



# Resultados: salud física

## Impacto del COVID-19 en **la población de trabajadorxs sexuales** de **Latinoamérica**

Acercamiento a 9 países: Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Paraguay y Perú

Julio del 2022



La Plataforma Latinoamericana de Personas que Ejercen el Trabajo Sexual (PLAPERTS) es una organización internacional comprometida con la promoción y defensa integral de los derechos humanos de las personas que ejercen el trabajo sexual.

Sede: Machala, Ecuador  
Coordinadora Técnica: Karina Bravo  
[coordinadoradeplaperts@gmail.com](mailto:coordinadoradeplaperts@gmail.com)  
+593 99 015 3639  
[www.plaperts.org](http://www.plaperts.org)

## EQUIPO DE TRABAJO

Autora: Isabel Patiño Alcívar  
Oficial del Proyecto: José Miguel Campi Portaluppi  
Oficial de Comunicación: Maialen Fernández Serra  
Oficial Administrativa Financiera: Patricia Piña

## PROYECTO APOYADO Y FINANCIADO POR:





# Salud física

Otro de los ámbitos de mayor afectación de les TS como resultado de la pandemia y sus contextos, fue la salud. En este capítulo abordaremos cómo les compañeres afrontaron el cuidado de su salud, incluyendo la atención y la prevención. Para el colectivo de TS y diversidades sexuales, a la saturación de los sistemas públicos de salud, se sumó la discriminación generalizada y la dificultad de mantener el cuidado preventivo, ante lo que surgieron también algunas experiencias de cuidado más comunitario. Dadas las consecuencias de la pandemia de COVID 19 para la salud psíquica, abordaremos aquí únicamente cuestiones de salud física y en el siguiente capítulo avanzaremos con la mental.

## **a. El COVID 19**

La enfermedad causada por el virus COVID 19 tomó por sorpresa a la comunidad científica y médica de todo el

mundo. La falta de conocimiento, protocolos y medicinas probadas para tratarla generó aprox. 15 millones de muertes en el mundo<sup>1</sup>. A esto se sumó la saturación de los sistemas de salud, y la enorme dificultad de controlar el contagio, que ocurría con una simple conversación o viajando en el colectivo.

Como se ha mencionado antes, les TS fueron un colectivo duramente golpeado por las políticas de distanciamiento social que tomaron los gobiernos para frenar el contagio, pues se quedaron sin posibilidades de generar ingresos, y con escasas o nulas ayudas del estado para sobrevivir. Entonces, debieron salir y se contagiaron, trabajando o repartiendo alimentos para sus compañeres; “todas las compañeras de la organización y las TS nos hemos contagiado de COVID” (GF El Salvador), comentan uno de los países, y “muchas fallecieron también, por esa causa” (GF Bolivia); “amigas, trabajadoras del sexo murieron

---

<sup>1</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el exceso de mortalidad durante los años 2020 y 2021 fue de 14,9 millones aproximadamente. Estos decesos son descritos como muertes asociadas directa o indirectamente a la pandemia de COVID-19. <https://www.paho.org/es/noticias/5-5-2022-exceso-mortalidad-asociada-pandemia-covid-19-fue-149-millones-muertes-2020-2021>

de COVID. Fue muy duro” (GF Ecuador). A estas muertes también se sumaron suicidios.

Además de lo doloroso que resultó la muerte de familiares, amigos y compañeros del trabajo, “fue terrible porque nosotros no teníamos ni cómo enterrar, ni a nuestras criaturas (niños) ni a nuestras compañeras” (Perú). Conscientes de esto, algunas organizaciones empezaron a gestionar apoyos. En Perú, una organización consiguió que le donen cajones y nichos en un cementerio de la ciudad, “para enterrar a nuestras compañeras y a sus hijos” (GF Perú), como un acto final de solidaridad. En Bolivia, otra organización comentó, “si hay fallecidas tenemos para dar gastos fúnebres... siempre he tratado de que sea algo primordial en nuestra organización” (GF Bolivia). Dado el nivel económico de la mayoría de TS, los costos que hay que cubrir y la difícil situación laboral en la pandemia, este tipo de apoyo fue realmente significativo para las familias.

Otra preocupación en este escenario fue compartida en el grupo de Perú, “siempre pensamos en la TS, pero cuando ya no está, se están quedando criaturas solas” (GF

Perú). En la mayoría de casos hay “padres que nunca se han preocupado por esa criatura y donde la TS es madre y padre”. Por ello, alguna abuela o abuelo “se queda a cargo de 2, 3 niños, ¿cómo va a poder mantener a esas criaturas?” (ídem). En algunos países intervienen los servicios sociales. En Perú, “el INABI nos dijo que podía recoger a los niños y llevárselos al INABI. Nos da mucho dolor porque las abuelas y familiares no querían desprenderse de las criaturas” (ídem). Definitivamente, “cuando una TS muere su familia queda en estado tan vulnerable” (ídem), que parece necesario hablar del tema y buscar posibles respuestas.

## **b. Atención en salud**

Los testimonios de los distintos países tienen algunas similitudes. La primera es que “la salud y la atención solamente se vio enfocada en el COVID” (GF Bolivia); “no se trataba otro tema sino era COVID, ahí no existía VIH, no existía ITS, nada más que COVID” (GF El Salvador). Por ello, “no se atendió otras patologías” (GF Ecuador); “no había consultas generales... -para la diabetes- decían que no

estaban dando citas” (GF México). Entonces, “si yo me enfermaba con una fiebre, de gastritis, dolor de muela, la atención era nula... para otras especialidades... había sólo 3 consultas por día y la fila era inmensa” (GF Bolivia). En síntesis, “solo si era respiratorio te atendían... no tenías que enfermarte” (GF Paraguay).

El segundo elemento común fue la saturación del sistema de salud: “las UCI estaban llenas. A uno literalmente le daba miedo ir al hospital” (GF Colombia). El primer problema fue no encontrar camas y espacios para ser atendidas, como pasó con una TS de Ecuador enferma con COVID: “Lamentablemente a la compañera... le dio una neumonía y no había cama. Estaban los hospitales saturados. No hubo manera, por más que golpeamos la puerta al uno, al otro. Cuando ya hubo la cama ya la compañera falleció” (GF Ecuador). El segundo problema fue la capacidad instalada, recursos y atención de los hospitales, como cuenta una TS de Perú que debió internarse por COVID, estando ya muy grave,



Parecía un mercado y no había espacio donde sentar, donde mantenernos, hasta el punto de dormir en la superficie, sentadas en una silla porque no había espacio suficiente. Me fui a las 6am y la atención era terrible porque no había doctores, no había enfermeras, no había medicinas, faltaba de todo... me atendieron a las 8pm, faltándome el aire, con una fiebre inmensa. (GF Perú)

En el grupo de El Salvador, una TS compartió otro ejemplo que vincula ambos problemas. Para empezar, le hicieron un mal diagnóstico y no la quisieron atender en las unidades de salud: “lo primero que hice fue ir a uno de los hospitales y me dijeron que no tenía nada, que me regresara a mi casa. El siguiente día amanecí peor, me dijeron que fuera a una unidad de salud. Entonces fui a 3 unidades de salud y en ninguna me quisieron atender” (GF EL Salvador). Le recomendaron que vaya a la Cruz Roja y así lo hizo; sus médicos le dieron medicina para que alcance a llegar al hospital, donde la aceptaron únicamente porque tenía una amiga que le había ofrecido ayudarla a ingresar. Ya dentro, dio positivo para COVID,

No había ni sillas de ruedas, ni camillas. Yo estaba sentada en una grada. No me atendían, no me ponían medicamentos, yo necesitaba oxígeno y no me pusieron. Para hacerme la placa torácica y otros exámenes que requieren, no había una silla de ruedas en la cual movilizarme, una amiga de las que me llevó me anduvo cargando, porque yo daba un paso y no podía respirar... me dijeron que el siguiente día iban a trasladarme a otro hospital. Me puse muy mal y ya no había como atenderme. En la sala donde yo estaba dos personas que estaban al lado mío fallecieron en ese par de horas... En la madrugada me mandaron al hospital de El Salvador. Fue un proceso muy difícil porque ya iba muy delicada al segundo hospital. En el primero no me atendieron. (GF El Salvador)

Estas situaciones no fueron exclusivas del colectivo de TS y quizás dependieron más de la situación económica de quienes se enfermaban. Lo que es claro es que casi ninguna TS tiene seguro de salud privado, por lo que sí o sí debían atenderse en el sistema público, sobre todo si necesitaban ya cuidados intermedios o intensivos. La saturación era tal, y la percepción de los hospitales tan negativa (“a la gente se la llevaban para el hospital y se moría”, GF Colombia), que muchos preferían no ir: “tratábamos de hacernos

remedios caseros cuando la cosa no era muy grave” (ídem); “Yo no quise ir ni a la clínica ni al hospital, aunque me puse una noche bien mal... sentí que ya me moría; quedé deshidratada, no podía moverme... me dolía todo el cuerpo, se me fue el gusto, el olfato... y me recuperé con puros tecitos y medicina natural” (GF El Salvador). Otra opción fue la consulta privada: “Yo me enfermé 3 veces con COVID... y tuve que atenderme por particular” (GF Bolivia).

Un tercer elemento que se repitió en los testimonios fue la dificultad para conseguir la medicina pues “los medicamentos eran muy caros, difíciles de adquirir” (GF Bolivia). Así, la salud y la vida dependían de la economía individual: “La que tenía el recurso para poder conseguir el medicamento le era fácil, (pero) sé que muchas chicas no tenían incluso para comer” (GF Panamá). En algunos países incluso los hospitales públicos, “cuando llegabas lo primero que nos pedían era una medicina... Tenías que comprar. ¡Aquí en Iquitos llegó a costar hasta 500 soles! ¿De dónde? Si la economía, no había” (GF Perú).

En el grupo de Colombia, se comentó que había brigadas para tomar pruebas de COVID, pero la saturación también se impuso: “supuestamente iba a las casas a ver si tenías o no COVID, pero... cuando llegaban ya no tenías... hasta que la secretaría valide la información para que vayan a hacer la prueba son 3 días y otros 7 días de los resultados” (GF Colombia). En pleno auge de la pandemia, a una TS sí la visitaron pero “me dejaron los materiales con que hicieron la prueba. Disque porque ellos no se la podían llevar por el contagio, que después pasaba un carro a recogerla, y eso se demoró en la casa como 15 días” (GF Colombia), una experiencia muy riesgosa para la familia de la compañera.

Para finalizar, una compañera de Perú relata un tema interesante, vinculado con la detección de enfermedades de compañeras jóvenes, de 28 a 35 años. “Con el COVID afloraron muchas enfermedades, muchas empezaron a sentirse mal... (y se descubrió que) sufren del hígado, de diabetes... ahí fue cuando le detectaron a 3 compañeras de nosotras que tenían tumores, estaban con cáncer” (GF Perú). No sabemos si las enfermedades empeoraron o no con el COVID; pero es claro que fueron detectadas porque

las TS fueron atendidas porque tenían COVID. Aunque algunos proyectos y sus estudios se complicaron, gracias al temprano diagnóstico, “ahora se están tratando en el hospital” (ídem).

### **c. Discriminación en la atención médica**

Mencionamos antes que la saturación de hospitales o falta de medicamentos fue sufrida por la mayor parte de la población de los países en estudio. Sin embargo, les TS viven situaciones adicionales de discriminación para acceder a la salud, que solo empeoraron la situación. Se mencionarán algunas a modo de ejemplo.

En Panamá, a algunas “les negaban el derecho a la atención médica porque iban en calidad de TS; la excusa es que el trabajo sexual es algo que se ejerce pero que no es legal ni tampoco estaba permitido (en pandemia), entonces les decían que se tenían que retirar” (GF Panamá). A veces incluso recibían agresiones, pues “llegaban y les decían: llego la prostituta, llegó la puta, llegó la que se gana la vida fácil” (ídem), y de frente les negaban atención y prevención:

“les decían que no iban a atender a prostitutas o a putos o a travestis, que no los iban a atender” (idem).

En una zona de Bolivia, la discriminación se concretó en el pedido de nuevos, injustos e inalcanzables requisitos dirigidos a las diversidades sexuales: “Si íbamos al centro de salud, (decían) que primero teníamos que tener la prueba de VIH, que no nos atendían porque estaba muy lleno” (GF Bolivia). La cuestión se pone más grave porque les compañeres se realizaban las pruebas justo en esos centros, que ahora -en pandemia- las solicitaban como requisito de ingreso. La exclusión es innegable al verificar a quién se solicitaba el nuevo requisito: “La gente es discriminatoria en algunos centros de salud, que porque eres trans o lesbiana tienes que tener la prueba del VIH primero, para poder ser atendida” (idem).

En el grupo de Argentina, una TS menciona que en Buenos Aires, “no es que no te quieren atender, te atienden pero de mala manera. Es distinto que si se va mi vecina a si voy yo. Y saben de qué trabajás. Ya parece que te tienen registrada” (GF Argentina). En general, hacen comentarios incómodos.

Por ejemplo, luego de un testeo vaginal “empiezan, que de qué trabajás, que tu vagina tiene tantos años y tú tenés tantos... te empiezan a manipular, a hacerse sentir incómoda. Te pone mal. Ahí es cuando hay compañeras que se resisten de ir al médico, para no pasar por esos momentos” (ídem).

En la conversación con TS de Colombia, se comentó que “después de la pandemia, otra vez volvimos al papel de negar el servicio. Hace poco a un compañero lo atracaron, le dieron tremenda golpiza. Yo lo acompañé a una unidad de salud del distrito y le negaron rotundamente el servicio de salud” (GF Colombia). Esto parece estar enmarcado en un proceso más grande de privatización de la salud, donde los hospitales pueden tomar decisiones unilateralmente y no atender y “la excusa es siempre que no hay presupuesto” (ídem). “Cuando te atienden a uno le preguntan muchas cosas; algunos chicos dicen que son homosexuales o que ejercen trabajo sexual... también puede ser que no atiendan por homofobia, o LGBTfobia o transfobia o putofobia” (ídem) porque no le hicieron ni

primeros auxilios; “no quisieron atender; fue por pura discriminación” (ídem).

En el grupo de Ecuador, una TS trans comentó que tiene un problema muy grave causado por sus implantes, que el COVID empeoró. No sabemos si la falta de atención es por discriminación o no, pero es claro que ella no puede contar con el Estado para estar sana. Luego de varios exámenes, descubrió que tenía los tejidos destruidos y la mandaron a operarse, pero le dijeron que vaya a otro lado porque ahí no le podían sacar el silicón. La segunda vez que le dio COVID la situación se complicó más, “tenía ronchas en todo el cuerpo; me costó como 3 semanas que se salieran” (GF Ecuador). Además, le aparecieron grumos en las piernas, rodillas y glúteos y “no resistía ni las inyecciones, estaba demasiado débil” (ídem). Actualmente, los síntomas siguen indicando un problema de gravedad: los glúteos “se me calienta, me duele, sufro mucho de calambres” y la operación “aún no he podido hacerla. El problema es el dinero. Aparte es riesgosa y costosa” (ídem).



#### **d. Prevención, detección y atención de VIH e ITS**

Mantener las acciones de prevención del VIH e Infecciones de transmisión sexual (ITS) durante la pandemia fue un reto muy grande, al que se sumó la necesidad de hacer prevención del COVID. En todos los países, las organizaciones sociales cumplieron un rol fundamental para intentar mantener ambos procesos, mientras que el estado fue abandonando este rol en la mayoría de los países en estudio. La detección y atención de estas enfermedades también fue gravemente descuidada por muchos estados.

Es importante mencionar que los países son heterogéneos en su interior y lo que aquí se describe es lo dialogado en los grupos focales, pero no significa que fue así en todos los lugares ni momentos. Con esto en mente, hacemos un recorrido por los testimonios.

En primer lugar, en la mayoría de países, les TS dejaron de recibir condones de manera regular y gratuita por parte del Estado. Específicamente, sucedió esto en Argentina, Bolivia, Ecuador, El Salvador, Panamá y Paraguay.

- En **Argentina** “nos quedamos sin preservativos. Tuvimos que generar el pedido y buscar la forma” de irlos gestionando (GF Argentina).
- En **Bolivia**, “si requeriáramos... recoger condones, no había una instancia que atiende ...en el caso de condones, se tenían que comprar” (GF Bolivia). Las organizaciones apoyaron y “en la pandemia entregamos condones... teníamos una reserva por actividades próximas. También se nos acabó. Tuvieron que comprarse” (ídem).
- En **El Salvador**, “del gobierno no hemos recibido condones; llevamos años que no nos dan. Solo a través de la Clínica VISIT. Y ahora con las disposiciones del Fondo Mundial solo...1 caja de condones al año...” (GF El Salvador).
- En **Panamá** no recibieron condones por parte del Estado. Una asociación sí “dio preservativos. Luego ya las compañeras tenían que comprarlos” (GF Panamá)

- En **Paraguay**, “tener acceso a lubricante y condones, algo que antes podíamos buscar del Ministerio de Salud Pública, yo no lo encontré” (GF Paraguay). También Pronasida estaba completamente desabastecido. En un departamento de Paraguay esto fue distinto, porque iba regularmente la clínica móvil -que trabaja con una ONG de diversidades- y “nos daban condones y lubricantes; eso no nos faltó” (idem).
- En **Ecuador**, al principio el Ministerio de Salud entregó 15.000 preservativos a una organización, que fue repartiendo poco a poco entre TS y colectivos. Pero “todo fue bajando a un límite de que ya no había ... Ahorita ni siquiera hay preservativos en los Centros de Salud ni en la Unidad de Cuidado Integral de VIH” (GF Ecuador). La organización consiguió también de otros proyectos y reparte de a poco.

Por otro lado, en **México y Perú** sí se continuó con la entrega de insumos de prevención.

- En **México**, “en las clínicas Condesa y en Iztapalapa (Alcaldía) nos dan condones y lubricantes. Hay unos puntos seguros donde nos proporcionan ambos... Además, la Secretaría de Salud sí nos da insumos de prevención. Igual, otras organizaciones nos suministran insumos” (GF México). En este caso, las organizaciones reclaman que “el gobierno te dice aquí están los condones, ven por ellos. Y rara vez vienen a nuestros lugares de trabajo” (ídem)... Este es “un trabajo que siempre hace la organización civil... medicamentos, condones y lubricantes siempre se los tratábamos de acercar a las compañeras en los recorridos en las noches (ídem).
- En **Perú**, el Ministerio de Salud sí estaría entregando preservativos pero no los suficientes. Justo desde una organización se estaba negociando el número, “pelea porque nos querían dar nada más 40 condones y nosotros tenemos que usar 6 condones por cada servicio... Peleó para que nos den 100... está luchando” (GF Perú).

Sobre la prevención del COVID, lo más común fue que las organizaciones gestionaran apoyos para comprar insumos de prevención, como alcohol, mascarillas, jabones, trapos, lavandina, etc. y entregarlos a les TS. A veces conseguían los insumos desde la cooperación internacional, a veces recursos, o hacían colectas y rifas para juntar dinero y comprar. Del Estado no llegaron: “las autoridades no nos dotaron de kits de seguridad... Cada TS tenía que tener su kit”, comprarlo (GF Bolivia); del “Ministerio de Salud... no había mascararas gratuitas, ni alcohol, ni información veraz” (GF El Salvador). En los locales y hoteles era común que se cuente con alcohol y termómetro únicamente.

En segundo lugar, en varios lugares se detuvieron los programas de detección de VIH e ITS así como la entrega de medicamentos para el VHI y hormonas. Es importante mencionar que no todes les participantes de los grupos usaban estos servicios o conocían cómo estaban funcionando, se recogen aquí las ideas clave de las conversaciones.

Las tres TS que conviven con VIH dejaron de recibir su medicación algunos meses de la pandemia. Una es de Argentina y comenta que hizo el reclamo al Ministerio para tratar de conseguirla. Preocupada también por les demás, “cuando me llega mi medicación yo la compartí con otras compañeres para que no interrumpieran el tratamiento” (GF Argentina). Las otras dos personas son de Paraguay y tampoco pudieron acceder al medicamento, “cerraron por meses, completamente. No podíamos ni ir a retirar medicación. Yo estuve 9 meses sin medicación” (GF Paraguay). Fue tan grave que “yo llegué a entrar en etapa de SIDA en la cuarentena por esa situación. Fue muy precario todo” (ídem).

En los grupos de Colombia y El Salvador se comentó una situación similar. En Colombia, “hubo muchos compañeros a quienes le fue muy difícil acceder a sus retrovirales porque ... empezaron a priorizar lo del COVID” (GF Colombia). En El Salvador se hizo una investigación y se confirmó que muchos “no pudieron adquirir los medicamentos para las personas con VIH, de 10.000 solamente 400... pero fue gracias a las organizaciones;

antes las llegaban a retirar a las clínicas y hospitales” (GF El Salvador).

En Argentina también se comentó que “no están llegando los tratamientos hormonales. Estamos atrasados un mes que no llegan... Eso también se trata de salud y sabemos el efecto rebote que tiene si se deja de tomar” (GF Argentina)

Por otro lado, las actividades de detección y atención también pararon en varios lugares, porque los recursos y espacios se abocaron a tratar el COVID. En el Ecuador, por ejemplo, “suspendieron todo lo que era VIH, todo... Como no estaba permitido trabajar ...no estaban autorizados a pasar exámenes” (GF Ecuador). Además, “los insumos fueron desabasteciéndose y no había atención. No había condones, no había para hacer profilaxis, ni insumos para ITS. Fue una calamidad” (Ecuador). En El Salvador se comenta algo similar, “ya no tenemos acceso a insumos... Y ahora con las disposiciones del Fondo Mundial solo van a hacer la prueba 1 vez al año” (GF El Salvador).

Bolivia fue el país que comentó mayor diversidad interna. Les TS de Sucre dijeron que “en Sucre no paró el servicio

para sellar cartones, hacer controles, ni un solo día” (GF Bolivia). En Tarija y Pando también les atendieron, e “iban con la camioneta de CEDES con la camioneta a dejar los retrovirales” (ídem). Sin embargo, en la capital la atención era distinta; el programa VIH no estaba abierto para atender “a las personas que podían llegar a recoger condones, medicamentos o una atención de control”; en cambio, trabajaba con más restricciones. Así, se “tenía que ir bajo un día específico que le daban, si no iba ni modo. Mucho más se le complicaba a las personas que viven en otros municipios” (ídem).

Finalmente, México aparece como la única excepción de lo anterior. La Clínica Condesa y la Alcaldía de Iztapalapa siempre se mantuvieron activas, “trabajaron a distancia; las consultas eran en línea. Tuvieron una buena atención en la pandemia, no se deslindaron ni se dejó a la deriva la atención de las personas que reciben los retrovirales, tenían al abasto” (GF México). También tuvieron “acceso a las hormonas y tratamiento de profilaxis” (ídem). Sin embargo, sí bajó la atención y no se hacían ya brigadas en territorio, por eso “las organizaciones ayudamos a hacer testeo



voluntario, gratuito y confidencial entre pares en los lugares de trabajo” (ídem).

### **e. Problemas con la prevención**

En la pandemia a muchos TS les pasó que “te cuidas de una, pero te descuidas de otra... Cuidándome del COVID pero a veces en las prácticas sexuales y por ganar dinero, te descuidas” (GF México). En términos concretos, en todos los países se mencionó que empezaron a realizarse cada vez más servicios sin preservativos. Las razones fueron varias.

La primera fue que “no había acceso a condones, lubricantes... solo si comprabas y si tenías. Había veces que tenían que prestar servicios sin protección porque no había para comer” (GF Ecuador); “varias se expusieron a salir a trabajar sin condones porque no había, la unidad de salud no estaba dando” (GF El Salvador); “muchas buscaban condones, no había; no había ni para comer ni mucho menos va a haber para condones” (GF Perú). Claramente, la pobreza es un condicionante clave para la falta de

prevención: “si no tenían para comprar una cajita de condones que cuesta 7 soles (1.8 USD), prácticamente estamos hablando 1 kilo y medio de arroz... Esperaban que el cliente compre el condón y el cliente a veces no lo compraba” (GF Perú).

La segunda razón también es económica, pero tiene que ver con la necesidad urgente de generar un ingreso y aceptar el pedido del cliente: “me pasó, aumentó más, me llegaban más hombres pidiendo sin preservativos” (GF Colombia). “Algunas se arriesgaban a hacerlo sin eso por la necesidad ...son sustento de su familia... hubo muchas compañeras que se agregaron a no usarlo” (GF Panamá).

Esta situación va a traer consecuencias graves en el corto y largo plazo. En Perú una organización ya lo ha notado, pues “creció el índice de personas viviendo con VHI, del 2019 al 2022 habían 2, 3 pero en enero 2022 teníamos 16, en mi organización” (GF Perú). En este caso concreto, además del no uso de preservativo hay una situación grave de violencia sexual que ha causado esa gran subida: “En la misma comisaría han violado a nuestras compañeras y sabemos

que hay un grupo de policías... de personas viviendo con VIH... A dos compañeras las violó el mismo y ambas salieron positivas” (GF Perú).

Para finalizar el tema del cuidado, vale la pena mencionar que prevenir el COVID al hacer trabajo sexual es extremadamente difícil. “Las compañeras muchas veces no usan las mascarillas porque los clientes quieren ver a las mujeres sin mascarillas” (GF El Salvador) y porque hay que sacársela para realizar algunos servicios. “Muchas veces (por) el hambre, la precariedad, hacían los requerimientos que el cliente quería” (ídem).

## **f. Sobreviviendo juntas y con apoyo mutuo**

En este contexto de precariedad, el trabajo de las organizaciones y las prácticas de cuidado mutuo ayudaron a muchas TS a sobrellevar el COVID y otras enfermedades. En el estudio sobre Buenas Prácticas<sup>2</sup> se encontrará

---

<sup>2</sup> Poner título oficial. Aquí abajo ubicar el enlace.

información al respecto. Acá solo resaltaremos dos cuestiones.

Primero, las clínicas creadas específicamente para atender de manera respetuosa a les TS y diversidades sexuales han sido clave en la pandemia, habiendo ejemplos de ellas en Argentina, Panamá, Paraguay y Ecuador. En general, se trata de centros de salud parcialmente financiados por el estado y co-gestionados o gerenciados por organizaciones sociales y comunitarias. Ciertamente, lo óptimo es “que de aquí a 6 años se eliminaran las clínicas amigables y la atención fuera integral, para todos. Porque incluso esto es discriminatorio pues yo tengo derecho a ir cualquier día como todos y me deberían atender por igual” (GF Panamá). Pero el marco de la pandemia, han sido justamente estos espacios los que han mantenido la prevención, detención y atención de VIH e ITS para les TS. Además, en algunos casos sus médicos apoyaron más allá, buscando medicación “no solo de VIH sino de otras enfermedades también” (GF Argentina).

Segundo, el cuidado comunitario y la presión de las organizaciones ha permitido el cuidado de la salud de muchas. En Argentina tenemos el ejemplo de un colectivo peleando siempre por la vacunación de sus compañeres, sobre todo les más vulnerables; para ello “buscábamos estrategias como hacer alianzas con los enfermeros o médicos que conocíamos, para que les compañeres pudieran llegar a la vacunación” (GF Argentina).

En Bolivia tenemos otros ejemplos, como presionar a los dueños de locales para que apoyen: “hice que locatarios compraran tanque de oxígeno para la organización y nuestras compañeras ...fuimos a pelear en contra de ellos exigiéndoles, aunque poco, pero dieron” (GF Bolivia). Cuando hubo compañeras muy enfermas “íbamos a dejarles los medicamentos, a dejarles los tratamientos personalmente a sus domicilios, conseguíamos dinero de algún lugar para ayudarles” (ídem). Finalmente, ha ayudado también tener profesionales de la salud (médicos/as, enfermeros/as, terapistas), graduados o estudiando, como parte de los colectivos, quienes han apoyado en el cuidado

o “ayudado a conseguir remedios para así luchar contra el COVID” (ídem).