un aborto, en contexto de prostitución afirma categóricamente: *Ahora ni loca tengo sexo sin condón* (Entrevista a "M", 2017).

Del mismo modo L, una mujer que ejerció la prostitución en saunas, boliches y que al momento de la entrevista se encontraba ofertando sexo en el espacio público del barrio de Constitución; respecto al uso del

preservativo narra que

Siempre me cuidé y me sigo cuidando por más que... nunca trabajé sin profiláctico. Algunos vienen te piden y aunque haya mucha plata, yo no quiero mucha plata, me gano lo que tengo... al otro día puedo trabajar mejor pero para trabajar sin profiláctico yo no trabajo (...) (Entrevista a "L", 2017).

El rechazo categórico a ofrecer servicios sexuales sin preservativos en el caso de L está signado también por una experiencia traumática: *Hace poco yo me enteré que una amiga mía murió de sida. Yo sabía que ella trabajaba también haciéndolo sin profilácticos... ¿Por qué no se cuidó cuando empezó a trabajar?* (Ibídem). El temor a una enfermedad venérea es tal que:

A mí cuando se me rompió el profiláctico yo ¿sabés que hice? Me metí lavandina adentro, yo me lavé con lavandina. Y ahí al día siguiente me fui ya al hospital y ahí seguí mi tratamiento hasta al tiempo que gracias a dios nunca tuve ninguna enfermedad fea. Pero así al toque me... así como se me rompió el profiláctico, así salí del baño y me metí lavandina adentro, me lavé así (Ibídem).

Reflexiones finales

Este texto se propuso visibilizar los impactos locales de los discursos de organismos internacionales que, desde la concepción del trabajo sexual, asociaron ésta práctica al VIH/SIDA, reactualizando el carácter sanitario de la prostitución. Donde las corporalidades en ejercicio de ésta práctica no sólo son entendidas como focos de contagios sino responsables de la propagación de enfermedades de transmisión sexual. Además estas políticas concibieron a las protagonistas como sujetas activas para su implementación.

Del mismo modo tanto las redes de pares como las organizaciones con fuerte trabajo territorial brindan herramientas que favorecen el acceso no estigmatizado a la salud. Esto incluye no sólo información respecto a la salud sexual sino saberes propios en torno a la dinámica de la práctica, de los cuidados y de los profesionales y las instituciones sanitarias. El acercamiento a consultorios o profesionales amigables que no expulsen a las personas del sistema sanitario es clave. Mientras el sistema de salud otorga un trato hostil y violento, práctica incrementada cuando se trata de poblaciones travestis/trans, las redes de pares circulan información y dan contención. Al mismo

tiempo que ponen en contacto a las mujeres cis y trans con las experiencias de compañeras que también activan procesos de aprendizaje y propio cuidado.

Los grandes desafíos consisten en elaborar políticas que fomenten un sistema de salud inclusivo y respetuoso de las identidades y las prácticas de las personas; y que trabajen en construir nuevas concepciones de sexualidad deseada, libre y responsable para todas las personas involucradas.

Bibliografía citada

- ❖ Amaya, A; Canaval, G. E. y E. Viáfara, 2005. "Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud" (pp: 65–74), *Colombia Médica* Vol. 36, N° 3 (Supl. 2).
- ❖ Basualda, P., 2011. "VIH Y Prostitución. El VIH-sida desde la mirada de las mujeres trabajadoras sexuales". *IX Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- ❖ Berkins, L. y C. Korol (Comp.), 2007. *Diálogo Prostitución / Trabajo sexual: las protagonistas hablan*, Feminaria Editora, Buenos Aires.
- ❖ Chazarreta, I. E., 2017. *Trayectorias de las personas trans en situación de prostitución en la ciudad de Santiago del Estero*, UNC. Recuperado de: <http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/chazarreta-Irma2017.pdf>
- ❖ Daich, D. y M. Sirimarco (Coord.), 2015. *Género y violencia en el mercado del sexo. Política, policía y prostitución*, Biblos, Buenos Aires.
- ❖ Jeffreys, S., 2009. *La industria de la vagina. La economía política de la comercialización global del sexo*, Paidós, Madrid.
- ❖ Kempadoo, K. y J. Doezema (Eds.), 1998. *Global Sex Workers. Rights, Resistance and Redefinition*, Routledge, Nueva York.
- ❖ Lamas, M., 2015. "¿Prostitución, trabajo o trata? Por un debate sin prejuicios", *Revista Debate Feminista*, N° 50.
- ❖ Lipszyc, C., 1999. "¿Qué pasa con el ejercicio de la prostitución en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?" (pp. 47-53), *Revista Feminaria* N° 22/23.
- ❖ Morini, C., 2014. *Por amor o a la fuerza Feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo*, Traficantes de sueños, Madrid.
- ❖ Nuñez Lodwick, L. 2020. *Narrativas en torno a las mujeres en ejercicio de la prostitución en la ciudad de Buenos Aires (1990-2017)*, Tesis Doctorado en Sociología (IDAES/UNSAM).

- ❖ OIT, 1998. *The Sex Sector: The economic and social bases of prostitution in Southeast Asia*, Documento OIT.
- ❖ ONUSIDA, 2009. *Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual*, ONUSIDA.
- ❖ Pando, M., 2010. "Aportes a la epidemiología del HIV en Argentina. Prevalencia e incidencia en grupos vulnerables" (pp. 55-62), *Revisión Crítica actualizaciones en sida*, Vol. 18, N° 68, Buenos Aires.
- ❖ Pecheny, M., 2014. "Política y derechos sexuales en la Argentina reciente", *Papeles de Trabajo IDAES*, Programa de "Desigualdad y Democracia", Buenos Aires. En: [http://www.idaes.edu.ar/pdf_papeles/pecheny para encuentro a grimson-2.pdf](http://www.idaes.edu.ar/pdf_papeles/pecheny%20para%20encuentro%20a%20grimson-2.pdf)
- ❖ Tirado Acero, M., 2014. "El trabajo sexual desde una perspectiva de los derechos humanos: implicaciones del VIH/sida e infecciones de transmisión sexual" (pp: 97-110), *Civilizar* N° 14, Julio-Diciembre.

