



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

TESIS DOCTORAL

**“CONTEXTOS LABORALES, PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO Y ASPECTOS
SOCIOCULTURALES RELACIONADOS CON LA
SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES TRABAJADORAS
SEXUALES EN LA REGIÓN METROPOLITANA,
CHILE”**

Julieta Belmar Prieto

Directoras:
Valeria Stuardo Ávila
Cinta Folch Toda

Tutor
Jordi Casabona Barbará

Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Medicina Preventiva y
Salud Pública

Doctorado en Metodología de la Investigación Biomédica y Salud Pública

Barcelona, 2018

*Respirar para sacar la voz
Despegar tan lejos como un águila veloz
Respirar un futuro esplendor cobra
Más sentido si lo creamos los dos
Liberarse de todo el pudor tomar de las
Riendas no rendirse al opresor
Caminar erguido sin temor respirar y sacar la voz
Tengo los bolsillos vacíos, los labios partidos,
La piel con escama, cada vez que miro hacia el vacío
Las suelas gastadas las manos atadas
La puerta de entrada siempre tuvo el cartel
Que dijo que estaba cerrada
Una espina clavada una herida infectada entre
Amada una rabia colmada en el todo y en la nada
El paso torpe al borde sin acorde cada vez
Que pierdo el norte tengo la pérdida del soporte
El tiempo que clava me traba la daga me mata
Filuda la flama sin calma que de las manos se me escapa
Pero tengo mi rincón florido
Sacar la voz no estoy sola estoy conmigo
ANA TIJOUX, Sacar la voz.*

CONTENIDO

RESUMEN	1
SUMMARY	3
PRESENTACIÓN	5
FINANCIAMIENTO	7
I. INTRODUCCIÓN	11
I.1 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO SEXUAL EN CHILE	11
I. 2 MIGRACIÓN Y TRABAJO SEXUAL	17
I.2.1 Situación de la migración en Chile y la Región Metropolitana	17
I.2.2 Migración y salud sexual	18
I.3 VULNERABILIDAD Y RIESGO FRENTE AL VIH	20
I.3.1 Percepción de Riesgo y Prevención	21
I.4 ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL PARA TRABAJADORAS SEXUALES	23
I.5 ASPECTOS SOCIO-EPIDEMIOLOGICOS DEL VIH Y OTRAS ITS.....	24
I.5.1 Situación epidemiológica en Chile.....	24
1.5.2 Situación del VIH e ITS en las mujeres trabajadoras sexuales	30
1.5.3 Vulnerabilidad y factores asociados al VIH/ITS en mujeres trabajadoras sexuales	32
1.5.4 Prácticas sexuales y estrategias preventivas frente al VIH y otras ITS en mujeres trabajadoras sexuales.	35
II. JUSTIFICACIÓN	37
III. OBJETIVOS.....	41
IV. MÉTODOS	43
IV.1 Contexto del Estudio	43
IV.2 Aspectos éticos.....	45
IV.3 Métodos por objetivo.....	46

IV.3.1 Objetivo Específico 1	46
IV.3.2 Objetivo Específico 2	49
IV.3.3 Objetivos Específicos 3 Y 4	51
V. RESULTADOS	53
Objetivo 1.....	53
Abstract	53
Introduction	54
Materials and methods	59
Findings	60
Discussion	67
References.....	73
Objetivo 2.....	77
Abstract	77
Methods	79
Ethical Considerations	82
Results	82
Discussion	84
References.....	93
Abstract	101
Introduction	102
Methods	104
Ethical Considerations	105
Results	105
Discussion	119
References.....	136

VI. DISCUSIÓN GENERAL	145
VII. LIMITACIONES	155
VIII. CONCLUSIONES	157
IX. RECOMENDACIONES.....	159
X. ACTIVIDADES DE LA DOCTORANDA.....	161
XI. BIBLIOGRAFÍA	165
XII. ANEXOS.....	173
ANEXO 1 CUESTIONARIO.....	175

RESUMEN

En Chile la prohibición del trabajo sexual en lugares cerrados y la sanción social y discriminación hacia las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), han determinado su ejercicio clandestino en una diversidad de lugares. Desde 2007 el control de salud sexual (CSS) para este grupo de población es voluntario y con baja adherencia, lo que impide conocer su número y condiciones de salud y trabajo. Las causas y características de este fenómeno no están descritas, así como tampoco las estrategias que implementan las MTS para su cuidado y prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). El método Time Location Sampling (TLS) resulta apropiado para un estudio de caracterización del trabajo sexual (TS), pues este se desarrolla en sus lugares de trabajo bien definidos.

Objetivos: En el contexto de un estudio bioconductual en MTS, el objetivo de esta investigación fue explorar y caracterizar los contextos laborales, epidemiológicos y socioculturales en que se desarrolla el TS femenino en la Región Metropolitana de Chile (RM) y la relación con su salud sexual, así como caracterizar su vinculación con los centros de salud sexual. **Métodos:** Estudio cuali-cuantitativo. Componente cualitativo exploratorio-descriptivo y componente cuantitativo, transversal-descriptivo. La población de estudio fueron MTS mayores de 18 años de la RM de Chile que hubiesen mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos 12 meses. El estudio transversal utilizó metodología TLS, una muestra de 370 MTS y un cuestionario anónimo con variables sociodemográficas, clínicas y epidemiológicas. Previo al trabajo de campo, se llevó a cabo un mapeo y descripción de lugares de TS mediante etnografía, entrevistas y revisión de fuentes secundarias. El componente cualitativo consideró muestreo intencionado de muestras diversas. Las técnicas de recolección de información fueron entrevistas semiestructuradas a 18 MTS y grupo focal con 7 miembros de la sociedad civil. **Resultados:** Se identificaron siete tipos de lugares de TS femenino que responden al contexto social y normativo del país y expresan las vulnerabilidades estructurales que afectan a las MTS en la RM. Pueden ser clasificados como recreacionales, tipo Motel, con

fachada y lugares de contacto. De las MTS entrevistadas, 363 respondieron la pregunta sobre acceso a centros de CSS. De ellas, un 38,6% no acudió nunca a CSS y el 61,4% accedió con diversa frecuencia. Un 37,4% se controlaba en un servicio especializado para MTS y un 46,6% lo hacía más de 3 veces al año. Las MTS sin CSS eran más jóvenes, habían tenido más sexo grupal, tenían con mayor frecuencia parejas ocasionales o no tenían pareja y no sabían dónde realizarse el examen del VIH. Se identificaron barreras personales y estructurales para el acceso al CSS especializado para MTS como la interferencia con el trabajo, atención no integral, temor por confidencialidad y horarios poco pertinentes. Pese al bajo acceso, las MTS buscaban atención y desarrollaban estrategias preventivas como uso consistente de preservativo (superior al 95%) y prácticas sexuales de menor riesgo. **Conclusiones:** El TS en la RM, se ejerce en un ambiente que, si bien no es del todo ilegal, está desregulado en la mayoría de sus aspectos. En él conviven factores que representan un riesgo para la adquisición del VIH y otras ITS como violencia y consumo de alcohol y drogas. Solo existe norma para el control de ITS. Las MTS presentaron un acceso precario a servicios de salud sexual y vulnerabilidad social. Las MTS sin CSS presentaron más conductas de riesgo. Las MTS jóvenes estaban más expuestas a factores de riesgo ante el VIH e ITS. El contexto epidemiológico local, alto uso del preservativo y otras estrategias preventivas, contribuyen a una baja prevalencia de VIH y control en la presencia de otras ITS. Las políticas públicas deben resguardar el acceso oportuno a servicios de salud integrales de las MTS, considerando la dinámica laboral y de vida de las MTS, así como la situación migratoria que enfrenta el país.

SUMMARY

In Chile, the prohibition of Sex Work (SW) in closed venues, social punishment and discrimination aimed towards Female Sex Workers (FSW) have caused SW to be practiced clandestinely in a variety of places. Since 2007, Sexual Health Check-ups (SHC) for this population group is voluntary and presents low adherence, which has become a barrier to know their numbers, health and work conditions. The causes and characteristics of this situation have not been described, nor have the strategies that FSW use for preventing HIV and other sexual transmitted infections (STI). A Time Location Sampling (TLS) method is appropriate for a SW characterization study, as SW is developed in well-defined work places. **Objectives:** As part of a FSW bio-behavioral study, the objective of this investigation was to explore and characterize work place, epidemiological and socio-cultural contexts where female SW occurs in the Metropolitan Region of Chile (RM), and the relation with sexual health, as well as characterizing its link with sexual health centers. **Methods:** Qualitative and quantitative study. Exploratory/descriptive qualitative component and a cross-sectional/descriptive quantitative component. The study population were FSW over the age of 18 in the RM of Chile that had incurred in sexual intercourse in exchange for money at some time during the last 12 months. The cross-sectional study applied a TLS methodology, a sample size of 370 FSW and an anonymous survey that included socio-demographical, clinical and epidemiological variables. Prior to fieldwork, mapping and SW location description was performed using ethnography, interviews and secondary sources review. The qualitative component used directed sampling of diverse samples. Information collection techniques included semi-structured interviews to 18 FSW and a focus group with 7 individuals from the general public. **Results:** Seven types of female SW venues were identified and are the result of the social and regulatory landscape in the country. These express the vulnerabilities that FSW are exposed to in the RM. They can be classified as recreational venues, motel-type locations and contact points for arranging a sexual encounter afterwards. Of the FSW that were interviewed, 363

responded the question regarding access to Sexual Health Centers. 38.6% declared having never attended a SHC while 61.4% attended with different frequencies. 37.4% received attention at a specialized center for FSW and 46.6% had attended more than 3 times per year. FSW with no SHC attention were younger, tended to participate more in group sex, had a higher frequency of occasional partners or had no partner at all, and did not know where to get tested for HIV. Personal and structural barriers to access specialized SHC for FSW were identified and included interference with work, uncomprehensive medical attention, confidentiality concerns and unfavorable attention hours. Despite low access, FSW sought attention and developed preventive strategies including consistent condom use (over 95%) and incurring in low-risk sexual practices.

Conclusions: SW in the RM is exercised in an environment that although is not illegal, is deregulated in most of its aspects. These include factors that represent risks for HIV/STI infection such as exposure to violence and drug/alcohol abuse. Current health regulations for FSW only focus on STI detection and control. FSW presented precarious access to sexual health services and social vulnerability. FSW that did not attend SHC presented higher risk behaviors. Young FSW were more exposed to HIV/STI risk factors. Local epidemiological contexts and high condom use, together with other preventive strategies contribute to maintain HIV/STI prevalence low. Public policies must safeguard timely access to comprehensive health services for FSW, taking into account FSW work and lifestyle dynamics, as well as the migration situation that the country is currently facing.

PRESENTACIÓN

El desarrollo de esta tesis se enmarca un estudio bioconductual de base, financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) que se llevó a cabo en la Región Metropolitana de Chile (RM) entre los años 2015 y 2017 por un equipo de investigadores del Programa de Epidemiología de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, apoyados por la organización de trabajadoras sexuales, Fundación MARGEN. El objetivo general del estudio base fue determinar la prevalencia de VIH y los factores asociados a su transmisión en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la RM.

En este contexto, el objetivo general de este trabajo fue explorar y caracterizar los contextos laborales, epidemiológicos y socioculturales en que se desarrolla el trabajo sexual (TS) femenino en la RM de Chile y la relación con su salud sexual. Esta tesis está estructurada en base a los cuatro objetivos específicos de la tesis: describir las tipologías y dinámicas de los lugares de TS en la RM; describir características sociodemográficas, conductuales y epidemiológicas de MTS de acuerdo a su acceso a control de salud sexual (CSS); explorar barreras de acceso a dichos centros e; identificar estrategias preventivas implementadas por el este grupo de población frente al VIH y las ITS.

La realización del *formative research* propio del método TLS usado en el estudio, así como la aplicación de un cuestionario bioconductual a las MTS permitió responder a los dos primeros objetivos. Los dos últimos por su parte, fueron desarrollados a partir de un componente cualitativo.

El documento que a continuación se presenta comienza con una revisión de la evidencia científica existente en relación con los tópicos de interés y, continua con la justificación y objetivos del estudio. Posteriormente se presentan los métodos utilizados para el desarrollo de cada uno de ellos. Le sigue una

presentación de resultados por objetivo, un resumen de resultados generales y una discusión general que abordan el conjunto de los objetivos de la tesis. Finalmente, se presentan las limitaciones, conclusiones y recomendaciones. También se anexa una breve descripción de actividades realizadas por la doctoranda en el marco del desarrollo de la tesis y de su proceso formativo.

FINANCIAMIENTO

El estudio fue financiado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico de Chile (FONDECYT) PROYECTO VIBIMOS- FONDECYT -11140021: Bio-behavioral surveillance for HIV/AIDS in hard-to-reach populations in the Metropolitan Region of Santiago, Chile / Vigilancia Bioconductual y Monitorización Social del VIH en Chile.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres trabajadoras sexuales que participaron en este estudio, por dedicar su tiempo y en especial por compartir sus experiencias y sabiduría.

A mis directoras Valeria y Cinta por su apoyo constante, la paciencia y el respeto permanente por el proceso vivido. Por guiarme con paciencia, rigurosidad y cariño en los momentos necesarios. También por su confianza y por todos los conocimientos transmitidos, así como el tiempo y trabajo dedicado.

A Valeria especialmente por motivarme a hacer el Doctorado y ser un ejemplo de lo que significa ser una académica con vocación de servicio público.

A Fundación Margen por su lucha social y generosa contribución al desarrollo de esta investigación. Son ellas, junto a otras mujeres luchadoras las principales responsables de todas las reivindicaciones sociales para las mujeres trabajadoras sexuales. También por la valiosa reflexión que realizan en torno al TS, los derechos sexuales y la capacidad de autodeterminación de las mujeres. Con especial cariño a Herminda, Nancy y Milady.

A todos quienes participaron en la elaboración de artículos, por su trabajo y valiosos aportes: Bielka, Alexandra y María José.

A Marcelo Rodríguez por su cariño y apoyo a toda prueba. También por la maravillosa imagen y diseño de la portada.

A Jordi Casabona por su apoyo en el proceso de tutoría y por los conocimientos y recomendaciones que entrega a todos quienes lo conocen.

A Albert Navarro por sus aportes al proceso de desarrollo de la tesis y por su amabilidad, generosidad y cariño al recibirme en su hogar.

A Sergio Salas por su invaluable apoyo en los momentos de dificultad. La solidaridad demostrada es un bello valor que has demostrado con creces.

A mis amigos y hermanas que apoyaron de diferentes maneras este proceso.

A todas las personas maravillosas y amables que conocí en Barcelona, especialmente a Rafael Muñoz y Esteve Muntada.

I. INTRODUCCIÓN

I.1 CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO SEXUAL EN CHILE

En Chile el TS, entendido como la oferta de favores sexuales a cambio de una ganancia económica (Giddens 2000), se ha manifestado de formas diversas dependiendo del momento histórico vivido. Por tanto – al igual que ocurre en la mayoría de los países – se identifican varias etapas, donde se han conjugado contextos sociales, económicos y culturales específicos, formas de entender el TS (por la sociedad y la autoridad) y las normativas que lo regulan (Salazar G y Pinto J 2010; Gálvez 2014). Esta interrelación de factores ha determinado la tipología de lugares de TS existentes.

De acuerdo a diversos autores (Salazar G y Pinto J 2010; Salazar C 2011), los primeros reportes de TS datan de fines del siglo XVIII y uno de los primeros espacios donde es posible hablar de intercambio sexual a cambio de bienes serían las “Chinganas”, que eran construcciones muy precarias donde mujeres solas compartían temporalmente sus ranchos con peones en tránsito, como una forma de subsistencia para ellas y sus hijos en el marco de los conflictos económicos y bélicos de la época que va entre 1780 y 1865. En estos ranchos no se ejercía la prostitución directamente, pero se desarrollaba un intercambio sexual que tenía como recompensa favores, trueque o deudas a largo plazo. Posteriormente y hasta el año 1930, ese espacio adoptó relaciones mercantilizadas donde el sexo era el servicio femenino principal que fue ejercido por mujeres pobres como medio de subsistencia ante la crisis económica imperante. El TS es estos años se desarrolló en nuevos espacios como “café chinos”¹, (Peralta G 2015) burdeles o “casas de tolerancia”² y con nuevos clientes (marineros, comerciantes,

¹ Los Cafés Chinos eran endebles y precarias construcciones administradas por ciudadanos chinos que públicamente ofertaban servicio de café y clandestinamente oficiaban como motel que se desarrollaba en una red de habitaciones ocultas tras el mostrador.

² Las Casas de Tolerancia o burdeles fueron una copia urbana de las antiguas fondas o Chinganas. Mantuvieron un espacio de fiesta con música, salón de baile, comida y alcohol donde el ejercicio de la prostitución se hizo

extranjeros y chilenos de capas medias o alta). Aparecen también personajes que sacan provecho de las mujeres, se dedican a la prostitución masiva y a la producción y venta de alcohol. Este nuevo escenario, sumado a las precarias condiciones sanitarias y a los aún escasos avances de la medicina en la prevención y tratamiento de las enfermedades venéreas, dispararon la sífilis en el país, motivando a las autoridades a regular y controlar el comercio sexual (Gálvez 2014). De acuerdo con ello, en 1891 se inicia la regulación en este ámbito y en 1896 comienza a regir el “Reglamento de las Casas de Tolerancia de Santiago” que tiene como objetivo principal disminuir la propagación de enfermedades venéreas y “otros males sociales”.

El Código sanitario de 1925 (Ministerio de Higiene de Chile 1925) prohibió toda forma de prostitución y creó sanciones para quienes la fomentaran y practicaran. El efecto inmediato fue que se el TS se convirtió una práctica ilícita habitual en la población (Salazar G y Pinto J 2010; Salazar C 2011) y se inició una fuerte persecución a todos los sujetos relacionados con este mundo. Hacia 1926 se ordenó demoler las casas de tolerancia, lo que iba en sintonía con el proceso de modernización de la ciudad. Sin embargo, ello no fue totalmente efectivo porque muchos de los lugares dedicados a la prostitución se encontraban disfrazados bajo patentes de negocios lícitos. Otro problema detectado fue que la multa aplicada a las MTS actuaba como salvoconducto para seguir ejerciendo, no existiendo ningún control sanitario de por medio que resguardara de la transmisión potencial de ITS. Carabineros, señala a la intendencia de la dificultad de cumplir con el reglamento y la inutilidad de prohibir una práctica arraigada en la población. Debido a que lo dispuesto en el código sanitario resultó inaplicable y no tuvo los efectos deseados, el Servicio Sanitario puso en práctica un reglamento municipal de 1929 que exigía a las ahora llamadas “bailarinas de cabaret”, un certificado sanitario. La prostitución siguió vigente en burdeles,

evidente y masivo. Sin embargo, las mujeres ya no eran dueñas de su rancho sino mujeres asiladas (trabajan y viven) en casas donde alguien administraba su trabajo.

casas de citas y cabarets³ aunque con otra denominación (Gálvez 2014; Salazar C 2011). Luego del evidente fracaso de la prohibición, y de acuerdo a las demandas de la policía nacional, el nuevo código sanitario de 1931 prohibió la prostitución asilada⁴ (casas de tolerancia y burdeles), pero permitió aquella de tipo aislado e independiente (Ministerio de Bienestar Social de Chile 1931). Según este documento, la autoridad sanitaria debía evitar la propagación de las ITS a través de distintos caminos: educación a la población, denuncia por parte de los médicos a quienes padecieran estas enfermedades y clausura policial de los locales prohibidos. Este código tampoco tuvo efecto en detener la propagación de la sífilis y no terminó con los recintos donde se ejercía el comercio sexual (Gálvez 2014). En este escenario destacó la postura de carabineros que señalan que era más difícil controlar la prostitución clandestina, proponiendo la existencia de barrios específicos para el comercio sexual, de casas colectivas para el desarrollo de tal actividad y control sanitario permanente.

A partir de 1930 y hasta 1973 convergen en Chile la industrialización, socialización de la política, sindicalización, modernización de la vida urbana, desarrollo educacional y hegemonía de las capas medias (Salazar G 2010). En este contexto y en el marco de las regulaciones existentes, el comercio sexual desarrolló nuevas formas de expresión, entre las cuales destacaba una veta artística. Entre los años 40 y 50 aparecieron los espectáculos revisteriles que se desarrollaban en boites⁵ y night club, preferentemente. Convivían con cafés, fuentes de soda y moteles (Salazar G y Pinto J 2010; Salazar C 2011). En este escenario, en el año 1941 el Ministerio de Salubridad, estableció la obligatoriedad de control sanitario sobre mujeres de cabarets o bailarinas y, un par de años más tarde, obligó a funcionarios sanitarios y carabineros a denunciar ante el departamento de higiene social a las mujeres que practicaban el comercio sexual sin estar inscritas ni haberse realizado el control correspondiente. De este modo

³ Los Cabaret eran salas de espectáculos nocturnos (Boite de nuit) donde se desarrollaban una gran variedad números artísticos que incluían danza, música, teatro, humor, entre muchos otros. Contaban con un bar y mesas y sillas para los asistentes. Algunos incluían servicio de restaurant.

⁴ Lugares donde las mujeres no solo van a trabajar sino donde también viven.

⁵ Las Boites, eran salas de espectáculos que funcionaban en horario diurno y nocturno que coincidían con el horario del té, aperitivo y cena. Incluía los mismos servicios que el Cabaret. Después de los años 60' derivaron a locales de Strep-tease.

se reconoció el comercio sexual asilado y solo se sancionaba a quienes no cumplían con el control sanitario (Gálvez 2014).

A partir de los años sesenta, los antiguos burdeles comenzaron a desaparecer lentamente y a identificarse con el bajo fondo, al igual que sus barrios ahora considerados viejos e insalubres (Salazar G y Pinto J 2010; Salazar C 2011). Las asiladas disminuyeron y aparecieron como competencia mujeres más jóvenes, más refinadas y con tarifa más elevada que se desempeñaban como vedettes, copetineras y acompañantes.

En el año 1968 surgió un nuevo código sanitario (Ministerio de Salud Pública de Chile 1968) que cambió nuevamente el escenario, pues reconocía la existencia del comercio sexual, pero prohibía su agrupación en prostíbulos cerrados o casas de tolerancia. Exigía contar con una estadística sanitaria de las MTS y asignaba a carabineros el rol de clausurar los locales donde se ejercía la prostitución.

El proceso de declive de los antiguos burdeles y la aparición de nuevas tipologías de comercio sexual fue acelerado en forma abrupta por el Golpe Militar que terminó con la vida nocturna (Salazar G 2010) y por la aparición de una nueva normativa del Ministerio de salud del año 1983 (Ministerio de Salud de Chile 1983) que prohibió el funcionamiento de prostíbulos, casas de cita o tolerancia destinadas al comercio sexual. Sin embargo, al mismo tiempo que se prohibió el funcionamiento de los sitios populares de TS, la "iniciativa privada" se adaptó a las nuevas circunstancias, dando origen a los "café toples", saunas, cabarets, casas de citas, "call-girls"⁶, apart hoteles, moteles. Desaparecieron las "cabronas" y aparecieron los empresarios. Muchas de las bailarinas, topleteras, masajistas y otras MTS eran sus propias jefas. Aparecieron también transformistas, trabajadores sexuales homosexuales, lesbianas, etc.

⁶ MTS independientes que se contactan vía telefónica y que atienden en departamentos o concurren a moteles.

La aparición de los primeros casos de VIH en el país en los años 80, sin duda, reforzó la persecución a las MTS. De acuerdo con el relato de sus dirigentas, en esos años la presencia del VIH sirvió como pretexto para realizar allanamientos y redadas y sindicaron a las MTS como responsables de la epidemia. Las MTS que no tenían controles al día eran detenidas, fichadas y retenidas junto con delincuentes recibiendo un trato vejatorio. Además, eran acosadas sexualmente y sometidas a tratamiento antibiótico obligatorio y sin exámenes previos.

Posteriormente, en el año 2005 se promulgó el Decreto Supremo N° 206 que aprobaba una nueva Norma sobre Infecciones de Transmisión Sexual que entró en vigor en el año 2007. Este documento derogó en su totalidad del Decreto N° 362 de 1983, no estableciendo prohibición alguna para el comercio sexual y prescindiendo del auxilio de la fuerza pública para llevar a las trabajadoras sexuales a los establecimientos del Servicio de Salud. Establecía que la asistencia al CSS era voluntaria, gratuita y sujeta a registro con fines sanitarios y estadísticos (Ministerio de Salud de Chile 2008, 1983). Sin embargo, en la actualidad existen relatos de las MTS sobre algunos locales o policías que aún piden el documento de control sanitario como requisito para trabajar en un local o para no ser detenidas, según sea el caso.

Actualmente, en Chile existen dos cuerpos legales que se refieren al comercio sexual: el Código Penal y el Código Sanitario de 1968. Mientras el primero no prohíbe el comercio sexual, salvo que se trate de menores de edad o que haya "trata de personas", el Código Sanitario sí prohíbe en su artículo N° 41 "los prostíbulos cerrados o casas de tolerancia". Con ello, el TS puede ejercerse de manera independiente sin afectar el orden público y ajustándose a las ordenanzas establecidas por la autoridad.

Como es posible observar, en Chile ha primado el modelo abolicionista⁷ pues el Código Penal nunca ha prohibido su ejercicio salvo en las situaciones mencionadas y el Código Sanitario se ha hecho cargo de la regulación⁸ para evitar la propagación de las ITS (Gálvez 2014). Esta regulación se ha realizado de diversas formas, destacando la prohibición del TS en "*prostíbulos cerrados o casas de tolerancia*", la implementación de una estadística sanitaria de las personas dedicadas a esta actividad y la definición de las condiciones en que estas acceden al CSS.

De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud para la RM (Ministerio de Salud de Chile, 2015), en el año 2007 se controlaron 2.558 trabajadores/as sexuales. Posterior a ello, el número descendió drásticamente, llegando a 506 hombres y mujeres en el año 2016 (Ministerio de Salud de Chile, 2016). Del total de trabajadores/as en control, aproximadamente un 96% eran mujeres. Estimaciones generales cuantifican en alrededor de 4.000 las MTS que se desempeñan en la RM. Estudios realizados entre los años 1997 y 2007 en la RM (Lastra 1997; Muñoz F, Zamorano P 2007; Montecinos S, Matus C 1999; Savia 2012), sitúan el desarrollo del TS en Night Club o Cabaret, Topless, Café Topless, Casas de Tolerancia, Saunas, Privados, Agencias, calle en radio urbano y calle en poblaciones de la periferia.

⁷El abolicionismo reconoce la existencia de la prostitución, entendiendo que constituye un mal, social, un ataque a la dignidad de las personas y una forma indeseada de explotación, por lo que no castiga la prostitución, pero sí cualquier actividad que la favorezca y toda explotación que se haga de la misma.

⁸ Salvo el Código Sanitario de 1925 que prohibió el ejercicio de cualquier tipo de "prostitución".

I. 2 MIGRACIÓN Y TRABAJO SEXUAL

I.2.1 Situación de la migración en Chile y la Región Metropolitana

En los últimos veinte años Chile se ha convertido en un país de destino de la migración, principalmente proveniente de países andinos, siendo los países de procedencia más importantes en número Perú (25,3%), Colombia (14,2%) y Venezuela (11,2%). Según datos del Censo de 2017 hasta abril de ese año residían en Chile 784.685 personas migrantes, que correspondían al 4,4% de la población nacional. Según esta misma fuente, la población extranjera del país se ha concentrado en las regiones Metropolitana (62,0%), Antofagasta (8%), Tarapacá (5,6%) y Valparaíso (5,1%)(Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile 2017).

Si bien desde hace algunos años se ha venido observando una tendencia regional hacia la *"feminización de la migración"*, en la actualidad en Chile las mujeres representan un 50,3% del total de migrantes. Ahora bien, un análisis de la distribución por sexo y país de nacimiento, a nivel regional, muestra que en las zonas extremas del país las mujeres superan entre un 1% y 5% a los hombres y que en el grupo de migrantes colombianos y peruanos, estas superan a los hombres en un 15,8% y 13,1%, respectivamente. En el caso de migrantes de otros países del Caribe como República Dominicana, las mujeres superan a los hombres en un 22%.

Tal como señala la OIT, las mujeres migrantes suelen desempeñarse en espacios de trabajo informal, con déficit del trabajo decente, bajas remuneraciones, escasa protección social y bajos niveles de organización y representación ante las autoridades. Sus circunstancias del empleo, incluida la irregularidad migratoria, se asocian con alta vulnerabilidad, abuso y explotación. En Chile, las mujeres migrantes entre 18 y 55 años suelen tener una calidad de vida precaria, generalmente desconocen el funcionamiento de la institucionalidad pública y

suelen emplearse en el servicio doméstico (25%), comercio (20%) y hoteles y restaurantes (13%) (Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2017).

Respecto del número de mujeres migrantes que se dedican al comercio sexual en Chile y en la RM específicamente, no existen estimaciones. Sin embargo, un estudio realizado en la RM reportó que aproximadamente un 30% de las MTS reclutadas eran extranjeras (Stuardo V et al. 2016).

I.2.2 Migración y salud sexual

Un factor importante en la vulnerabilidad de género es el acceso efectivo a salud sexual y reproductiva a través de los servicios públicos. Es un hecho que el ejercicio de este derecho y la calidad de las prestaciones están atravesados por inequidades asociadas estrechamente al estatus migratorio. En ello tienen fuerte injerencia el nivel de conocimiento y la gestión que realicen las propias reparticiones públicas y sus funcionarios, quienes, en la práctica, cierran o abren las puertas del sistema con un preocupante sesgo discrecional (Fundación Instituto de la Mujer 2011).

En Chile, el acceso a la salud de la población inmigrante depende del tipo de visa que poseen. Las personas que cuentan con un permiso de trabajo o con residencia permanente pueden cotizar en el sistema de salud público o privado, lo que les da los mismos derechos de atención que la población nacional. Por su parte, quienes no cuentan con dicho estatus migratorio, solo pueden obtener atención de salud pagando en forma particular. Algunas excepciones dispuestas por el Estado permiten acceso gratuito a mujeres extranjeras que residiendo en Chile queden embarazadas, prestaciones universales para menores de 18 años y prestaciones de salud pública como métodos de regulación de la fertilidad incluida la anticoncepción de emergencia, vacunas, atención de enfermedades transmisibles: tuberculosis, VIH/SIDA, ITS, educación sanitaria (Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) 2015).

En relación con la salud sexual y reproductiva, estudios realizados en otros países con historia de procesos migratorios, muestran que existe una desigual distribución en la prevalencia de la violencia de género según país de origen, afectando en mayor medida a las mujeres (Vives-Cases et al. 2009; Luque Fernández and Bueno-Cavanillas 2009).

En otra línea, si bien hay estudios que muestran la emergencia de ciertas enfermedades transmisibles importadas en poblaciones inmigrantes (Valerio et al. 2009), se sabe que la contribución de los inmigrantes al aumento de la incidencia de las enfermedades endémicas tiene relación con las condiciones de vida y trabajo en las que llegan las personas a los países y las debilidades propias de los sistemas de salud para acoger a estas poblaciones (Valerio et al. 2009; Monge-Maillo et al. 2009). Se ha visto, por ejemplo, que las personas no tienen acceso a los servicios preventivos, al tamizaje, la vacunación. Además, dependiendo del tipo de trabajo de las mujeres inmigrantes, es posible encontrar altas incidencias de infección por VIH y otras ITS (Monge-Maillo et al. 2009; Caro-Murillo, Castilla Catalán, and Amo Valero 2010). Entre algunos colectivos de jóvenes inmigrantes en Chile se ha visto un bajo nivel de conocimiento en relación con la prevención y formas de transmisión del VIH. En mujeres específicamente, se observa que el nivel de estrés e incertidumbre asociados al proceso migratorio favorecen las situaciones de riesgo y perjudica las posibilidades de protección contra el VIH (Cortez A, Loredó P 2007). Datos epidemiológicos de la notificación por VIH muestran que la proporción de personas notificadas nacidas fuera del país ha pasado de un 2% en los quinquenios de 1998 a 2012 a un 11,6% en el quinquenio 2013-2017, siendo el 85% de sexo masculino. El año 2017 el porcentaje de extranjeros notificados representó el 19% del total de casos.

I.3 VULNERABILIDAD Y RIESGO FRENTE AL VIH

La epidemia del VIH posee dimensiones sociales y económicas que impulsan o facilitan su propagación a la vez que impactan y median en las estrategias de prevención que los sujetos pueden implementar. De acuerdo con ello, no solo obedece a los comportamientos y decisiones individuales (Tallis 2005), sino que está mediada por el contexto social que entrega normas, prejuicios, imaginarios y creencias que orientan las decisiones (Herrera and Campero 2002).

Un concepto que recoge esta mirada es el de *vulnerabilidad*. Incorporado en el análisis de la epidemia hace algunas décadas, supera la idea de riesgo individual y apunta a las inequidades y desigualdades sociales que subyacen a las decisiones de los individuos (Herrera and Campero 2002). Supone que el riesgo posee una “fracción estructural” modificable solo por la estructura social, política y económica encargada de organizar y dar respuesta a las necesidades sociales en su conjunto. Se considera que la vulnerabilidad tiene al menos dos vías de acción: alto o mayor nivel de exposición a situaciones amenazantes y; falta de medios para afrontar este tipo de situaciones. En el caso del VIH/Sida, la vulnerabilidad social se traduce en mayor riesgo de adquirir el VIH, mayor riesgo para desarrollar la enfermedad y morir.

Una de las fortalezas del concepto de vulnerabilidad es su flexibilidad, pues no presupone que existan comportamientos o situaciones específicas que representan de manera universal un riesgo, sino que plantea la evaluación contextual de la interrelación entre factores estructurales y niveles de vulnerabilidad. En este sentido, pensar, por ejemplo, a las mujeres con respecto al VIH/Sida exige analizar las diferentes maneras en que las estructuras de género se manifiestan en los contextos locales y se relacionan con los otros sistemas de ordenamiento del mundo social (Ministerio de la Protección Social 2009).

I.3.1 Percepción de Riesgo y Prevención

Si bien el enfoque de la vulnerabilidad supera la noción de riesgo individual, cabe preguntarse cuáles son los mecanismos por los cuales el contexto social se hace presente al momento de percibir o no el riesgo y de tomar o no decisiones riesgosas o preventivas, ¿qué hace que las personas, conociendo las vías de transmisión del VIH y los modos de protegerse, adopten comportamientos que pueden calificarse objetivamente como riesgosos? Esta interrogante ha recibido diversas respuestas especialmente desde la psicología, antropología y sociología. Según una de las primeras aproximaciones del riesgo entendido como cultural, los riesgos corresponderían a construcciones sociales que dependen de factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas (Douglas M y Wildavsky A 1983; Rhodes 2002). Los contextos sociales definen el significado del riesgo a la vez que la autonomía para controlarlos (Douglas 1993).

El mundo científico y sanitario ha creado su propia conceptualización del riesgo y de las actividades consideradas riesgosas y ha pretendido que las personas las asuman como propias. Debido al carácter cultural del riesgo, las estrategias que se basan en la premisa científica han tendido al fracaso en la medida en que no son reconocidas ni puestas en valor de igual modo (Trostle J 2005). El proceso de evaluación y gestión de los riesgos es de naturaleza política a la vez que científica, y en la percepción pública de los riesgos y de sus factores intervienen valores y creencias, así como relaciones de poder y confianza (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002; Rhodes 2002).

En definitiva, estos modelos plantean que la noción de riesgo es cultural, que no es igual para todos los grupos de personas, que es multidimensional y que además es puesta en la balanza por los individuos al comparar el riesgo supuesto con las ventajas de la exposición, operando muy fuertemente las relaciones de poder en la decisión final. Los riesgos compiten entre sí, por lo que es necesario conocer la perspectiva en la que son puestos por las personas en relación con

otros riesgos para la vida (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002). En este sentido, no es lícito suponer que una persona mejor informada sobre su exposición a determinados factores de riesgo hará necesariamente algo para cambiar su comportamiento en materia de salud. Por ejemplo, pocas veces se considera la importancia que las personas atribuyen a la salud, en especial cuando deben enfrentarla a otros ámbitos de la vida tales como el placer, la presión social, desamparo, etc. (Bajos N 1999). De acuerdo con ello, ocurriría que las estrategias preventivas adoptadas por los individuos corresponderían a reinterpretaciones de las recomendaciones sanitarias, en el marco de sus propios contextos y posibilidades. Según Bajos (1999), y en atención a las aproximaciones constructivistas, la noción de riesgo no antecede a los sujetos, sino que cada uno de ellos construye su particular significado. La persistencia de comportamientos de riesgo no obedece a la falta de percepción de riesgo o de información, sino a la presencia de otros códigos, contruidos ya sea en oposición a los aceptados por la mayoría o a partir del aislamiento social (Kornblit AL 1999).

Por otra parte, el enfoque de los entornos de riesgo plantea que debido a la relación entre la percepción-conductas de riesgo y los contextos en los que están situadas, el éxito de las estrategias de prevención, o la capacidad de movilizar recursos para ello, dependen situacional y estructuralmente del espacio en el que se insertan (Rhodes 2002).

El enfoque construccionista sostiene que los riesgos no constituyen ni propiedades objetivas que dependen de cómo sea físicamente el mundo, ni propiedades subjetivas que dependen de cómo sean cognitivamente los individuos. Son construcciones sociales que dependen de factores socioculturales vinculados a estructuras sociales dadas y que son funcionales dentro de las mismas: permiten la distribución de la culpa y la responsabilidad, son utilizados como reclamo para la movilización social, permite la adaptación de la conducta individual a pautas colectivas marcadas por la opinión pública, etc. (Palma, Abarca, and Moreno 2002).

I.4 ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL PARA TRABAJADORAS SEXUALES

Tradicionalmente se ha vinculado el TS a una alta prevalencia de VIH y otras ITS. Debido en parte a la gran sanción social y penal que existe asociada a este tema a nivel mundial, así como a una alta vulnerabilidad de las MTS (Wahed et al. 2017), se ha reportado su acceso reducido al CSS y la existencia de diversas barreras para su acceso, tales como discriminación, malos tratos, horarios y lugar inadecuados, entre otras (Phrasisombath et al. 2012; Jeal and Salisbury 2004; Ghimire L; Smith WC; van Teijlingen E 2011; Wahed et al. 2017). Evidencia internacional muestra que la presencia de servicios de salud para este grupo de población puede estar asociada a la reducción de la prevalencia de VIH en ciertos contextos como por ejemplo aquellos en donde la prevalencia de la infección en población general es baja (Platt et al. 2013).

En lo que respecta al CSS para este grupo de población en Chile, el Código Sanitario en conjunto con el Reglamento y Norma Técnica de ITS del Ministerio de Salud de Chile (Ministerio de Salud de Chile, 2007; Ministerio de Salud de Chile, 2008), actúan como instrumentos reguladores en la materia. En ellos se dispone la existencia de un control especializado para trabajadoras/es sexuales denominado CSS, de carácter gratuito y voluntario, que debe ser desarrollado en las unidades especializadas en ITS en cada Servicio de Salud (SS) de la Red Asistencial Pública. Estas unidades se denominan Unidades de Atención y Control de Salud Sexual (UNACESS) y están integradas en las especialidades ambulatorias y coordinadas con centros hospitalarios y de atención primaria de salud (APS). Brindan atención por consulta espontánea o referencia y desarrollan un manejo principalmente etiológico de las ITS, reservando el manejo sintomático para cuando existe sospecha diagnóstica y se cree que el paciente no regresará al establecimiento a control. El control es de carácter periódico bimensual con enfoque biopsicosocial, centrado en la salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en la prevención, detección y tratamiento precoz de las ITS. Cabe

mencionar además que las MTS también pueden acceder como cualquier mujer residente en Chile a los controles de salud ginecológica que se otorgan en APS. Sin embargo, estos controles están orientados principalmente a la salud reproductiva y no cuentan con la batería de exámenes ni consejería específicos para MTS.

De acuerdo a los datos del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de Chile, n.d.), hasta el año 2007, en la región RM se controlaban 2.558 trabajadores/as sexuales, llegando a su pick en el año 2006 con 3.347 en control. Posterior a ello, el número descendió drásticamente, llegando a 506 en el año 2016. Del total de trabajadores/as sexuales en control, aproximadamente un 97% eran mujeres. Si bien no existen estudios nacionales que expliquen esta drástica disminución de trabajadores/as sexuales en control, se debe considerar que a partir del año 2007 y a través del Decreto N° 206 del Ministerio de Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2007) se termina la obligatoriedad del CSS y se prescinde del auxilio de la fuerza pública para llevar a las MTS a los establecimientos del Servicios de Salud. También llegaron a su fin entre los años 2003 y 2008 diversos programas de sensibilización y promoción de las estrategias de prevención del VIH y otras ITS. Por último, se debe tener en cuenta que la prohibición del TS en lugares cerrados, y la sanción social y discriminación hacia las MTS, ponen a esta actividad en una situación de clandestinidad que no facilita la adherencia al CSS (Jeal and Salisbury 2004).

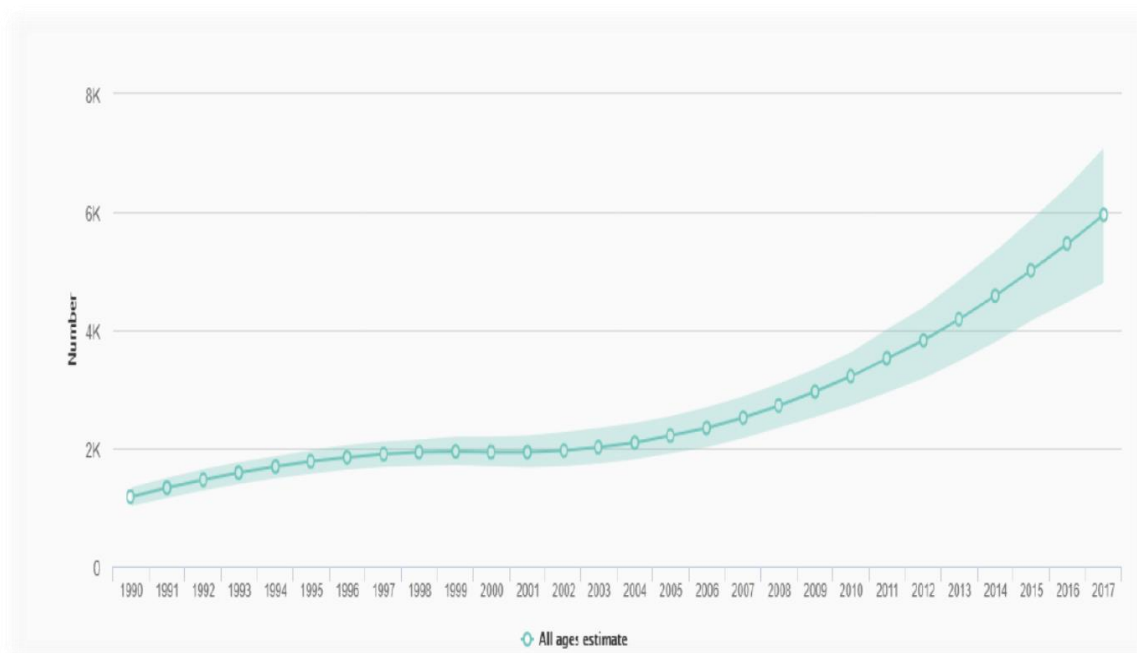
I.5 ASPECTOS SOCIO-EPIDEMIOLOGICOS DEL VIH Y OTRAS ITS

I.5.1 Situación epidemiológica en Chile

De acuerdo con estimaciones de ONUSIDA, Chile presenta una epidemia de VIH concentrada con una prevalencia estimada de 0,6% en población de 15 a 49 años y de 13,9% en el grupo más afectado que es la población de HSH. Según esta

misma fuente, al año 2017 se estimaba existían 67.000 personas viviendo con VIH en el país. Tal como se muestra en la Gráfico N° 1, el porcentaje de cambio de nuevas infecciones entre los años 2010 y 2017 fue de 85% pasando de 3.200 a 6.000 (ONUSIDA 2017). Según señala el Instituto de Salud Pública, que informa el 100% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH conocidos por el sistema de salud, en el periodo 2010-2015 se confirmaron 21.856 nuevos diagnósticos (mediana de 4.004 casos confirmados anualmente), con un aumento de un 35% en la tasa anual de confirmaciones (Instituto de Salud Pública de Chile 2016).

**Gráfico N° 1 Tendencia Nuevas Infecciones por VIH, todas las edades.
Chile, 1990-2017**

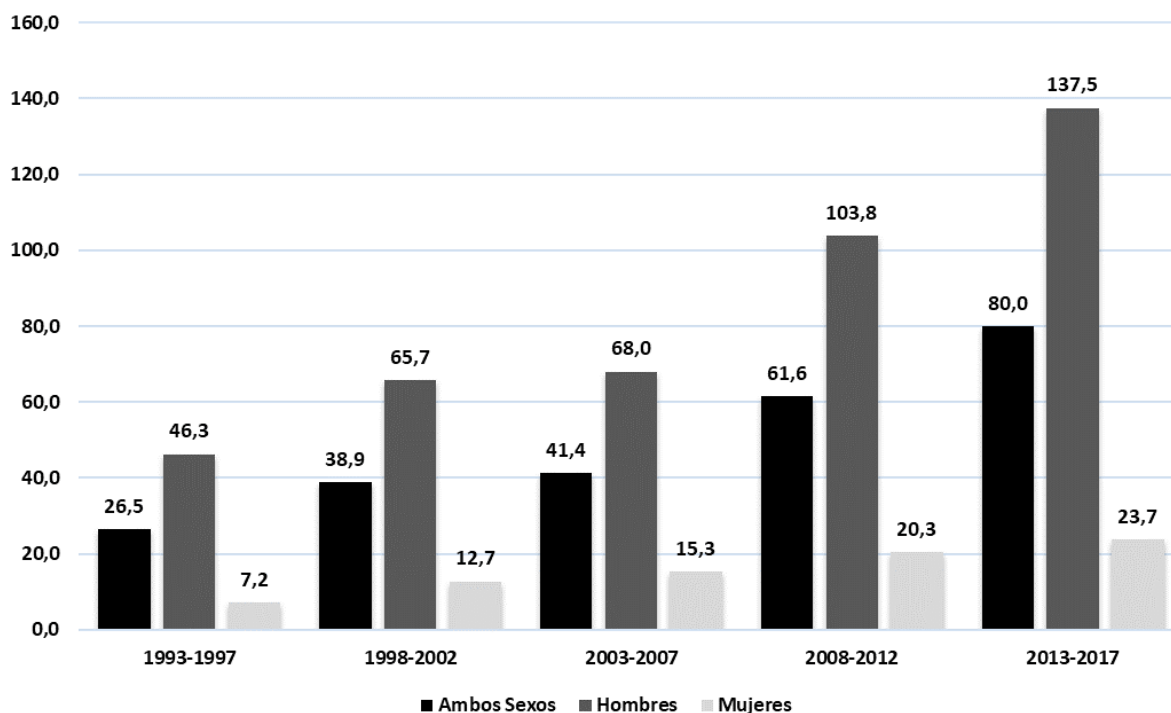


Fuente: ONUSIDA, Data 2017.

De acuerdo a los datos del departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de Chile, la notificación por VIH/SIDA ha presentado un ascenso constante tanto en hombres como mujeres, llegando a una tasa de 137,5 casos por cien mil

hombres y de 23,7 por cien mil mujeres en el quinquenio 2013-2017 (Gráfico N°2).

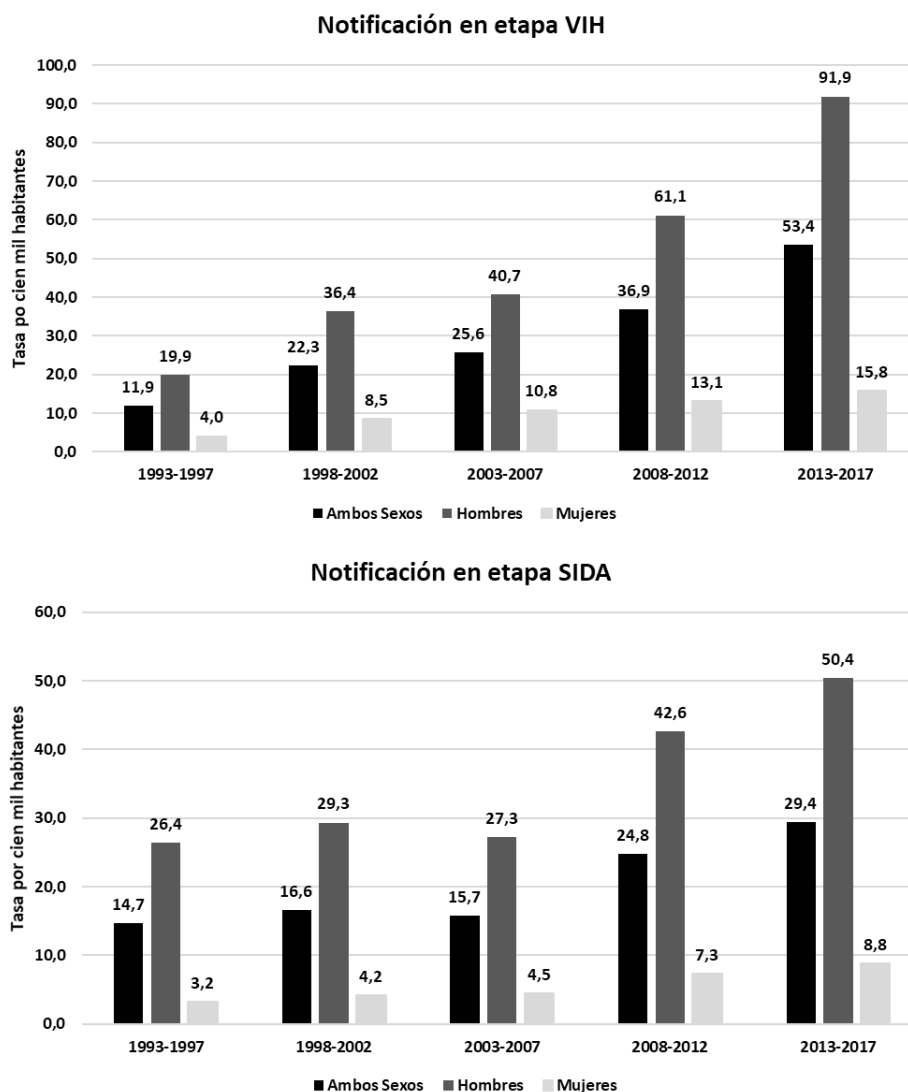
Gráfico N° 2 Tendencia Tasa quinquenal de notificación por VIH/SIDA en Chile. 1993-2017



Fuente: Elaboración propia en base al "Informe de Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017", MINSAL.

La desagregación por etapa diagnóstica y sexo muestra la misma tendencia al ascenso en todos los grupos (Gráfico N°3).

Gráfico N° 3 Tendencia Tasa quinquenal de notificación por VIH y SIDA en Chile, por sexo. 1993-2017



Fuente: Elaboración propia en base a Informe de ITS 2017, MINSAL.

En el año 2017, específicamente, la tasa de notificación por VIH llegó a 17,9 x 100 mil habitantes, con un 66% de los casos notificados en etapa VIH. El grupo poblacional con mayor tasa para este mismo año fue el de adultos entre 20 y 39 años, siendo el grupo de 25 a 29 años el que presentaba la tasa más alta con 50,6 por cien mil habitantes. Por su parte, el grupo de adolescentes de 15 a 19 años mostraba un aumento en la notificación de un 20% en relación con el año

2015, llegando a tasas por sobre los 9 casos por cien mil habitantes en los años 2016 y 2017 (Ministerio de Salud de Chile 2017).

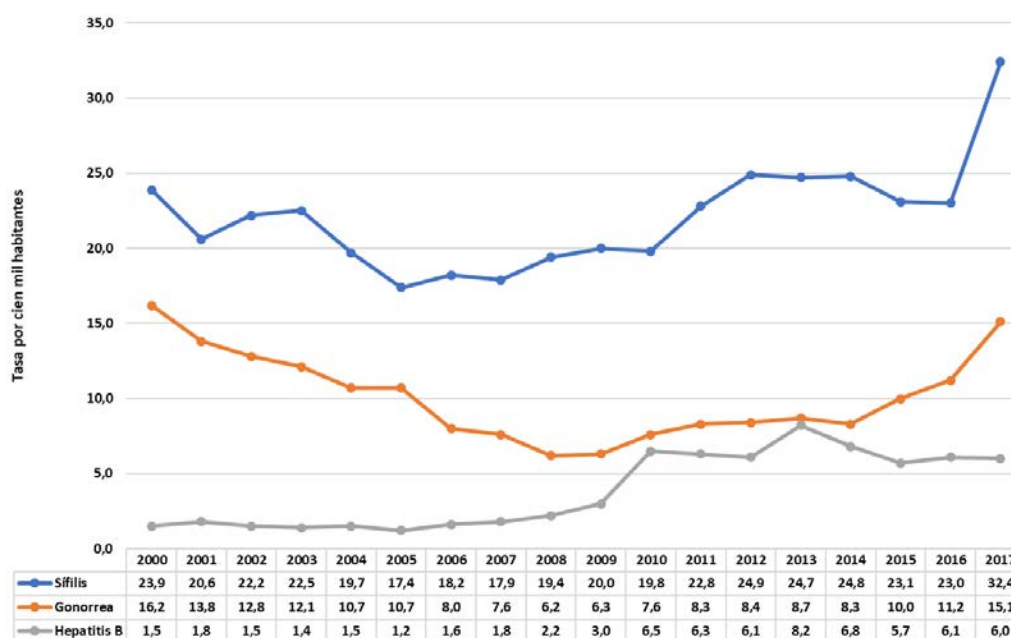
El año 2017, existió una relación de 5,9 hombres por cada mujer, observándose un aumento tanto en la tasa de hombres como de mujeres con respecto a los años anteriores. La principal vía de transmisión fue la sexual, representando un 99% en el quinquenio 2013- 2017 y la principal práctica de riesgo declarada, la relación sexual de hombres con otros hombres, concentrando el 66% de los casos en este mismo quinquenio. Las regiones con mayores tasas de notificación de VIH/sida en quinquenio 2011-2015 fueron las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá y la RM. Esta última, concentró en el mismo periodo aproximadamente la mitad de los nuevos casos notificados.

En el quinquenio 2013 - 2017 un 11,6% del total de casos notificados correspondió a personas extranjeras, siendo el 85% de sexo masculino. El año 2017 el porcentaje los extranjeros representaron el 19% del total de casos notificados.

Respecto de otras ITS (Ministerio de Salud de Chile 2017), la sífilis fue la infección (de notificación obligatoria universal) con mayor tasa de notificación, seguida de la infección por VIH, alcanzando una tasa de 32,4 por cien mil habitantes en el año 2017.

Tal como lo muestra el Gráfico N°4, en términos generales, sífilis y hepatitis B presentan una relativa estabilización de las tasas en el periodo 2014 y 2015, mientras que la gonorrea muestra un incremento, pasando de 8,3 casos por cien mil habitantes en 2014 a 15,1 por cien mil en 2017.

Gráfico N° 4. Tendencia Infecciones de Transmisión sexual de notificación obligatoria universal. Chile 2000 - 2017

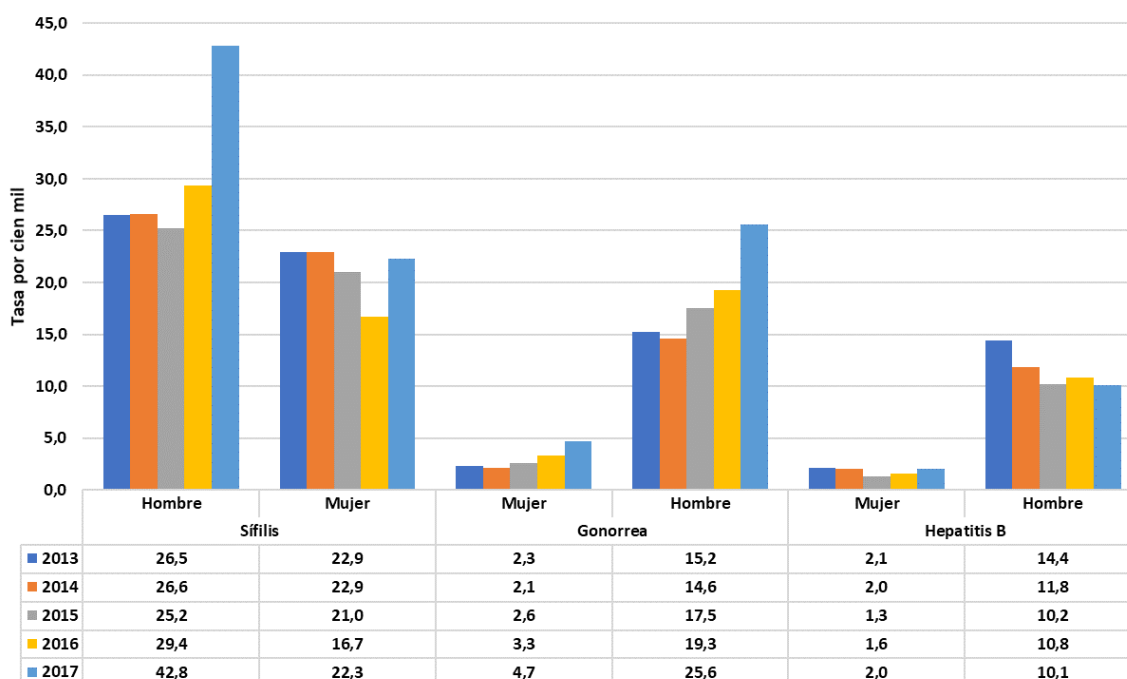


Fuente: Elaboración propia en base a datos Minsal - DEIS

En el año 2017, los casos de gonorrea se focalizaron en el grupo de 15 a 24 años con tasas de 45,0 por cien mil habitantes en el grupo de 15 a 19 años y de 63,0 por cien mil habitantes en el grupo de 20 a 24 años. El año 2017, la sífilis y el VIH presentaron un aumento de sus tasas en relación con el año 2016 (40,8% y 8,5% respectivamente).

Tal como lo muestra el Gráfico N°5, en las tres ITS mencionadas la tasa de hombres supera a la de mujeres, observándose un importante aumento en la tasa de sífilis y gonorrea en hombres en el año 2017. En mujeres, en tanto, también se observa un aumento en las tasas por estas dos patologías en el mismo año, aunque más moderada.

Gráfico N° 5. Tendencia Infecciones de Transmisión sexual de notificación obligatoria universal por sexo. Chile 2013 - 2017



Fuente: Elaboración propia en base a datos Minsal - DEIS

Según distribución geográfica las regiones de Arica, Tarapacá Antofagasta, Metropolitana, Valparaíso, Los Lagos y Aisén presentan los mayores riesgos para estas patologías.

1.5.2 Situación del VIH e ITS en las mujeres trabajadoras sexuales

Debido al mayor riesgo de exposición al VIH y otras ITS, así como la vulnerabilidad social en la que viven, las MTS han sido identificadas como un grupo de alto riesgo para la infección, siendo consideradas además "población de difícil acceso", lo que expresa la dificultad para conocer sus factores de riesgo para la adquisición de VIH y otras ITS (ONUSIDA 2005). Según datos internacionales, las MTS poseen una alta carga de infección por VIH e ITS (Pitpitan et al. 2013; Shannon et al. 2015) observándose una probabilidad 13,5

veces mayor de vivir con el VIH que otras mujeres (Baral et al. 2012) y prevalencias más altas entre mujeres que reportan haber usado drogas por vía parenteral (Platt et al. 2013). Según ONUSIDA, la mediana de prevalencia de VIH en las MTS varía en todo el mundo, de un 22 % en África oriental y meridional a menos del 7 % en otras regiones como América latina. En los últimos años las prevalencias más altas en este grupo de población se reportan en Paraguay (7%), Brasil (5,3%) y Honduras (5,3%) (ONUSIDA 2017). En Chile, para esta población se han reportado prevalencias de VIH que van desde un 0, 0% a un 1,1% (Barrientos J, Bozon M, Ortiz E 2007; Ministerio de Salud de Chile and ONUSIDA 2014; ONUSIDA 2017).

En el caso de las ITS se reportan altas prevalencias en MTS, particularmente de *Neisseria gonorrhoeae* y *Clamidia trachomatis*, en varias regiones del mundo (Folch et al. 2008; Mc Grath-Lone et al. 2014; Merrigan, M.B., Tafuma, T.A., Okui and et al. 2015; Platt et al. 2013).

Si bien en Chile la vigilancia del VIH es de carácter universal y obligatoria para todos los centros públicos y privados del país, solo se desarrolla vigilancia de primera generación, con lo cual no se realiza un análisis de los factores sociodemográficos, conductuales, epidemiológicos y estructurales relacionados al comportamiento de la epidemia en los distintos grupos de población, ni se vigila detenidamente a las poblaciones clave. Esto genera riesgo de no detectar epidemias emergentes como podría ocurrir en Chile con las MTS ante el aumento de la prevalencia en población general (OPS et al. 2009).

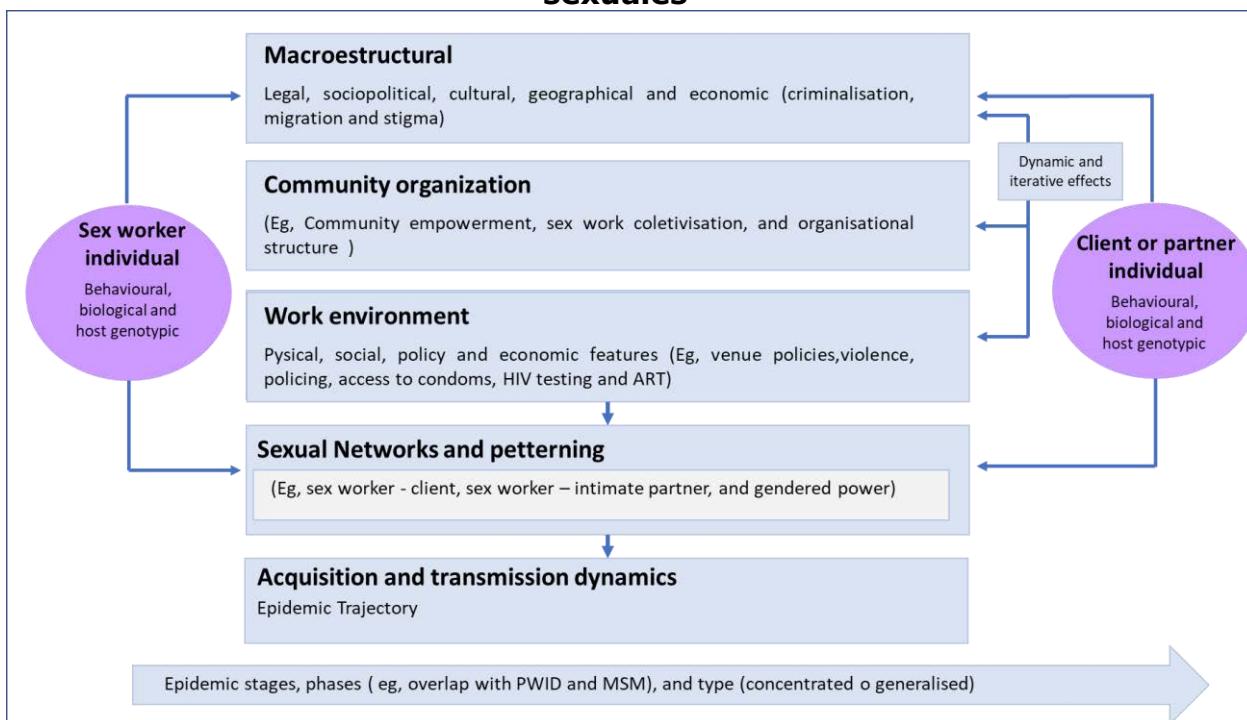
1.5.3 Vulnerabilidad y factores asociados al VIH/ITS en mujeres trabajadoras sexuales

Esta mayor vulnerabilidad frente al VIH/ITS se encuentra relacionada con factores de riesgo individuales y estructurales que se combinan para dar forma a contextos de riesgo específicos (Platt et al. 2013; Pitpitan et al. 2013; Shannon et al. 2015; Shannon K, Goldenberg SM, Deering K 2014), siendo posible observar riesgos diferentes para los diferentes perfiles de MTS (Allen et al. 2003; Harcourt and Donovan 2005; Kate and Shira M. Goldenberg 2014).

Dentro de los factores individuales encontramos aquellos de tipo biológico que son comunes a todas las mujeres, como poseer una mayor zona biológica de exposición al virus (vagina), alta carga viral del semen, coinfección con otras ITS, ITS asintomáticas, entre otros (Herrera and Campero 2002; Tallis 2005); y los de tipo conductual, que son más específicos para este grupo de población, como el uso inconsistente del condón, consumo de drogas, alto número de parejas sexuales, ser pareja de usuarios de drogas o de personas que viven VIH, entre otros (Hakre et al. 2013; Shannon et al. 2015; Platt et al. 2013; Szwarcwald et al. 2018). En Chile se ha reportado una frecuencia de uso de condón en MTS superior al 90% (Barrientos J, Bozon M, Ortiz E 2007; ONUSIDA 2017).

Por su parte dentro de los factores estructurales destacan la penalización del TS, pobre acceso a servicios y derechos sociales, ambiente laboral precario y violento, redes de apoyo o formas de organización precarias, entre otros (Pitpitan et al. 2013; Platt et al. 2013; Shannon et al. 2015). De acuerdo a Shannon et al. (2014), estos determinantes estructurales operan en distintos niveles (Figura 1), identificando al menos 3 que tienen gran impacto en el riesgo frente al VIH y las ITS de las MTS (Shannon et al. 2015).

Figura 1. Marco de determinantes estructurales del VIH en trabajadoras sexuales



Fuente: Shannon et al. (2015). Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants (Shannon et al. 2015)

a) *determinantes macroestructurales* como la política regulatoria del TS y otros factores del ámbito social, económico y de salud; movilidad y migración; estigma y normas culturales entre otros. Existe evidencia respecto de que la criminalización y persecución del TS aumentan la inseguridad económica y residencial de las MTS, haciéndolas vulnerables al tráfico sexual, violencia de género y con ello a la disminución del uso de medidas preventivas como el uso del condón. Así mismo, la condición migratoria afecta el acceso a servicios y material preventivo.

b) *entorno laboral* que corresponde al espacio donde convergen e interactúan las realidades locales y las políticas regulatorias del TS. Incluye las características y dinámicas físicas, sociales y económicas en la que esta actividad se desarrolla.

Las MTS ejercen su actividad en una variedad de entornos, determinados por los lugares en donde se ofrece el servicio, el mecanismo de difusión y oferta, el servicio entregado y sus condiciones, y el lugar donde se concreta el contacto sexual. Ello da origen a tipologías de TS que pueden ser estudiadas y descritas cuando se quiere analizar el nivel de riesgo que se enfrenta en relación a ciertas condiciones de salud como el VIH u otras ITS (Pitpitan et al. 2013). Sin embargo, en el estudio del VIH ha existido una tendencia a desarrollar una relación directa entre la tipología y nivel de riesgo sin profundizar en los elementos que la explican, obviando la presencia de factores relevantes en el desarrollo de la epidemia que deben ser abordados para el control de esta de manera sostenible, como son los niveles de violencia, criminalización, explotación, exposición a drogas, entre otros. Al respecto, la literatura indica que en espacios criminalizados es común encontrar violencia física y sexual hacia las MTS por parte de los distintos actores que allí operan (clientes, policía, proxenetas, dueños de local y antisociales que circundan) y que esta actúa sobre la disposición y/o factibilidad de uso del condón (Shannon et al. 2015). En el caso específico de los clientes, ello se hace posible a través del rechazo al uso del preservativo, pago extra por no uso del mismo y mal uso o rotura. En el caso de las policías, se lleva a cabo a través del allanamiento, desplazamiento, encarcelamiento y confiscación de condones que son obstáculos fundamentales para la prevención del VIH.

Intervenciones orientadas a abordar y superar estos condicionantes estructurales tendrían mayor efecto preventivo que aquellas orientadas a abordar los factores individuales.

c) *organización de la comunidad* que incluye la colectivización del TS y empoderamiento de las MTS. Existe evidencia de aumento del uso del preservativo y reducción de ITS a través del apoyo, involucramiento y liderazgo de las MTS en campañas de promoción. También se observa, como elementos positivos para la prevención del VIH y las ITS, la potenciación de la cohesión social entre las MTS y las alianzas estratégicas con actores de interés (Bekker et

al. 2015; Kerrigan et al. 2015). Sin embargo, estas estrategias no han sido implementadas a gran escala, enfrentando como barreras la falta de financiamiento, la penalización del TS y la discriminación de las MTS.

1.5.4 Prácticas sexuales y estrategias preventivas frente al VIH y otras ITS en mujeres trabajadoras sexuales.

En el ámbito del VIH y otras ITS en el grupo de MTS, la mayoría de los estudios han tenido como objetivo conocer y/o analizar las prácticas y/o comportamientos que determinan riesgo frente al VIH y otras ITS. En contraste, son pocas las investigaciones que describen aquellas prácticas que, de manera consciente o inconsciente, basadas en el conocimiento científico o popular, operan como estrategias preventivas frente a este grupo de infecciones. De acuerdo a la evidencia disponible, existe un primer grupo de acciones que han sido pensadas directamente como estrategias preventivas por las MTS, destacando el uso del condón y preocupación por la rotura del mismo, la selección de clientes de acuerdo a su aspecto o el de sus genitales, la realización de exámenes de detección del VIH y otras ITS y la asistencia a controles de salud sexual (Gayet et al. 2007; Allen et al. 2003; Tamene, Tessema, and Beyera 2015).

Un segundo grupo, corresponde a las estrategias que aun no siendo pensadas como elementos preventivos, contribuyen igualmente a ello, como son el sexo de fantasía y/o masturbación para evitar la penetración y, la baja práctica de relaciones sexuales anales (Allen et al. 2003; Gayet et al. 2007; Richter ML, Chersich M, Temmerman M 2013).

En tercer lugar, se reportan estrategias que han sido pensadas como actividades preventivas pero que se realizan en condiciones precarias que atentan contra su efectividad, aun cuando se han puesto en práctica como una manera de enfrentar las barreras de acceso a centros de salud sexual. Hacemos referencia a acciones para el diagnóstico y tratamiento de ITS que no suelen entregar los servicios más

adecuados y que presentan riesgos asociados a la automedicación (Davis et al. 2016).

Por último, encontramos la educación o información sobre aspectos relacionados a la prevención y detección de ITS y el acceso a servicios de atención en salud sexual que incluyen el chequeo diagnóstico. Ambos tópicos cuentan con bastante evidencia aunque con resultados variados (Phrasisombath et al. 2012; Jeal N, Salisbury C 2008; Ghimire L; Smith WC; van Teijlingen E 2011; Tamene, Tessema, and Beyera 2015).

II. JUSTIFICACIÓN

Si bien el TS en Chile ha tenido diversas expresiones dependiendo de los contextos históricos específicos en que se ha desarrollado, un elemento transversal ha sido el rechazo social del que ha sido objeto. Ello ha derivado en diferentes formas de sanción social y discriminación que lo han convertido en un espacio de acción que se ubica en los márgenes de la sociedad y que se desarrolla de manera clandestina.

Actualmente, en Chile el TS se ejerce en el contexto de un marco legal ambiguo donde, por un lado, no se sanciona penalmente su ejercicio si en este no intervienen menores de edad o existe trata de personas y, por otro, a través del código sanitario se prohíbe la existencia de prostíbulos cerrados o “casas de tolerancia”. No obstante la prohibición sanitaria existente, el sistema de salud cuenta con un reglamento que dispone las condiciones y características del CSS de las y los trabajadores sexuales. En lo específico, hasta el año 2005 se establecía la obligatoriedad del control sanitario para trabajadoras/es sexuales, pudiendo concretarse a través de acciones policiales. A partir del año 2007 se hace efectivo un cambio de normativa donde el control se vuelve voluntario. En el marco de estas y otras circunstancias, se produce un descenso en el número de trabajadores/as sexuales que asisten al CSS para realizarse el chequeo recomendado y, con ello, el desconocimiento por parte de la autoridad sanitaria de la cantidad de trabajadores/as sexuales activos/as, su estado de salud y los riesgos específicos a los que se enfrentan.

A partir del año 2010 Chile comienza a experimentar un importante proceso migratorio que se traduce en un crecimiento de más de un 100% de este grupo de población, alcanzado 784.685 personas al año 2017 (4,4% de la población nacional). De ellas, un 62% residen en la RM y un 52,3% son mujeres. De acuerdo con datos nacionales e internacionales, estas últimas suelen desempeñarse en trabajos informales, con menor protección social y laboral, menores salarios y peores condiciones laborales. Así mismo, poseen bajo

conocimiento de la institucionalidad pública y un bajo acceso a los sistemas de protección dependientes de su estatus migratorio. Si bien no existen cifras oficiales respecto del número de mujeres extranjeras dedicadas al trabajo sexual en Chile, el estudio bioconductual base del cual emerge esta tesis, reportó que aproximadamente un 30% de las MTS en la RM reclutadas eran extranjeras (Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J, Carvajal B, Folch C, Montoliu A 2016). La evidencia internacional muestra que producto de su condición de migrantes y muchas veces de ilegalidad, este grupo se enfrenta a mayor desprotección frente a la violencia policial y de los clientes, así como menor acceso a los servicios de salud.

La salud sexual y reproductiva, es uno de los ámbitos en donde las MTS se ven más afectadas, tanto por su condición de mujeres como por la actividad que ejercen. Dado que la salud de las personas no está determinada solamente por aspectos biológicos, sino fundamentalmente por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja, las mujeres que ejercen el comercio sexual se ven enfrentadas a mayores riesgos y vulneraciones que el común de las mujeres, pues deben lidiar con alta exposición a situaciones de violencia y abuso, marginación social y afectiva, adicciones, estigmatización social y discriminación, entre otras, que impactan sobre su salud física y mental (Metges del Món 2008). Estos aspectos no han sido considerados por la política nacional en salud, pues en ella ha predominado un interés casi exclusivo por el tratamiento de las ITS y no se han incorporado acciones sobre el entorno social (Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010).

Si bien en Chile los datos de la vigilancia de primera generación o de estudios específicos de prevalencia no identifican a las MTS como una población con alta prevalencia de VIH y otras ITS, existen variadas e importantes razones por las que resulta necesario indagar tanto en la prevalencia de estas patologías, como en las prácticas y creencias vinculadas con la salud sexual de las MTS. En primer lugar, porque pese a no existir evidencia alguna de ser una población afectada por el VIH y las ITS, la opinión pública y el sistema sanitario no especializado las

sigue sindicando como agentes de transmisión a la población general con el consiguiente estigma y discriminación, muy asociado a la violencia con la que esta actividad atenta contra los estereotipos de género tradicionales. Contar con un resultado claro de su situación epidemiológica aportaría a la reivindicación de las MTS. En segundo lugar, tal como se ha señalado anteriormente y de acuerdo con la evidencia disponible, por el tipo de actividad y los contextos en los que esta se realiza, las MTS se encuentran susceptibles de contraer el VIH y las ITS, lo que genera el deber de monitorizar su situación haciendo especial énfasis en los factores que les hacen vulnerables y aumentan su riesgo de infección. Por último, las bajas cifras de MTS que asisten al CSS hacen evidente la necesidad de contar con información actualizada sobre los contextos en que se desenvuelven con el fin de generar estrategias orientadas a la prevención.

En el marco de un estudio bioconductual con poblaciones de difícil acceso en la RM de Chile, el propósito de este estudio fue, caracterizar los espacios y contextos donde se desarrolla el comercio sexual femenino en la región más poblada del país; describir las estrategias de información y prevención desplegadas por ellas en este mismo ámbito; y detectar las barreras y facilitadores que intervienen en el acceso a servicios de salud sexual. Finalmente, explorar la relación de estos elementos con su salud sexual.

III.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Explorar y caracterizar los contextos laborales, epidemiológicos y socioculturales en que se desarrolla el TS femenino en la RM de Chile y la relación con su salud sexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir el contexto histórico, las tipologías y la dinámica de trabajo de los lugares dedicados al TS femenino en la RM.
2. Describir y comparar las características sociodemográficas, conductuales y epidemiológicas de MTS que ejercen en la RM con y sin acceso al CSS.
3. Explorar, desde la perspectiva de las MTS y la sociedad civil, los mecanismos de información y estrategias de prevención vinculadas a la salud sexual, utilizadas por las MTS en la RM.
4. Identificar, desde la perspectiva de las MTS y la sociedad civil, las barreras y facilitadores que intervienen en el acceso a servicios de salud sexual para las MTS en la RM.

IV. MÉTODOS

IV.1 Contexto del Estudio

En el año 2015, se realizó el Proyecto VIBIMOS- FONDECYT orientado a implementar vigilancia de segunda generación en Chile con foco en población de HSH y MTS. El estudio que da origen a esta tesis fue de corte transversal y, en lo que respecta a MTS, se realizó con mujeres residentes en la RM de Chile, teniendo como objetivos determinar la prevalencia de VIH y los aspectos vinculados a su transmisión, en MTS chilenas y extranjeras del territorio. Los criterios de inclusión fueron tener 18 o más años y haber mantenido relaciones sexuales penetrativas con hombres a cambio de dinero durante los últimos doce meses.

Para determinar la prevalencia de VIH en MTS se utilizó un diseño metodológico adecuado para el estudio de poblaciones de difícil acceso, basado en los lugares donde la población se reúne, denominado Time Location Sampling (TLS).

El muestreo denominado TLS, o "muestreo de localización", se fundamenta en la construcción del universo a través de todos los lugares en donde la población se concentra, mediante un mapeo previo. Es un método de muestreo utilizado para trabajar con poblaciones de difícil acceso, que parte de la identificación de lugares (V), días (D) y franjas horarias (T) (VDTs) en que la población de interés se reúne. Teóricamente a través de este mapeo se garantiza la aleatoriedad, es decir, que todos los miembros de la comunidad tengan la misma probabilidad de ser seleccionados. Luego de construido el universo, se construye un marco muestral en donde la unidad de muestreo es un "sitio y horario específico" según una tipología previamente consensuada. El TLS se aproxima al método de muestreo probabilístico seleccionando al azar los lugares como "proxies" para la selección aleatoria de los miembros de la población. El método permite hacer

inferencias acerca de la población que asiste a los sitios específicos, se aproxima al muestreo aleatorio por conglomerados, donde todos los asistentes al cluster tienen la misma oportunidad de inclusión. Así, se estimó el marco muestral mediante un mapeo exhaustivo de los sitios donde se reúne la población de las MTS en la RM, luego se eligió una muestra aleatoria de los VDTs en cada lugar identificado e incluido en el estudio; finalmente se realizó una selección aleatoria de las MTS en cada uno de los sitios.

A través de un proceso inicial denominado *formative research* propio del método TLS, que utiliza métodos cuantitativos y cualitativos, se identificaron los diversos tipos de lugares (tipología) donde se ejerce el TS, respondiendo así al objetivo 1 de esta tesis.

Posterior a ello, se elaboró un listado exhaustivo de los puntos de encuentro para cada tipología, con excepción de casas de masaje y departamentos privados por no contar con informantes claves que nos permitieran acceder a ellos. Esta información, sumada a la identificación de días y horarios de funcionamiento de los lugares, disponibilidad de espacios para la ejecución del estudio, posibilidades de acceso (autorización), y número de MTS por turno, permitió establecer el marco muestral. La muestra fue calculada considerando un N estimado de 3.000 MTS en la RM.

Los métodos de recolección de información fueron una prueba rápida para determinar prevalencia de VIH (Ora *Quick® ADVANCE Rapid HIV 1/2 Antibody Test*) y un cuestionario conductual, aplicados en los lugares de TS incluidos en el marco muestral. Este último correspondió a un instrumento para la vigilancia de segunda generación del VIH en MTS de la RM, validado dentro del marco del proyecto base (Carvajal et al. 2017) y contenía variables conductuales, sociodemográficas y clínico- epidemiológicas (Anexo 1) . Las visitas a los distintos lugares permitieron el desarrollo del método etnográfico que mediante la observación participante y no participante, generó gran cantidad de información respecto de la dinámica de cada lugar, aportando al objetivo 1 de esta tesis. En

tanto los resultados de la aplicación del cuestionario, permitieron responder el objetivo 2.

Debido a que los resultados del estudio mostraron una prevalencia de 0% en VIH, un bajo acceso a CSS (37,8% a servicios especializados para MTS) y alta vulnerabilidad social en este grupo de población, se consideró necesario explorar en mayor profundidad dos aspectos: a) las trayectorias de uso de servicios de atención en salud sexual en MTS en la RM, así como los obstaculizadores y facilitadores para el acceso; y b) las razones relacionadas con las MTS que explican la baja prevalencia de VIH y otras ITS en el escenario encontrado. Esta exploración fue de carácter cualitativo y permitió responder a los objetivos 3 y 4 de la tesis.

IV.2 Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, junto con la hoja de información a las participantes y los respectivos consentimientos informados (Acta de aprobación N°. 175-2014).

IV.3 Métodos por objetivo.

IV.3.1 Objetivo Específico 1

- **Describir el contexto histórico, las tipologías y la dinámica de trabajo de los lugares dedicados al comercio sexual femenino en RM.**

IV.3.1.1 Tipo de estudio:

Mixto, componente cuali y cuantitativo.

IV.3.1.2 Población de estudio y descripción de la muestra

a) *Población:* MTS mayores de 18 años

b) *Unidad de análisis:*

- Lugares donde se desarrolla el comercio sexual femenino en la RM (observación)
- Documentos o sitios que contengan información sobre ubicación y/o características de los lugares donde se desarrolla el comercio sexual femenino en la RM (análisis de datos secundarios).
- Informantes claves.

c) *Características de la muestra:*

- Lugares donde se desarrolla el comercio sexual femenino en la RM, excepto departamentos privados (observación).
- Estudios anteriores sobre el tema, páginas de internet y foros web de clientes que ofrecen, promocionan y/o comentan servicios relacionados con el comercio sexual femenino y que contengan información sobre ubicación

y/o características de los lugares donde se desarrolla el comercio sexual femenino en la RM (análisis de datos secundarios).

- Informantes claves que conozcan la ubicación y/o características de los lugares donde se desarrolla el comercio sexual femenino en la RM (entrevistas). Se consideran personas vinculadas al mundo del TS como organizaciones de MTS, policías, fiscalizadores municipales, personal de salud que presta atención sanitaria a este grupo de población y; expertos que han estudiado y/o han realizado intervenciones en el mundo del TS de mujeres.

d) *Método de muestreo*: Muestreo no probabilístico, de expertos.

e) *Tamaño de la muestra*: Se entrevistó a 6 informantes claves (dos miembros organización de MTS de la RM, un fiscalizador municipal, un oficial de policía, una matrona de un centro de Atención en Salud Sexual de la RM y un investigador de campo) y 8 expertos (tres miembros de una organización de MTS y cinco representantes de organizaciones no gubernamentales que trabajan el tema). También se revisaron 5 páginas web de promoción de lugares de comercio sexual femenino y 2 foros de clientes. Por último, se accedió a 68 lugares de TS femenino.

IV.3.1.3 Instrumentos de recolección de la información

La caracterización de las tipologías de TS femenino en la RM consideró 2 etapas: 1) identificación y descripción de los diversos tipos de lugares donde se ejerce el TS; 2) mapeo de los lugares de TS dentro de cada tipología y descripción de dinámicas de funcionamiento.

Para la implementación de ambas etapas se consideró la revisión de datos secundarios y la utilización de fuentes primarias. Los datos secundarios utilizados fueron estudios anteriores, páginas de internet y foros de clientes que promocionan y comentan servicios de este tipo. Las fuentes primarias, en tanto,

correspondieron a entrevistas semiestructuradas con informantes claves y un grupo focal con expertos. Las dimensiones utilizadas en ambas técnicas fueron la tipología de lugares de TS existentes, ubicación de lugares por tipología, dinámica de funcionamiento, infraestructura y equipamiento, características TS por tipología y contextos laborales por tipología.

El mapeo incluyó la verificación de la ubicación y funcionamiento de los de diversos lugares de TS (73 lugares), además de trabajo etnográfico en los lugares a los que fue posible acceder (68). Se elaboró una planilla de registro de información que incluyó una serie de variables de interés para el trabajo de campo, entre ellas: sector/comuna, promedio del número de MTS por día de la semana, porcentaje aproximado de MTS extranjeras en el lugar, horas de funcionamiento, autorización para el ingreso, logística para el trabajo de campo, entre otras. Esta información fue recolectada por integrantes del equipo de investigación en conjunto con Fundación Margen, agrupación de MTS con foco en el apoyo y promoción de la mujer. El proceso etnográfico, como técnica de observación intensa de escenarios relevantes, comprendió la observación de las dinámicas de funcionamiento de los lugares permitiendo describir de manera más exhaustiva el fenómeno de interés.

IV.3.1.4 Análisis de los datos

Los datos cualitativos surgidos de las entrevistas a informantes claves y de fuentes secundarias fueron analizados mediante análisis narrativo de contenido. La pauta de temas para el análisis fue construida a partir de las dimensiones y categorías utilizadas en las entrevistas y grupo focal y complementada con los temas emergentes. Se utilizó el Programa Atlas Ti para su análisis. Los datos cuantitativos, en tanto, fueron abordados a través de estadística descriptiva básica.

IV.3.2 Objetivo Específico 2

- **Describir y comparar las características sociodemográficas, conductuales y epidemiológicas de MTS que ejercen en la RM con y sin acceso al CSS.**

IV.3.2.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, de corte transversal, con método TLS.

IV.3.2.2 Población de Estudio y tamaño muestral

La *población de estudio* fueron las MTS mayores de 18 años residentes en la RM en el año 2015. Los criterios de inclusión fueron; ser mujer trabajadora sexual, mayor de 18 años, residente en la RM en el año 2015, que hubiese mantenido relaciones sexuales penetrativas con hombres a cambio de dinero durante los últimos doce meses. Considerando un tamaño poblacional de 3.000 MTS en la estimado durante la fase de *formative research*, con un porcentaje esperado de abandonos de 8,0%, un nivel de confianza 95%, una precisión de +/- 1,2 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional de VIH alrededor del 1% y un efecto del diseño de 1,5, el *tamaño muestral* necesario para conseguir un mínimo de 368 MTS fue de 400 MTS.

IV.3.2.3 Instrumentos de recolección de la información

Previo al trabajo de campo se validó un cuestionario conductual anónimo para la vigilancia de segunda generación del VIH en MTS de la RM (Carvajal B, Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J 2017). El cuestionario validado contenía variables conductuales que incluían preguntas relacionadas con clientes, parejas estables y ocasionales, considerando conducta de vida, último año y últimos 6 meses (consumo de drogas, TS, prácticas sexuales, etc.), sociodemográficas (edad, país de origen, nivel educacional, etc.), clínico-epidemiológicas (ITS, acceso a los

servicios de salud, servicios sociales entre otras) y de conocimientos (lugar donde realizarse el examen, vías de transmisión VIH, mecanismos de reconocimiento estado de salud clientes). El lugar de aplicación del cuestionario fueron los lugares de TS incluidos en el marco muestral, esto es, locales cerrados (toples/night club y cabaret; hotel; casa de tolerancia, hotel, café con piernas) y calle y carretera. Se capacitó adecuadamente al personal de campo en sesiones formativas y se elaboró un manual del entrevistador.

El acceso al CSS fue medido a través de la frecuencia de acceso, categorizada en nunca, 1 vez al año, entre 2 y 3 veces al año y más de tres veces al año. Con fines analíticos, esta variable se recodificó en nunca (sin control) y uso alguna vez en la vida (con control).

IV.3.2.4 Análisis de los datos

Las variables cualitativas se describieron utilizando porcentajes y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), y las variables cuantitativas se describieron utilizando la mediana y el rango intercuartílico. Las diferencias en la distribución de mujeres con y sin CSS se compararon mediante la prueba de la χ^2 de Pearson, y cuando las frecuencias esperadas eran menores de 5, se aplicó la prueba exacta de Fisher. Para la comparación de variables cuantitativas se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. En el análisis de factores asociados a la no realización de CSS se utilizaron modelos de regresión logística univariados y multivariados. Se calcularon las odds ratio (OR) y sus IC95%. Los posibles factores de confusión y variables con un OR significativo no ajustado en el nivel 0,10 fueron incluidos en el modelo inicial multivariado. El mejor modelo multivariado fue obtenido comparando la razón de verosimilitud de los modelos. En el análisis de los datos se tuvo en cuenta el diseño muestral multietápico, considerando las siguientes etapas: 1) estratificación por el mes de muestreo; 2) muestreo de los lugares, dando lugar a conglomerados y; 3) selección de las VDTs. Finalmente, no se realizó selección de las MTS, sino que se entrevistó al total de mujeres presentes al momento de la visita.

IV.3.3 Objetivos Específicos 3 Y 4

- **Explorar, desde la perspectiva de las MTS y la sociedad civil, los mecanismos de información y estrategias de prevención vinculadas a la salud sexual, utilizadas por las MTS en la RM.**
- **Identificar, desde la perspectiva de las MTS y la sociedad civil, las barreras y facilitadores que intervienen en el acceso a servicios de salud sexual para las MTS en la RM.**

IV.3.1 .1 Tipo de estudio

Cualitativo.

IV.3.1.2 Población de estudio y descripción de la muestra

La *población de estudio* fueron las MTS mayores de 18 años residentes en la RM en el año 2015. Las *unidades de análisis* fueron MTS mayores de 18 años residentes en la RM en el año 2015 que hubiesen mantenido relaciones sexuales penetrativas con hombres a cambio de dinero durante los últimos doce meses; y representantes de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales (ONG) vinculadas al mundo del trabajo sexual femenino. El *tamaño de la muestra* fue de 18 MTS definido de acuerdo con el criterio de saturación de la información y de 7 miembros de sociedad civil organizada y ONG´s. La muestra de MTS fue no probabilística, por cuotas y fue seleccionada utilizando el criterio de heterogeneidad de los casos a fin de conocer las perspectivas de diversos perfiles de MTS y a través de ello la complejidad del fenómeno estudiado y la existencia de diferencias en sus percepciones y experiencias. Los criterios de selección de cada perfil fueron edad, horario de trabajo (diurno, nocturno), lugar de trabajo (calle, night club o departamento entre otros), asistencia a CSS especializado y país de nacimiento. La muestra de representantes de organizaciones fue no probabilística por conveniencia.

IV.3.1.3 Instrumentos de recolección de la información

Las MTS entrevistadas fueron reclutadas a través de una organización de MTS que realizó el contacto. El nivel y tiempo de vinculación de las MTS participantes con esta organización fue variable, pasando de años de vínculo cercano a un vínculo reciente y más precario. Se utilizó una pauta de entrevista que incluyó 9 dimensiones: características sociodemográficas, trayectoria en el TS, trayectoria en CSS, prácticas sexuales, información en salud sexual y reproductiva, estrategias de prevención frente al VIH y las ITS con clientes y parejas sexuales, motivaciones asociadas a la prevención, y características del acceso a servicios de salud sexual.

Para conocer la opinión de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones no gubernamentales vinculadas al tema, se realizó un grupo focal con representantes que desarrollaban actividades educativas y/o de atención clínica con MTS. La pauta de temas del grupo focal incluyó como dimensiones las prácticas sexuales con parejas y clientes, información en salud sexual, estrategias de prevención frente al VIH y las ITS con clientes y parejas sexuales, y características del acceso a servicios de salud sexual.

IV.3.1.4 Análisis de los datos

Los datos cualitativos surgidos de las entrevistas a informantes claves y del grupo focal con miembros de organizaciones que desarrollaban acciones con MTS fueron analizados mediante análisis narrativo de contenido, incluyendo la comparación entre mujeres extranjeras y chilenas, de distinto rango de edad, que trabajan en espacios cerrados o abiertos y que trabajan de día o de noche. La pauta de temas para el análisis fue construida a partir de las dimensiones y categorías utilizadas en las entrevistas y grupo focal y complementada con los temas emergentes. Se utilizó el Programa Atlas Ti para su análisis.

V. RESULTADOS

Objetivo 1

Contexto histórico, tipologías y dinámica de trabajo de los lugares dedicados al comercio sexual femenino en RM.

Abstract

In Chile, sex work takes place covertly in a variety of venues and locations. Formative research using time-location sampling methods is important in order to understand the nature of this diversity. This study used qualitative methods to develop a typology of female sex work in the Metropolitan Region of Santiago, Chile, using semistructured interviews, focus groups and ethnographic fieldwork during visits to sex work venues. The study identified seven types of venue, which reflect the context and regulatory framework of the country and the structural vulnerabilities that affect female sex workers in Chile. These venues and locations include: *cafés con piernas* (coffee with legs); nightclubs, topless bars and cabarets; brothels; hotels; street and highway soliciting; massage parlours; and private residences. Formative research methods were helpful in identifying and characterising the venues and locations in which sex work occurred. Barriers to accessing and mapping specific locations were also identified. Recommendations for addressing these barriers include working with non-governmental organisations to map venues and initiate contact with the populations of interest. A comprehensive typology of sex work in the Metropolitan Region of Santiago, Chile, is an essential element for future time-location sampling and bio behavioural research in the context of second-generation surveillance for HIV and sexually transmitted infections in Chile.

Introduction

Epidemiological surveillance of HIV in Chile has traditionally focused on identifying newly diagnosed cases to measure the extent of the epidemic within a given population. Second generation surveillance, on the other hand, seeks to estimate rates of undiagnosed infection and identifies behavioural and structural factors underlying local transmission of HIV and other STIs (ONUSIDA 2005). A key goal of second-generation surveillance is to support the design and evaluation of prevention initiatives by providing relevant data. Bio-behavioural second-generation surveillance techniques include repeat cross-sectional surveys of behaviours associated with HIV/STI transmission in vulnerable populations. Survey results can be used to determine the prevalence of these behaviours (ONUSIDA 2005) and identify associated sociodemographic and clinical-epidemiological factors (Folch et al. 2010).

Bio-behavioural studies in the context of second-generation surveillance for HIV and other STIs require particular methodologies to access specific segments of the population. Because these studies are typically performed on hard-to-reach populations, there exists no *a priori* sampling framework from which to extract a representative sample (Johnston, Sabin, and Prybylski 2010; Magnani et al. 2005). In Chile, data from first-generation surveillance or specific prevalence studies do not identify sex workers as a population with a high prevalence of HIV and STIs (Barrientos et al. 2007). However, there are several important reasons why it is necessary to investigate both the prevalence of these conditions as well as practices and beliefs related to the sexual and reproductive health of female sex workers. Firstly, and despite the fact that there is no evidence to suggest sex workers are a population that is particularly affected by HIV and STIs, public opinion and the general health system continue to identify sex workers as agents of transmission to the general population, with resulting stigmatisation, discrimination and violence (Hakre et al. 2013; Merrigan et al. 2015; Platt et al. 2013). Secondly, the low numbers of female sex workers attending for sexual

health check-ups underlines the importance of having up-to-date information regarding the contexts in which women work in order to generate strategies aimed at prevention.

Time-location sampling

One strategy for working with hard-to-reach populations is time-location sampling, a probabilistic method used to recruit members of a target population at specific venues (V), days (D) and times (T) (VDT units) where the population of interest typically gathers (Karon and Wejnert 2012; Semaan 2010). Once these units have been identified, the specific VDT and the individuals to be studied are randomly selected (Miller et al. 2013). To study populations such as female sex workers, we must first identify the times and locations in which sex work takes place, as well as the number and type of persons present in these settings. With this goal in mind, a process known as formative research may be used to gather and analyse information of interest. The formative research associated with the time-location sampling method involves a variety of forms of data collection (including focus groups, in-depth interviews and reviews of primary and secondary data) that help define the population and determine means of access (Karon and Wejnert 2012).

Time-location sampling has been applied in many contexts internationally, including in Latin America (Gayet et al. 2007; Gios et al. 2016; Hakre et al. 2013; Miller et al. 2013). However, no local or international study has provided a detailed report of the techniques to map and describe the gathering places for these specific populations.

Sex work in Chile

Sex work, understood as the provision of sexual favours in exchange for economic reward (Giddens 2000), takes various forms. As in most countries, the nature of sex work in Chile has been influenced by social, economic and cultural

factors as well as by government policies and legislation affecting sex work (Gálvez 2014; Salazar and Pinto 2010). The relationships between these factors have been influential in determining the range of sex work venues that presently exists.

The first reports of sex work in Chile date from the late XVIII century and one of the first locations in which sexual exchange was documented were the so-called *chinganas* – establishments in which single women typically provided food, drink and companionship to travelling workers (Salazar 2011; Salazar and Pinto 2010). Sex work later expanded into new venues such as *café chinos* (Chinese cafes) (Peralta 2015) and *burdeles* (brothels). This new landscape, together with poor health conditions and limited advance in the prevention and treatment of sexually transmitted diseases, increased the rate of syphilis in the country, forcing authorities to take steps to regulate and control the sex trade (Gálvez 2014). The result was that in 1896, regulations were introduced to reduce the incidence of venereal diseases in addition to other *males sociales* (social evils).

The later Health Code of 1925 banned all forms of prostitution and established fines for all those who encouraged and practised sex work (Salazar 2011; Salazar and Pinto 2010). Government health service were charged with implementing the municipal regulations of 1929 that demanded that so-called ‘cabaret dancers’ must possess sanitary certification (Gálvez 2014; Salazar 2011). The new Sanitary Code of 1931 prohibited prostitution in closed spaces (including in *casas de tolerancia* [houses of tolerance] and *burdeles*, but continued to allow independent forms of sex trade (Ministerio de Bienestar Social de Chile 1931). Despite the actions taken, however, these regulations had little effect in arresting syphilis and did not bring an end to sex trade venues (Gálvez 2014).

Between 1930 and 1973, rapid industrialisation, modernisation and the growth of the middle class took place in Chile (Salazar and Pinto 2010). In the 1940s and 1950s, there was a growth of *espectáculos revisteriles*, a type of music hall performance in *boites* (nightclubs) and nightclubs. These new venues coexisted

with cafes, diners and motels (Salazar 2011; Salazar and Pinto 2010). In 1941, the Ministry of Health introduced mandatory health checkups for women cabaret workers and the dancers. (Gálvez 2014). In the 1960s, traditional brothels began slowly to disappear (Salazar 2011; Salazar and Pinto 2010), their workers being replaced by younger, more refined and expensive women working as *vedettes* (performers), *copetineras* (waitress) and companions (Salazar and Pinto 2010). In 1968, a new Sanitary Code was introduced (Ministerio de Salud Pública de Chile 1968), which recognized the existence of the sex trade but prohibited female sex workers from congregating in enclosed areas.

The appearance of new types of sex work was accelerated by the military dictatorship (1973–1989), which brought nightlife to an end (Salazar and Pinto 2010), and by the publication of a new set of health regulations in 1983 (Ministerio de Salud de Chile 1983), which prohibited the operation of brothels and other establishments used for sex work.

The emergence of the first HIV cases in the 1980s increased the persecution of female sex workers. According to reports from the leaders of sex work organisations,¹ HIV served as a pretext for raiding and portraying female sex workers as responsible for the epidemic.

In 2005, Supreme Decree No. 206 repealed the earlier 1983 Decree, not establishing any explicit penalty for participation in the sex trade and providing free sexual health services for sex workers, subject to registration for sanitary and statistical purposes.

Currently, there exist two legal codes in Chile applicable to sex work: the Criminal Code of 1874 and the Sanitary Code of 1968. While the first of these does not prohibit the sex trade, except in the case of minors or for those involved in human trafficking, the Health Code prohibits in Article 41 sex work in *casas de tolerancia*. In line with this, sex work can be conducted independently so long as it does not affect public order and is in accordance with the ordinances

established by the authorities. According to the above, it might be considered that in Chile the abolitionist model has prevailed, because the Criminal Code has never prohibited sex work explicitly except in the aforementioned cases (Sáez and Aravena 2008), while the Sanitary Code (Ministerio de Bienestar Social de Chile 1931; Ministerio de Higiene de Chile 1925; Ministerio de Salud Pública de Chile 1968) has imposed regulations on sex work designed to prevent the spread of STIs (Gálvez 2014).

According to Ministry of Health statistics from sex workers who attend voluntary sexual health control (Ministerio de Salud de Chile 2015), the Metropolitan Region of Santiago, Chile, currently has about 2000 registered female sex workers. The population of registered female sex workers peaked at 3347 in the year 2006 and then dropped dramatically to 426 in 2014. Studies in the Metropolitan Region between 1997 and 2007 (Lastra 1997; Montecinos, Matus y Donoso 1999; Muñoz, Zamorano, and Alvarado 2007) suggest that sex work nowadays typically takes place at nightclubs or cabarets, topless bars and *cafés con piernas*, brothels, saunas, private residences and agencies and via soliciting either on the street or along the highway in urban areas and in areas on the periphery of the city.

Given that 10 years have passed since the last study characterising the nature of female sex workers in the Metropolitan Region, an updated typology of sex work is needed to reflect Chile's current social and cultural reality. The data from this is crucial for any bio-behavioural study of female sex workers that relies on time-location sampling. The objectives of the present study, therefore, were to identify, describe and map women's sex work venues in the Metropolitan Region of Santiago.

Materials and methods

The study consisted of two parts: the first to identify and describe the different venues and locations in which sex work takes place; and the second to map the different venues in which female sex work occurs. Primary and secondary data were drawn upon in each stage. Primary data sources were six semi-structured interviews with key informants (two members of sex worker organisations in the Metropolitan Region, one municipal authority representative, one police officer, one healthcare worker and one researcher currently working in the field) and one focus group with eight experts (three from sex worker organisations and five from non-governmental organisations working with members of this population). Secondary data sources included relevant previous studies along with information from five online websites and two online client forums that promote or comment on sex services and that include online advertisements and chat rooms.

During the mapping stage of the study, the location and operational details of the various sex work venues were verified and an ethnographic assessment of each was carried out. A spreadsheet was created to record variables of interest, including neighbourhoods and districts, the average number of sex workers present by day of the week, the approximate percentage of non-Chilean female sex workers present, hours of work, type authorization required for access, and logistical details relevant to future field work. This information was gathered in collaboration with *Fundación Margen*, an organisation that works closely with female sex workers to promote women's rights and wellbeing. The ethnographic process involved detailed observation of relevant contexts to assess the social dynamics present within sex work venues.

Secondary and qualitative data from interviews with key informants were evaluated using content analysis. The project was approved by the Ethics Committee of the University of Chile's School of Medicine.

Findings

Information sources pointed to the presence of different types of sex work venue within the Metropolitan Region, including nightclubs, cabarets and topless bars; *café con piernas*; brothels; hotels and motels; private residences; massage parlours; soliciting and highway pick-up zones; and saunas. The data were reviewed to determine similarities and differences between venues to develop a theoretical classification comprising seven main types of venue. There was sufficient information to describe each of these seven types, although only five types could later be mapped due to impediments in access to massage parlours or difficulties in locating venues in the case of private residences.

While sex work occurs in different locations, the activity is concentrated in neighbourhoods that have a reputation for housing sex work venues. In terms of operational dynamics, we gathered information on the historical aspects of the venues, hours of operation, the number of workers typically present, the services offered and other characteristics. Data about the characteristics of the female sex workers by typology was collected by interviewers and included age, education, country of origin and the legal status of non-Chilean female sex workers. In terms of the work environment, information was collected on security, alcohol and drug consumption, police presence and activity, available amenities (bathrooms, changing rooms, meals, etc.) and contracts of employment.

The study identified a total of 77 active sex work venues. Research staff were able to access 68 of these venues for an introductory visit; the remaining 9 were closed when researchers attempted to call. After the introductory visit, an invitation was extended to participate in a baseline bio-behavioural study. In all, 54 venues were included in the sampling framework.

The remaining venues were excluded, either because workers refused to participate, because the venue was closed during the research staff's follow-up

visit, or because there were no female sex workers present during the follow-up visit. The typology of venues is detailed below.

Café con piernas

This type of venue is unique to Chile. The facilities operate mainly as shops in which coffee is served by women wearing revealing clothing. The venues tend to be unmaintained and neglected, very small, with tinted-glass windows and loud music. They may be managed by an owner, manager or a group of female sex workers. Typically, there are four to eight women present per shift, aged 18 to 35 years old, and including Chilean and foreign girls. The standard services are the serving of non-alcoholic beverages and erotic lap dances. Other services such as physical contact with the women or sexual favours may be provided in a private room on-site or at another off-site location.

It depends ... sexual contacts can be performed right there in the café in some place, which can be armchair or a bathroom ... but it's difficult ... they are very small ... other times they go to other places that are close by and are unoccupied ... that's where sexual contact is made ... and well ... they can also meet up later. (FSW 01)

This kind of establishment tends to be open all day, with workers serving in different shifts. However, hours and days of attendance depend on when the workers choose to arrive. In general, there is no formal contract of employment and venues do not possess condom dispensers or provide sexual health information. There is aggressive security present, which serves mainly to protect the venue from frequent visits by inspectors or the police, who may issue fines or arrest managers for sex trafficking or related illegal activities such as human trafficking, drug trafficking or the employment of illegal immigrants. Because just a few owners operate most of these establishments in the Metropolitan Region, when one venue is shut down another café with the same name often opens at another location. Our study mapped 24 *cafés con piernas* venues, of which 22 were included in the sampling framework.

Nightclubs, topless bars and cabarets

These venues tend to be larger and possess an alcohol licence as well as the infrastructure for dance shows (a stage, bars, tables and seats for viewers). The three terms are often used indistinguishably, although some informants suggested that the names may be associated with different opening hours (topless bars are sometimes open during the day as well as at night), different levels of sophistication in terms of the entertainment offered (cabarets provide live dance shows performed by professional dancers) and social class differences (the lowest socioeconomic class is associated with topless bars). Some venues operate with two shifts (day and night), while others are open only at night or only during the day.

Hours and days of operation are generally regular, but the number of women present may vary according to when workers choose to arrive. Managers sometimes offer incentives to come to work, especially for workers who work as dancers, waitresses or escorts. During any given shift, there are generally 10 to 20 workers present, aged 18 to 35 years, mainly Chilean nationals.

The services offered include alcoholic and non-alcoholic beverages, company at a table, a dance show and paid sex. Women are paid based on attendance (arriving at work before a given hour) and for dancing. Women also receive a commission on the drinks that clients purchase. If a female sex workers arranges to have sex with a client on-site, they receive either a percentage of the total payment as agreed with the management, or the total payment minus a fee for use of a private room. In some cases, women leave the premises and head to a motel, previously paying a fee to the management before leaving. In other cases, there is a formal contractual arrangement with specified rates.

In many venues, a female assistant may be present in the dressing room to provide women with meals, condoms, medication, clothing, personal hygiene items and so on. The assistant also monitors attendance and coordinates the

shows. In general, these venues are cleaner, safer and more comfortable than the *cafés con piernas*, although conditions vary significantly across the locations identified. Workers tend to consume alcohol and drugs at these venues. We mapped 21 nightclubs, topless bars and cabarets, and 10 were included in the sampling framework.

There are nightclubs of all sorts ... elegant ones that are very expensive and exclusive, middle- range and others very poor. The most elegant have spectacular girls and great shows, the admittance is about \$30.000 CLP [\$70 USD] ... in the bathroom there are like 30 different types of perfumes to wear when you leave ... the dingiest ones are ugly, dark, with a bar and have the stench of booze. (FSW 02)

Brothels

Brothels are one of the oldest types of sex work venue. Our study identified two types of brothels. The first consisted of establishments with a bar area for beverage consumption, conversation and dancing, along with private rooms for sex. These venues are generally unmaintained and neglected. The services offered include alcoholic and non-alcoholic beverages, company at a table, a dance floor and music, paid sex in a private room or at a location off-site (in which case the worker or client pays the manager before leaving the venue). These venues operate mainly at night, although some may provide paid-for sex services during the day. Some women live in the venue or stay at the venue for several days per week.

The second type of establishment is a private residence where the landlord rents out multiple rooms to a group of regular female sex workers for sex work. Women wait for clients at the house entrance. In both subtypes, women are predominately over 30 years old, but it is common to observe the presence of women over the age of 45, mainly Chileans. No condom dispensers nor sexual health information were found at these venues, which operate at night. The study mapped four brothels, all of which were included in the sampling framework:

Casas de tolerancia are very old ... there are not many left ... in these places the girls live there isolated ... I mean live there ... not all ... you can go during day or night, but at night there is more movement ... there is a lady who is in charge and she rents the rooms ... also sometimes there are spaces to have a drink or listen to music. In others, there are only the rooms and the girls outside ... they are women of many years ... older. (Female sex worker 01)

Hotels

These hotels are typically open to regular guests as well as female sex workers who use the rooms for sexual encounters. The rooms are equipped with basic furniture and tend to be unmaintained and run-down. Some female sex workers contact or wait for clients outside the hotel while others work at nearby nightclubs. Some women live in the hotel or spend several nights a week there:

The hotels are just that ... a hotel where the girls pay for a room where they go with their customers ... some come directly to the place and others meet them at a night club ... several girls live there, all week or some days or on weekends. (FSW 03)

Female sex workers in these establishments typically do not have a contract of employment; in fact, they must pay the hotel owner to use one of the rooms. The typical age range of female sex workers using these venues is 35–50 years, mainly Chileans. No condom dispensers or sexual health information exist in these venues. These venues are open during the day and at night. This study mapped four hotels, all of which were included in the sampling framework.

Street-based sex work

The study identified three main hubs for soliciting as well as three major pick-up zones along the highway. The first location was observed in downtown Santiago and operates during the day and at night. Women who work in this zone are of different ages, but there is a predominance of older women, including female sex workers up to 80 years of age. Sex services are provided in nearby apartments or

houses, where the workers pay to use a room. At night, services may also be provided in the street.

The second location is a public park in downtown Santiago, which operates only at night and includes several high-traffic areas for soliciting, including sex services provided by transgender women, who work separately from the other female sex workers peers. The workers in this zone are generally non-Chilean women from 25 to 35 years of age, mainly from Colombia, Dominican Republic, Peru and Ecuador. Sex services are often provided in the street, in a car or at a nearby motel.

The third location is an old neighbourhood in Santiago, which operates only at night. Sex workers in this zone are generally Chilean women over the age of 35 years. Services are provided in a room at nearby brothels, in a car or in the street. There are no amenities in terms of hygiene or meals and the venues do not possess condom dispensers nor provide sexual health information. However, these locations are those most visited by sex worker organisations, which provide educational material, condoms and in some cases meals to female sex workers.

The highway pick-up zones frequented by female sex workers are located in the Puente Alto district in the southeastern area of the Metropolitan Region. There are generally fewer than four sex workers present at a given location and they typically work only late at night. Our study mapped 14 street and highway pick-up areas, all of which were included in the sampling framework:

The sex trade is in downtown Santiago ... also on some highways ... in downtown, work starts early ... at 10 in the morning you can see girls ... and throughout the day. There are other sectors ... where you only work at night ... there you have to go like 11 or 12 at night ... until 4 am ... there cars arrive and the girls get in. Or go to dark places or to a motel ... its depends. (FSW 03)

Massage parlours

These venues are typically advertised as erotic massage centres and/or spas. They are typically open during the daytime, in apartment buildings or in buildings under the front of a regular massage centre. The standard service is a regular massage followed by manual genital stimulation, with an average duration of an hour. It is standard practice for clients to provide women with a tip according to their level of satisfaction or according to any extra services that were provided. In general, visits are arranged via prior appointment. The ages of female sex workers in these settings varies between 18 and 25 years of age and they include Chileans and foreign girls. This type of venue was not mapped:

*Massage houses seem like just that but are actually places of sex trade. There are massage table and everything ... but they offer erotic massages or sexual intercourse ... on the same massage table or off the premises if you arrange that with the girl She decides. **(Police officer)***

Private residences

These venues are private apartments or houses that serve as a location for the sex services advertised via websites, online chat rooms, print advertisements or, more rarely, television advertisements. Female sex workers in these settings often refer to themselves as 'escorts' or 'call girls' and may work either independently or through an 'agency'. Independent female sex workers are in charge of promotion, contacting clients and determining the location where the sex services are provided. For others, an agency is responsible for the arrangement details in addition to also providing security. Agencies typically impose policies regarding the type of services offered, work hours and the use of condoms:

At private residences, there are women who work alone and others have a boss or for a company or ... administrators. If she works, alone the money is all for her, but it is more dangerous. The agency gives security ... in an apartment there are several girls and a

person who receives the client, who takes care of them.
(Healthcare worker)

Escort services may be provided in many settings: at an apartment owned by the worker or at an apartment owned by the agency, at a hotel or at the client's home. Some escort venues are advertised as saunas and include private facilities operated by an agency or a group of sex workers. The ages of those working there vary between 18 and 35 years old and include Chilean and non-Chilean girls. This type of venue was not mapped:

Girls are at risk, because sometimes some unhinged person can arrive there and hit them ...that's the bad thing about apartments ... sometimes they work together and they take care of themselves a little. They rent an apartment and pay it for all to use ... they contact them by phone or by other means ... it depends. (FSW 02)

Discussion

Three aspects of the current Chilean sex market that are particularly noteworthy: first, sex work takes place under an unclear legal framework that does not criminalise sex work itself so long as the activity does not involve minors or human trafficking, although it does explicitly prohibit brothels; second, sex work is associated with strong social discrimination (Gálvez 2014); and, third, healthcare services for sex workers are not mandatory. Consequentially, not all female sex workers receive reproductive health care, and those who do sometimes fail to disclose the nature of their work for fear of being mistreated or discriminated against (Gálvez 2014; Montecinos, Matus, and Donoso 1999; Redtrasex and Fundación MARGEN 2013; RedTraSex 2014).

This study identified a wide range of venues and types of sex work in the Metropolitan Region of Santiago, Chile. Access to some of these venues can be difficult due to their clandestine nature and of the reluctance of female sex workers to be contacted. There exists no accurate statistical data that can be used to assess the number of female sex workers in the Metropolitan Region,

document the number of women who receive healthcare services through the public system or support initiatives to address the social issues that affect this group of workers. However, collaboration with a relevant non-governmental organization and careful fieldwork planning, together with the desire of female sex workers to protect their own health and receive preventive care, allowed us to access and characterise many sex work venues in this preliminary study.

Techniques to identify, describe and map sex work venues

Various approaches and techniques can be used to capture the nature and dynamics of female sex work, including risk factors and prevention for HIV and STIs (Conners et al. 2016; Harcourt and Donovan 2005; Pitpitan et al. 2013). Studies using a time-location sampling method depend, however, on thorough formative research to exhaustively map female sex work venues, as these locations are typically clandestine and difficult to access (Conners et al. 2016; Gayet et al. 2007).

However, most published studies of female sex workers to date using a time-location sampling method describe the mapping process in general terms, without adequately accounting for the various techniques used (Gios et al. 2016; Kerrigan et al. 2015; Merrigan et al. 2015). We found only two studies (Gayet et al. 2007; Hakre et al. 2013) that have done this.

With respect to the primary data sources used in this study, it is important to note that the applied techniques were largely qualitative in nature and allowed us to capture the multifactorial nature of the phenomenon and the diversity of behaviours and situations studied (Conde and Pérez 1995).

Although the key informants who provided the most useful information were members of sex worker organisations and healthcare providers from sexual health clinics, it is essential to include sex workers themselves in future studies of

sex work; their contributions are fundamental to the correct application of the methodologies, reflections and analysis. Their contribution provides 'expert' insight for future theoretical enquiry as well as policy and practice work.

Barriers and facilitators for description and mapping

Mapping specific sex work venues within each element of the typology described here was a complicated task mainly due to the size of the Metropolitan Region of Santiago as well as the fact that many of the locations are clandestine. It was particularly difficult to access the private residences in which some forms of sex work take place as these facilities are not explicitly identified as such.

An additional obstacle was the security and intimidation used to 'protect' sex work venues. The collaboration of key players with access to female sex workers or the managers of particular sex work venues was crucial for obtaining access. As reported by another time-location sampling study on this population (Gayet et al. 2007), the lack of a contact or means to connect makes it effectively impossible to access certain venues.

Moreover, attempting to access certain sex work venues can be dangerous for individuals who are not clients. In other venues, the operating characteristics may be dynamic, making it difficult to map or characterise the location (Gayet et al. 2007). Because of variations in the nature of the work undertaken, it is crucial to understand the dynamics of each venue and to carefully plan the strategies to approach each of them so that they can be included in a sampling framework.

Typology

Sex work in the Metropolitan Region of Santiago is the product of changes in regulations, market tendencies and cultural, economic and even geographic factors (Gálvez 2014; Salazar 2011; Salazar and Pinto 2010). For instance, the ban on sex work in brothels and the challenges of operating a venue at night

have resulted in increased street-based sex work, the use of private residences, the daytime operation of topless bars and the tendency to disguise sex work venues as legitimate businesses such as massage parlours or coffee shops (Salazar 2011). The neighbourhoods in which such venues currently operate are largely the same as those in earlier periods, although some new sites have emerged in the eastern area of the Metropolitan Region (Salazar 2011).

Findings from this study suggest that there exists a broad variety of sex work venues, differentiated by operational details and public front. The study identified seven principal types of sex work venues: 'recreational' venues such as nightclubs, topless bars, cabarets and brothels, often with for dance shows and serving beverages; 'motel-type' venues such as hotels and private residences, which rent out rooms for sex services; 'front-type,' venues, which tend to provide hidden forms of sex work while publicly promoting a different kind service (e.g. cafés con piernas and massage parlours); and 'pick-up sites' on the streets and highways, where sex services are offered or solicited, to be performed elsewhere.

In recent years, research has demonstrated the importance of studying how sex work venues and their underlying operational structures impact on the risk of transmission of HIV and STIs within this population (Pitpitan et al. 2013; Platt et al. 2013; Shannon et al. 2015). Research shows how health, legislation, context and discourse, as well as the broader sociocultural context, impact on vulnerabilities and risks (Allman and Ditmore 2016). In Chile, current regulations fail to support the rights of female sex workers. The law does not recognize sex work as a legitimate form of work and therefore fails to protect the social and labour rights of female sex workers. Because women work covertly they: are at risk of being victims of arbitrary mistreatment by the police; face barriers to self-organising or creating unions; and lack effective means of self-protection. According to some authors (Bekker et al. 2015; Shannon et al. 2015), the regulation of sex work can result in improved peer support; community empowerment; reduction of violence and police abuse; and higher rates of

behaviours that prevent HIV/STI transmission and protect the health of female sex workers.

In Chile the sex work types that attract the largest number of clients are nightclubs, cabarets, *café con piernas* and street soliciting. Nightclubs, cabarets and massage parlours are the environments that tend to place female sex workers at the lowest risk, especially venues tailored to appeal to men of a higher socioeconomic class. These venues generally have better infrastructure, better security and lower levels of violence. In some such venues, female sex workers have a contract of employment, which may provide some degree of social welfare protection. The main risk factor in these venues is that workers tend to be very young and therefore may not have developed the habit of using preventive healthcare or have access to a healthcare provider who specialises in female sex workers.

Consistent with findings from previous studies in Chile and elsewhere in Latin America (Hakre et al. 2013; Montecinos, Matus, and Donoso 1999; Muñoz, Zamorano, and Alvarado 2007), as well as international studies (Folch et al. 2013; Platt et al. 2013), street sex work places female sex workers at the greatest social and physical risk. Street-based sex workers are vulnerable to violence perpetrated by clients and to suffer abuse by the police.

Sex work in Chile is carried out in a variety of high-risk contexts and there is also a low level of communication and attendance between female sex workers and sexual health centres, which renders some female sex workers vulnerable to contracting HIV. Although HIV and STIs indicators show the situation is under relative control, a change in any one factor within the precarious balance of prevention may be enough to increase the risk exposure and vulnerability of female sex workers. Therefore, it is necessary to carefully adapt surveillance and future intervention strategies to the context described. The research described here may offer a first step towards doing so.

Note

1. Interview between Herminda González, President of *Fundación Margen* sex worker organization and Julieta Belmar, 23 May 2015, Santiago de Chile.

Acknowledgements

We wish to thank *Fundación Margen* for its generous support for this investigation. We also thank all those who participated in the in-depth interviews and focus groups for their time and contribution to the *Vigilancia Bioconductual y Monitorización Social del VIH/ITS en Chile* project. Finally, we thank Albert Navarro MA for his valuable comments.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the authors.

Funding

Funding was provided by the Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico [grant number 11140021] for a study of bio-behavioral surveillance for HIV/AIDS in hard-to-reach populations in the Metropolitan Region of Santiago, Chile.

References

- Allman, D., and M. H. Ditmore. 2016. "Introduction to the Culture, Health & Sexuality Virtual Special Issue on Sex, Sexuality and Sex Work." *Culture, Health & Sexuality* 18 (12). Taylor & Francis: i–viii. doi:10.1080/13691058.2016.1180855
- Barrientos, J., M. Bozon, E. Ortiz, and A. Arredondo. 2007. "HIV Prevalence, AIDS Knowledge, and Condom Use among Female Sex Workers in Santiago, Chile." *Cadernos de Saúde Pública* 23 (8): 1777–1784.
- Bekker, L. G., L. Johnson, F. Cowan, C. Overs, D. Besada, S. Hillier, and W. Cates. 2015. "Combination HIV Prevention for Female Sex Workers: What is the Evidence?" *The Lancet* 385 (9962): 72–87.
- Conde, C., and F. Pérez. 1995. "Metodología Cualitativa En Salud Pública." [Qualitative Methodology in Public Health.] *Revista Española de Salud Pública* 69: 145–149.
- Connors, E.E., B.S. West, A.M. Roth, K.G. Meckel-Parker, M. P. Kwan, C. Magis-Rodriguez, H. Staines-Orozco, J.D. Clapp, and K.C. Brouwer. 2016. "Quantitative, Qualitative and Geospatial Methods to Characterize HIV Risk Environments." *PLoS ONE* 11 (5): 1–14.
- Folch, C., J. Casabona, R. Muñoz, V. González, and K. Zaragoza. 2010. "Increase in the Prevalence of HIV and in Associated Risk Behaviors in Men Who Have Sex with Men: 12 Years of Behavioral Surveillance Surveys in Catalonia (Spain)." *Gaceta Sanitaria* 24 (1): 40–46.
- Folch, C., C. Lazar, L. Ferrer, C. Sanclemente, and J. Casabona. 2013. "Female Sex Workers and Access to Social and Health Services in Catalonia: Influence of Region of Origin and Place of Work." *AIDS Care* 25 (8): 1033–1038.
- Gálvez, A. 2014. "Lupanares, Burdeles Y Casas de Tolerancia: Tensiones Entre Las Prácticas Sociales Y La Reglamentación de La Prostitución En Santiago de Chile: 1896-1940." [Lupanares, Burdeles And Houses Of Tolerance: Tensions Between Social Practices And The Regulation Of Prostitution In Santiago, Chile: 1896–1940.] *Tiempo Histórico* 5 (8): 73–92.
- Gayet, C., C. Magis, D. Sacknoff, and L. Guli. 2007. *Prácticas Sexuales de Las Poblaciones Vulnerables a La Epidemia de VIH/SIDA En México* [Sexual Practices of Vulnerable Populations to the HIV / AIDS in Mexico]. Angulos Del SIDA 2007. México, D.F: CENSIDA. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. México.
- Giddens, A. 2000. *Sociología* [Sociology]. Madrid: Alianza Editorial.
- Gios, L., M. Mirandola, I. Toskin, U. Marcus, S. Dudareva-Vizule, N. Sherriff, M. Breveglieri, et al. 2016. "Bio-Behavioural HIV and STI Surveillance among Men Who Have Sex with Men in Europe: The Sialon II Protocols." *BMC Public Health* 16 (1): 290. <https://www.biomedcentral.com/1471-2458/16/212>
- Hakre, S., G. Arteaga, A.E. Núñez, C.T. Bautista, A. Bolen, M. Villarroel, S.A. Peel, G. Paz-Bailey, P.T. Scott, and J.M. Pascale. 2013. "Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Infections and Factors Associated with

- Syphilis among Female Sex Workers in Panama." *Sexually Transmitted Infections* 89: 156–164.
- Harcourt, C., and B. Donovan. 2005. "The Many Faces of Sex Work." *Sexually Transmitted Infections* 81:201–206.
- Johnston, L., K. Sabin, and D. Prybylski. 2010. "Update for Sampling Most-at-Risk and Hidden Populations for HIV Biological and Behavioral Surveillance." *Journal of HIV/AIDS Surveillance & Epidemiology* 2 (1): 2.
- Karon, J.M., and C. Wejnert. 2012. "Statistical Methods for the Analysis of Time-Location Sampling Data." *Journal of Urban Health* 89 (3): 565–586.
- Kerrigan, D., C.E. Kennedy, R. Morgan-Thomas, S. Reza-Paul, P. Mwangi, K. T. Win, A. McFall, V.A. Fonner, and J. Butler. 2015. "A Community Empowerment Approach to the HIV Response among Sex Workers: Effectiveness, Challenges, and Considerations for Implementation and Scale-up." *The Lancet* 385 (9963): 172–185.
- Lastra, T. 1997. *Las Otras Mujeres* [The Others Girls]. Santiago de Chile: Gráfica Alternativa.
- Magnani, R., K. Sabin, T. Saidel, and D. Heckathorn. 2005. "Review of Sampling Hard-to-Reach and Hidden Populations for HIV Surveillance." *AIDS* 19 Suppl 2 (May): S67-S72.
- Miller, W. M., L. Buckingham, M. S. Sánchez-Domínguez, S. Morales-Miranda, and G. Paz-Bailey. 2013. "Systematic Review of HIV Prevalence Studies among Key Populations in Latin America and the Caribbean." *Salud Pública de México* 55 (Suppl. 1): 65–78.
- Merrigan, M.B., T.A. Tafuma, L.A. Okui, R. Lebelonyane, J.M. Bolebantswe, K. Makhaola, M. Mine, R. Adhikary, and N.O. Chabikuli. 2015. "HIV Prevalence and Risk Behaviors among Female Sex Workers in Botswana : Results from the 2012 HIV/STI Bio-Behavioral Study." *AIDS & Behavior* 19: 899–908.
- Ministerio de Bienestar Social de Chile. 1931. "Código Sanitario." [Health Code.] *Biblioteca Del Congreso Nacional*. Chile. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5113&idVersion=1968-01-31>
- Ministerio de Higiene de Chile. 1925. *Código Sanitario* [Health Code.] *de La República de Chile (Diario Oficial 20 de Octubre de 1925)*. Santiago: Biblioteca Del Congreso Nacional.
- Ministerio de Salud de Chile. 1983. *Decreto N° 362 Reglamento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual* [Regulation on Sexually Transmitted Infections]. Santiago: Biblioteca Del Congreso Nacional.
- Ministerio de Salud de Chile. 2015. Departamento de Estadísticas en Salud [Department of Health Statistics]. <https://www.deis.cl/>
- Ministerio de Salud Pública de Chile. 1968. *Código Sanitario* [Health Code]. Santiago: Biblioteca Del Congreso Nacional.
- Montecinos S., C. Matus, and C. Donoso. 1999. *Prostitucion Juvenil Urbana* [Urban Youth Prostitution]. Santiago de Chile. <https://www.edgardotoro.cl/wp-content/uploads/2015/01/prostitucion-juvenilurbana1.pdf>
- Muñoz F., P. Zamorano, and P. Alvarado. 2007. *Caracterización Del Trabajo Sexual En La Región Metropolitana De Chile* [Characterization of Sexual Work in the Chilean Metropolitan Region]. Santiago de Chile: Grafica LOM.

- https://www.criaps.cl/descarga/rpp_02_2485CaracterizaciondelTrabajoSexual.pdf
- Peralta G. 2015. "Cafés Chinos: Los Moteles de Nuestros Tatarabuelos." [Chinese Cafes: Our Great Grandma's Motels.] <https://www.lun.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2013-09-08&NewsID=32516&BodyID=0&PaginaId=10&SupplementId=2>
- Pitpitan, E.V., S.C. Kalichman, L.A. Eaton, S.A. Strathdee, and T.L. Patterson. 2013. "HIV/STI Risk among Venue-Based Female Sex Workers across the Globe: A Look Back and the Way Forward." *Current HIV/AIDS Reports* 10 (1): 65–78.
- Platt, L., E. Jolley, T. Rhodes, V. Hope, A. Latypov, L. Reynolds, and D. Wilson. 2013. "Factors Mediating HIV Risk among Female Sex Workers in Europe: A Systematic Review and Ecological Analysis." *BMJ Open* 3: e002836. <https://bmjopen.bmj.com/content/3/7/e002836.full#ref-35>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). 2005. "Guías Prácticas Para Poner En Marcha La Vigilancia de Segunda Generación." [Practical Guides To Set Up Second Generation Surveillance.] Accessed January 10, 2017. https://data.unaids.org/publications/ircpub02/jc742-initiatingsgs_es.pdf
- RedTraSex. 2014. "Ponte en Nuestros Zapatos. Guía de Buenas Prácticas Para El Personal de Salud." [Put on Our Shoes. Guide to Good Practices for Health Personnel.] https://www.redtralsex.org/IMG/article_PDF/article_a1328.pdf
- Redtralsex y Fundación Margen. 2013. "Estudio Sobre Estigma Y Discriminación En Los Servicios De Salud a Las Mujeres Trabajadoras Sexuales En América Latina Y El Caribe." [Study On Stigma And Discrimination In Health Services To Sex Working Women In Latin America And The Caribbean.] https://www.redtralsex.org/IMG/pdf/chile_-_estudio_ss.pdf
- Sáez C., and F. Aravena. 2008. "El Derecho a Ejercer El Comercio Sexual En Chile." [The Right to Exercise Sexual Trade in Chile.] *IV Congreso De Teoría Constitucional*. Santiago de Chile. https://congresoconstitucional.cl/wpcontent/uploads/2010/08/Carolina-aez_1252892295.pdf%0A
- Salazar, C. 2011. "Apuntes Sobre La Edad Dorada versus La Edad Oscura de Las clásica 'Casa de Remolienda Santiago.'" [The Golden Age versus the Dark Ages of the classic 'Casa de Remolienda Santiago.] *Memoria Chilena, Artículos Para El Bicentenario*. https://www.memoriachilena.cl/602/articles-123213_recurso_2.pdf
- Salazar, G., and J. Pinto. 2010. *Historia Contemporánea de Chile* [Contemporary History of Chile], Tomo IV. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Semaan, S. 2010. "Time-Space Sampling and Respondent-Driven Sampling with Hard-to-Reach Populations." *Methodological Innovations Online* 5 (2): 60–75.
- Shannon, K., S.A. Strathdee, S.M. Goldenberg, P. Duff, P. Mwangi, M. Rusakova, S. Reza-Paul, et al. 2015. "Global Epidemiology of HIV among Female Sex Workers: Influence of Structural Determinants." *The Lancet* 385 (9962): 55–71.

Objetivo 2

Características sociodemográficas, conductuales y epidemiológicas de MTS que ejercen en la RM con y sin acceso al CSS.

Abstract

Objectives: To describe and compare the profile of female sex workers (FSWs) that access or do not access to sexual health check-ups (SHC). The research question was, what are the factors linked to access to SHC for FSWs in the metropolitan region (RM) of Chile? **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the Metropolitan Region (RM) with FSWs over the age of 18.. A sample of 370 FSWs were selected with using the Time Location Sampling (TLS) method in closed venues and at street-level locations. A survey was applied and validated, and included clinical-epidemiological, behavioral and socio-demographical variables. **Results:** 38.6% (n=140) of FSW that answered the question never use SHC and 37.6% (n=84) received check-ups in a specialized health centers for FSWs. FSWs with no SHC are were younger, prone to having more group sex, preferably with occasional or no stable partner and did not know where to get an HIV test. **Conclusions:** FSWs have had precarious access to sexual health controls. FSWs with no SHC presented higher-risk behaviors. Young FSWs are more exposed to HIV and STIs risk factors.

Introduction

The scientific community and public opinion have traditionally associated sex work with a higher prevalence of HIV and other sexually transmitted infections (STIs). Due to social stigma, predominant criminalization of sex work globally and vulnerability that female sex workers (FSWs) find themselves (Wahed et al. 2017), limited access to sexual health check-ups (SHC) has been reported.

Limited access to SHC is perpetuated by other barriers, including discrimination, ill-treatment, inadequate locations and operating hours, among others (Phrasisombath et al. 2012; Jeal and Salisbury 2004; Ghimire and Teijlingen 2009; Wahed et al. 2017).

Chile has two legal bodies that refer to sex work: Criminal code (Ministry of Justice of Chile 1874) and the Sanitary Code of 1968 (Ministry of Public Health of Chile 1968). While the former does not prohibit sex work, unless it involves minors or human trafficking, the latter prohibits sex work in closed brothels and “*casas de tolerancia*” (Houses of tolerance).. Therefore, sex work in the adult population can be exercised independently, provided it does not affect public order and complies with the regulations established by the authorities.

Regarding SHC for this particular group, The Sanitary Code together with the Rules and Technical Guidelines for STIs of the Ministry of Health of Chile (Ministry of Health of Chile 2007; Ministry of Health of Chile 2008), act as regulatory agents in the matter for SHC. They have made available specialized SHC for Sex Workers (SW), which this is free of charge and voluntary, that must be performed in specialized STI units in each health center of the Public Health Network.

These units are called *Unidades de Atención y Control de Salud Sexual* (UNACESS) (SHC and attention units) and are integrated as specialized outpatient units that work in coordination with hospitals and primary health care centers (In Chile referred to as APS, *Atención Primaria de Salud*). They provide services to walk-in and referred clients, and treat STIs. . Check-up appointments are periodical, bimonthly, and are based on a bio-psychosocial approach, centered on sexual and reproductive health, with special emphasis to prevention, detection and early treatment of STIs. It is worth mentioning that FSWs have access, just like any other woman resident in Chile, to gynecological appointments provided at an APS. However, these appointments focus mainly on reproductive health and do not have the battery of tests or specialized counsel for FSWs.

According to data from the Ministry of Health for the Metropolitan Region (RM) (Ministry of Health of Chile 2015), during 2007, 2558 SW attended their check-ups. Afterwards, the number of SW fell dramatically, reaching 506 (20 men and 486 women) during the year 2016 (Ministry of Health of Chile 2016). Although there are no formal studies that can account for the decline in SHC use, the probable contributing factors are two: the Ministry of Health passed in 2007 the decree N° 206 (Ministry of Health of Chile 2007), ending mandatory SHC and rescinding the use of public force to accompany FSWs to health centers, and between the years 2003 and 2008, different outreach and awareness programs for HIV and STIs prevention ended. The prohibition of sex work in closed venues, social stigma and social discrimination suffered by FSWs, also contributed to the decrease in adherence to SHC (Jeal and Salisbury 2004).

Updated scientific evidence regarding FSW's access to SHC in Chile is scarce. As part of a bio-behavioral study performed with FSWs in the RM, the objectives of this sub-study were to describe and compare the socio-demographic, clinical-epidemiological, behavioral profile and level of knowledge of FSWs that either access or do not access SHC.

Methods

A cross sectional study was performed in 2016 with resident FSWs in the RM of Chile, over the age of 18, that had had penetrative intercourse with men in exchange for money during the previous twelve months. The results presented in this article correspond to the sub-analysis of that larger study that includes all FSW who answered the question "How often do you go to sexual health Controls?", which corresponded to 98.1% of the initial sample.

According to a previously described typology (Belmar et al. 2017), the RM has seven types of venues or locations for FSW: Nightclubs/ topless bars / cabarets,

Casa de tolerancia (type of brothel); Hotels; Private apartments; *Café con piernas* (Coffee with legs); Massage parlors and street/highway.

Through a formative research process, different sex work venues (typology) were identified. An extensive list was created that included the meeting points for each typology, with the exception of massage parlors and private apartments, due to the absence of key informants that would have allowed us to access this information. With this information in hand, in addition to identifying days and open hours of the venues, availability of space to perform the study, authorizations and number of FSWs per shift, allowed us to establish a sample framework. The Time Location Sampling (TLS) (Raymond et al. 2007) method was used to randomly assign venues (V), days (D) and the time slots (T) (VDT) that had been visited. This assignment was performed monthly, during the recruitment period, maintaining a formal calendar with alternatives for possible last-moment access problems. Within each VDT, every FSW was surveyed.

Sample Size

Considering a population size of 3000 FSW in the RM, estimated during the formative research stage, with an expected drop-out rate of 8.0%, a confidence level of 95%, precision of +/- 1.2 percentage units, an HIV population percentage of about 1% (Barrientos J, Bozon M, Ortiz E 2007; Ministerio de Salud de Chile y ONUSIDA 2014) and a design effect of 1.5, the minimum sample size necessary was 368 FSWs.

Data Collection Methods

A behavioral survey was validated for second generation HIV surveillance in FSWs in the RM before fieldwork was conducted (Carvajal et al. 2017). The validated survey was applied in Spanish by field staff and contained behavioral variables that included questions relating to clients, stable and occasional partners, lifestyle during the previous year and last 6 months (drug-use, sex work, sexual

practices, etc.), socio-demographic (age, country of origin, educational level, etc.), clinical-epidemiological (STIs, access to health services, access to social services, among others) and knowledge (where to get tested, HIV transmission routes, health status recognition of clients). The place for conducting the survey were the sex work venues/locations that included closed venues (nightclubs, topless bars and cabarets; hotels, *casa de tolerancia*, *café con piernas*) and streets and highways. Fieldwork was conducted by four previously trained interviewers, who additionally were sex workers belonging to the MARGEN foundation, a sex worker foundation in Chile. These women were accompanied by two clinical researchers specifically trained for on-site work. All fieldwork personnel were adequately trained in formative sessions and an interviewer manual was created. For their participation, each FSW received incentives consisting of \$ 8 USD, a kit with preventive materials, condoms and lubricants. Access to SHC was measured by attendance frequency, categorized by never, once every year, 2 to 3 times per year and more than 3 times per year. For analytical purposes, this variable was recoded to never (no check-up) and attended at least once during their life (with check-up).

Data Analysis

Qualitative variables were described using percentages and their confidence intervals at 95% (CI95%), and quantitative variables were described using median and interquartile range. The distribution differences among woman with and without SHC were compared with the χ^2 Pearson test and Fischer's exact test when the expected frequencies were under 5. The non-parametrical Mann-Whitney U test was used to compare quantitative variables.

Univariate and multivariate logistical regression models were used for the analysis of associated factors to the non-attendance to SHC. Odds ratio (OR) were calculated and their CI95%. Possible confounding factors and variables with a non-adjusted significant OR at level 0.10 were included in the initial multivariate model. The best multivariate model was obtained comparing the

likelihood ratio of the models. For data analysis, we took in to account the multistage sample design, considering the following stages: 1) stratification by sampling month; 2) venue sampling, giving rise to conglomerates and; 3) VDT selection. Lastly, no FSW selection was performed but instead, all women present at the moment of the visit were interviewed.

Ethical Considerations

The project (including participant information sheets and informed consent forms) was approved by the Committee of Ethics of the Faculty of Medicine of the Universidad de Chile. Each FSW signed an informed consent before participating in the study.

Results

370 FSWs were interviewed and 363 answered the question regarding SHC frequency. In Table 1 shows that 29.8% (108) were foreign-born predominately Colombian (42; 38.9%) and Dominican (37; 34.3%). The average participant age was 31 (19-79). The predominant education level was secondary (265; 73.0%). The majority of women worked at nightclubs (135; 37.2%) or on streets/highways (115; 31.7%).

Of the total of FSWs that were interviewed, 38.6% (140) declared never attending SHC and 61.4% (223) reported attendance of differing frequencies. . Among those that did attend SHC, 37.7% (84) visited specialized FSW centers (UNACESS) and 46.2% (103) visited more than 3 times per year, approaching the recommended number.

As shown in Table 2, " the only statistically significant variable was age, where it was observed that FSWs without SHC were younger than those that did attend. More in detail, among FSWs without SHC the predominant age group was 19 to

31 years (91; 64.9%), while FSWs with SHC were predominantly over the age of 31 (122; 54.6%).

Regarding the issue of sexual practices, differences were observed in SW starting age, condom use during last penetrative sexual intercourse with a client, access to free condoms during the previous 12 months and group sex practice. Specifically, FSWs without SHC showed lower average SW starting age (21 years) than FSWs with SHC (24 years; $p=0.01$). A lower percentage of FSWs without SHC received free condoms during the previous 12 months, in comparison to those that did attend check-ups (78; 55.7% vs. 174; 78.7%; $p<0.01$). A higher percentage of women without SHC declared purchasing condoms at pharmacies (69; 50.3% vs. 76; 35.1%). The percentage that declared receiving condoms at UNACCESS was 29.2% (63). Moreover, FSWs without SHC declared having used condoms fewer times during their previous penetrative sexual intercourse with a client (133; 95.0% vs. 220; 99.1%, respectively; $p=0.01$). Lastly, we observed that FSWs without SHC had a higher percentage that declared having practiced group sex during the previous 6 months (37; 26.6% vs 36; 16.2%; $p=<0.01$).

Regarding health status and drug-use, a higher proportion of FSWs without check-ups declared having used drugs at some time during their life (96; 68.5% vs. 121; 54.2%; $p=0-05$). No significant differences were reported regarding prevalence of reported STIs, neither during their life nor during the previous 12 months. The time since the last PAP smear presented significant differences, 39.2% (55) of the FSW without SHC having never had a PAP smear.

Finally, regarding knowledge on sexual health issues, which is presented in Table 3, a lower proportion of women without SHC knew where to get an HIV test (108; 78.2% vs 215; 96.8%; $p=0.01$). Moreover, a higher percentage of FSWs without check-ups identified as an HIV transmission route, oral sex without a condom and vertical transmission mechanisms (123; 89.7% and 124; 90.5% respectively).

Multivariate Analysis

The Table 4, shows that FSWs under the age of 38 had a higher probability of not accessing SHC than those of older age (OR 2.8; $p=0.03$). FSWs with occasional or no partner were at higher risk of not accessing SHC than those in a stable relationship (OR 3.83; $p=0.001$). FSWs that had had group sex (OR 2.2; $p=0.006$) and FSWs that did not know where to get an HIV test (OR 10.6; $p=0.001$) were also at higher risk of not accessing SHC. On the other hand, FSWs that had received condoms at specialized FSW centers (UNACESS) rather than at SW community groups, were observed to be at lower risk of not attending check-ups (OR 0.04; $p=0.002$).

Discussion

The results show a high percentage of FSW that do not access SHC in the RM (38.6%), which coincides with the low number of FSWs that have been accessing SHC establishments since 2007 in the RM, and with international data that report that between 25% and 40% FSW have not visited any health center (Phrasisombath et al. 2012; Ghimire and Teijlingen 2009; Lafort et al. 2017). Data from the Ministry of Health of Chile show that in 2016, only 486 FSWs were attending check-ups (Ministry of Health of Chile 2016).

Among those that do access SHC, there is an insufficient number of visits in relation to the requirement of six annual visits established in the national guidelines for FSW (Ministry of Health of Chile 2008), as well as the lack of specialized centers for SW such as UNACESS. Our findings show that only 37.7% of interviewed FSWs attend check-ups at these type of centers, followed by family healthcare centers (CESFAM) of the primary care centers (APS), and hospitals or diagnosis and treatment centers (CDT) in third place. These last two establishments do not take into account the specific needs of this population, and therefore do not perform specific tests or educate in prevention of HIV and other

STIs , regardless if the FSW declared their profession or not. (Jeal and Salisbury 2004; Davis et al. 2016).

Coinciding with the results of a qualitative study conducted with FSWs in Chile – focused on determining the typology of sex work in the RM (Belmar et al. 2017) – FSWs that declared never having accessed SHC had a higher proportion of women under 25 than those that declared accessing them (37.8% vs. 14.3%) which could be explained by fact that for older FSWs, SHC were mandatory for many years. It is worth mentioning that international studies that analyze the effect that socio-demographic factors have on access to sexual health services and/or identified barriers to access (Ghimire et al. 2011; Phrasisombath et al. 2012; Socías et al. 2016; Lafort et al. 2017), do not report significant differences in the age variable, which underlines that the lack of access to SHC and information in young women is a characteristic of FSW working in Chile.

Consistent with this situation, FSWs without SHC present some high-risk behaviors for HIV and STIs infection such as group sex and lack of information on where to get an HIV test, presenting higher levels of labor and health vulnerability.

However, the prevalence of self-reported STIs “*at some time during my life*” reached 12.2% “and “*last year*” 2.9%, presenting no significant differences between women with or without SHC. International studies report a broad range of results on issues of STIs prevalence with regard to the type of infection, as well as the different labor contexts of FSWs. For example, higher STIs prevalence is observed in migrant and street-level FSWs (Jeal , Salisbury 2008; Del Amo, Gonzalez, Losana 2005;Li et al.2012). A study performed in Germany, a country with regulated sex work, reports a 3.1% STI prevalence in FSWs (Bremer et al. 2016), while in The Netherlands, a study reports 9.5% prevalence of STIs in the same population (Verscheijden et al. 2015).

Moreover, the inexistence of differences of STIs prevalence among FSWs with (predominantly FSWs over the age of 30), and without SHC, contrasts with the high percentage of women who have never had PAP smear (25.0% approx.), and international studies that state that women over 30 and women without SHC are at higher risk of being infected with an STI (Hakre et al. 2013; Yanli et al. 2017). This situation makes us reflect on the preventive strategies that FSWs develop in their work and the role that social organizations have as an important part of society, with regard to preventive measures and advocacy of labor rights.

An additional relevant finding of this study is the high use of condoms with clients declared by FSW, both in women that attend SHC and those who do not. More than 95% of FSWs that participated in the study declared to consistently use condoms, both with regular and occasional clients. These results match data found in numerous international studies where condom use oscillates between 75% and 95% (Andrews et al. 2015; Fehrenbacher et al. 2016). It should be noted that in both women with or without access to SHC, the main source for obtaining condoms are pharmacies, where they have to purchase them, which shows the interest that FSWs have in using condoms, but also the situation of vulnerability that they find themselves. Moreover, questions remain as to why, despite attending controls where condoms are given away, some women also decide to purchase them on their own. Possible reasons could be the quantity dispensed, perceived quality or inadequate assortment. A study performed in a different region in Chile (Madrid 2015), where sexual health centers work in the same way as in the Metropolitan Region, clearly describes that FSW consider that the number of condoms provided monthly, (40 per person) are insufficient, and therefore, FSWs must acquire additional condoms through other channels.

In contrast to what occurs when FSW are with clients, consistent condom use of FSWs with their partners is very low, at only around 30%. This result matches international studies that demonstrate how FSW are at higher risk from their partners regarding HIV and STIs infection, and that infections are generally the result of having unprotected sex with them. Therefore, it is key to implement

preventive measures aimed at this area of their lives. (Deering et al. 2011; Robertson et al.2013).

Among the limitations of this study, we encountered difficulties in recruiting FSWs in hard-to-reach work places such as private apartments, which were left aside from this characterization. Moreover, as part of being a cross-sectional study, we could not establish cause-effect relations between the studied variables.

In conclusion, the study shows that Chile has a high percentage of FSWs that do not access to SHC, observing that those who do not, present higher-risk behaviors.

According to the results of the study, at least three interesting lines of investigation are open to explore: 1) the perception of risk that FSWs manage and the connection it has when seeking reproductive health services: 2) the differences in availability of services between Chilean and foreign-born FSWs, considering the important percentage of migrants in Chile and 3) the type of services that are required, taking in to consideration the characteristics of sex work and FSWs in Chile. Regarding this last point, and in consideration of the epidemiological and sociocultural reality of SW in Chile, it is necessary to assess the pertinence of the services that are offered to different women groups (young women, migrants, night workers, etc.), and then design new strategies focused on workplace outreach, that would allow to provide informative / preventive information, perform STIs screening, among other activities.

In fact, the methodology used in this study was very well received by FSWs, either to receive information and clarify doubts, as well as to receive specific tests. Moreover, and given the great reception from community outreach organizations, we recommend that these initiatives be included in public policies and be incorporated as part of their institutional activities.

TABLE 1. Socio-demographical characteristics and access to sexual health check-ups of the sample of female sex workers in the Metropolitan region of Chile, 2015.

Variables	Frequency (%) Total (n=363)
Place where sex work is performed	
Café con piernas	78 (21.5%)
Nightclub/Topless bar	135 (37.2%)
Street/Highway	115 (31.7%)
Casa tolerancia ^a	23 (6.3%)
Quinta de recreo ^b	12(3.3%)
Age	
19-25	85 (23.4%)
25-31	107 (29.5%)
31-38	78 (21.5%)
over 38	93 (25.6%)
Country of origin	
Chile	255 (70.2%)
Other	108 (29.8%)
Name of country of origin (n=108)	
Colombia	42(38.9%)
Dominican Republic	37(34.3%)
Ecuador	11(10,2%)
Paraguay	1(0.9%)
Perú	17(15.7%)
Educational level	
Primary	70 (19.3%)
Secondary	265 (73.0%)
Higher	28 (7.7%)
Frequency for attending SHC^c (n=363)	
Never	140 (38.6%)
Once a year	65 (17.9%)
2-3 times a year	55 (15.2%)
>3 times a year	103 (28.4%)
Place for SHC among group that attends (n=223)	
Public consult/CESFAM/APS ^d	76 (34.1%)
UNACESS ^e	84 (37.7%)
Hospital or CDT ^f	43 (19.3%)
Private sector	19 (8.5%)
Does not know/Does not answer	1 (0.5%)

^a**Casa de tolerancia (House of tolerance):** Are one of the oldest type of venues for SW that exist in Chile. These establishments have a main hall for drinking, talking and dancing, and with rooms for sexual intercourse. The FSWs live at the venue, under very precarious conditions.

^b**Quinta de recreo:** Similar to a House of Tolerance, but located in rural areas.

^c SHC: Sexual Health check-ups.

^d UNACESS: Unidades de atención especializada en salud sexual.

^e CESFAM: Centro de Salud familiar./APS: Atención primaria en salud

^f **Hospitals or CDT:** At hospital and specialized CDT centers, specialized gynecological attention is provided but not orientated at female sex workers.

TABLE 2. Socio-demographic characteristics, sexual practices, health status and alcohol/drug consumption of female sex workers according to female sex workers access to sexual health check-ups in the Metropolitan region of Chile,2015.

	FSWs without check-up (n=140)		FSWs with check-up (n=223)		p-value
	n	% (CI95%)	n	% (CI95%)	
Place where sex work is performed					
<i>Cafés con piernas</i> (Coffee with legs)	30	21.4 (9.5-41.4)	48	21.5 (10.7-38.4)	0.32
Nightclub/topless bar	60	42.8 (23.0-65.2)	75	33.6 (18.1-53.6)	
Street/highway	41	29.2 (12.7-54.0)	74	33.1 (14.9-58.3)	
<i>Casa tolerancia</i>	6	4.2 (0.5-26.7)	17	7.6 (1.7-28.1)	
<i>Quinta de recreo</i>	3	2.1 (0.4-9.5)	9	4.0 (0.9-15.9)	
Age					
19-25	53	37.8 (28.3-48.4)	32	14.3 (8.2-23.7)	0.00
25-31	38	27.1 (21.3-33.8)	69	30.9 (23.9-39.0)	
31-38	29	20.7 (12.7-31.8)	49	21.9 (17.3-27.4)	
over 38	20	14.2 (7.2-26.3)	73	32.7 (23.4-43.6)	
Country of origin					
Chile	101	72.1 (58.6-82.5)	154	69.0 (57.1-78.9)	0.05
Other	39	27.8 (17.4-41.3)	69	30.9 (21.0-42.8)	
Educational level					
Primary	29	20.7 (12.6-32.0)	41	18.4 (13.8-24.1)	0.34
Secondary	97	69.3 (59.3-77.7)	168	75.3 (68.4-81.2)	
Higher	14	10.0 (5.6-17.2)	14	6.3 (4.0-9.8)	
Health care/Health insurance (n=138)					
With health care	106	76.8 (64.7-85.6)	184	84.0 (78.9-88.0)	0.15
Without health care	32	23.1 (14.3-35.2)	35	15.9 (11.9-21.0)	
Non-client Relationship status					
Stable partner/live together	46	32.8 (24.3-42.7)	73	32.7 (25.0-41.5)	0.07
Stable partner/live separate	29	20.7 (15.2-27.4)	75	33.6 (23.6-45.2)	
Occasional partners	5	3.5 (1.6-7.7)	4	1.7 (0.6-5.0)	
Single	60	42.8 (34.7-51.4)	71	31.8 (25.0-39.5)	
SW Starting age					
Median (RI)	21	(19-27)	24	(20-30)	0.01
Used condom in last penetrative intercourse with client					
Yes	133	95.0 (84.7-98.4)	220	99.1 (96.2-99.7)	0.01
No	7	5.0 (1.51-15.3)	2	0.9 (0.2-3.7)	
Used condom during last sexual intercourse with stable male partner (n=134)					
Yes	42	31.3 (22.6-41.5)	58	26.9 (20.3-34.7)	0.37
No	92	68.6 (58.4-77.3)	157	73.0 (65.2-79.6)	

Received free condoms during last 12 months					
Yes	78	55.7 (40.2-70.1)	174	78.7 (66.6-87.2)	<0.01
No	62	44.2 (29.8-59.7)	47	21.2 (12.7-33.3)	
Place where free condoms were received during last 12 months (n=137)					
Purchased at pharmacy	69	50.3 (36.9-63.7)	76	35.1 (24.3-47.8)	<0.01
public consult	11	8.0 (4.4-11.1)	19	8.8 (4.6-15.9)	
UNACESS/SHC ^a	2	1.4 (0.3-5.9)	63	29.1 (19.9-40.4)	
Association/group	39	28.4 (15.4-46.4)	48	22.2 (13.1- 35.1)	
At work	16	11.6 (6.6-19.6)	10	4.6 (2.2-9.3)	
Group sex during last 6 months (n=139)					
Yes	37	26.6 (19.03-35.8)	36	16.2 (11.5-22.4)	<0.01
No	102	73.3(64.1-80.9)	185	83.7 (77.5-88.4)	
Used drugs at any time during their life					
Yes	96	68.5 (59.1-76.6)	121	54.2 (43.8-64.3)	<0.01
No	44	31.4 (23.3-40.8)	102	45.7 (35.6-56.1)	
Daily alcohol consumption +(n=99)					
Moderate or does not drink	56	56.6 (42.7-69.5)	116	72.5 (65.0-78.9)	0.05
Risk consumption	13	13.1 (6,3-25.4)	17	10.6 (5.9-18.4)	
Harmful consumption	30	30.3 (21.2-41.3)	27	16.9 (11.6-23.8)	
Time since last PAP smear					
Never	55	39.2 (30.3-49.0)	34	15. (10.5-21.7)	<0.01
Less than a year	61	43.5 (35.2-52.3)	144	64.86 (59.2-70.1)	
Between 1 to 3 years	15	10.7 (6.2-17.7)	36	16.2 (12.0-21.4)	
More than 3 years	9	6.4 (2.4-15.8)	8	3.6 (1.7-7.3)	
Results from last PAP smear					
Normal	73	93.5 (82.5-97.8)	170	96.0 (91.7-98.1)	0.45
Abnormal	5	6.4 (2.1-17.4)	7	3.9 (1.8-8.2)	
STI "any time" (n=137)					
Yes	15	10.9 (5.6-20.1)	29	13.0 (8.6-19.1)	0.51
No	122	89.0 (79.8-94.3)	194	87.0 (80.-91.38)	
STI "last year" (n=15)					
Yes	4	2.9 (0.9-8.8)	5	2.2 (0.9-5.5)	0.09
No	11	7.9 (4.2-14.2)	24	0.8 (7.3-15.7)	

^a UNACESS/SCH: Unidades de atención especializada en salud sexual/Sexual Control Health

^b PAP: Papanicolau smear

+ Moderate consumption: 0 a 24g/day; Risk consumption: 25-40g/day; Harmful consumption:>40g/day.

TABLE 3. Level of knowledge in sexual health of female sex workers according to female sex workers access to sexual health check-ups in the Metropolitan region of Chile,2015.

	FSWs without check-up		FSWs with check-up		p-value
	n	%(IC95%)	n	%(IC95%)	
Knows where were to go to get HIV test (n=138)	108	78.2 (67.4-86.2)	215	96.8 (92.9-98.6)	<0.01
Yes	30	21.7 (13.7-32.5)	7	3.1 (1.37-7.0)	
No					
HIV is transmitted by sharing needles (n=139)	133	95.6 (91.3-97.9)	208	94.5 (90.5-96.9)	0.14
Yes	6	4.3 (2.0-8.7)	12	5.4 (3.08-9.4)	
HIV is transmitted by unprotected vaginal sex (n=139)	139	100 (100-100)	220	99.1 (96.8-99.7)	0.16
Yes	0	0 (0-0)	2	0.9 (0.25-3.19)	
HIV is transmitted by unprotected anal sex (n=139)	133	95.6 (91.0-97.9)	202	92.2 (87.9-95.1)	0.02
Yes	6	4.3 (2.0-8.9)	17	7.7 (4.9-12.0)	
HIV is transmitted by unprotected oral sex (n=137)	123	89.7 (83.0-94.0)	185	84.8 (79.1-89.2)	<0.01
Yes	14	10.2 (5.9-16.9)	33	15.1 (10.7-20.8)	
HIV is transmitted from having been born from a mother with HIV (n=137)	124	90.5 (85.3-94.0)	179	82.4 (76.2-87.3)	<0.01
Yes	13	9.4 (5.9-14.7)	38	17.5 (12.6-23.7)	
No					

TABLE 4: Associated factors to non-access to sexual health check-ups in female sex workers in the Metropolitan Region of Chile, 2015.

	Multivariate*	
	OR (95%CI)	p-value
Age (years)		
19-25 vs. over 38	2.8 (1.2-6.5)	0.03
25-31 vs. over 38	2.0 (0.9-4.2)	
31-38 vs. over 38	3.9 (1.5-10.4)	
Non-client relationship status		
Stable partner/lives with her versus stable partner does not live with her.	2.2 (0.9-4.9)	<0.01
Occasional partners/single versus stable partner does not live with her.	3.8 (1.9-7.4)	
Where condoms were obtained during last 12 months		
Purchased at pharmacy vs. association/group.	0. (0.3-1.8)	<0.01
At a public consult vs. association/group.	0.9 (0.37-2.5)	
UNACCESS ^a /Sexual health center vs. association/group.	0.0 (0.0-0.1)	
At work vs. association/group.	1.6 (0.5-4.6)	
Group sex during last 6 months		
Yes vs. no	2.2 (1.2-3.9)	<0.01
Knows were to get an HIV test		
Yes vs. no	10.6 (2.8-39.6)	<0.01

*Analysis adjusted by "number of children", "time since last PAP smear",

^a UNACCESS: Unidades de atención especializada en salud sexual.

References

- Allen, Betania, Aurelio Cruz-Valdez, Leonor Rivera-Rivera, Roberto Castro, María Ernestina Arana-García, and Mauricio Hernández-Avila. 2003. "Afecto, Besos Y Condones: El ABC de Las Prácticas Sexuales de Las Trabajadoras Sexuales de La Ciudad de México." *Salud Publica de Mexico* 45 (SUPPL. 5). <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003001100004>.
- Amaya, A, G Canaval, and El Viáfara. 2005. "Estigmatización de Las Trabajadoras Sexuales: Influencias En La Salud." *Colombia Medica* 36 (3 SUPPL. 2):65–74.
- Amo, Gonzalez, Losana, et al Del. 2005. "Influence of Age and Geographical Origin in the Prevalence of High Risk Human Papillomavirus in Migrant Female Sex Workers in Spain." *Sexually Transmitted Infections* 81 (1):79–84. <https://doi.org/10.1136/sti.2003.008060>.
- Andrews, Carin Hillerdal, Elisabeth Faxelid, Vanphanom Sychaerun, and Ketkesone Phrasisombath. 2015. "Determinants of Consistent Condom Use among Female Sex Workers in Savannakhet, Lao PDR." *BMC Women's Health* 15 (1). BMC Women's Health:63. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0215-0>.
- Bajos Nathalie. 1999. "L'analyse Des Comportements Face Au Risque de Contamination Par Voie Sexuelle Du VIH: Enjeux Théoriques et Préventifs Des Différentes Approches En Santé Publique." *Medecine Science*, no. 15:725–30.
- Baral, Stefan, Chris Beyrer, Kathryn Muessig, Tonia Poteat, Andrea L. Wirtz, Michele R. Decker, Susan G. Sherman, and Deanna Kerrigan. 2012. "Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Lancet Infectious Diseases* 12 (7). Elsevier Ltd:538–49. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70066-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70066-X).
- Barrientos J, Bozon M, Ortiz E, Arredondo A. 2007. "HIV Prevalence, AIDS Knowledge, and Condom Use among Female Sex Workers in Santiago, Chile." *Cadernos de Saúde Pública* 23 (8):1777–84.
- Bartlett, Joaquín. 2012. "Estrategias Y Redes Para Ocultar Y Manejar El Estigma. El Caso de Las Trabajadoras Sexuales de Las Ciudades de Villa Ángela Y Corrientes." In .
- Bekker, Linda Gail, Leigh Johnson, Frances Cowan, Cheryl Overs, Donela Besada, Sharon Hillier, and Willard Cates. 2015. "Combination HIV Prevention for Female Sex Workers: What Is the Evidence?" *The Lancet* 385 (9962). Elsevier Ltd:72–87. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60974-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60974-0).
- Belmar J;Stuardo V; Folch C; Carvajal B; Clunes M J; Montoliu A;Casabona J. 2017. "A Typology of Female Sex Work in the Metropolitan Region of Santiago, Chile." *Culture, Health & Sexuality (TCHS)*.
- Bremer, Viviane, Karin Haar, Martyna Gassowski, Osamah Hamouda, and Stine Nielsen. 2016. "STI Tests and Proportion of Positive Tests in Female Sex Workers Attending Local Public Health Departments in Germany in 2010/11." *BMC Public Health* 16 (1). BMC Public Health:1175. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3847-6>.

- Caro-Murillo, Ana María, Jesús Castilla Catalán, and Julia del Amo Valero. 2010. "Epidemiología de La Infección Por VIH En Inmigrantes En España: Fuentes de Información, Características, Magnitud Y Tendencias." *Gaceta Sanitaria* 24 (1):81–88. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.06.009>.
- Carvajal, Bielka, Valeria Stuardo, José Manuel Manríquez, Julieta Belmar, and Cinta Folch. 2017. "Adaptación de Una Encuesta Bioconductual Para La Vigilancia Del VIH En Mujeres Trabajadoras Sexuales Chilenas." *Gaceta Sanitaria*, April. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.010>.
- Carvajal B, Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J, Folch C. 2017. "Adaptación de Una Encuesta Bioconductual Para La Vigilancia Del VIH En Mujeres Trabajadoras Sexuales Chilenas." *Gaceta Sanitaria* 1377. <https://doi.org/10.1016/j.cbpc.2005.04.011>.
- Cortez A, Loredó P, Donoso C. 2007. *Diagnóstico de Riesgo Y Vulnerabilidad Frente Al VIH/SIDA En Jóvenes Inmigrantes Peruanos*. Ed. Sin Fr. Santiago de Chile.
- Davis, Alissa, Beth E. Meyerson, Blessing Aghaulor, Katherine Brown, Adisyn Watson, Kathryn E. Muessig, Ligang Yang, and Joseph D. Tucker. 2016. "Barriers to Health Service Access among Female Migrant Ugandan Sex Workers in Guangzhou, China." *International Journal for Equity in Health* 15 (1). *International Journal for Equity in Health*:170. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0453-2>.
- Deering, Kathleen N, Paranita Bhattacharjee, Janet Bradley, Stephen S Moses, Kate Shannon, Souradet Y Shaw, Reynold Washington, et al. 2011. "Condom Use within Non-Commercial Partnerships of Female Sex Workers in Southern India." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6). BioMed Central Ltd:S11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S6-S11>.
- Diez Roux, Ana V., and Allison E. Aiello. 2005. "Multilevel Analysis of Infectious Diseases." *The Journal of Infectious Diseases* 191 (s1):S25–33. <https://doi.org/10.1086/425288>.
- Douglas, Mary. 1993. *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory. Contemporary Sociology*. Vol. 22. <https://doi.org/10.2307/2074588>.
- Douglas M y Wildavsky A. 1983. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. University. Berkeley.
- Estébanez P, Fitch K, Nájera R. 1993. "El VIH Y Las Trabajadoras Sexuales." *Bulletin of the World Health Organization* 71:415–33.
- Fehrenbacher, Anne E., Debasish Chowdhury, Toorjo Ghose, and Dallas Swendeman. 2016. "Consistent Condom Use by Female Sex Workers in Kolkata, India: Testing Theories of Economic Insecurity, Behavior Change, Life Course Vulnerability and Empowerment." *AIDS and Behavior* 20 (10). Springer US:2332–45. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1412-z>.
- Folch, Cinta, Anna Esteve, Cristina Sanclemente, Elisa Martró, Rossie Lugo, Sonia Molinos, Vicky Gonzalez, Vicenç Ausina, and Jordi Casabona. 2008. "Prevalence of Human Immunodeficiency Virus, Chlamydia Trachomatis, and Neisseria Gonorrhoeae and Risk Factors for Sexually Transmitted Infections among Immigrant Female Sex Workers in Catalonia, Spain." *Sexually Transmitted Diseases* 35 (2):178–83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18046265>.

- Folch C, Lazar C, Ferrer L, Sanclemente C & J. Casabona. 2013. "Female Sex Workers and Access to Social and Health Services in Catalonia: Influence of Region of Origin and Place of Work." *AIDS Care* 25 (8):1033–38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216369>.
- Fundación Instituto de la Mujer. 2011. "Ciudadanía Y Protección de Los Derechos Humanos de La Población Inmigrante En Chile."
- Gálvez, Ana. 2014. "Lupanares, Burdeles Y Casas de Tolerancia: Tensiones Entre Las Prácticas Sociales Y La Reglamentación de La Prostitución En Santiago de Chile: 1896-1940." *Tiempo Histórico* 5, núm. 8:73–92.
- Gayet, C, C Magis, D Sacknoff, and L Guli. 2007. *Prácticas Sexuales de Las Poblaciones Vulnerables a La Epidemia de VIH/SIDA En México. Angulos Del SIDA 2007*. México, D.F: CENSIDA.Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.México.
- Ghimire, Laxmi, and Edwin Van Teijlingen. 2009. "Barriers to Utilisation of Sexual Health Services by Female Sex Workers in Nepal." *Global Journal of Health Science* 1 (1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v1n1p12>.
- Ghimire L; Smith WC; van Teijlingen E. 2011. "Utilisation of Sexual Health Services by Female Sex Workers in Nepal. TT -." *BMC Health Services Research* 11. BioMed Central Ltd:79. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-79>.
- Giddens, Anthony. 2000. *Sociología*. Edited by Alianza Editorial.
- Grath-Lone, Louise Mc, Kimberly Marsh, Gwenda Hughes, and Helen Ward. 2014. "The Sexual Health of Female Sex Workers Compared with Other Women in England: Analysis of Cross-Sectional Data from Genitourinary Medicine Clinics." *Sexually Transmitted Infections* 90 (4):344–50. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051381>.
- Hakre, Shilpa, Griselda Arteaga, Aurelio E Núñez, Christian T Bautista, Aimee Bolen, Maria Villarroel, Sheila A Peel, Gabriela Paz-Bailey, Paul T Scott, and Juan M Pascale. 2013. "Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Infections and Factors Associated with Syphilis among Female Sex Workers in Panama." *Sex Transm Infect* 89:156–64.
- Harcourt, Christine, and B. Donovan. 2005. "The Many Faces of Sex Work." *Sexually Transmitted Infections* 81 (3):201–6. <https://doi.org/10.1136/sti.2004.012468>.
- Harcourt C, Donovan B. 2005. "The Many Faces of Sex Work." *Sexually Transmitted Infections* 81:201–6.
- Herrera, Cristina, and Lourdes Campero. 2002. "La Vulnerabilidad E Invisibilidad de Las Mujeres Ante El VIH / SIDA: Constantes Y Cambios En El Tema." *Salud Pública de México* 44 (655):554–62. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n6/14045.pdf>.
- Instituto de Salud Pública de Chile. 2016. "Boletín de Vigilancia de Laboratorio. Resultados Confirmación de Infección Por VIH En Chile, 2010 - 2015." 6 (11):1–13. <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-15112017A.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile. 2017. "Censo 2017."
- Jeal, Nikki, and Chris Salisbury. 2004. "Self-Reported Experiences of Health Services among Female Street-Based Prostitutes: A Cross-Sectional Survey."

- British Journal of General Practice* 54 (504):515–19.
- Jeal N, Salisbury C, Turner K. 2008. "The Multiplicity and Interdependency of Factors Influencing the Health of Street-Based Sex Workers: A Qualitative Study." *Sexually Transmitted Infections* 84:381–85.
- Kate, Kathleen N. Deering and Steffanie A. Strathdee Shannon, and Shira M. Goldenberg. 2014. "Hiv Infection Among Female Sex Workers in Concentrated and High Prevalence Epidemics : Why a." *Curr Opin HIV AIDS* 9 (2):174–82. <https://doi.org/10.1097/COH.000000000000042.HIV>.
- Kerrigan, Deanna, Caitlin E Kennedy, Ruth Morgan-thomas, Sushena Reza-paul, Peninah Mwangi, Kay Thi Win, Allison Mcfall, Virginia A Fonner, and Jennifer Butler. 2015. "A Community Empowerment Approach to the HIV Response among Sex Workers: Eff Ectiveness , Challenges , and Considerations for Implementation and Scale-Up." *The Lancet* 385 (9963). Elsevier Ltd:172–85. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60973-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60973-9).
- Kornblit AL. 1999. "El Impacto Del Sida En Las Poblaciones." *Nueva Sociedad* 159 (0251–3552):129–39.
- Lafort, Yves, Diederike Geelhoed, Luisa Cumba, Carla Das Dores Mosse Lzaro, Wim Delva, Stanley Luchters, and Marleen Temmerman. 2010. "Reproductive Health Services for Populations at High Risk of HIV: Performance of a Night Clinic in Tete Province, Mozambique." *BMC Health Services Research* 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-144>.
- Lafort, Yves, Ross Greener, Anuradha Roy, Letitia Greener, Wilkister Ombidi, Faustino Lessitala, Hassan Haghparast-Bidgoli, et al. 2016. "Where Do Female Sex Workers Seek HIV and Reproductive Health Care and What Motivates These Choices? A Survey in 4 Cities in India, Kenya, Mozambique and South Africa." *PLoS ONE* 11 (8):1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160730>.
- Lafort, Yves, Ross Greener, Anuradha Roy, Letitia Greener, Wilkister Ombidi, Faustino Lessitala, Jolene Skordis-Worrall, et al. 2017. "Sexual and Reproductive Health Services Utilization by Female Sex Workers Is Context-Specific: Results from a Cross-Sectional Survey in India, Kenya, Mozambique and South Africa." *Reproductive Health* 14 (1). Reproductive Health:13. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0277-6>.
- Lastra, Teresa. 1997. *Las Otras Mujeres*. Santiago de Chile: Gráfica Alternativa.
- Li J, Chen XS, Merli MG, Weir SS, Henderson GE. 2012. "Systematic Differences in Risk Behaviors and Syphilis Prevalence across Types of Female Sex Workers: A Preliminary Study in Liuzhou, China." *Sex Transm Dis* 39 (3):195–200. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31823d2e2a.Systematic>.
- Luque Fernández, Miguel Ángel, and Aurora Bueno-Cavanillas. 2009. "La Fecundidad En España, 1996-2006: Mujeres de Nacionalidad Extranjera Frente a Españolas." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):67–71. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.03.004>.
- Mc Grath-Lone, Louise, Kimberly Marsh, Gwenda Hughes, and Helen Ward. 2014. "The Sexual Health of Female Sex Workers Compared with Other Women in England: Analysis of Cross-Sectional Data from Genitourinary Medicine Clinics." *Sexually Transmitted Infections* 90 (4):344–50. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051381>.

- Merrigan, M.B., Tafuma, T.A., Okui, L.A., and et al. 2015. "HIV Prevalence and Risk Behaviors Among Female Sex Workers in Botswana: Results from the 2012 HIV / STI Bio-Behavioral Study." *AIDS and Behavior*. Springer US, 899–908. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-014-0858-0>.
- Metges del Món. 2008. "Unidad Didáctica 5: Prostitución Y Salud." In .
- Ministerio de Bienestar Social de Chile. 1931. "Código Sanitario." Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile. 1931. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5113&idVersion=1968-01-31>.
- Ministerio de Higiene de Chile. 1925. *Código Sanitario de La República de Chile (Diario Oficial 20 de Octubre de 1925)*. Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile.
- Ministerio de Justicia de Chile. 1874. *Código Penal*.
- Ministerio de la Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y Universidad de Colombia. 2009. "Factores de Vulnerabilidad a La Infección Por VIH En Mujeres." Colombia.
- Ministerio de Salud de Chile. n.d. "REM Control de Salud Sexual, Trabajadoras Sexuales." 2016. <http://www.deis.cl/>.
- . 1983. "Decreto N° 362 Reglamento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual." Biblioteca Del Congreso Nacional. 1983. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12702>.
- . 2008. *Norma General Técnica N° 103 Sobre Manejo Y Tratamiento de Las Infecciones de Transmisión Sexual*.
- . 2017. "Informe Situación Epidemiológica de Las Infecciones de Transmisión Sexual En Chile, 2017," no. 1:1–24.
- Ministerio de Salud de Chile. 2007. "Decreto N° 206 Reglamento Infecciones de Transmisión Sexual." Biblioteca Del Congreso Nacional. 2007. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=260650>.
- . 2015. "Departamento de Estadísticas En Salud." 2015. <http://www.deis.cl/>.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). 2015. "Circular A 15 N° 6 Del 09/06/2015."
- Ministerio de Salud de Chile, and ONUSIDA. 2014. "Informe Nacional de Progreso Sobre SIDA En Chile GARPR 2014" 2014:188.
- Ministerio de Salud Pública de Chile. 1968. "Código Sanitario." Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile. 1968. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>.
- Monge-Maillo, Begoña, B. Carolina Jiménez, José A. Pérez-Molina, Francesca Norman, Miriam Navarro, Ana Pérez-Ayala, Juan M. Herrero, Pilar Zamarrón, and Rogelio López-Vélez. 2009. "Imported Infectious Diseases in Mobile Populations, Spain." *Emerging Infectious Diseases* 15 (11):1745–52. <https://doi.org/10.3201/eid1511.090718>.
- Montecinos S, Matus C, Donoso C. 1999. "Prostitucion Juvenil Urbana ." Santiago de Chile. <http://www.edgardotoro.cl/wp-content/uploads/2015/01/prostitucion-juvenil-urbana1.pdf>.
- Muñoz F, Zamorano P, Alvarado P. 2007. *Caracterización Del Trabajo Sexual En La Región Metropolitana de Chile*. Santiago de Chile: Grafica LOM. http://www.criaps.cl/descarga/rpp_02_2485CaracterizaciondelTrabajoSexual.

- pdf.
- ONUSIDA. 2005. "Guías Prácticas Para Poner En Marcha La Vigilancia de Segunda Generación." http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc742-initiatingsgs_es.pdf.
- . 2017. "UNAIDS Data 2017." <https://doi.org/978-92-9173-945-5>.
- OPS, Family Health International (FHI), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), and World Health Organization (WHO). 2009. "Guía Para La Planificación de La Serovigilancia de La Infección Por El VIH, La Prevalencia de Las Infecciones de Transmisión Sexual Y Los Componentes Conductuales de La Vigilancia de Segunda Generación de La Infección Por El VIH." http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/VALORACION_PREVIA2.pdf.
- Organización internacional del Trabajo (OIT). 2017. "Mujeres Migrantes En Chile: Oportunidades Y Riesgos de Cruzar Fronteras Para Trabajar."
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. "Informe Sobre La Salud En El Mundo 2002: Reducir Los Riesgos Y Promover Una Vida Sana." *Organización Mundial de La Salud OPS*, 175.
- . 2010. "A View of Sexual and Reproductive Health through the Equity Lens." *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation*, 1–12. https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44344/1/9789241599528_eng.pdf#page=9.
- Palma, I, H Abarca, and C Moreno. 2002. "Estrategias de Prevención En Salud Sexual Y Reproductiva En Jóvenes de América Latina Y El Caribe. Hacia Una Nueva Síntesis de Enfoques." http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategias_de_Prevencion_en_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_Jovenes_en.pdf.
- Peralta G. 2015. "Cafés Chinos: Los Moteles de Nuestros Tatarabuelos." 2015. <http://www.lun.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2013-09-08&NewsID=32516&BodyID=0&PaginaId=10&SupplementId=2>.
- Phrasisombath, Ketkesone, Sarah Thomsen, Vanphanom Sychareun, and Elisabeth Faxelid. 2012. "Care Seeking Behaviour and Barriers to Accessing Services for Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Laos: A Cross-Sectional Study." *BMC Health Services Research* 12 (1). BioMed Central Ltd:37. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-37>.
- Pitpitan, Eileen V, Seth C Kalichman, Lisa A Eaton, Steffanie A Strathdee, and Thomas L Patterson. 2013. "HIV/STI Risk among Venue-Based Female Sex Workers across the Globe: A Look Back and the Way Forward." *Current HIV/AIDS Reports* 10 (1). NIH Public Access:65–78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23160840>.
- Platt, Lucy, Emma Jolley, Tim Rhodes, Vivian Hope, Alisher Latypov, Lucy Reynolds, and David Wilson. 2013. "Factors Mediating HIV Risk among Female Sex Workers in Europe: A Systematic Review and Ecological Analysis." *BMJ Open* 3:e002836-. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/7/e002836.full#ref-35>.
- Raymond, H. F, T Ick, M Grasso, J Vaudrey, and W McFarland. 2007. "Resource Guide: Time Location Sampling (TLS) Table of Contents C . Choosing A

- Sampling Method.”
- RedTraSex. 2014. “PONTE EN NUESTROS ZAPATOS. Guía de Buenas Prácticas Para El Personal de Salud.” http://www.redtralsex.org/IMG/article_PDF/article_a1328.pdf.
- Redtralsex y Fundación Margen. 2013. “Estudio Sobre Estigma Y Discriminación En Los Servicios de Salud a Las Mujeres Trabajadoras Sexuales En América Latina Y El Caribe.” http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/chile_-_estudio_ss.pdf.
- Rekart ML. 2005. “Sex-Work Harm Reduction.” *Lancet* 366 (95033):2123–2134. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67732-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67732-X).
- Rhodes, Tim. 2002. “The ‘Risk Environment’: A Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm.” *International Journal of Drug Policy* 13 (2):85–94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5).
- Richter ML, Chersich M, Temmerman M, Luchters S. 2013. “Characteristics, Sexual Behaviour and Risk Factors of Female, Male and Transgender Sex Workers in South Africa.” *South African Medical Journal* 103 (4):246–51.
- Robertson, Angela Marie, Jennifer L Syvertsen, M Gudelia Rangel, Hugo S Staines, Martina Morris, Thomas L Patterson, Monica D Ulibarri, and Steffanie A Strathdee. 2013. “Concurrent Sexual Partnerships among Female Sex Workers and Their Non-Commercial Male Partners in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico.” *Sexually Transmitted Infections* 89 (4):330–32. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050693>.
- Sáez C, Aravena F. 2008. “El Derecho a Ejercer El Comercio Sexual En Chile.” IV Congreso de Teoría Constitucional. Santiago de Chile. 2008. http://congresoconstitucional.cl/wp_content/uploads/2010/08/Carolina-Saez_1252892295.pdf%0A.
- Salazar C. 2011. “Apuntes Sobre La Edad Dorada versus La Edad Oscura de Las clásica ‘Casa de Remolienda Santiago.’” *Memoria Chilena, Artículos Para El Bicentenario*. http://www.memoriachilena.cl/602/articles-123213_recurso_2.pdf.
- Salazar G, Pinto J. 2010. *Historia Contemporánea de Chile, Tomo IV*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Salazar G y Pinto J. 2010. *Historia Contemporánea de Chile, Tomo IV*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Savia, Fundación. 2012. “La Política Pública de Prevención Y Atención Integral Del VIH Sida En Mujeres Que Ejercen El Comercio Sexual.” Santiago de Chile. http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/INVESTIGACION_-COMERCIO_SEXUAL_-_2012.pdf.
- Shannon, Kate, Steffanie A. Strathdee, Shira M. Goldenberg, Putu Duff, Peninah Mwangi, Maia Rusakova, Sushena Reza-Paul, et al. 2015. “Global Epidemiology of HIV among Female Sex Workers: Influence of Structural Determinants.” *The Lancet* 385 (9962):55–71.
- Shannon K, Goldenberg SM, Deering K, Strathdee S. 2014. “HIV Infection among Female Sex Workers in Concentrated and High Prevalence Epidemics: Why a Structural Determinants Framework Is Needed.” *Curr Opin HIV AIDS* 9 (2):174–82. <https://doi.org/10.1097/COH.000000000000042.HIV>.
- Sociás ME, Shoveller J, Bean C, Nguyen P, Montaner J, Shannon K. 2016.

- "Universal Coverage without Universal Access: Institutional Barriers to Health Care among Women Sex Workers in Vancouver, Canada." *PLoS ONE* 11 (5):1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155828>.
- Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J, Carvajal B, Folch C, Montoliu A, Casabona J. 2016. "Prevalencia de VIH Y Características de Las Mujeres Trabajadoras Sexuales En La RM, Chile." In *XXXIV Reunión Anual de La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) Y XI Congresso Da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)*.
- Szwarcwald, Célia Landmann, Giseli Nogueira Damacena, Paulo Roberto Borges de Souza-Júnior, Mark Drew Crosland Guimarães, Wanessa da Silva de Almeida, Arthur Pate de Souza Ferreira, Orlando da Costa Ferreira-Júnior, and Inês Dourado. 2018. "Factors Associated with HIV Infection among Female Sex Workers in Brazil." *Medicine* 97 (November 2017):S54–61. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009013>.
- Tallis, Vicci. 2005. "Género Y VIH/SIDA. Informe General."
- Tamene, Masresha Molla, Gizachew Assefa Tessema, and Getahun Kebede Beyera. 2015. "Condom Utilization and Sexual Behavior of Female Sex Workers in Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *Pan African Medical Journal* 21:1–10. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.50.6009>.
- Trostle J. 2005. *Epidemiology and Culture*. Cambridge. New York.
- Valerio, Lluís, Sílvia Roure, Ana Rubiales, M. Dolors Tenas, Gema Fernández-Rivas, Octavi Martínez-Cuevas, and Nemesio Moreno. 2009. "Enfermedades Infecciosas Importadas Asociadas a Los Desplazamientos Internacionales de Inmigrantes Adultos En Visita a Familiares Y Amigos." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):86–89. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.006>.
- Verscheijden, Maud M. A., Petra J. Woestenberg, Hannelore M. Götz, Maaike G. van Veen, Femke D. H. Koedijk, and Birgit H. B. van Benthem. 2015. "Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers Tested at STI Clinics in the Netherlands, 2006–2013." *Emerging Themes in Epidemiology* 12 (1). BioMed Central:12. <https://doi.org/10.1186/s12982-015-0034-7>.
- Vives-Cases, Carmen, Diana Gil-González, Juncal Plazaola-Castaño, María Isabel Montero-Piñar, Isabel Ruiz-Pérez, Vicenta Escribà-Agüir, Gaby Ortiz-Barreda, and Jordi Torrubiano-Domínguez. 2009. "Violencia de Género En Mujeres Inmigrantes Y Españolas: Magnitud, Respuestas Ante El Problema Y Políticas Existentes." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):100–106. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.008>.
- Wahed, Tasnuva, Anadil Alam, Salima Sultana, Monjur Rahman, Nazmul Alam, Monika Martens, and Ratana Somrongthong. 2017. "Barriers to Sexual and Reproductive Healthcare Services as Experienced by Female Sex Workers and Service Providers in Dhaka City , Bangladesh," 1–19.
- Yanli Guo, Xiaoguo Xu, Gengfeng Fu, Xiping Huan, Ning Jiang, Yueping Yin, Xiangsheng Chen. 2017. "Risk Behaviours and Prevalences of HIV and Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Various Venues in Changzhou, China." *International Journal of STD & AIDS* 28 (11):135–1142. <https://doi.org/DOI: 10.1177/0956462416689763>.

Objetivos 3 y 4

- **Mecanismos de información y estrategias de prevención vinculadas a la salud sexual, utilizadas por las MTS en la RM.**
- **Barreras y facilitadores que intervienen en el acceso a servicios de salud sexual para las MTS en la RM.**

Abstract

Objectives: Describe the use of specialized sexual healthcare (SHC) services by female sex workers (FSW) in the Metropolitan Region of Santiago, Chile (MR); identify facilitators and barriers to accessing SHC; and characterize the prevention strategies associated with the relatively low prevalence of HIV/STD among FSW in Chile. **Methods:** Qualitative, descriptive study based on semi-structured interviews with 18 FSW over the age of 18 years living in the MR; participants had diverse backgrounds, including nationality, age, work schedule and location, and access to SHC. **Results:** FSW reported limited access to SHC, identifying personal and structural barriers such as visits interfering with work, insufficiently holistic care, lack of confidence that clinic staff will keep their information confidential, and hours of operation that do not fit their schedules. Despite limited access to SHC, FSW reported that they sought SHC and used HIV/STD prevention strategies relevant to the local epidemiological context. **Conclusion:** Public policies should take into account the local labor dynamics and the lifestyle of FSW, including issues relating to immigration status. Furthermore, SHC centers should adopt a more holistic approach and adhere more consistently to non-discrimination policies and procedures.

Introduction

Female sex workers (FSW) are highly vulnerable to social and economic inequities as a result of unsafe working environments, violence, poverty, and formidable discrimination (Rekart ML 2005; Pitpitan et al. 2013; Platt et al. 2013; Shannon et al. 2015). Moreover, this group faces insufficient access to social and health services due to various barriers, such as previous experiences of discrimination, a critical or negative attitude on the part of healthcare providers, and inconvenient operating hours or locations of healthcare facilities (Jeal and Salisbury 2004; Ghimire L, Smith WC, van Teijlingen E 2011; Phrasisombath et al. 2012; Madrid R 2015; Wahed et al. 2017; Lafort et al. 2016b).

According to numerous studies, this vulnerability and lack of access to healthcare creates an elevated susceptibility to HIV and other sexually-transmitted diseases (STDs) within the FSW population. FSW show a higher prevalence of STDs such as *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in many parts of the world (Folch et al. 2008; Platt et al. 2013; Grath-Lone et al. 2014; Merrigan et al. 2015). In terms of HIV, FSW who inject drugs have the highest rates of infection (Platt et al. 2013).

The prevalence of HIV/STD infection among FSW is attributable not only to behavioral factors such as drug use or failure to use condoms, but also to structural factors such as issues related to immigration status, the criminalization of sex work, various types of violence, and precarious social safety nets (Pitpitan et al. 2013; Platt et al. 2013; Shannon et al. 2015). According to some authors, the multiplicity of elements involved in this vulnerability create several different scenarios of HIV susceptibility associated with specific profiles of FSW (Allen et al. 2003; Harcourt C 2005).

In Chile, the Penal Code (Ministry of Justice of Chile, 1874) does not explicitly prohibit sex work, other than activities involving minors or human trafficking. The

current Health Code (Ministry of Public Health of Chile, 1968) prohibits “closed brothels” or “call houses.” However, as in most countries, there are many closed and open areas where clandestine sex work occurs, and the FSW involved face intense social vulnerability (Belmar J; Stuardo V; Folch C; Carvajal B; Clunes M J; Montoliu A; Casabona J 2017).

Chile provides a targeted healthcare program for male and female sex workers (SW) called *Sexual Healthcare and Testing Units* (Spanish acronym UNACCESS, *Unidades de Atención y Control de Salud Sexual*). This program is voluntary and is offered free of charge at specialized STD units within the Public Healthcare Network. Moreover, as do all females residents of Chile, FSW have access to gynecology services provided at public Family Healthcare Centers (Spanish acronym CESFAM, *Centros de Salud Familiar*) within the primary care network, although these services are not specialized to the specific population of FSW.

After the year 2007, there was a sharp decrease in the number of SW seeking SHC visits in the Metropolitan Region of Santiago, Chile (MR) (Chilean Ministry of Health, 2015). While there are no specific studies to explain this phenomenon, it is noteworthy that the SHC program became voluntary in 2007. Prior to that year, the program was mandatory and enforced by police. Various programs to increase awareness and promote HIV/STD prevention strategies also ended in 2007. Prohibitions against sex work in closed locations and social discrimination against FSW also create barriers to compliance with health recommendations (Jeal and Salisbury 2004). Interestingly, despite the low figures for SHC visits among FSW, the overall prevalence of HIV and other STDs is relatively low in the MR (Chilean Ministry of Health and UNAIDS 2014; Stuardo et al. 2016).

Given the above, it seems relevant to ask: What are the utilization pathways for SHC among FSW in the MR? What elements facilitate or obstruct access to the specialized UNACCESS program, and to adequate healthcare services in general, among the FSW population in the MR? Why does HIV/STD prevalence remain low,

despite the limited access to specialized SHC services and social vulnerability of the FSW? What strategies do FSW use to prevent infection?

In the context of a larger bio-behavioral project on FSW in the MR, the objectives of this study were to describe utilization of SHC centers among FSW in the MR; identify facilitators and barriers to accessing these centers; and describe the HIV/STD prevention strategies that contribute to the relatively low rate of infection among FSW in the MR.

Methods

This qualitative, descriptive study, based on semi-structured interviews of 18 FSW in the MR over 18 years of age, was conducted between May and June of 2017. The sample was selected using the criterion of heterogeneity of cases in order to gather perspectives from a diverse profile of FSW, reflecting the complexity of the phenomenon and the multiplicity of relevant experiences. The selection criteria were age, work schedule (day or night), work location (street, nightclub, apartment building, or other), use of specialized SHC services, and country of origin. The participants were recruited from a non-governmental organization that serves sex workers, which made the initial contact with study candidates. The length of time and intensity of connection with the organization varied from years of active participation to a recent and precarious association. Data was collected using an interview template with 9 dimensions: sociodemographic characteristics, history of sex work, history of SHC utilization, sexual practices, knowledge about sexual and reproductive health, HIV/STD prevention strategies with clients and personal sexual partners, motivations associated with prevention, and access to SHC services. The sample size of FSW was adequate to reach information saturation.

To gather opinions from non-governmental and civil society organizations (NGO and CSO) associated with this issue, we also conducted a focus group with 7

representatives of groups that provide education and/or healthcare to FSW. The template for the focus group included several dimensions regarding the representatives' observations of FSW: sexual practices with clients and personal sexual partners; knowledge about sexual and reproductive health, HIV/STD prevention strategies with clients and personal sexual partners, and access to SHC services.

The qualitative data emerging from the interviews with the key informants, including the FSW and NGO/CSO representatives, were evaluated using narrative analysis. The data for Chilean and foreign-born women, women of different age groups, women working in closed and open spaces, and women working during the day and at night were compared.

The project and the informed consent process were approved by the Ethics Committee of the University of Chile School of Medicine.

Ethical Considerations

The project (including participant information sheets and informed consent forms) was approved by the Committee of Ethics of the Faculty of Medicine of the Universidad de Chile. Each FSW signed an informed consent before participating in the study.

Results

Study sample

Interviews with female sex workers

The study sample consisted of 18 FSW living in the MR who engaged in sex work on the street or in topless cafes, nightclubs, or apartment buildings. Of the total sample, 11 worked during the day and 7 at night; moreover, 7 were foreign-born and 11 were Chilean. The median age of the sample was 37.4 years, with a range

of 18 to 69 years. Of the total sample, 5 of the FSW participated in the free SHC program, while 13 did not (Table 1).

Focus group with members of NGO/CSO that serve FSW

The focus group consisted of 4 representatives from an organization that serves FSW; 1 representative from a CSO that provides HIV/STD prevention programs and performs research with various populations, including FSW; and 2 representatives of an NGO that provides sexual health-related education, prevention materials, and clinical care to various populations (Table 2).

1. Sexual healthcare: utilization pathways, expectations, strengths and weaknesses, and barriers and facilitators to access

1.1 Sexual healthcare in the primary care network for the general population

Utilization pathways: Most of the Chilean women in the study did not receive SHC services until their first pregnancy, generally during adolescence, and this care typically consisted of entirely of prenatal and postnatal visits. The foreign-born women, on the other hand, reported receiving earlier and more holistic SHC, including family planning, discussions with the provider, exams, and medications.

Nearly one third of the women interviewed currently receive regular care through CESFAM, including visits with a nurse-midwife, but do not report their activity as a sex worker due to fear that their activities will be reported, that they will be judged or criticized, that they will be treated poorly by staff, or that they will become the target of discrimination. Therefore, the women only receive the standard care offered to women in the general population. Only 2 women reported that they receive regular care through CESFAM and have reported their activity as a sex worker to the staff.

Other than the higher levels of SHC received by the foreign-born women prior to initiating sex work activity, there were no significant differences between the various groups of women in terms of utilization pathways.

Treatment expectations and services sought: The women primarily expect to be treated well by the staff and providers. The FSW reported that they seek to receive regular check-ups to detect and treat STDs or other pathologies related to sexual health.

1.2 Specialized SHC for FSW

Utilization pathways: Three utilization categories were identified, according to the type of specialized SHC accessed: women who currently receive regular care (4); women who have stopped receiving care (4); and women who have never received care in the specialized SHC system (10). The first two groups included women who had initiated their activity as a sex worker when the SHC program was mandatory as well as FSW who are served by the NGO *Fundación Margen*. The FSW who had stopped receiving care were all women over the age of 40 years who had initially received care when the program was mandatory and then stopped seeking services after it became voluntary. The reasons for stopping care reported were varied, but a common theme was simply that the program was voluntary and therefore not required. Finally, the FSW who had never received SHC were mainly Chilean women under the age of 25 years. While most of the women in this third group do not receive any kind of medical care at all, some of the women receive standard primary care at a CESFAM office near their home, at another clinic, at pharmacies near their work.

Disposition of FSW who do not receive specialized SHC to begin seeking care: The majority of the women who do not receive specialized SHC reported that they intended to do so in the near future. Many women stated that they would be more willing to seek care if someone from the NGO/CSO would provide them with transportation to the appointment. One of the FSW reported that she

would like to seek care but has not done so because she is afraid of being registered as a sex worker. Only one woman stated that she had no interest in seeking specialized SHC because she felt that the care she received at through CESFAM was sufficient.

NGO/CSO representatives reported that the foreign-born FSW showed greater interest in seeking specialized SHC.

"They ask and ask about it when they... come to Chile and get involved with an organization, in this case with Fundación Margen, 'where is the sexual health center here?'" —CSO1

Treatment expectations and services sought: The FSW identified four main types of issues relating to SHC: services, care, privacy, and access. The NGO/CSO representatives in general agreed with these observations (Table 3).

Positive aspects of care received: Both the FSW the focus group participants from the NGO/CSO reported that a major positive aspect of the specialized SHC program is that the nurse-midwives at the centers treat the women very well. The interviewees also mentioned that they seek care at these centers to confirm that they are healthy. There were no significant differences between the groups compared.

"Because, these days, at UNACESS, there are no worries about how you will be treated by the nurse-midwife, I mean, the nurse-midwife specializes in treating sex workers." —CSO2

Negative aspects of care received: In terms of negative aspects of the SHC program, the FSW mentioned that they are seldom provided with condoms, that the practitioners only check the vagina, and that they are often sent to another facility for some of their testing. There were no significant differences between the groups compared. The focus group participants agreed with these observations, adding that the care provided lacks an educational component.

"... [It would be better if] the instruments weren't so old and that things were more specialized, because sometimes you have to send them somewhere else for testing since we don't have everything here..." —**FSW 07**

Facilitators to access: Many interviewees mentioned the activities of the NGO *Fundación Margen* as a major facilitator to access, as the organization coordinates UNACESS visits for the FSW on a weekly basis. The focus group participants added that the personal interest of the foreign-born FSW in seeking care is a facilitator and that the FSW in general recognize that they need to be tested and treated. Finally, the FSW reported that they are encouraged to seek care by the owners of establishments, who tend to require that workers be tested periodically for STDs.

*"The topic is openly discussed, and here we have figured out that women go to certain places because the owners ask for it, we know that a lot of the owners ask for it**" (**the identity card certifying health provided by the National Health Services)." —**CSO1***

Barriers to access: Interviewees identified both personal barriers and obstacles associated with the services provided. There were no significant differences between the groups compared (Table 4).

Personal barriers: The most commonly-cited barriers were lack of interest, concerns about visits interfering with work, and fear of exposing their status as a sex worker.

Institutional barriers: There was a general consensus one major barrier is lack of trust that private health information will be kept confidential. Other barriers cited were inconvenient clinic schedules or locations. There were no significant differences between the groups compared. The foreign-born FSW also noted that they are unable to access certain centers if their immigration papers are not current.

The focus group participants agreed with these observations from the FSW and added that other elements, such as small spaces and a lack of privacy at the centers, also represent barriers. The NGO/CSO representatives also noted that some of the reception staff treat the FSW poorly, which may discourage them from seeking care.

"But some people don't go because they know it will be a waste of time, that it won't be a place... that they can go and feel okay about going into, that they will be well cared for... instead everyone will be looking at them like, 'Oh, look what's walking in the door now.'" — CSO2

Suggestions for improvement: Many of the recommendations from the FSW addressed two major elements of the centers: the location and the focus of the services provided. Some of the women suggested that they would like to receive care in centers that are specialized for FSW, located near their place of work. Others suggested that holistic care should be provided within public facilities for the general population, but with specific services for FSW. The women also reported that there is an unmet need for urgent care services.

"If they offered something close by, like in those vans that they use for going around to test old people's blood pressure... you could get in and have your blood pressure taken, get tested, and pick up some condoms." —FSW11

"It would be great if... (the centers were near where we work). Then we would have no excuse for not going to get tested (...) "because a lot of women avoid it (...) that way they would have all of the information right away." —FSW15

The NGO/CSO personnel interviewed agreed that urgent care services are needed. These interviewees added that the clinics should renew their focus on patient rights, that the appearance of the centers should be improved, and that NGO/CSO staff should visit the sex work venues and offer incentives in order to promote education and testing.

"We always give an educational piece to staff called "the critical route" because of course, as health professionals, we might be very well trained on all of these topics, but the rest of the staff is part of a "critical route" to care that can be filled with obstacles. It's important that everyone, not just the healthcare professional, be on the same wavelength –the receptionist, the elevator guy, the cashier (...) Insensitive treatment by any of these staff members can be an obstacle to access for women." –NGO1

2. Perception of HIV/STD risk

With partners: There was nearly complete consensus among the FSW that the risk of acquiring HIV/STD when engaging in sex with a personal partner is low, because they have stable partners that they trust.

With clients: The FSW reported that they believed their theoretical risk of acquiring HIV/STDs is high when engaging in sex with clients. The interviewees attributed this risk to exposure to numerous individuals as well as the fallibility of condoms, which is the main prevention method used.

Regarding the first point, the FSW reported that they know that the greater number of clients, the greater their exposure. The women also noted that they feel that HIV/STD prevalence is higher than in the past and that it is highly likely that at least some of their clients have STDs. Finally, the FSW reported that they believed that some of their clients do not care whether they harm the women or even actively wish to do them harm. The women noted that clients often express that they did not want to use a condom and sometimes remove or break the condom intentionally. In addition to fear of contracting an STD, the FSW reported that they sometimes feel disgusted by the bodies of their clients, due to poor hygiene or because they handle money before touching them.

"Personally, my risk of getting some kind of disease is about 30%, I think. It might be as high as 50% because I am more exposed, obviously. A normal person only has one partner at a time, but you don't know if that person has multiple partners. And since I am more

aware of the chance of getting a disease, I take extra care of myself (...). I think that it's partly luck, sometimes, not getting sick even if your defenses are down. I don't know, I think it's a lot of things. Some of it is chance, and some of it is science, but it doesn't bother me that much." —**FSW 02**

In terms of the security provided by condoms, there was a consensus that the possibility of breakage is a constant source of risk. One of the interviewees also noted that condoms do not protect against every disease.

The FSW felt that their perceived risk is somewhat offset by self-care measures, especially the use of prevention strategies. The interviewees recognized that these strategies cannot bring their risk to zero, principally because of the possibility of a condom breaking, but they believed that they could reduce their risk considerably.

"I think that there's a low chance of contracting AIDS, because I am really careful. Of course, I know that the condom is saving my life, and I want to protect my life." —**FSW18**

The only women who reported occasionally not using condoms noted that she understood that her risk was higher because of this choice. There were no significant differences between the groups compared in terms of perceived risk of contracting HIV/STDs from clients.

3. Sexual health knowledge and prevention strategies to reduce HIV/STD risk among FSW

3.1 Knowledge regarding HIV/STD prevention

Level of knowledge: All of the FSW interviewees reported that they had a high level of knowledge on this topic, although each participant also recognized that they do not have exhaustive knowledge of every relevant sexual health-related issue. The women added that they seek out new information from various sources, such as the internet, television, coworkers, and educational information

given to their children at school. There was no consensus on whether the older or younger FSW have more comprehensive knowledge.

"I mean, do I know everything? Of course not. I know I don't know it all, but I think I know most of what I need to know. You forget some things over time, but I remember most of it." —FSW 01

"I think that the information we have, I mean our generation, those of us who are about 20 to 30, we know more, because we are online more. The older women aren't as good with the technology." —FSW 02

According to the focus group participants, the FSW who are active with the NGO *Fundación Margen* and the women with multiple years of experience with sex work tended to have adequate levels of knowledge. On the other hand, the FSW who are not as well-connected, especially the younger women, are more often misinformed and/or have inadequate levels of knowledge. The NGO/CSO staff also noted that the foreign-born women sometimes had more difficulty accessing NGO/CSO services and/or had less knowledge regarding sexual health-related issues than the Chilean women.

Specific knowledge possessed: No specific questions or standardized tests were used to gather data on the level of knowledge on specific topics among FSW, other than a single item in which the participants were asked which STDs and symptoms they could identify. However, the topics mentioned spontaneously during the interviews on prevention strategies were analyzed.

The results of this analysis indicated that many of the women possess knowledge on the following topics: rationale and proper techniques for condom use to prevent STDs and pregnancy; importance of inspecting the genitals of clients before initiating sexual activity; risk associated with condom breakage and strategies for addressing this problem; and risk of disease transmission via fluids and/or lesions.

In terms of specific STDs, there was more knowledge on symptoms than on names of the diseases. The FSW interviewed reported that they inspect their male clients for genital warts, red or discolored penile skin, a bad odor, and the presence of pubic lice (or a tendency to scratch). In terms of symptoms in females, the interviewees reported that they know to look for itching, warts, and vaginal secretions with a bad odor.

The names of STDs mentioned included syphilis, HIV, and genital warts.

Interviewer: *Okay. But have you heard about the symptoms of gonorrhea, or syphilis, what to look for...?*

Interviewee: *"No, the only thing I've heard is that the man's penis is in bad shape." —FSW18*

The FSW interviewed did not tend to know the symptoms of specific diseases, except for HIV. In terms of HIV, most of the women reported that they know that disease tends to be asymptomatic during the early stages.

"So, they get quiet, and say, 'well, but, look at me, you can see that I don't have anything.' I tell them, 'you can't tell by looking who has AIDS, you just can't.' I mean, you can't look at someone's face and figure out whether or not they have it. They'll say, 'yeah, but I don't have it, I'm clean, look at me,' or sometimes, 'smell me, I'm clean.' I tell them, 'yeah, but no one smells like they have AIDS or looks like they have AIDS... it's not like people walk around with a mark on them that says 'I have AIDS.'" —FSW 03

In general, there were no significant differences between the groups of FSW compared. However, the foreign-born women expressed more concern about receiving regular PAP smears and testing for cervical and uterine cancer, especially the women who reported a longer history of sexual and reproductive healthcare in their countries of origin before beginning sex work activities.

The focus group participants reported that the strongest aspects of the knowledge among FSW include condom use, STD symptoms, and how to perform safer oral sex.

Sources of information: Both the FSW and the focus group participants from NGO/CSO reported that other FSW were the major source of information for the women, followed by the NGO *Fundación Margen* and the owners of local sex work establishments. Other sources of information identified were specific to subgroups of FSW: the internet in the case of the younger women; NGO/CSO in one's country of origin in the case of the foreign-born women; UNACCESS personnel in the case of Chilean women; and pharmacy personnel near their place of work in the case of FSW older than 50 years of age.

"She told us about the place where she came from, and how she got her information, specifically that the organization leaders provided information to the younger ones, like peer workshops, very similar to what we do here." —**CSO1**

3.2 Prevention strategies

With a partner: Most of the women reported that they do not use condoms with their personal long-term partners because neither they nor their partner like them, and because they trust one another. They added that condoms are not necessary because they use another type of contraceptive, and their main concern is preventing pregnancy. There were no significant differences between the groups compared.

With clients: There was total consensus that the main prevention measure is consistent use of condoms, both for vaginal and oral sex. Anal sex was not mentioned, other than to note that this practice occurs very infrequently with clients. Only one of the women interviewed, an older FSW, reported that she sometimes agrees not to use a condom if the client offers her more money.

The second-most cited strategy was inspecting the penis of the client to check for symptoms of disease. All of the women who reported using this measure were over the age of 25 years.

"We can recognize genital warts if we see them. Because I look at their penis, even with a condom on. Because you want to have as little contact as possible, if I see that he has something on his penis, testicles, between the legs, then I tell them, well, I can't serve them."
—**FSW 02**

The other most commonly-reported strategies were: abstaining from kissing their clients in order to avoid contracting infections that might be present in the mouths of men; using a second contraceptive method as backup in case of condom failure; and washing their genitals after engaging in sexual activity. The first of these three measures was only mentioned by women over the age of 25 years; the second only by women under the age of 25 years; and the third by women of all ages. The third measure was considered to be an element of basic hygiene.

In terms of strategies for correct condom use, there was significant consensus that it was important to be vigilant for breakage and to react quickly if breakage occurs. Moreover, the FSW reported carrying multiple condoms so that they could change them as needed. Finally, the women mentioned using lubricant and/or double condoms.

"I am really aware, because I check it myself, and I touch it and put on lubricant... (...) I don't want it to break, because sometimes the condoms are expired (...). I'm always aware and looking out for that, touching it and checking it. That's something I never forget to do."
—**FSW01**

Strategies to address condom breakage consisted largely of various cleaning techniques, including rinsing with plain water, using "cleansing" suppositories of unspecified composition, rinsing with urine, rinsing with a chlorine solution, and vaginal douching with water.

Other measures to avoid STDs including refusing to service men who were dirty or who appeared to have a disease; refusing to allow clients to perform oral sex; refusing to allow clients to perform digital penetration or put saliva on their body;

asking the client to wash his hands and genitals prior to sexual contact; and using positions that minimize contact. Many women also reported that they avoid overconsumption of alcohol so that they can remain in control of the situation. Women above 40 years of age who work in brothels mentioned using masturbation to avoid penetration.

Finally, some FSW reported relying on outdated measures, such as applying an insecticide powder that is sometimes used in Chile to combat genital lice. Similarly, some women mentioned that they use chlorine solutions, alcohol gel, or disinfecting wipes on the genitals of their clients that have warts or other abnormalities.

One of the women over 50 years of age with over 30 years of experience in sex work reported:

"I tell them, sure, no problem, but you have to pay extra. Sometimes I also do it without a condom. I charge more for that. But I disinfect them really well first. I carry condoms in my bag, and alcohol and chlorine. I wash their penis with that. I am diabetic, so I have to take care of myself, obviously." —**FSW10**

The focus group participants largely concurred with the observations of the FSW. The interviewees noted that some FSW use outdated and ineffective measures such as washing with a chlorine solution or urine after sexual activity, using a double condom, or cleaning the penis with a wipe before performing oral sex. In terms of effective strategies, the focus group participants also mentioned consistent condom use, using condoms for oral sex, avoiding overconsumption of alcohol, remaining vigilant for problems during sex work activities, avoiding anal sex, avoiding group sex, and using masturbation or erotic games to avoid penetration.

"So, the other thing is that most of the men, they don't come right from work. They go out somewhere first... they eat and drink and everything, and they're wasted by the time they get here. If a girl is smart, they get them to keep drinking after they get here, so all it

takes is a little wiggle, and they are done before they even penetrate her... Then it's, see you later, alligator, and they can move on to the next one. That's another way to stay in control." —**CSO1**

Sources of prevention materials: All of the FSW mentioned the NGO *Fundación Margen* as their main source of prevention materials. Other sources included UNACESS, CESFAM centers, pharmacies, and the workplaces of the FSW.

Motivations for using prevention strategies with clients: For most of the FSW, the strongest motivation is the desire to prevent disease and thereby protect their families. The women also mentioned the disgust they felt towards their clients, the importance of avoiding pregnancy, the desire to feel clean, the desire to protect their partner, and the need to care for their body, which is the instrument of their work.

"I think that, those of us who are mothers of little kids, we take better care of ourselves than those that are older and have lived through more. Because for them the priority is to keep their clients." —**FSW2**

"Obviously, I am the main source of income for my household, and my work instrument is my body, so if I am not well, I can't work. So, I have to care for my body." —**FSW16**

The focus group participants reported that the strongest motivation for using prevention strategies is the desire to remain healthy and thereby remain part of the group, because FSW that do not use these strategies are ostracized. Other motivations cited included self-care, avoiding problems at home, and caring for their families, as the women are the main source of income and therefore cannot afford to become ill.

Discussion

Utilization of SHC centers

The results of this qualitative, exploratory study indicate that many FSW utilize SHC, but others have no access to these services. Among the women who seek SHC, some receive specialized services for FSW, while others receive care in clinics that are not focused on this population, such as public primary care centers (CESFAM) and private doctors. In agreement with an international study, some of the FSW reported seeking care in facilities that only provide some of the necessary services, such as private laboratories for STD testing, or pharmacies for prescriptions and medications to treat STDs (Davis et al. 2016). Furthermore, as also reported in other international studies, expectations for SHC included being treated well, prompt service, and regular check-ups to detect and treat STDs and other diseases (Lafort et al. 2010, 2016).

Among the group of women who do not receive any type of SHC, some interviewees reported that they are vaguely aware of the existence of specialized SHC facilities for FSW and are theoretically interested in such care. As in other studies (Folch C et al. 2013), many of the foreign-born FSW in particular stated that they would like to seek care at these clinics but have not done so because they do not have proper immigration papers, while other women were unsure of how to access the clinic (Folch C et al. 2013). Other FSW mentioned that they would be open to receiving care if a volunteer would accompany them. Finally, some women reported that they are not interested seeking care because they are concerned about revealing their activities as a sex worker.

Barriers and facilitators to accessing specialized SHC centers for FSW

This study demonstrated that a major facilitator to access was that the nurse-midwives at the specialized clinics treat the women very well. This finding is

positive, as good service is a key aspect of acceptance and compliance with care. However, this factor is more strongly associated with care than with access, as this element is most relevant to the FSW who already utilize the centers. Furthermore, the women noted that the administrative and other non-clinical staff do not always treat the women well, which creates a barrier to access.

In the opinion of representatives from NGO/CSO that work with FSW, other facilitators are the interest in accessing the SHC centers on the part of foreign-born FSW who have immigrated to Chile; the progressive assumption of an identity as a FSW; and, of course, the work that the NGO/CSO perform to link FSW with these health centers. This last point is key because the community surrounding FSW plays an important role in HIV prevention, as has been described in other studies. (Bekker et al. 2015; Kerrigan et al. 2015). In Chile, NGO/CSO have developed strategies to encourage preventive practices that are relevant to the labor context of FSW, while governmental strategies have fallen short in this area.

In terms of obstacles to care, our analysis revealed three major factors prevent women from accessing care, including personal and institutional barriers. First, difficulty accepting one's identity as a sex worker is an obstacle for some women, due to the stigma and discrimination associated with sex work, and other women attempt to hide their occupation from others. Therefore, some women are hesitant to occupy spaces that explicitly target the FSW population for care (Gayet et al. 2007). Some FSW assume individual beliefs or practices as a way to manage risks associated with their status as a sex worker, from denying their status as a FSW even to themselves, to taking precautions against practically nonexistent risks, such as the fear of having their identities divulged by healthcare workers.

Some authors (Douglas 1993; Bajos 1999) report that perception of risk is mediated by cultural and contextual factors and that the prevention strategies adopted by individuals represent re-interpretations within the framework of their

own context and opportunities. In this case, many FSW believe that the risk of having their occupation revealed is greater than the risk of not seeking SHC, especially because they feel that their preventive practices are adequate.

Second, the status of FSW as independent workers means that they must work during the hours that are most likely to produce the maximum income. This population of workers experiences significant barriers to accessing many public and private services due to their unusual schedules and because of the fact that time spent not working may result in a significant loss of income.

Finally, the FSW have other options for SHC. Despite not being specialized for FSW, facilities for the general population often provide the services that are relevant to the women. Any FSW in the country, for example, can access gynecological care at public primary healthcare centers without having to report their sex work activities, and some women reported that they can pay for private care without reporting their status as a sex worker.

In terms of negative elements of the specialized SHC centers, the FSW and NGO representatives noted that there are obstacles to care as well as obstacles to access. According to the FSW, the major barrier to adequate care is a lack of holistic services, while the NGO representatives emphasized the lack of an educational component in the care provided. Lafort et al. (2016a) suggested that utilization of SHC services among FSW depends on the services available. Therefore, it would be interesting to consider whether utilization of SHC in Chile might be improved if a greater variety of services were offered, along with guaranteed care for certain populations.

In terms of barriers to accessing the specialized SHC centers, the available evidence suggests that most significant obstacles are associated either with stigmas against sex workers or with an incompatibility between the health services offered and the personal and laboral contexts of the FSW (Ghimire L; Smith WC; van Teijlingen E 2011; Phrasisombath et al. 2012; Folch C, Lazar C,

Ferrer L 2013). Sexual health centers should consider these factors when planning outreach strategies and care practices, especially elements associated with privacy, operating hours, and availability of various services. In the case of foreign-born FSW, facilities must also explore mechanisms of care that will be accessible to women without proper immigration papers, especially given that lack of valid immigration status is a major risk factor for acquiring HIV and other STDs.

These findings suggest several ways in which SHC services could be made more relevant for FSW in Chile, especially modifications to elements associated with the location of the clinics and the types of services offered. One suggestion offered by the FSW and NGO/CSO representatives included a program of specialized services for FSW offered within facilities for the general population. An alternative suggestion, as discussed in another study (Jeal and Salisbury 2004) was specialized centers exclusively for FSW that offer a variety of healthcare services (not only sexual and reproductive health services) with convenient hours and locations for FSW. Other studies have shown that efficiency can be maximized by increasing the number of clients served, broadening the variety of services offered, and expanding the hours of operation (Lafort et al. 2010)

Strategies to prevent HIV and other STDs

The FSW interviewed reported that they perceived a high risk of HIV/STD infection when engaging in sexual activity with clients, but a low risk with their personal partners. This finding is consistent with previous research (Deering et al. 2011; Robertson et al. 2013; Andrews et al. 2015; Fehrenbacher et al. 2016). This perception of elevated risk is mitigated by employing various prevention strategies. Although these strategies are not totally adequate, they are relatively effective within the local epidemiological context. It should be noted that the interviews suggested that the FSW tend to “learn by doing” rather than by acquiring theoretical knowledge. For example, the FSW in this study were capable of recognizing symptoms of STDs but did not necessarily know the names of

STDs or associate specific symptoms with specific diseases. Moreover, many of the women habitually engage in prevention practices that are inadequate or ineffective. The results of this study suggest that the relatively low rates of HIV and other STDs in this population are largely due to consistent condom use, which is a crucial element of prevention, as well as the low rate of HIV prevalence in Chile in the general population. While the prevalence of other STDs is somewhat higher, rates of infection remain relatively controlled (Allen et al. 2003).

As reported by other studies, the FSW also use strategies that are not always considered when discussing prevention. For example, some of the women reported using fantasy and masturbation to avoid penetration, and they generally avoid engaging in anal sex (Allen et al. 2003; Gayet et al. 2007; Richter et al. 2013).

One negative finding is that many women use strategies for diagnosis and treatment that lack optimal efficacy or carry unnecessary risks, such as self-medication for symptoms (Davis et al. 2016). Some FSW visit pharmacies or laboratories near their place of work to seek prevention materials, medications, and diagnostic testing. It would be interesting to explore whether it might be possible to incorporate these facilities into a more effective and holistic prevention plan.

The analysis also revealed that the prevention strategies employed by the FSW vary according to age group. Women over 50 years of age were more likely to report engaging in obsolete or ineffective practices than the younger women, such as the use of insecticide powder to combat genital lice or the use of chlorine, alcohol gel, or disinfecting wipes to clean the genitals of clients with warts or other abnormalities. Moreover, women over 25 years of age were more likely to report that they inspect the penis of their clients to check for symptoms of disease. This practice has been passed down over the years by other FSW, but the youngest FSW have not adopted this strategy.

Another key aspect of prevention is the source of prevention materials and knowledge. Despite limited access to specialized SHC, the FSW generally engage in measures to prevent HIV and other STDs and keep themselves healthy. This finding is attributable to the actions of the FSW themselves as well as to the efforts of NGO/CSO, as noted by Kerrigan (2015). These activities are a fundamental element of SHC in this population, as association with an NGO/CSO that serves FSW has been associated with increased use of condoms other methods of and HIV/STD prevention.

It is also noteworthy that the FSW value their occupation as a critical source of income. The FSW— who see their body as their instrument of work— are concerned with keeping themselves healthy to avoid losing clients or being ostracized by coworkers, in order to ensure income for their household (Amaya, Canaval, and Viáfara 2005).

In sum, the elevated risks associated with sex work are partially offset by the prevention strategies that the FSW employ. While these women are socially vulnerable and highly exposed to STDs, the population maintains a culture of self-care that seems to work relatively well in the local context in terms of prevention. As this equilibrium is precarious, local organizations should continue to target this population for prevention efforts, incorporating, optimizing, and promoting the most effective prevention strategies already used by the FSW.

Identity and stigma

One of the most interesting themes that emerged from the results of this and other studies of FSW is how a woman deals with her identity as a sex worker and the associated stigma, as these factors may limit access to spaces that offer social, legal, and economic protection (Jeal and Salisbury 2004; Phrasisombath et al. 2012; Folch C, Lazar C, Ferrer L 2013; Davis et al. 2016). The women in this study demonstrated ambivalence about their identification as sex workers, consistent with other research (Amaya, Canaval, and Viáfara 2005; Bartlett

2012). On the one hand, they recognize that they are part of a workspace with specific codes and practices, but on the other, they undertake a series of actions (or avoid certain actions) in order to avoid being identified as a sex worker. In the most extreme cases, the FSW do not admit even to themselves that they are actually sex workers or seek ways to differentiate themselves from the other workers, as a result of internalized stigma that leads them to condemn their own activities.

The strategies employed within the framework of the workplace not only provide economic benefits but may also confer protection against the risks associated with the work activity. On the other hand, actions undertaken to avoid stigma may exacerbate their vulnerability by impeding access to spaces that offer protection and care, such as SHC facilities. This situation underlines the consequences of making sex work a clandestine and marginal activity.

Study limitations

The most significant limitation of the study is that the participants included only FSW who were associated in some way with NGO/CSO that serve sex workers. While in some cases the relationship with the organization was developed very recently or has been limited to the provision of information or condoms, it can be assumed that these FSW have at least interest in learning about sexual health or adopting prevention strategies. Therefore, it is highly likely that there are other groups of FSW at greater risk for HIV and STDs.

Conclusion and recommendations

While the FSW in this study generally do not access specialized care, the study participants typically seek some type of SHC services. The choice of services to utilize seems to depend fundamentally on the type of sex work performed and individual level of knowledge. In the case of foreign-born FSW, their status as immigrants can make access to services even more complicated. The FSW and

NGO/CSO representatives indicated that while SHC centers for FSW are theoretically available, there are deficiencies in the care provided and significant barriers to access, including personal and structural obstacles. The most-cited personal barriers were lack of interest, concern that seeking care would interfere with work, and fear of revealing one's condition as a sex worker. Structural barriers included a lack of holistic care, concern that health information will not be kept confidential, and inconvenient clinic schedules or locations. Specifically, some of the outreach strategies were not well-adapted to the dynamics of the sex work performed or the lives of the FSW. Furthermore, many of the women do not strongly self-identify with their work. However, the study identified a number of sexual health and self-care practices that contribute to the prevention of HIV/STD in the local epidemiological context. One of the main prevention practices was a high rate of condom usage with clients, use of sexual fantasy and masturbation to avoid penetration, and almost complete avoidance of anal penetration.

It is crucial to adopt public policies on sexual health that include culturally-relevant prevention strategies consistent with the healthcare preferences and utilization pathways of the FSW to maximize the acceptance and efficacy of the measures. In sum, SHC clinics should provide holistic care that adequately addresses the diverse personal and work-related dynamics of FSW, including issues related to immigration. Moreover, this care should include measures to improve awareness of discrimination and human rights-related issues.

Table 1. Characteristics of FSW

ID	Country of origin	Age	Type of workplace; work schedule	Sexual healthcare status	Association with NGO/CSO that serves FSW
FSW1	Dominican Republic	25	Street; daytime	Never received SHC.	Joined organization because one of her Dominican friends is a member. Sporadically attends meetings and events. Acquires condoms every week from the organization.
FSW2	Chile	29	Apartment; nighttime	Last SHC visit was approximately 10 years ago.	Joined organization approximately 11 years ago. Currently serves a volunteer assistant for various activities with the organization, including training, promotional campaigns, etc. Acquires condoms every week from the organization.
FSW3	Chile	30	Street; daytime	Never received SHC.	Joined organization approximately 2 years ago. Recruited by co-workers. Attends some events. Acquires condoms every week from the organization.
FSW4	Colombia	39	Street; daytime	Never received SHC.	Contacted by instructors from the foundation approximately 2 months ago. Began to acquire condoms from the organization approximately 1 week ago. Is in the process of deciding whether to seek SHC with the help of the organization.

FSW5	Chile	23	Night club; nighttime	Never received SHC.	Contacted by instructors from the foundation approximately 3 years ago. Has participated in workshops and discussion groups. Acquires condoms every week from the organization.
FSW6	Dominican Republic	43	Night club; nighttime	Last SHC visit was approximately 10 years ago, when visits were mandatory.	Joined organization approximately 6 years ago, when she began to participate in workshops and discussion groups. Currently serves as a peer instructor with the organization and therefore attends events regularly.
FSW7	Dominican Republic	46	Night club; nighttime	Does not receive specialized SHC, but did receive SHC when visits were mandatory. Receives primary care through CESFAM and a private physician but does not report status as a sex worker.	Referred to the organization by her Dominican friends. Visits the organization only to acquire condoms.
FSW8	Chile	21	Street; daytime	Never received SHC. Receives primary care through CESFAM but does not report status as a sex worker.	Contacted by instructors from the foundation some time ago. Does not visit the organization regularly except to acquire condoms. Is still in the process of getting to know the organization.
FSW9	Dominican Republic	23	Cafe; daytime	Never received SHC,	Referred to the organization by her Dominican co-workers. Visits the organization only to acquire condoms
FSW10	Chile	69	Brothel; nighttime	Does not receive SHC because 5 years ago the nurse-midwife told her she was no longer eligible due to her advanced age.	Joined organization recently. Has participated in workshops and discussion groups. Acquires condoms from the organization.

M11	Peru	24	Cafe; daytime	Never received SHC. Receives primary care through CESFAM but does not report status as a sex worker.	Only visits the organization to acquire condoms.
M12	Dominican Republic	55	Street; daytime	Began receiving sexual healthcare after beginning activities as a FSW.	Joined organization approximately 4 years ago, when she was approached by a volunteer on the street. Currently serves as a peer instructor with the organization.
M13	Chile	28	Cafe; daytime	Does not receive specialized SHC, but receives care through CESFAM and reports her status as a sex worker to her provider. Receives the relevant services that are available through the public primary system.	Joined organization approximately 3 years ago. Attends some specific activities.
M14	Chile	30	Cafe; daytime	Never received SHC. Receives primary care through CESFAM but does not report status as a sex worker.	Joined organization approximately 4 years ago. Attends some events. Acquires condoms every week from the organization.
M15	Chile	43	Night club; nighttime	Last SHC visit was approximately 1 year ago.	Joined organization approximately e years ago. Attends some events. Acquires condoms every week from the organization.
M16	Chile	29	Cafe; daytime	Receives SHC; last visit was approximately 2 months ago. Receives primary care through CESFAM but does not report status as a sex worker.	Joined organization approximately 3 years ago. Attends some events. Acquires condoms every week from the organization.

M17	Chile	56	Street; daytime	Last SHC visit was approximately 4 years ago.	Joined organization recently. Has participated in workshops and discussion groups. Acquires condoms from the organization.
M18	Chile	35	Apartment; daytime	Never received SHC. Receives care through CESFAM and reports her status as a sex worker to her provider. Does not receive any specialized services.	Joined organization approximately 7 years ago. Attends some events. Acquires condoms every week from the organization.

Table 2. Characteristics of focus group participants

ID	Type of organization	Name of Organization	Services provided to FSW	Number of participants
CSO1	Civil society organization	Fundación MARGEN, apoyo y promoción de la mujer [Foundation "Margin," supporting and promoting women]	Training on sexual health and reproductive issues, conducted through peer education workshops; training for instructors on topics related to HIV/AIDS and STDs; incentives and transportation to sexual healthcare visits; face-to-face counseling	4
CSO2	Civil society organization	Fundación SAVIA. Salud, vida y acción social. [Foundation "Lifeblood." Health, life, and social action.]	Diagnostic health testing and prevention training for male and female sex workers, in coordination with y Fundación MARGEN and other organization	1
NGO1	Non-governmental organization	Asociación Chilena de protección de la familia. Tú decisión, tu libertad. [Chilean Association of Family Protection. Your decision, your freedom.]	Sexual and reproductive healthcare services for female sex workers and health promotion/prevention activities	2

Table 3. Treatment expectations and services sought as reported by FSW

Domain	Description	Testimony
Services sought	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensus that main service sought is STD testing. No differences between groups. ▪ Foreign-born FSW reported seeking Pap smears and holistic care not limited to inspection of the genitals. ▪ Unmet or partially-met need for medications, nurse-midwife care, mammograms, condoms, urgent care, and educational information. Would like to have all services available at a single location. No differences between groups. 	<p><i>"Because they look down there, the check your breasts, but I would like them to look at everything. We need mammograms and ultrasounds. I want everything checked, not just my vagina." —FSW 06</i></p> <p><i>"At a central location (...) I don't mean downtown, I mean a place where you can enter more discreetly, and that's well-lit, not in a dangerous location like it is now." —FSW 11</i></p>
Treatment	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensus that the women expect to be treated well. ▪ Expectation of personalized service. No differences between groups. 	<p><i>"That you could get seen within 24 hours. Maybe somewhere in downtown Santiago, which should work for everyone, because we all go downtown (...) and it would be much better if there was an urgent care." —FSW18</i></p>
Privacy	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confidential care. ▪ Women do not wish to have their information recorded on file in the office ▪ Private spaces for care, especially among FSW aged 25-39 years. 	<p><i>"That there is no record or list. I mean, I think that the ideal would be that at the visits you would get tested for everything, like blood tests, to see if you have any kind of infection, and that they always focus on prevention and give you lots of information, like practical information that you can use." —FSW 03</i></p>
Access	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consensus that care should be provided during the afternoon and that waiting times should be shorter so that the women do not miss as much work time. ▪ Care should available 7 days per week in a central location. ▪ Care should be free of charge. ▪ Providers should not discriminate by nationality or color. ▪ Providers should not require identification before providing care. ▪ Initial visits should be scheduled as soon as possible, not 2 months after the FSW contacts the clinic. 	<p><i>"They tend to (prefer to get care through an NGO), because they treat them with dignity and because of the care, the dedication of the staff there" —NGO1</i></p>

- Other than issues relating to discrimination and barriers associated with immigration status, such as being asked to present identification, noted by foreign-born FSW, no differences between groups.

"But it it's a friendly space that's near where you are going to be anyway, and there are different groups and people meeting (...) if it weren't so far from where the girls hang out, and if there were better hours and everything, the girls would go." —CSO1

Table 4. Barriers to accessing specialized sexual healthcare services among FSW

Domain	Type of barrier	Barrier	Testimony
Personal interest	Personal	A major theme among the FSW as "lack of interest" or "not caring" about receiving sexual healthcare.	<i>"I am just the kind of person that hates having errands, so like, gosh, I have to be really sick to go to the doctor."</i> — FSW 03
Economic	Personal	General consensus that visiting the clinic implies time off of work and therefore a loss of income.	<i>"No, it's that because of the streets I'm kind of... I just tend to get lost on the way to these things (...) one time I was actually going to go to the clinic, but I got lost, and I'm nearsighted on top of it all, really bad (...) also, I'm afraid of finding out that I have who knows what disease."</i> — FSW 05
Familial context	Personal	Some FSW reporting not having time to go because of family and household duties. Others reported that they cannot bring condoms home because their family members do not know about their activities.	<i>"Oh! I think it's mainly my fear that the whole world will find out what I do."</i> — FSW 14
Identity as a FSW	Personal	General consensus that there is some shame involved as presenting oneself as a sex worker and fear that others might find out about their activity if they go to the clinic.	<i>"What happens is because of my little ones I don't have time. Because I work nights, during the day I need to rest and spend some time with my daughters."</i> — FSW 18
Illness and/or health system	Personal	Some FSW do not like to be examined or do not like receiving any kind of medical care. Other mentioned fear of receiving a diagnosis with an STD. Finally, some FSW reported that the UNACCESS clinics do not provide other relevant services like mammograms.	

Confidentiality	Structural	Fairly general consensus that there is a registry of FSW somewhere that is available to various institutions like schools, international police, or other entities.	<i>"The clinics are so far away. And I think two months is a long time to wait, and they don't give you enough condoms. But I think that two months between visits is too long. It should be every month, like you do with babies."</i> — FSW 02
Timing and schedule of healthcare services offered	Structural	Consensus that waiting times are too long and that the schedule is inconvenient for women who have to do housework or work during the clinic hours. FSW who work nights report that they have been up all night and are exhausted if they have to go directly from work to the clinic in the morning. Some women mentioned that the visits are spaced too far apart are too crowded and that they have to wait too long in the waiting room.	<i>"I think that the main problem is fear... like I just don't want my name to end up on some kind of registry or anything like that, because for example in the hospitals, I know they have an internal record."</i> — FSW 03 <i>"There are lot of women who want to go but say no, I'm not going to go, they won't treat me well, they won't see me, or maybe they'll put me off until who know when."</i> — FSW 06
Immigration status	Structural	Some foreign-born women reported that they cannot be seen since they do not have valid papers.	<i>"Sometimes they run out of condoms, and there are maybe 100 women there, so the time you get with the provider is really short."</i> — FSW 07

References

- Allen, Betania, Aurelio Cruz-Valdez, Leonor Rivera-Rivera, Roberto Castro, María Ernestina Arana-García, and Mauricio Hernández-Avila. 2003. "Afecto, Besos Y Condones: El ABC de Las Prácticas Sexuales de Las Trabajadoras Sexuales de La Ciudad de México." *Salud Publica de Mexico* 45 (SUPPL. 5). <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003001100004>.
- Amaya, A, G Canaval, and El Viáfara. 2005. "Estigmatización de Las Trabajadoras Sexuales: Influencias En La Salud." *Colombia Medica* 36 (3 SUPPL. 2):65–74.
- Amo, Gonzalez, Losana, et al Del. 2005. "Influence of Age and Geographical Origin in the Prevalence of High Risk Human Papillomavirus in Migrant Female Sex Workers in Spain." *Sexually Transmitted Infections* 81 (1):79–84. <https://doi.org/10.1136/sti.2003.008060>.
- Andrews, Carin Hillerdal, Elisabeth Faxelid, Vanphanom Sychaerun, and Ketkesone Phrasisombath. 2015. "Determinants of Consistent Condom Use among Female Sex Workers in Savannakhet, Lao PDR." *BMC Women's Health* 15 (1). BMC Women's Health:63. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0215-0>.
- Bajos Nathalie. 1999. "L'analyse Des Comportements Face Au Risque de Contamination Par Voie Sexuelle Du VIH: Enjeux Théoriques et Préventifs Des Différentes Approches En Santé Publique." *Medecine Science*, no. 15:725–30.
- Baral, Stefan, Chris Beyrer, Kathryn Muessig, Tonia Poteat, Andrea L. Wirtz, Michele R. Decker, Susan G. Sherman, and Deanna Kerrigan. 2012. "Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Lancet Infectious Diseases* 12 (7). Elsevier Ltd:538–49. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70066-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70066-X).
- Barrientos J, Bozon M, Ortiz E, Arredondo A. 2007. "HIV Prevalence, AIDS Knowledge, and Condom Use among Female Sex Workers in Santiago, Chile." *Cadernos de Saúde Pública* 23 (8):1777–84.
- Bartlett, Joaquín. 2012. "Estrategias Y Redes Para Ocultar Y Manejar El Estigma. El Caso de Las Trabajadoras Sexuales de Las Ciudades de Villa Ángela Y Corrientes." In .
- Bekker, Linda Gail, Leigh Johnson, Frances Cowan, Cheryl Overs, Donela Besada, Sharon Hillier, and Willard Cates. 2015. "Combination HIV Prevention for Female Sex Workers: What Is the Evidence?" *The Lancet* 385 (9962). Elsevier Ltd:72–87. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60974-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60974-0).
- Belmar J;Stuardo V; Folch C; Carvajal B; Clunes M J; Montoliu A;Casabona J. 2017. "A Typology of Female Sex Work in the Metropolitan Region of Santiago, Chile." *Culture, Health & Sexuality (TCHS)*.
- Bremer, Viviane, Karin Haar, Martyna Gassowski, Osamah Hamouda, and Stine Nielsen. 2016. "STI Tests and Proportion of Positive Tests in Female Sex Workers Attending Local Public Health Departments in Germany in 2010/11." *BMC Public Health* 16 (1). BMC Public Health:1175. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3847-6>.

- Caro-Murillo, Ana María, Jesús Castilla Catalán, and Julia del Amo Valero. 2010. "Epidemiología de La Infección Por VIH En Inmigrantes En España: Fuentes de Información, Características, Magnitud Y Tendencias." *Gaceta Sanitaria* 24 (1):81–88. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.06.009>.
- Carvajal, Bielka, Valeria Stuardo, José Manuel Manríquez, Julieta Belmar, and Cinta Folch. 2017. "Adaptación de Una Encuesta Bioconductual Para La Vigilancia Del VIH En Mujeres Trabajadoras Sexuales Chilenas." *Gaceta Sanitaria*, April. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.010>.
- Carvajal B, Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J, Folch C. 2017. "Adaptación de Una Encuesta Bioconductual Para La Vigilancia Del VIH En Mujeres Trabajadoras Sexuales Chilenas." *Gaceta Sanitaria* 1377. <https://doi.org/10.1016/j.cbpc.2005.04.011>.
- Cortez A, Loredó P, Donoso C. 2007. *Diagnóstico de Riesgo Y Vulnerabilidad Frente Al VIH/SIDA En Jóvenes Inmigrantes Peruanos*. Ed. Sin Fr. Santiago de Chile.
- Davis, Alissa, Beth E. Meyerson, Blessing Aghaulor, Katherine Brown, Adisyn Watson, Kathryn E. Muessig, Ligang Yang, and Joseph D. Tucker. 2016. "Barriers to Health Service Access among Female Migrant Ugandan Sex Workers in Guangzhou, China." *International Journal for Equity in Health* 15 (1). *International Journal for Equity in Health*:170. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0453-2>.
- Deering, Kathleen N, Paranita Bhattacharjee, Janet Bradley, Stephen S Moses, Kate Shannon, Souradet Y Shaw, Reynold Washington, et al. 2011. "Condom Use within Non-Commercial Partnerships of Female Sex Workers in Southern India." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6). BioMed Central Ltd:S11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S6-S11>.
- Diez Roux, Ana V., and Allison E. Aiello. 2005. "Multilevel Analysis of Infectious Diseases." *The Journal of Infectious Diseases* 191 (s1):S25–33. <https://doi.org/10.1086/425288>.
- Douglas, Mary. 1993. *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory. Contemporary Sociology*. Vol. 22. <https://doi.org/10.2307/2074588>.
- Douglas M y Wildavsky A. 1983. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. University. berkeley.
- Estébanez P, Fitch K, Nájera R. 1993. "El VIH Y Las Trabajadoras Sexuales." *Bulletin of the World Health Organization* 71:415–33.
- Fehrenbacher, Anne E., Debasish Chowdhury, Toorjo Ghose, and Dallas Swendeman. 2016. "Consistent Condom Use by Female Sex Workers in Kolkata, India: Testing Theories of Economic Insecurity, Behavior Change, Life Course Vulnerability and Empowerment." *AIDS and Behavior* 20 (10). Springer US:2332–45. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1412-z>.
- Folch, Cinta, Anna Esteve, Cristina Sanclemente, Elisa Martró, Rossie Lugo, Sonia Molinos, Vicky Gonzalez, Vicenç Ausina, and Jordi Casabona. 2008. "Prevalence of Human Immunodeficiency Virus, Chlamydia Trachomatis, and Neisseria Gonorrhoeae and Risk Factors for Sexually Transmitted Infections among Immigrant Female Sex Workers in Catalonia, Spain." *Sexually Transmitted Diseases* 35 (2):178–83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18046265>.

- Folch C, Lazar C, Ferrer L, Sanclemente C & J. Casabona. 2013. "Female Sex Workers and Access to Social and Health Services in Catalonia: Influence of Region of Origin and Place of Work." *AIDS Care* 25 (8):1033–38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216369>.
- Fundación Instituto de la Mujer. 2011. "Ciudadanía Y Protección de Los Derechos Humanos de La Población Inmigrante En Chile."
- Gálvez, Ana. 2014. "Lupanares, Burdeles Y Casas de Tolerancia: Tensiones Entre Las Prácticas Sociales Y La Reglamentación de La Prostitución En Santiago de Chile: 1896-1940." *Tiempo Histórico* 5, núm. 8:73–92.
- Gayet, C, C Magis, D Sacknoff, and L Guli. 2007. *Prácticas Sexuales de Las Poblaciones Vulnerables a La Epidemia de VIH/SIDA En México. Angulos Del SIDA 2007*. México, D.F: CENSIDA.Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.México.
- Ghimire, Laxmi, and Edwin Van Teijlingen. 2009. "Barriers to Utilisation of Sexual Health Services by Female Sex Workers in Nepal." *Global Journal of Health Science* 1 (1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v1n1p12>.
- Ghimire L; Smith WC; van Teijlingen E. 2011. "Utilisation of Sexual Health Services by Female Sex Workers in Nepal. TT -." *BMC Health Services Research* 11. BioMed Central Ltd:79. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-79>.
- Giddens, Anthony. 2000. *Sociología*. Edited by Alianza Editorial.
- Grath-Lone, Louise Mc, Kimberly Marsh, Gwenda Hughes, and Helen Ward. 2014. "The Sexual Health of Female Sex Workers Compared with Other Women in England: Analysis of Cross-Sectional Data from Genitourinary Medicine Clinics." *Sexually Transmitted Infections* 90 (4):344–50. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051381>.
- Hakre, Shilpa, Griselda Arteaga, Aurelio E Núñez, Christian T Bautista, Aimee Bolen, Maria Villarroel, Sheila A Peel, Gabriela Paz-Bailey, Paul T Scott, and Juan M Pascale. 2013. "Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Infections and Factors Associated with Syphilis among Female Sex Workers in Panama." *Sex Transm Infect* 89:156–64.
- Harcourt, Christine, and B. Donovan. 2005. "The Many Faces of Sex Work." *Sexually Transmitted Infections* 81 (3):201–6. <https://doi.org/10.1136/sti.2004.012468>.
- Harcourt C, Donovan B. 2005. "The Many Faces of Sex Work." *Sexually Transmitted Infections* 81:201–6.
- Herrera, Cristina, and Lourdes Campero. 2002. "La Vulnerabilidad E Invisibilidad de Las Mujeres Ante El VIH / SIDA: Constantes Y Cambios En El Tema." *Salud Pública de México* 44 (655):554–62. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n6/14045.pdf>.
- Instituto de Salud Pública de Chile. 2016. "Boletín de Vigilancia de Laboratorio. Resultados Confirmación de Infección Por VIH En Chile, 2010 - 2015." 6 (11):1–13. <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-15112017A.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile. 2017. "Censo 2017."

- Jeal, Nikki, and Chris Salisbury. 2004. "Self-Reported Experiences of Health Services among Female Street-Based Prostitutes: A Cross-Sectional Survey." *British Journal of General Practice* 54 (504):515–19.
- Jeal N, Salisbury C, Turner K. 2008. "The Multiplicity and Interdependency of Factors Influencing the Health of Street-Based Sex Workers: A Qualitative Study." *Sexually Transmitted Infections* 84:381–85.
- Kate, Kathleen N. Deering and Steffanie A. Strathdee Shannon, and Shira M. Goldenberg. 2014. "Hiv Infection Among Female Sex Workers in Concentrated and High Prevalence Epidemics : Why a." *Curr Opin HIV AIDS* 9 (2):174–82. <https://doi.org/10.1097/COH.000000000000042.HIV>.
- Kerrigan, Deanna, Caitlin E Kennedy, Ruth Morgan-thomas, Sushena Reza-paul, Peninah Mwangi, Kay Thi Win, Allison Mcfall, Virginia A Fonner, and Jennifer Butler. 2015. "A Community Empowerment Approach to the HIV Response among Sex Workers: Eff Ectiveness , Challenges , and Considerations for Implementation and Scale-Up." *The Lancet* 385 (9963). Elsevier Ltd:172–85. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60973-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60973-9).
- Kornblit AL. 1999. "El Impacto Del Sida En Las Poblaciones." *Nueva Sociedad* 159 (0251–3552):129–39.
- Lafort, Yves, Diederike Geelhoed, Luisa Cumba, Carla Das Dores Mosse Lzaro, Wim Delva, Stanley Luchters, and Marleen Temmerman. 2010. "Reproductive Health Services for Populations at High Risk of HIV: Performance of a Night Clinic in Tete Province, Mozambique." *BMC Health Services Research* 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-144>.
- Lafort, Yves, Ross Greener, Anuradha Roy, Letitia Greener, Wilkister Ombidi, Faustino Lessitala, Hassan Haghparast-Bidgoli, et al. 2016. "Where Do Female Sex Workers Seek HIV and Reproductive Health Care and What Motivates These Choices? A Survey in 4 Cities in India, Kenya, Mozambique and South Africa." *PLoS ONE* 11 (8):1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160730>.
- Lafort, Yves, Ross Greener, Anuradha Roy, Letitia Greener, Wilkister Ombidi, Faustino Lessitala, Jolene Skordis-Worrall, et al. 2017. "Sexual and Reproductive Health Services Utilization by Female Sex Workers Is Context-Specific: Results from a Cross-Sectional Survey in India, Kenya, Mozambique and South Africa." *Reproductive Health* 14 (1). Reproductive Health:13. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0277-6>.
- Lastra, Teresa. 1997. *Las Otras Mujeres*. Santiago de Chile: Gráfica Alternativa.
- Li J, Chen XS, Merli MG, Weir SS, Henderson GE. 2012. "Systematic Differences in Risk Behaviors and Syphilis Prevalence across Types of Female Sex Workers: A Preliminary Study in Liuzhou, China." *Sex Transm Dis* 39 (3):195–200. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31823d2e2a.Systematic>.
- Luque Fernández, Miguel Ángel, and Aurora Bueno-Cavanillas. 2009. "La Fecundidad En España, 1996-2006: Mujeres de Nacionalidad Extranjera Frente a Españolas." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):67–71. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.03.004>.
- Mc Grath-Lone, Louise, Kimberly Marsh, Gwenda Hughes, and Helen Ward. 2014. "The Sexual Health of Female Sex Workers Compared with Other Women in England: Analysis of Cross-Sectional Data from Genitourinary Medicine

- Clinics." *Sexually Transmitted Infections* 90 (4):344–50. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051381>.
- Merrigan, M.B., Tafuma, T.A., Okui, L.A., and et al. 2015. "HIV Prevalence and Risk Behaviors Among Female Sex Workers in Botswana: Results from the 2012 HIV / STI Bio-Behavioral Study." *AIDS and Behavior*. Springer US, 899–908. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-014-0858-0>.
- Metges del Món. 2008. "Unidad Didáctica 5: Prostitución Y Salud." In .
- Ministerio de Bienestar Social de Chile. 1931. "Código Sanitario." Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile. 1931. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5113&idVersion=1968-01-31>.
- Ministerio de Higiene de Chile. 1925. *Código Sanitario de La República de Chile (Diario Oficial 20 de Octubre de 1925)*. Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile.
- Ministerio de Justicia de Chile. 1874. *Código Penal*.
- Ministerio de la Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y Universidad de Colombia. 2009. "Factores de Vulnerabilidad a La Infección Por VIH En Mujeres." Colombia.
- Ministerio de Salud de Chile. n.d. "REM Control de Salud Sexual, Trabajadoras Sexuales." 2016. <http://www.deis.cl/>.
- . 1983. "Decreto N° 362 Reglamento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual." Biblioteca Del Congreso Nacional. 1983. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12702>.
- . 2008. *Norma General Técnica N° 103 Sobre Manejo Y Tratamiento de Las Infecciones de Transmisión Sexual*.
- . 2017. "Informe Situación Epidemiológica de Las Infecciones de Transmisión Sexual En Chile, 2017," no. 1:1–24.
- Ministerio de Salud de Chile. 2007. "Decreto N° 206 Reglamento Infecciones de Transmisión Sexual." Biblioteca Del Congreso Nacional. 2007. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=260650>.
- . 2015. "Departamento de Estadísticas En Salud." 2015. <http://www.deis.cl/>.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). 2015. "Circular A 15 N° 6 Del 09/06/2015."
- Ministerio de Salud de Chile, and ONUSIDA. 2014. "Informe Nacional de Progreso Sobre SIDA En Chile GARPR 2014" 2014:188.
- Ministerio de Salud Pública de Chile. 1968. "Código Sanitario." Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile. 1968. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>.
- Monge-Maillo, Begoña, B. Carolina Jiménez, José A. Pérez-Molina, Francesca Norman, Miriam Navarro, Ana Pérez-Ayala, Juan M. Herrero, Pilar Zamarrón, and Rogelio López-Vélez. 2009. "Imported Infectious Diseases in Mobile Populations, Spain." *Emerging Infectious Diseases* 15 (11):1745–52. <https://doi.org/10.3201/eid1511.090718>.
- Montecinos S, Matus C, Donoso C. 1999. "Prostitución Juvenil Urbana ." Santiago de Chile. <http://www.edgardotoro.cl/wp-content/uploads/2015/01/prostitucion-juvenil-urbana1.pdf>.
- Muñoz F, Zamoramo P, Alvarado P. 2007. *Caracterización Del Trabajo Sexual En*

- La Región Metropolitana de Chile*. Santiago de Chile: Grafica LOM. http://www.criaps.cl/descarga/rpp_02_2485CaracterizaciondelTrabajoSexual.pdf.
- ONUSIDA. 2005. "Guías Prácticas Para Poner En Marcha La Vigilancia de Segunda Generación." http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc742-initiatinggs_es.pdf.
- . 2017. "UNAIDS Data 2017." <https://doi.org/978-92-9173-945-5>.
- OPS, Family Health International (FHI), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), and World Health Organization (WHO). 2009. "Guía Para La Planificación de La Serovigilancia de La Infección Por El VIH, La Prevalencia de Las Infecciones de Transmisión Sexual Y Los Componentes Conductuales de La Vigilancia de Segunda Generación de La Infección Por El VIH." http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/VALORACION_PREVIA2.pdf.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). 2017. "Mujeres Migrantes En Chile: Oportunidades Y Riesgos de Cruzar Fronteras Para Trabajar."
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. "Informe Sobre La Salud En El Mundo 2002: Reducir Los Riesgos Y Promover Una Vida Sana." *Organización Mundial de La Salud OPS*, 175.
- . 2010. "A View of Sexual and Reproductive Health through the Equity Lens." *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation*, 1–12. https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44344/1/9789241599528_eng.pdf#page=9.
- Palma, I, H Abarca, and C Moreno. 2002. "Estrategias de Prevención En Salud Sexual Y Reproductiva En Jóvenes de América Latina Y El Caribe. Hacia Una Nueva Síntesis de Enfoques." http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategias_de_Prevencion_en_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_Jovenes_en.pdf.
- Peralta G. 2015. "Cafés Chinos: Los Moteles de Nuestros Tatarabuelos." 2015. <http://www.lun.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2013-09-08&NewsID=32516&BodyID=0&PaginaId=10&SupplementId=2>.
- Phrasisombath, Ketkesone, Sarah Thomsen, Vanphanom Sychareun, and Elisabeth Faxelid. 2012. "Care Seeking Behaviour and Barriers to Accessing Services for Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Laos: A Cross-Sectional Study." *BMC Health Services Research* 12 (1). BioMed Central Ltd:37. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-37>.
- Pitpitan, Eileen V, Seth C Kalichman, Lisa A Eaton, Steffanie A Strathdee, and Thomas L Patterson. 2013. "HIV/STI Risk among Venue-Based Female Sex Workers across the Globe: A Look Back and the Way Forward." *Current HIV/AIDS Reports* 10 (1). NIH Public Access:65–78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23160840>.
- Platt, Lucy, Emma Jolley, Tim Rhodes, Vivian Hope, Alisher Latypov, Lucy Reynolds, and David Wilson. 2013. "Factors Mediating HIV Risk among Female Sex Workers in Europe: A Systematic Review and Ecological Analysis." *BMJ Open* 3:e002836-. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/7/e002836.full#ref-35>.

- Raymond, H. F, T Ick, M Grasso, J Vaudrey, and W McFarland. 2007. "Resource Guide: Time Location Sampling (TLS) Table of Contents C . Choosing A Sampling Method."
- RedTraSex. 2014. "PONTE EN NUESTROS ZAPATOS. Guía de Buenas Prácticas Para El Personal de Salud." http://www.redtralsex.org/IMG/article_PDF/article_a1328.pdf.
- Redtralsex y Fundación Margen. 2013. "Estudio Sobre Estigma Y Discriminación En Los Servicios de Salud a Las Mujeres Trabajadoras Sexuales En América Latina Y El Caribe." http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/chile_-_estudio_ss.pdf.
- Rekart ML. 2005. "Sex-Work Harm Reduction." *Lancet* 366 (95033):2123–2134. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67732-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67732-X).
- Rhodes, Tim. 2002. "The 'Risk Environment': A Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm." *International Journal of Drug Policy* 13 (2):85–94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5).
- Richter ML, Chersich M, Temmerman M, Luchters S. 2013. "Characteristics, Sexual Behaviour and Risk Factors of Female, Male and Transgender Sex Workers in South Africa." *South African Medical Journal* 103 (4):246–51.
- Robertson, Angela Marie, Jennifer L Syvertsen, M Gudelia Rangel, Hugo S Staines, Martina Morris, Thomas L Patterson, Monica D Ulibarri, and Steffanie A Strathdee. 2013. "Concurrent Sexual Partnerships among Female Sex Workers and Their Non-Commercial Male Partners in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico." *Sexually Transmitted Infections* 89 (4):330–32. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050693>.
- Sáez C, Aravena F. 2008. "El Derecho a Ejercer El Comercio Sexual En Chile." IV Congreso de Teoría Constitucional. Santiago de Chile. 2008. http://congresoconstitucional.cl/wp_content/uploads/2010/08/Carolina-Saez_1252892295.pdf%0A.
- Salazar C. 2011. "Apuntes Sobre La Edad Dorada versus La Edad Oscura de Las clásica 'Casa de Remolienda Santiago.'" *Memoria Chilena, Artículos Para El Bicentenario*. http://www.memoriachilena.cl/602/articles-123213_recurso_2.pdf.
- Salazar G, Pinto J. 2010. *Historia Contemporánea de Chile, Tomo IV*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Salazar G y Pinto J. 2010. *Historia Contemporánea de Chile, Tomo IV*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Savia, Fundación. 2012. "La Política Pública de Prevención Y Atención Integral Del VIH Sida En Mujeres Que Ejercen El Comercio Sexual." Santiago de Chile. http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/INVESTIGACION_-COMERCIO_SEXUAL_-_2012.pdf.
- Shannon, Kate, Steffanie A. Strathdee, Shira M. Goldenberg, Putu Duff, Peninah Mwangi, Maia Rusakova, Sushena Reza-Paul, et al. 2015. "Global Epidemiology of HIV among Female Sex Workers: Influence of Structural Determinants." *The Lancet* 385 (9962):55–71.
- Shannon K, Goldenberg SM, Deering K, Strathdee S. 2014. "HIV Infection among Female Sex Workers in Concentrated and High Prevalence Epidemics : Why a Structural Determinants Framework Is Needed." *Curr Opin HIV AIDS* 9

- (2):174–82. <https://doi.org/10.1097/COH.000000000000042.HIV>.
- Socias ME, Shoveller J, Bean C, Nguyen P, Montaner J, Shannon K. 2016. "Universal Coverage without Universal Access: Institutional Barriers to Health Care among Women Sex Workers in Vancouver, Canada." *PLoS ONE* 11 (5):1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155828>.
- Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J, Carvajal B, Folch C, Montoliu A, Casabona J. 2016. "Prevalencia de VIH Y Características de Las Mujeres Trabajadoras Sexuales En La RM, Chile." In *XXXIV Reunión Anual de La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) Y XI Congresso Da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)*.
- Szwarcwald, Célia Landmann, Giseli Nogueira Damacena, Paulo Roberto Borges de Souza-Júnior, Mark Drew Crosland Guimarães, Wanessa da Silva de Almeida, Arthur Pate de Souza Ferreira, Orlando da Costa Ferreira-Júnior, and Inês Dourado. 2018. "Factors Associated with HIV Infection among Female Sex Workers in Brazil." *Medicine* 97 (November 2017):S54–61. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009013>.
- Tallis, Vicci. 2005. "Género Y VIH/SIDA. Informe General."
- Tamene, Masresha Molla, Gizachew Assefa Tessema, and Getahun Kebede Beyera. 2015. "Condom Utilization and Sexual Behavior of Female Sex Workers in Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *Pan African Medical Journal* 21:1–10. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.50.6009>.
- Trostle J. 2005. *Epidemiology and Culture*. Cambridge. New York.
- Valerio, Lluís, Sílvia Roure, Ana Rubiales, M. Dolors Tenas, Gema Fernández-Rivas, Octavi Martínez-Cuevas, and Nemesio Moreno. 2009. "Enfermedades Infecciosas Importadas Asociadas a Los Desplazamientos Internacionales de Inmigrantes Adultos En Visita a Familiares Y Amigos." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):86–89. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.006>.
- Verscheijden, Maud M. A., Petra J. Woestenberg, Hannelore M. Götz, Maaïke G. van Veen, Femke D. H. Koedijk, and Birgit H. B. van Benthem. 2015. "Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers Tested at STI Clinics in the Netherlands, 2006–2013." *Emerging Themes in Epidemiology* 12 (1). BioMed Central:12. <https://doi.org/10.1186/s12982-015-0034-7>.
- Vives-Cases, Carmen, Diana Gil-González, Juncal Plazaola-Castaño, María Isabel Montero-Piñar, Isabel Ruiz-Pérez, Vicenta Escribà-Agüir, Gaby Ortiz-Barreda, and Jordi Torrubiano-Domínguez. 2009. "Violencia de Género En Mujeres Inmigrantes Y Españolas: Magnitud, Respuestas Ante El Problema Y Políticas Existentes." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):100–106. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.008>.
- Wahed, Tasnuva, Anadil Alam, Salima Sultana, Monjur Rahman, Nazmul Alam, Monika Martens, and Ratana Somrongthong. 2017. "Barriers to Sexual and Reproductive Healthcare Services as Experienced by Female Sex Workers and Service Providers in Dhaka City , Bangladesh," 1–19.
- Yanli Guo, Xiaoguo Xu, Gengfeng Fu, Xiping Huan, Ning Jiang, Yueping Yin, Xiangsheng Chen. 2017. "Risk Behaviours and Prevalences of HIV and Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Various Venues in Changzhou, China." *International Journal of STD & AIDS* 28 (11):135–142. <https://doi.org/DOI: 10.1177/0956462416689763>.

VI. DISCUSIÓN GENERAL

En la actualidad en la RM de Chile, el TS se caracteriza por cinco grandes elementos (Figura 2): a) quienes ejercen esta actividad, objeto de un fuerte estigma y discriminación; b) se ejerce en el contexto de un marco legal ambiguo que no penaliza su ejercicio si en este no intervienen menores de edad o existe trata de personas, pero que prohíbe de manera explícita la existencia de prostíbulos cerrados o "casas de tolerancia". Ello genera diferentes niveles de fiscalización y amedrentamiento por parte de las policías y agentes fiscalizadores municipales; c) el sistema sanitario posee una regulación explícita en materia de salud sexual para este grupo de población, pero se encuentra dirigida exclusivamente al control de las ITS; d) este control sanitario no es obligatorio, por tanto, no todas las MTS se controlan, y quienes lo hacen, no siempre explicitan su ocupación por miedo al maltrato y discriminación (Salazar C 2011; Muñoz F, Zamorano P 2007; RedTraSex 2014) y; e) desde hace algunos años ha aumentado considerablemente el número de MTS extranjeras, muchas de ellas en situación migratoria irregular. Todos estos elementos determinan que el TS se desarrolle en un ambiente de clandestinidad que trae aparejado una serie de elementos de riesgo para la salud general de las MTS y para su salud sexual, en particular.

Figura 2. Elementos que caracterizan el trabajo sexual femenino en la RM.



Fuente: Elaboración propia

Dado que las tipologías de TS existentes en cada territorio son siempre el resultado de los contextos en donde se desarrollan (Harcourt and Donovan 2005), en la RM encontramos lugares de TS que responden al escenario descrito anteriormente así como a tendencias del mercado y expresiones culturales diversas. Por ejemplo, observamos que la prohibición del TS en lugares cerrados y la dificultad para funcionar en horario nocturno, han motivado el aumento del TS callejero, la utilización de domicilios particulares, el funcionamiento diurno de los toples o night club o la práctica del TS encubierto bajo negocios lícitos como casas de masaje, o cafés (Sáez C 2008).

Cada una de las tipologías de lugares de TS identificadas, posee características particulares que expresan, y a la vez, determinan las diferentes realidades sociales y laborales de este grupo de población (Shannon et al. 2015). Además de las situaciones antes mencionadas, que son transversales al comercio sexual en Chile, las distintas tipologías existentes en la RM dan cuenta, por ejemplo, de diferencias de acuerdo a la edad de las MTS y características de sus cuerpos (mujeres más jóvenes y con más atributos físicos suelen estar en lugares cerrados con mayor seguridad y mejor remuneración mientras que mujeres mayores trabajan en las calles o casas de tolerancia donde el nivel de violencia vivida es mayor y los ingresos son más bajos); de acuerdo al nivel socioeconómico del público al cual se orientan (lugares orientados a personas con nivel socioeconómico alto suelen estar emplazados en lugares más concurridos y seguros, además de contar mejor infraestructura tanto para MTS como clientes) y; de acuerdo a los horarios de funcionamiento (el funcionamiento nocturno en la calles suele traer aparejados más riesgos de violencia, consumo de alcohol y drogas y suele concentrar a mujeres extranjeras en situación migratoria irregular).

Una mirada específica de los contextos de trabajo y los riesgos asociados a cada tipología muestra que night club, cabarets y casas de masajes son los sitios que presentan menor vulnerabilidad en términos contextuales, especialmente cuando están dirigidos a hombres de nivel socioeconómico alto. Esto porque, en general, tienen mejor infraestructura de trabajo, mayores niveles de seguridad y menores niveles de violencia, lo que de acuerdo a datos de Kenya y Canadá podría evitar entre el 17% y el 20% de las nuevas infecciones de VIH en MTS y sus clientes (Bekker et al. 2015). Además, en algunos de estos lugares las MTS poseen algún tipo de contrato laboral que las protege socialmente. El principal factor de riesgo detectado en estos espacios es que sus trabajadoras suelen ser muy jóvenes y por tanto sin una trayectoria de cuidados preventivos y sin vinculación con servicios de salud especializados para MTS, situación que coincide con lo observado en Cataluña donde las MTS que trabajaban en clubes privados eran el

grupo más aislado de los recursos públicos y organizaciones no gubernamentales (Redtrasex y Fundación Margen 2013), lo que se asoció a mayor prevalencia de ITS (Hakre et al. 2013; Folch et al. 2008). En Night Club y Cabarets se observó, además, un importante consumo de alcohol y drogas, lo que también ha sido relacionado con mayor prevalencia de VIH e ITS en Europa (Folch et al. 2008) y en América Latina (Estébanez P, Fitch K 1993).

Los cafés con piernas, por su parte, presentan como principal elemento de vulnerabilidad la condición clandestina en la que funcionan, que les hace permeables a una amplia gama de otras actividades ilícitas como la venta de drogas y trata de personas, que también operan como importantes factores de riesgo para la salud sexual (Folch et al. 2008; Pitpitan et al. 2013).

Por último, y consistente con estudios anteriores realizados en Chile y Latinoamérica (Montecinos S, Matus C 1999; Lastra 1997) y otros estudios internacionales (Folch C, Lazar C, Ferrer L 2013; Pitpitan et al. 2013), el TS de calle concentra a MTS de mayor precariedad social y presenta condiciones de alta inseguridad pues son foco de la violencia por parte de los clientes y de abuso policial. Además, expone a las mujeres a diversos riesgos que incluyen precarias condiciones de trabajo, escasez o ausencia de servicios básicos, maltrato físico o psicológico, entre otros.

En el contexto descrito, particularmente producto del estigma y discriminación social del que son objeto las MTS, el vínculo de este grupo con el sistema sanitario no es el deseable desde el punto de vista preventivo. Del total de MTS encuestadas, el 38,6% declaró no asistir nunca a CSS y el 61,4% hacerlo con diversa frecuencia. Entre este último grupo solo un 37,7% lo hizo en servicios especializados para MTS (UNACESS) y solo un 46,2% lo hizo con la periodicidad recomendada. Si bien existe un remanente de conductas preventivas y conocimientos en la materia – huella de una época donde debido al control más regular pero también al despliegue de estrategias basadas en la educación de pares, la vinculación de las MTS era más sólida- la asistencia a CSS especializado

para MTS es baja, lo que dificulta la monitorización y aumenta el riesgo frente al VIH y otras ITS debido a que por un lado se limita el acceso a información, entrega de material preventivo y realización de exámenes y; por otro se aumenta el riesgo de padecer ITS no tratadas.

Un análisis de los motivos que justifican el bajo nivel de acceso y/o la falta de regularidad, muestra que si bien es posible identificar barreras personales e institucionales específicas y ya descritas en la literatura (Ghimire L; Smith WC; van Teijlingen E 2011; Phrasisombath et al. 2012; Folch C, Lazar C, Ferrer L 2013) como falta de interés, interferencia con vida laboral o personal y falta de confianza en la confidencialidad de la información entregada y resguardo de identidad, existen cuatro grandes elementos que actúan como fuente u origen de la mayoría de estos problemas.

En primer lugar, aparece el tema de la identidad de trabajadora sexual que, debido a la fuerte estigmatización y discriminación existente, no es asumida por todas las MTS o es blanco de una serie de esfuerzos por ocultarla, generando resistencia a ocupar espacios destinados a su atención (Gayet et al. 2007). Debido a esto, las MTS desarrollan una serie de estrategias o creencias individuales que tienen como fin manejar sus riesgos y que van desde la autonegación de la condición de MTS hasta la toma de precauciones frente a un riesgo inexistente en términos prácticos, como lo es el imaginario de la divulgación de sus identidades (Bajos Nathalie 1999). Muchas MTS consideran más riesgoso la divulgación de su ocupación que no asistir al CSS, en especial porque ellas consideran que sus prácticas preventivas son adecuadas.

En segundo lugar, está la condición de trabajadora por cuenta propia que, al igual que otros tipos de trabajadores, dependen de las horas de trabajo efectivas para recibir el dinero que necesitan. Esta población de trabajadoras presenta importantes barreras para acceder a gran parte de los servicios públicos y privados, pues las horas no trabajadas representan para ellas una pérdida importante de ingresos.

En tercer lugar, las MTS cuentan con opciones accesibles para recibir atención de salud sexual que, aunque no es especializada, cubre los servicios que para ellas son relevantes. Todas las MTS del país pueden acceder a atención ginecológica en los centros de APS sin tener que declarar su oficio y varias de ellas pueden pagar una atención particular en la misma condición.

Por último, se observa que los servicios de salud destinados a las MTS resultan – al igual que muchos de los servicios generales - poco pertinentes culturalmente, lo que en un grupo social estigmatizado y que se mueve en un espacio de clandestinidad como este, se traduce en un drástico corte a las vinculaciones posibles.

Todos estos elementos no alcanzan a superar los facilitadores de acceso y aspectos positivos de la atención, como la atención profesionalizada de las matronas o los esfuerzos de la sociedad civil organizada por gestionar el vínculo.

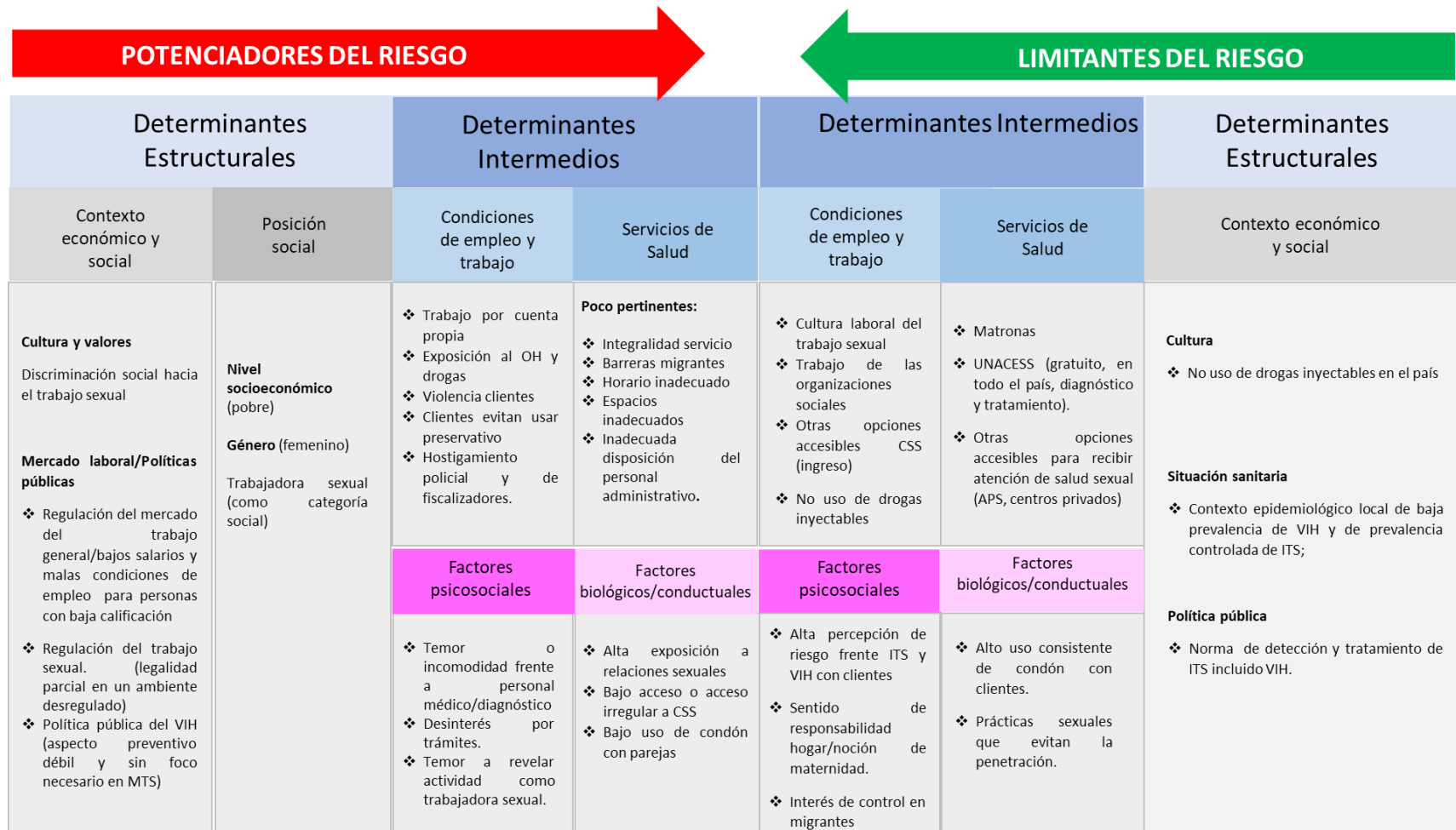
Afortunadamente, existen también cuatro elementos protectores importantes que han aportado fuertemente a la prevención del VIH y otras ITS en este grupo de población y que explicarían que, pese al bajo acceso a CSS y a los factores de riesgo que enfrentan las MTS de la región, estas presenten baja prevalencia de VIH y otras ITS: a) un contexto epidemiológico local de baja prevalencia de VIH y de prevalencia controlada de ITS (Diez Roux and Aiello 2005; Rhodes 2002; Allen et al. 2003); b) el no uso de drogas inyectables en esta población y en la población general, que se ha visto está vinculado con las altas prevalencias de VIH (Platt et al. 2013); c) las estrategias preventivas implementadas por las MTS y que obedecen a una cultura del trabajo y de cuidado de los cuerpos (Amaya, Canaval, and Viáfara 2005) y; d) al trabajo de las organizaciones sociales que han desarrollado trabajo educativo de pares, trabajo en terreno que permite el acceso a MTS que no acceden a los centros de salud, vinculación del sistema de salud con las MTS y acuerdos de trabajo conjunto con las policías para disminuir la violencia policial contra las MTS (Kerrigan et al. 2015).

Sin embargo, el equilibrio es precario y cualquier cambio en las condiciones mencionadas puede generar mayor vulnerabilidad o riesgo de exposición. Por ejemplo, se ha observado que las MTS más jóvenes no acceden de igual manera a ninguno de estos “factores protectores” porque asisten menos a CSS, no se relacionan con otras MTS, y consumen más drogas y alcohol. En este sentido, están más expuestas a nuevos comportamientos como el uso de drogas inyectables o bajar el uso del condón.

Así mismo, la interrupción o el cese definitivo de acciones preventivas por parte de la sociedad civil significaría terminar con uno de los únicos dos vínculos de las MTS con el mundo sanitario (el otro es el CSS). Hasta hoy en Chile, el trabajo de las organizaciones es el pilar central de las actividades preventivas y un elemento esencial para hacer posible la pertinencia y sustentabilidad de las acciones dirigidas a este grupo. Sin embargo, si bien hasta el momento las organizaciones han resuelto de manera autónoma su permanencia como agentes preventivos activos, podrían desaparecer por la falta de apoyo y financiamiento existente.

Una mirada panorámica de todos los elementos descritos y a la luz de la clasificación de los factores de riesgo dependiendo del nivel de actuación de estos, se puede plantear el siguiente esquema explicativo (Figura 3):

Figura 3: Potenciadores y limitantes del riesgo en salud sexual para MTS desde la mirada de los determinantes sociales.



Elaboración propia basada en WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health (2007).

Frente a la situación descrita cabe plantearse cuáles son las medidas más adecuadas para favorecer la salud de las MTS en la región. Ello porque la revisión de diversas formas de abordaje legal del TS muestra que la legalización no es un camino que asegure por sí mismo la regulación de las condiciones laborales, sanitarias y sociales de las MTS. Experiencias de otros países que han reconocido el TS como actividad legal, como Alemania u Holanda (Verscheijden et al. 2015; Bremer et al. 2016), muestran la existencia de submercados sometidos a la misma precariedad y vulnerabilidad que viven las MTS que se desempeñan en espacios de ilegalidad, producto de vacíos en la ley y/o falta de reglamentos específicos que propician que las MTS más desprotegidas, como migrantes o quienes no han conseguido patentes o permisos, se inserten en el mercado de manera clandestina y precaria.

En este sentido un camino posible sería recoger y potenciar los elementos positivos que hoy rodean al TS en la RM, con el fin último de reivindicar la actividad como un trabajo con las regulaciones necesarias. Sin duda, en esa senda, uno de los elementos más difíciles, pero más importantes a trabajar es el estigma y discriminación social e internalizado hacia esta actividad que obstaculiza una vinculación sana y próspera de este grupo de población con la seguridad social.

VII. LIMITACIONES

- Dificultades asociadas al reclutamiento de las MTS que trabajan en lugares difíciles de ubicar tales como los departamentos privados, quedando fuera de la caracterización presentada.
- Por la razón mencionada en el párrafo anterior, el cálculo del tamaño muestras pudiese presentar sesgo.
- Al tratarse de un estudio transversal, no se puede establecer relaciones de causa-efecto entre las variables estudiadas.
- En la parte cualitativa del estudio, solo se trabajó con MTS que tenían algún vínculo con organizaciones sociales relacionadas con el TS. Si bien estos vínculos, en algunos casos, eran muy recientes y solo basados en la entrega de información o preservativos, suponen algún grado de interés en el tema y/o han generado más información o recursos preventivos. En este sentido, sabemos que existe un grupo de MTS que puede estar en una condición de mayor vulnerabilidad frente al VIH e ITS.

VIII. CONCLUSIONES

- El TS en la RM se ejerce en un ambiente que, si bien no es del todo ilegal, está desregulado en la mayoría de sus aspectos. Solo existe norma para el control de ITS. Este CSS es gratuito, voluntario y cuenta con baja adhesión. Otra característica importante es que -debido a que es una actividad socialmente sancionada, prohibida en algunas de sus manifestaciones, pero también muy lucrativa para los empresarios del rubro- se lleva a cabo en un ambiente de clandestinidad que facilita la presencia de situaciones de riesgo como son la exposición constante a alcohol y drogas, violencia y/o persecución policial y violencia por parte de los clientes. Todos ellos, factores que se han asociado con mayor riesgo de adquirir VIH y otras ITS.
- Entre las MTS estudiadas, casi el 40% no accede al CSS y quienes lo hacen no cumplen con la frecuencia recomendada. También se observa que las MTS que no acceden a CSS presentan mayores conductas de riesgo.
- Si bien el acceso de las MTS a centros de atención de salud especializada no es una conducta habitual, en general, las MTS buscan maneras de acceder a alguna forma de atención en este ámbito. Esta elección depende fundamentalmente de la manera en que asumen su actividad y del nivel de información manejado. En el caso de MTS extranjeras se suma la factibilidad de acceder de acuerdo con su condición migratoria. Las alternativas de CSS utilizadas son APS y sector privado.
- Se identificaron barreras personales e institucionales para el acceso de las MTS a los centros de atención en salud sexual especializado para este grupo de población. Dentro de las primeras se mencionó la falta de interés/temor/incomodidad por el control, la interferencia de los controles con el trabajo y el temor a develar la condición de trabajadora sexual. En las institucionales, en tanto, se mencionó atención poco integral, desconfianza en la confidencialidad de la información, horarios y duración de atención poco pertinentes.

- Detrás de estos problemas se encuentra la baja adecuación de los servicios de salud a la dinámica de trabajo y de vida de las MTS, así como la baja autoidentificación o el temor de ser identificadas como MTS.
- No obstante lo anterior, se identificaron una serie de prácticas sexuales y de cuidado que contribuyen a la prevención del VIH/ITS en el contexto epidemiológico local. Dentro de ellas destaca el alto uso de condón con clientes, la utilización de sexo de fantasía y masturbación para evitar la penetración y la casi nula práctica de la penetración anal.
- La puesta en práctica de estas estrategias preventivas en un contexto epidemiológico local de baja prevalencia de VIH y de prevalencia controlada de ITS, facilita los resultados sanitarios positivos para VIH e ITS encontrados en esta población.
- Las organizaciones de MTS han realizado aportes fundamentales a la prevención del VIH y las ITS en la medida que han gestionado el vínculo de las MTS con los centros de salud, han entregado educación para la prevención y materiales preventivos y han realizado acciones para la disminución de la violencia de agentes policiales y fiscalizadores.
- La caracterización exhaustiva de las tipologías de TS en la RM es un elemento necesario para la realización de estudios bioconductuales, en el contexto de la implementación de la Vigilancia de segunda generación del VIH y las ITS en el país.
- Solo el uso de metodologías mixtas permite dar cuenta de los factores estructurales que se manifiestan en los lugares de TS y que generan contextos de vulnerabilidad para la transmisión del VIH y las ITS entre las MTS.

IX. RECOMENDACIONES

1. Monitorear periódicamente prácticas de riesgo y prevalencias en relación al VIH y otras ITS en este grupo de población, considerando subgrupos no estudiados y otros lugares geográficos (MTS departamentos privados, otras regiones), mediante el uso de metodologías mixtas que aporten los elementos necesarios para su análisis.
2. Desarrollar una estrategia de atención de salud de las MTS que considere sus características, preferencias y necesidades mediante acciones participativas entre MTS, sociedad civil organizada y autoridades de salud, entre otros. Así, los servicios de salud deben considerar una atención integral que se adecue a las diversas dinámicas personales y laborales de las MTS, además de la realidad migratoria en el país, incluyendo la sensibilización en materia de no discriminación y Derechos Humanos.
3. El Estado debe garantizar apoyo técnico y financiero suficiente y apropiado a las organizaciones sociales que realizan acciones preventivas en el ámbito sanitario con este grupo de población, considerando el trabajo conjunto y/o el subsidio de acciones que por su naturaleza no pueden ser ejecutadas o financiadas directamente por organismos del Estado. Ello incluye apoyar iniciativas existentes y generar nuevas acciones de acuerdo a las necesidades detectadas. Considerar como temas a abordar la violencia policial, discriminación, exposición al uso de alcohol y drogas y situación de MTS migrantes.
4. Abogar por la regulación laboral integral del TS, propiciando que las MTS cuenten con leyes y normas que resguarden sus derechos en el ejercicio laboral (salarios, horas de trabajo, vacaciones, etc.), las protejan de los riesgos asociados a la actividad (enfermedades, violencia, entre otros) y, les permitan acceder al sistema de protección social propio de cualquier trabajador (accidentes laborales, AFP, licencias médicas, seguro de salud, etc.)

5. Abordar el estigma y discriminación hacia las MTS en dos frentes: a) manejo del estigma internalizado en las propias MTS y b) sensibilización y reflexión con población general respecto del trabajo sexual y el estigma y discriminación social que les afecta (campañas comunicacionales y conversatorios)
6. Focalizar acciones preventivas y educativas en grupos de MTS en mayor riesgo como MTS jóvenes y MTS pertenecientes a tipologías de TS no abordadas, como las mujeres que trabajan en departamentos privados.

X. ACTIVIDADES DE LA DOCTORANDA

XI.1 ACTIVIDADES ASOCIADAS AL DESARROLLO DE LA TESIS

- Mapeo de lugares de TS.
- Coordinación del trabajo de campo incluyendo visita a los lugares para sensibilización y solicitud de autorización.
- Dirección de grupos focales y entrevistas individuales para validación del cuestionario.
- Elaboración de manual del capacitador.
- Elaboración de protocolo de estudio e instrumentos asociados.
- Capacitación a encuestadoras del estudio.
- Toma de muestras de saliva para test rápido de VIH.
- Control de calidad de encuestas.
- Control de calidad de ingreso de datos.
- Elaboración de pauta de entrevistas semiestructuradas y grupo focal del componente cualitativo.
- Realización de entrevistas semiestructuradas y para el componente cualitativo.

XI.2 ACTIVIDADES FORMATIVAS

A continuación se detallan las actividades formativas obligatorias y no obligatorias desarrolladas durante el curso del programa de doctorado.

Tabla 2. Actividades formativas realizadas durante el periodo.

TIPO DE ACTIVIDAD	ACTIVIDAD ESPECÍFICA
Asistencia seminarios conferencias impartidas expertos en ámbito conocimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ XXXIV Reunión Científica de la SEE, junto con el XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, septiembre 2016, Sevilla-España. ▪ IV Congreso Chileno de Salud Pública y VI Congreso Chileno de Epidemiología Salud en Todas: Enfrentando un modelo en crisis. Coquimbo. Diciembre 2016 ▪ XXXV Reunión Científica de la SEE, junto con el XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, septiembre 2017, Barcelona-España.
Elaboración artículos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicación artículo científico "A <i>typology of female sex work in the Metropolitan Region of Santiago, Chile</i>" revista indexada Culture, Health and Sexuality, agosto 2017. (Objetivo 1) ▪ Artículo científico "Linked factors to access to sexual health check-ups of Female Sex Workers in the Metropolitan region of Chile", ACEPTADO en Journal of Public Health. (Objetivo 2) ▪ Artículo científico "<i>Estrategias preventivas frente al VIH/ITS en mujeres trabajadoras sexuales de la región Metropolitana de Chile: exploración de trayectorias y acceso a los servicios de salud</i>" ENVIADO a la revista Journal Health and Social Behaviour. (Objetivos 3 y 4)
Participación en seminarios internos en el grupo de investigación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seminario de tesis en reunión científica CEEISCAT, septiembre 2016. ▪ Seminario de tesis en Reunión Científica Escuela de Salud Pública, 29 agosto 2017.
Participación en talleres o cursos de especialización metodológica.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curso de Epidemiología de enfermedades transmisibles y su método de estudio, 2016.

<p>Presentación de una comunicación (poster u oral) en congreso nacional o internacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación de la Comunicación "<i>Caracterización de las tipologías de trabajo sexual femenino en la región Metropolitana: una exploración imprescindible para los estudios bioconductuales que utilizan metodología TLS</i>" en XXXIV Reunión Científica de la SEE, junto con el XI Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, septiembre 2016, Sevilla-España. ▪ Presentación Poster on line "<i>Características clínico-epidemiológicas y conductuales vinculadas al acceso al control de salud sexual en Trabajadoras Sexuales de la Región Metropolitana de Chile</i>" en XXXV Reunión Científica de la SEE, junto con el XII Congresso da Associação Portuguesa de Epidemiologia, septiembre 2017, Barcelona-España.
<p>Estadía Corta de Investigación en Centros Nacionales o Internacionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasantía Corta CEEISCAT. septiembre 2016 ▪ Pasantía Corta CEEISCAT. 11 al 22 de septiembre 2017
<p>Participación en elaboración de un proyecto de Investigación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación como coordinadora de campo en segundo año proyecto FONDECYT N° 11140021: "<i>Vigilancia bioconductual de la infección por VIH/Sida en poblaciones de difícil acceso en la Región Metropolitana, Chile</i>"
<p>Tareas Docentes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curso Salud Pública 4° año de Medicina 2015. Universidad de Chile. ▪ Curso de Epidemiología Descriptiva y Epidemiología Analítica 3° año de Medicina 2017. Universidad de Chile. ▪ Curso de Epidemiología Analítica 3° año de Medicina 2018. Universidad de Chile ▪ Curso Epidemiología Básica, Máster de Salud Pública Universidad de Chile 2017. ▪ Coordinación Epidemiología Básica, Máster de Salud Pública Universidad de Chile 2018. ▪ Docente del curso Diseños cualitativos de investigación en Diplomado de investigación en salud. Escuela de Obstetricia de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. 2018 ▪

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en reuniones de colaboración en grupos de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunión anual del grupo de investigadores Escuela de Salud Pública- CEEISCAT 2016. ▪ Reunión anual del grupo de investigadores Escuela de Salud Pública- CEEISCAT 2017.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difusión Comunitaria de Resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difusión de resultados preliminares con organizaciones comunitarias, enero 2016.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Allen, Betania, Aurelio Cruz-Valdez, Leonor Rivera-Rivera, Roberto Castro, María Ernestina Arana-García, and Mauricio Hernández-Avila. 2003. "Afecto, Besos Y Condones: El ABC de Las Prácticas Sexuales de Las Trabajadoras Sexuales de La Ciudad de México." *Salud Publica de Mexico* 45 (SUPPL. 5). <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003001100004>.
- Amaya, A, G Canaval, and El Viáfara. 2005. "Estigmatización de Las Trabajadoras Sexuales: Influencias En La Salud." *Colombia Medica* 36 (3 SUPPL. 2):65–74.
- Amo, Gonzalez, Losana, et al Del. 2005. "Influence of Age and Geographical Origin in the Prevalence of High Risk Human Papillomavirus in Migrant Female Sex Workers in Spain." *Sexually Transmitted Infections* 81 (1):79–84. <https://doi.org/10.1136/sti.2003.008060>.
- Andrews, Carin Hillerdal, Elisabeth Faxelid, Vanphanom Sychaerun, and Ketkesone Phrasisombath. 2015. "Determinants of Consistent Condom Use among Female Sex Workers in Savannakhet, Lao PDR." *BMC Women's Health* 15 (1). BMC Women's Health:63. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0215-0>.
- Bajos Nathalie. 1999. "L'analyse Des Comportements Face Au Risque de Contamination Par Voie Sexuelle Du VIH: Enjeux Théoriques et Préventifs Des Différentes Approches En Santé Publique." *Medecine Science*, no. 15:725–30.
- Baral, Stefan, Chris Beyrer, Kathryn Muessig, Tonia Poteat, Andrea L. Wirtz, Michele R. Decker, Susan G. Sherman, and Deanna Kerrigan. 2012. "Burden of HIV among Female Sex Workers in Low-Income and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis." *The Lancet Infectious Diseases* 12 (7). Elsevier Ltd:538–49. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70066-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70066-X).
- Barrientos J, Bozon M, Ortiz E, Arredondo A. 2007. "HIV Prevalence, AIDS Knowledge, and Condom Use among Female Sex Workers in Santiago, Chile." *Cadernos de Saúde Pública* 23 (8):1777–84.
- Bartlett, Joaquín. 2012. "Estrategias Y Redes Para Ocultar Y Manejar El Estigma. El Caso de Las Trabajadoras Sexuales de Las Ciudades de Villa Ángela Y Corrientes." In .
- Bekker, Linda Gail, Leigh Johnson, Frances Cowan, Cheryl Overs, Donela Besada, Sharon Hillier, and Willard Cates. 2015. "Combination HIV Prevention for Female Sex Workers: What Is the Evidence?" *The Lancet* 385 (9962). Elsevier Ltd:72–87. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60974-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60974-0).
- Belmar J;Stuardo V; Folch C; Carvajal B; Clunes M J; Montoliu A;Casabona J. 2017. "A Typology of Female Sex Work in the Metropolitan Region of Santiago, Chile." *Culture, Health & Sexuality (TCHS)*.
- Bremer, Viviane, Karin Haar, Martyna Gassowski, Osamah Hamouda, and Stine Nielsen. 2016. "STI Tests and Proportion of Positive Tests in Female Sex Workers Attending Local Public Health Departments in Germany in 2010/11." *BMC Public Health* 16 (1). BMC Public Health:1175. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3847-6>.

- Caro-Murillo, Ana María, Jesús Castilla Catalán, and Julia del Amo Valero. 2010. "Epidemiología de La Infección Por VIH En Inmigrantes En España: Fuentes de Información, Características, Magnitud Y Tendencias." *Gaceta Sanitaria* 24 (1):81–88. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.06.009>.
- Carvajal, Bielka, Valeria Stuardo, José Manuel Manríquez, Julieta Belmar, and Cinta Folch. 2017. "Adaptación de Una Encuesta Bioconductual Para La Vigilancia Del VIH En Mujeres Trabajadoras Sexuales Chilenas." *Gaceta Sanitaria*, April. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.010>.
- Carvajal B, Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J, Folch C. 2017. "Adaptación de Una Encuesta Bioconductual Para La Vigilancia Del VIH En Mujeres Trabajadoras Sexuales Chilenas." *Gaceta Sanitaria* 1377. <https://doi.org/10.1016/j.cbpc.2005.04.011>.
- Cortez A, Loredó P, Donoso C. 2007. *Diagnóstico de Riesgo Y Vulnerabilidad Frente Al VIH/SIDA En Jóvenes Inmigrantes Peruanos*. Ed. Sin Fr. Santiago de Chile.
- Davis, Alissa, Beth E. Meyerson, Blessing Aghaulor, Katherine Brown, Adisyn Watson, Kathryn E. Muessig, Ligang Yang, and Joseph D. Tucker. 2016. "Barriers to Health Service Access among Female Migrant Ugandan Sex Workers in Guangzhou, China." *International Journal for Equity in Health* 15 (1). *International Journal for Equity in Health*:170. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0453-2>.
- Deering, Kathleen N, Paranita Bhattacharjee, Janet Bradley, Stephen S Moses, Kate Shannon, Souradet Y Shaw, Reynold Washington, et al. 2011. "Condom Use within Non-Commercial Partnerships of Female Sex Workers in Southern India." *BMC Public Health* 11 (Suppl 6). BioMed Central Ltd:S11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S6-S11>.
- Diez Roux, Ana V., and Allison E. Aiello. 2005. "Multilevel Analysis of Infectious Diseases." *The Journal of Infectious Diseases* 191 (s1):S25–33. <https://doi.org/10.1086/425288>.
- Douglas, Mary. 1993. *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory. Contemporary Sociology*. Vol. 22. <https://doi.org/10.2307/2074588>.
- Douglas M y Wildavsky A. 1983. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. University. Berkeley.
- Estébanez P, Fitch K, Nájera R. 1993. "El VIH Y Las Trabajadoras Sexuales." *Bulletin of the World Health Organization* 71:415–33.
- Fehrenbacher, Anne E., Debasish Chowdhury, Toorjo Ghose, and Dallas Swendeman. 2016. "Consistent Condom Use by Female Sex Workers in Kolkata, India: Testing Theories of Economic Insecurity, Behavior Change, Life Course Vulnerability and Empowerment." *AIDS and Behavior* 20 (10). Springer US:2332–45. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1412-z>.
- Folch, Cinta, Anna Esteve, Cristina Sanclemente, Elisa Martró, Rossie Lugo, Sonia Molinos, Vicky Gonzalez, Vicenç Ausina, and Jordi Casabona. 2008. "Prevalence of Human Immunodeficiency Virus, Chlamydia Trachomatis, and Neisseria Gonorrhoeae and Risk Factors for Sexually Transmitted Infections among Immigrant Female Sex Workers in Catalonia, Spain." *Sexually Transmitted Diseases* 35 (2):178–83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18046265>.

- Folch C, Lazar C, Ferrer L, Sanclemente C & J. Casabona. 2013. "Female Sex Workers and Access to Social and Health Services in Catalonia: Influence of Region of Origin and Place of Work." *AIDS Care* 25 (8):1033–38. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23216369>.
- Fundación Instituto de la Mujer. 2011. "Ciudadanía Y Protección de Los Derechos Humanos de La Población Inmigrante En Chile."
- Gálvez, Ana. 2014. "Lupanares, Burdeles Y Casas de Tolerancia: Tensiones Entre Las Prácticas Sociales Y La Reglamentación de La Prostitución En Santiago de Chile: 1896-1940." *Tiempo Histórico* 5, núm. 8:73–92.
- Gayet, C, C Magis, D Sacknoff, and L Guli. 2007. *Prácticas Sexuales de Las Poblaciones Vulnerables a La Epidemia de VIH/SIDA En México. Angulos Del SIDA 2007*. México, D.F: CENSIDA.Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.México.
- Ghimire, Laxmi, and Edwin Van Teijlingen. 2009. "Barriers to Utilisation of Sexual Health Services by Female Sex Workers in Nepal." *Global Journal of Health Science* 1 (1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v1n1p12>.
- Ghimire L; Smith WC; van Teijlingen E. 2011. "Utilisation of Sexual Health Services by Female Sex Workers in Nepal. TT -." *BMC Health Services Research* 11. BioMed Central Ltd:79. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-79>.
- Giddens, Anthony. 2000. *Sociología*. Edited by Alianza Editorial.
- Grath-Lone, Louise Mc, Kimberly Marsh, Gwenda Hughes, and Helen Ward. 2014. "The Sexual Health of Female Sex Workers Compared with Other Women in England: Analysis of Cross-Sectional Data from Genitourinary Medicine Clinics." *Sexually Transmitted Infections* 90 (4):344–50. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051381>.
- Hakre, Shilpa, Griselda Arteaga, Aurelio E Núñez, Christian T Bautista, Aimee Bolen, Maria Villarroel, Sheila A Peel, Gabriela Paz-Bailey, Paul T Scott, and Juan M Pascale. 2013. "Prevalence of HIV and Other Sexually Transmitted Infections and Factors Associated with Syphilis among Female Sex Workers in Panama." *Sex Transm Infect* 89:156–64.
- Harcourt, Christine, and B. Donovan. 2005. "The Many Faces of Sex Work." *Sexually Transmitted Infections* 81 (3):201–6. <https://doi.org/10.1136/sti.2004.012468>.
- Harcourt C, Donovan B. 2005. "The Many Faces of Sex Work." *Sexually Transmitted Infections* 81:201–6.
- Herrera, Cristina, and Lourdes Campero. 2002. "La Vulnerabilidad E Invisibilidad de Las Mujeres Ante El VIH / SIDA: Constantes Y Cambios En El Tema." *Salud Pública de México* 44 (655):554–62. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n6/14045.pdf>.
- Instituto de Salud Pública de Chile. 2016. "Boletín de Vigilancia de Laboratorio. Resultados Confirmación de Infección Por VIH En Chile, 2010 - 2015." 6 (11):1–13. <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-15112017A.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Chile. 2017. "Censo 2017."
- Jeal, Nikki, and Chris Salisbury. 2004. "Self-Reported Experiences of Health Services among Female Street-Based Prostitutes: A Cross-Sectional Survey."

- British Journal of General Practice* 54 (504):515–19.
- Jeal N, Salisbury C, Turner K. 2008. "The Multiplicity and Interdependency of Factors Influencing the Health of Street-Based Sex Workers: A Qualitative Study." *Sexually Transmitted Infections* 84:381–85.
- Kate, Kathleen N. Deering and Steffanie A. Strathdee Shannon, and Shira M. Goldenberg. 2014. "Hiv Infection Among Female Sex Workers in Concentrated and High Prevalence Epidemics : Why a." *Curr Opin HIV AIDS* 9 (2):174–82. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000042.HIV>.
- Kerrigan, Deanna, Caitlin E Kennedy, Ruth Morgan-thomas, Sushena Reza-paul, Peninah Mwangi, Kay Thi Win, Allison Mcfall, Virginia A Fonner, and Jennifer Butler. 2015. "A Community Empowerment Approach to the HIV Response among Sex Workers: Eff Ectiveness , Challenges , and Considerations for Implementation and Scale-Up." *The Lancet* 385 (9963). Elsevier Ltd:172–85. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60973-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60973-9).
- Kornblit AL. 1999. "El Impacto Del Sida En Las Poblaciones." *Nueva Sociedad* 159 (0251–3552):129–39.
- Lafort, Yves, Diederike Geelhoed, Luisa Cumba, Carla Das Dores Mosse Lzaro, Wim Delva, Stanley Luchters, and Marleen Temmerman. 2010. "Reproductive Health Services for Populations at High Risk of HIV: Performance of a Night Clinic in Tete Province, Mozambique." *BMC Health Services Research* 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-144>.
- Lafort, Yves, Ross Greener, Anuradha Roy, Letitia Greener, Wilkister Ombidi, Faustino Lessitala, Hassan Haghparast-Bidgoli, et al. 2016. "Where Do Female Sex Workers Seek HIV and Reproductive Health Care and What Motivates These Choices? A Survey in 4 Cities in India, Kenya, Mozambique and South Africa." *PLoS ONE* 11 (8):1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160730>.
- Lafort, Yves, Ross Greener, Anuradha Roy, Letitia Greener, Wilkister Ombidi, Faustino Lessitala, Jolene Skordis-Worrall, et al. 2017. "Sexual and Reproductive Health Services Utilization by Female Sex Workers Is Context-Specific: Results from a Cross-Sectional Survey in India, Kenya, Mozambique and South Africa." *Reproductive Health* 14 (1). Reproductive Health:13. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0277-6>.
- Lastra, Teresa. 1997. *Las Otras Mujeres*. Santiago de Chile: Gráfica Alternativa.
- Li J, Chen XS, Merli MG, Weir SS, Henderson GE. 2012. "Systematic Differences in Risk Behaviors and Syphilis Prevalence across Types of Female Sex Workers: A Preliminary Study in Liuzhou, China." *Sex Transm Dis* 39 (3):195–200. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31823d2e2a.Systematic>.
- Luque Fernández, Miguel Ángel, and Aurora Bueno-Cavanillas. 2009. "La Fecundidad En España, 1996-2006: Mujeres de Nacionalidad Extranjera Frente a Españolas." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):67–71. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.03.004>.
- Mc Grath-Lone, Louise, Kimberly Marsh, Gwenda Hughes, and Helen Ward. 2014. "The Sexual Health of Female Sex Workers Compared with Other Women in England: Analysis of Cross-Sectional Data from Genitourinary Medicine Clinics." *Sexually Transmitted Infections* 90 (4):344–50. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2013-051381>.

- Merrigan, M.B., Tafuma, T.A., Okui, L.A., and et al. 2015. "HIV Prevalence and Risk Behaviors Among Female Sex Workers in Botswana: Results from the 2012 HIV / STI Bio-Behavioral Study." *AIDS and Behavior*. Springer US, 899–908. <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-014-0858-0>.
- Metges del Món. 2008. "Unidad Didáctica 5: Prostitución Y Salud." In .
- Ministerio de Bienestar Social de Chile. 1931. "Código Sanitario." Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile. 1931. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5113&idVersion=1968-01-31>.
- Ministerio de Higiene de Chile. 1925. *Código Sanitario de La República de Chile (Diario Oficial 20 de Octubre de 1925)*. Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile.
- Ministerio de Justicia de Chile. 1874. *Código Penal*.
- Ministerio de la Protección Social, Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas y Universidad de Colombia. 2009. "Factores de Vulnerabilidad a La Infección Por VIH En Mujeres." Colombia.
- Ministerio de Salud de Chile. n.d. "REM Control de Salud Sexual, Trabajadoras Sexuales." 2016. <http://www.deis.cl/>.
- . 1983. "Decreto N° 362 Reglamento Sobre Infecciones de Transmisión Sexual." Biblioteca Del Congreso Nacional. 1983. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12702>.
- . 2008. *Norma General Técnica N° 103 Sobre Manejo Y Tratamiento de Las Infecciones de Transmisión Sexual*.
- . 2017. "Informe Situación Epidemiológica de Las Infecciones de Transmisión Sexual En Chile, 2017," no. 1:1–24.
- Ministerio de Salud de Chile. 2007. "Decreto N° 206 Reglamento Infecciones de Transmisión Sexual." Biblioteca Del Congreso Nacional. 2007. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=260650>.
- . 2015. "Departamento de Estadísticas En Salud." 2015. <http://www.deis.cl/>.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). 2015. "Circular A 15 N° 6 Del 09/06/2015."
- Ministerio de Salud de Chile, and ONUSIDA. 2014. "Informe Nacional de Progreso Sobre SIDA En Chile GARPR 2014" 2014:188.
- Ministerio de Salud Pública de Chile. 1968. "Código Sanitario." Biblioteca Del Congreso Nacional. Chile. 1968. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>.
- Monge-Maillo, Begoña, B. Carolina Jiménez, José A. Pérez-Molina, Francesca Norman, Miriam Navarro, Ana Pérez-Ayala, Juan M. Herrero, Pilar Zamarrón, and Rogelio López-Vélez. 2009. "Imported Infectious Diseases in Mobile Populations, Spain." *Emerging Infectious Diseases* 15 (11):1745–52. <https://doi.org/10.3201/eid1511.090718>.
- Montecinos S, Matus C, Donoso C. 1999. "Prostitucion Juvenil Urbana ." Santiago de Chile. <http://www.edgardotoro.cl/wp-content/uploads/2015/01/prostitucion-juvenil-urbana1.pdf>.
- Muñoz F, Zamorano P, Alvarado P. 2007. *Caracterización Del Trabajo Sexual En La Región Metropolitana de Chile*. Santiago de Chile: Grafica LOM. http://www.criaps.cl/descarga/rpp_02_2485CaracterizaciondelTrabajoSexual.

- pdf.
- ONUSIDA. 2005. "Guías Prácticas Para Poner En Marcha La Vigilancia de Segunda Generación." http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc742-initiatingsgs_es.pdf.
- . 2017. "UNAIDS Data 2017." <https://doi.org/978-92-9173-945-5>.
- OPS, Family Health International (FHI), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), and World Health Organization (WHO). 2009. "Guía Para La Planificación de La Serovigilancia de La Infección Por El VIH, La Prevalencia de Las Infecciones de Transmisión Sexual Y Los Componentes Conductuales de La Vigilancia de Segunda Generación de La Infección Por El VIH." http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/VALORACION_PREVIA2.pdf.
- Organización internacional del Trabajo (OIT). 2017. "Mujeres Migrantes En Chile: Oportunidades Y Riesgos de Cruzar Fronteras Para Trabajar."
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. "Informe Sobre La Salud En El Mundo 2002: Reducir Los Riesgos Y Promover Una Vida Sana." *Organización Mundial de La Salud OPS*, 175.
- . 2010. "A View of Sexual and Reproductive Health through the Equity Lens." *Social Determinants of Sexual and Reproductive Health: Informing Future Research and Programme Implementation*, 1–12. https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/44344/1/9789241599528_eng.pdf#page=9.
- Palma, I, H Abarca, and C Moreno. 2002. "Estrategias de Prevención En Salud Sexual Y Reproductiva En Jóvenes de América Latina Y El Caribe. Hacia Una Nueva Síntesis de Enfoques." http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/Estrategias_de_Prevencion_en_Salud_Sexual_y_Reproductiva_en_Jovenes_en.pdf.
- Peralta G. 2015. "Cafés Chinos: Los Moteles de Nuestros Tatarabuelos." 2015. <http://www.lun.com/Pages/NewsDetail.aspx?dt=2013-09-08&NewsID=32516&BodyID=0&PaginaId=10&SupplementId=2>.
- Phrasisombath, Ketkesone, Sarah Thomsen, Vanphanom Sychareun, and Elisabeth Faxelid. 2012. "Care Seeking Behaviour and Barriers to Accessing Services for Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Laos: A Cross-Sectional Study." *BMC Health Services Research* 12 (1). BioMed Central Ltd:37. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-37>.
- Pitpitan, Eileen V, Seth C Kalichman, Lisa A Eaton, Steffanie A Strathdee, and Thomas L Patterson. 2013. "HIV/STI Risk among Venue-Based Female Sex Workers across the Globe: A Look Back and the Way Forward." *Current HIV/AIDS Reports* 10 (1). NIH Public Access:65–78. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23160840>.
- Platt, Lucy, Emma Jolley, Tim Rhodes, Vivian Hope, Alisher Latypov, Lucy Reynolds, and David Wilson. 2013. "Factors Mediating HIV Risk among Female Sex Workers in Europe: A Systematic Review and Ecological Analysis." *BMJ Open* 3:e002836-. <http://bmjopen.bmj.com/content/3/7/e002836.full#ref-35>.
- Raymond, H. F, T Ick, M Grasso, J Vaudrey, and W McFarland. 2007. "Resource Guide: Time Location Sampling (TLS) Table of Contents C . Choosing A

- Sampling Method.”
- RedTraSex. 2014. “PONTE EN NUESTROS ZAPATOS. Guía de Buenas Prácticas Para El Personal de Salud.” http://www.redtralsex.org/IMG/article_PDF/article_a1328.pdf.
- Redtralsex y Fundación Margen. 2013. “Estudio Sobre Estigma Y Discriminación En Los Servicios de Salud a Las Mujeres Trabajadoras Sexuales En América Latina Y El Caribe.” http://www.redtralsex.org/IMG/pdf/chile_-_estudio_ss.pdf.
- Rekart ML. 2005. “Sex-Work Harm Reduction.” *Lancet* 366 (95033):2123–2134. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67732-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67732-X).
- Rhodes, Tim. 2002. “The ‘Risk Environment’: A Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm.” *International Journal of Drug Policy* 13 (2):85–94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5).
- Richter ML, Chersich M, Temmerman M, Luchters S. 2013. “Characteristics, Sexual Behaviour and Risk Factors of Female, Male and Transgender Sex Workers in South Africa.” *South African Medical Journal* 103 (4):246–51.
- Robertson, Angela Marie, Jennifer L Syvertsen, M Gudelia Rangel, Hugo S Staines, Martina Morris, Thomas L Patterson, Monica D Ulibarri, and Steffanie A Strathdee. 2013. “Concurrent Sexual Partnerships among Female Sex Workers and Their Non-Commercial Male Partners in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico.” *Sexually Transmitted Infections* 89 (4):330–32. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2012-050693>.
- Sáez C, Aravena F. 2008. “El Derecho a Ejercer El Comercio Sexual En Chile.” IV Congreso de Teoría Constitucional. Santiago de Chile. 2008. http://congresoconstitucional.cl/wp-content/uploads/2010/08/Carolina-Saez_1252892295.pdf%0A.
- Salazar C. 2011. “Apuntes Sobre La Edad Dorada versus La Edad Oscura de Las clásica ‘Casa de Remolienda Santiago.’” *Memoria Chilena, Artículos Para El Bicentenario*. http://www.memoriachilena.cl/602/articles-123213_recurso_2.pdf.
- Salazar G, Pinto J. 2010. *Historia Contemporánea de Chile, Tomo IV*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Salazar G y Pinto J. 2010. *Historia Contemporánea de Chile, Tomo IV*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Savia, Fundación. 2012. “La Política Pública de Prevención Y Atención Integral Del VIH Sida En Mujeres Que Ejercen El Comercio Sexual.” Santiago de Chile. http://www.fundacionsavia.cl/media/uploads/docs/INVESTIGACION_-COMERCIO_SEXUAL_-_2012.pdf.
- Shannon, Kate, Steffanie A. Strathdee, Shira M. Goldenberg, Putu Duff, Peninah Mwangi, Maia Rusakova, Sushena Reza-Paul, et al. 2015. “Global Epidemiology of HIV among Female Sex Workers: Influence of Structural Determinants.” *The Lancet* 385 (9962):55–71.
- Shannon K, Goldenberg SM, Deering K, Strathdee S. 2014. “HIV Infection among Female Sex Workers in Concentrated and High Prevalence Epidemics: Why a Structural Determinants Framework Is Needed.” *Curr Opin HIV AIDS* 9 (2):174–82. <https://doi.org/10.1097/COH.000000000000042.HIV>.
- Sociás ME, Shoveller J, Bean C, Nguyen P, Montaner J, Shannon K. 2016.

- "Universal Coverage without Universal Access: Institutional Barriers to Health Care among Women Sex Workers in Vancouver, Canada." *PLoS ONE* 11 (5):1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155828>.
- Stuardo V, Manriquez JM, Belmar J, Carvajal B, Folch C, Montoliu A, Casabona J. 2016. "Prevalencia de VIH Y Características de Las Mujeres Trabajadoras Sexuales En La RM, Chile." In *XXXIV Reunión Anual de La Sociedad Española de Epidemiología (SEE) Y XI Congresso Da Associação Portuguesa de Epidemiologia (APE)*.
- Szwarcwald, Célia Landmann, Giseli Nogueira Damacena, Paulo Roberto Borges de Souza-Júnior, Mark Drew Crosland Guimarães, Wanessa da Silva de Almeida, Arthur Pate de Souza Ferreira, Orlando da Costa Ferreira-Júnior, and Inês Dourado. 2018. "Factors Associated with HIV Infection among Female Sex Workers in Brazil." *Medicine* 97 (November 2017):S54–61. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000009013>.
- Tallis, Vicci. 2005. "Género Y VIH/SIDA. Informe General."
- Tamene, Masresha Molla, Gizachew Assefa Tessema, and Getahun Kebede Beyera. 2015. "Condom Utilization and Sexual Behavior of Female Sex Workers in Northwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study." *Pan African Medical Journal* 21:1–10. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.50.6009>.
- Trostle J. 2005. *Epidemiology and Culture*. Cambridge. New York.
- Valerio, Lluís, Sílvia Roure, Ana Rubiales, M. Dolors Tenas, Gema Fernández-Rivas, Octavi Martínez-Cuevas, and Nemesio Moreno. 2009. "Enfermedades Infecciosas Importadas Asociadas a Los Desplazamientos Internacionales de Inmigrantes Adultos En Visita a Familiares Y Amigos." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):86–89. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.09.006>.
- Verscheijden, Maud M. A., Petra J. Woestenberg, Hannelore M. Götz, Maaike G. van Veen, Femke D. H. Koedijk, and Birgit H. B. van Benthem. 2015. "Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers Tested at STI Clinics in the Netherlands, 2006–2013." *Emerging Themes in Epidemiology* 12 (1). BioMed Central:12. <https://doi.org/10.1186/s12982-015-0034-7>.
- Vives-Cases, Carmen, Diana Gil-González, Juncal Plazaola-Castaño, María Isabel Montero-Piñar, Isabel Ruiz-Pérez, Vicenta Escribà-Agüir, Gaby Ortiz-Barreda, and Jordi Torrubiano-Domínguez. 2009. "Violencia de Género En Mujeres Inmigrantes Y Españolas: Magnitud, Respuestas Ante El Problema Y Políticas Existentes." *Gaceta Sanitaria* 23 (SUPPL. 1):100–106. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.07.008>.
- Wahed, Tasnuva, Anadil Alam, Salima Sultana, Monjur Rahman, Nazmul Alam, Monika Martens, and Ratana Somrongthong. 2017. "Barriers to Sexual and Reproductive Healthcare Services as Experienced by Female Sex Workers and Service Providers in Dhaka City , Bangladesh," 1–19.
- Yanli Guo, Xiaoguo Xu, Gengfeng Fu, Xiping Huan, Ning Jiang, Yueping Yin, Xiangsheng Chen. 2017. "Risk Behaviours and Prevalences of HIV and Sexually Transmitted Infections among Female Sex Workers in Various Venues in Changzhou, China." *International Journal of STD & AIDS* 28 (11):135–1142. <https://doi.org/DOI: 10.1177/0956462416689763>.

XII. ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO

PROYECTO VIBIMOS-VIH Chile

Vigilancia Bioconductual y Monitorización Social del VIH en Chile

SECCION 1. IDENTIFICACION DEL CUESTIONARIO

1.1. NUMERO DE CUESTIONARIO

1.2. COMUA DONDE SE REALIZA LA ENTREVISTA: _____

1.3. FECHA DE LA ENTREVISTA ____ / ____ / ____

1.4. NOMBRE ENCUESTADORA: _____

1.5. LUGAR DONDE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL

- 1 CAFÉ
- 2 CLUB NOCTURNO/TOPLESS
- 3 CALLE/CARRETERA
- 4 CASA DE TOLERANCIA
- 5 QUINTA DE RECREO

1.6. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HAS EJERCIDO EL TRABAJO SEXUAL EN OTRO LUGAR?

Sí... 1

No... 2

1.6.1. ¿Dónde?

1. CALLE/CARRETERA: Especificar _____
2. CAFÉS: Especificar _____
3. CLUB NOCTURNO: Especificar _____
4. CASA DE TOLERANCIA: Especificar _____
5. QUINTA DE RECREO: Especificar _____
6. TOPLESS: Especificar _____
7. OTRO: Especificar _____

7. En los últimos 6 meses, ¿Con quién has vivido?
- | | | |
|--|-------------------------------|----|
| | Sola ... | 1 |
| | Con mi pareja o esposo ... | 2 |
| | Con mis padres ... | 3 |
| | Con mis hijos ... | 4 |
| | Con niños que no son míos ... | 5 |
| | Con amiga/os, conocida/os ... | 6 |
| | Con compañeras de trabajo ... | 7 |
| | Otros (especif: _____) ... | 8 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |

Se puede marcar más de una respuesta

8. ¿Cuál fue el último curso que aprobaste?
- | | | |
|--|----------------------------|----|
| | ___ (curso)/ _____ (nivel) | |
| | No sabe / no contesta.... | 99 |

9. En los últimos 6 meses, el lugar donde has vivido es:
- | | | |
|--|-------------------------------------|----|
| | Propio ... | 1 |
| | Arrendado... | 2 |
| | El lugar donde trabajo (asilada)... | 3 |
| | Vivo en la calle... | 4 |
| | Allegado ... | 5 |
| | Otro (especif: _____) | 6 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |

Marcar solo el que considera su hogar

10. En los últimos 6 meses, el lugar donde has vivido es:
- | | | |
|--|-------------------------------------|----|
| | Propio ... | 1 |
| | Arrendado... | 2 |
| | El lugar donde trabajo (asilada)... | 3 |
| | Vivo en la calle... | 4 |
| | Allegado ... | 5 |
| | Otro (especif: _____) | 6 |
| | No sabe/ no contesta ... | 99 |

Marcar solo el que considera su hogar

11. ¿Qué previsión de Salud posees?
- FONASA A ... 1
 FONASA B ... 2
 FONASA C ... 3
 FONASA D... 4
 ISAPRE ... 5
 CAPREDENA/FFAA ... 6
 No tiene previsión de salud ... 7
 No sabe/ no contesta ... 99
12. En los últimos 6 meses, ¿Has estado alguna vez detenida?
- Sí ... 1
 No ... 2 → **P12**
 No sabe/ no contesta ... 99
- 12.1. Esa detención ¿Estuvo relacionada con el trabajo sexual?
- Sí ... 1
 No ... 2
 No sabe/ no contesta ... 99
13. En la actualidad, ¿tienes un trabajo diferente al de trabajadora sexual?
- Sí (especif: _____) ... 1
 No ... 2
 No sabe/ no contesta ... 99

SECCION 3. USO DE DROGAS

14. ¿Cuántos vasos de alcohol consumes en una semana normal?
- Si no lo sabe, preguntar el consumo diario y multiplicar por los días que bebe a la semana*
- Combinados, fuerte: _____
 Cervezas/Chelas: _____
 Vinos/Espumantes: _____ 88
 No tomo nada de alcohol ... 99
 No sabe / no contesta ...
15. ¿Has probado algún tipo de droga a lo largo de tu vida?
- Sí ... 1
 No ... 2 → **P19**
 No sabe/ no contesta ... 99

16. ¿Cuántos años (edad) tenías cuando probaste cualquier tipo de drogas por primera vez?
 ___ años
 No sabe / no contesta.... 99

17. ¿Has consumido en los últimos 6 meses....?

	Sí	No	NS/NC
17.1. Cannabis (porros, marihuana o yerba)	1	2	99
17.2. pasta base (angustia o pasturri)	1	2	99
17.3. otras drogas (especificar): _____ _____	1	2	99

18. ¿Alguna vez te has inyectado droga?
 Sí ... 1
 No ... 2
 No sabe/ no contesta ... 99

19. ¿Consumes drogas para trabajar?
 Sí ... 1
 No ... 2
 No sabe/ no contesta ... 99

SECCION 4. TRABAJO SEXUAL

20. ¿A qué edad tuviste tu primera experiencia sexual con penetración (en su vida general)
(Vaginal o Anal) ___ años
 No sabe / no contesta ... 99

21. ¿A qué edad empezaste como trabajadora sexual?
 ___ años
 No sabe / no contesta ... 99

SI LA ENTREVISTADA ES CHILENA PASAR A LA PREGUNTA 23

22. ¿Empezaste a ejercer como trabajadora sexual en Chile?
- Sí ... 1
No ... 2
No sabe/ no contesta ... 99

23. De lo que ganas, ¿A quién apoyas económicamente de forma regular?

 **Se puede marcar más de una respuesta**

- Tú te lo quedas... 1
Pasas dinero a tu pareja... 2
Pasas dinero a tu Cafiche/ protector/a ... 3
Pasas dinero a tu familia en el extranjero ... 4
Pagas una deuda ... 5
Otros, (epecifica _____) ... 6
No sabe/ no contesta ... 99

24. Por lo general, ¿Cuántos días en la semana ejerces el trabajo sexual?

- Diariamente ... 1
Entre 5-6 días/semana ... 2
Entre 3-4 días/semana ... 3
Entre 1-2 días/semana ... 4
No sabe/ no contesta ... 99

25. ¿Cuánto dinero ganas aproximadamente en una semana normal?

- Menos de 50.000 pesos... 1
50.000 – 100.000 pesos ... 2
100.000 – 200.000 pesos ... 3
200.000 – 400.000 pesos ... 4
400.000 – 600.000 pesos ... 5
600.000 o más... 6
No sabe / no contesta ... 99

26. Aproximadamente, ¿Con cuántos/as clientes/as diferentes tienes relaciones sexuales en una semana?

Cliente/a: persona con la que tienen relaciones ___ ___ clientes/as

sexuales a cambio de dinero

No sabe / no contesta.... 99

27. ¿Cómo detectas o compruebas el estado de salud de tus clientes/as?

- Por el aspecto general ... 1
- Por el olor ... 2
- Por su pene ... 3
- Por su cara ... 4
- Se lo pregunto ... 5
- Indirectamente, conversando ... 6
- No lo puedo saber ... 7
- Otros (especif: _____) ... 8
- No sabe/ no contesta ... 99

 **Se puede marcar más de una respuesta**

28. La última vez que tuviste relaciones sexuales penetrativas con un cliente ¿Utilizaste preservativo?

- Sí... 1
- No... 2
- No Sabe/No contesta... 99

29. ¿Cuántos/as clientes/as FIJOS o Especiales tienes?

___ ___ ___ clientes/as hijos

Si es 00

No sabe / no contesta.... 99

Pasar a

Cliente/a fijo/a: cliente /a que la conoce y siempre

va con ella

P31

SECCION 5. HABITOS SEXUALES

30. En los últimos 6 meses, con tus clientes/as **FIJOS o ESPECIALES**, ¿Con qué frecuencia has tenido...

A- FRECUENCIA

B- FRECUENCIA USO CONDON

30.1. Sexo vaginal: 1 2 3 4 5 99 →

1 2 3 4 5 88 99

30.2. Sexo anal: 1 2 3 4 5 99 →

1 2 3 4 5 88 99

30.3. Sexo oral: 1 2 3 4 5 99 →

1 2 3 4 5 88 99

1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca 88-no procede 99-no sabe/no contesta

SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON CLIENTES/AS FIJOS PASAR A LA PREGUNTA 31

31. En estos últimos 6 meses, la última vez que NO usaste el condón con un /a cliente/a **FIJO**,
¿Cuál fue el motivo principal?

32. En los últimos 6 meses, ¿has tenido CLIENTES NO FIJOS?

Si... 1
No... 2 → **P35**

33. En los últimos 6 meses, con tus clientes/as **NO FIJOS/AS**, ¿Con qué frecuencia has tenido ...

	A- FRECUENCIA	B- FRECUENCIA USO CONDON
33.1. Sexo vaginal:	1 2 3 4 5 99 →	1 2 3 4 5 88 99
33.2. Sexo anal:	1 2 3 4 5 99 →	1 2 3 4 5 88 99
33.3. Sexo oral:	1 2 3 4 5 99 →	1 2 3 4 5 88 99

1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca 88-no procede 99-no sabe/no contesta

SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON CLIENTES/AS NO FIJOS/AS PASAR A LA PREGUNTA 34

34. En estos últimos 6 meses, la última vez que NO usaste el condón con un/a cliente/a **NO FIJO**, ¿Por qué motivo fue? (Principal)

35. Cuando tienes relaciones sexuales con tus clientes (**fijos y no fijos**), ¿quién toma la decisión de usar el condón?

- Tú ... 1
- El cliente ... 2
- Ambos ... 3
- No uso nunca condón con los clientes ... 4
- No sabe / no contesta ... 99

36. En los últimos 6 meses, ¿Has tenido alguna **pareja estable masculina o femenina**?

- Sí ... 1
- No ... 2 → **P39**
- No sabe/ no contesta ... 99

37. En estos últimos 6 meses, ¿Con cuántas de estas **parejas estables masculinas o femeninas** has tenido sexo?

- __ __ parejas
- No sabe / no contesta ... **Si es 00 pasar a 39**
- 99

38. En los últimos 6 meses, con tu **PAREJA ESTABLE**, ¿Con qué frecuencia has tenido...?

	A- FRECUENCIA		B- FRECUENCIA USO CONDON
38.1. Sexo vaginal:	1 2 3 4 5 99 →		1 2 3 4 5 88 99
38.2. Sexo anal:	1 2 3 4 5 99 →		1 2 3 4 5 88 99
38.3. Sexo oral:	1 2 3 4 5 99 →		1 2 3 4 5 88 99

1-siempre 2-a menudo/casi siempre 3-la mitad de las veces 4-ocasionalmente 5-nunca 88-no procede 99-no sabe/no contesta

SI LA ENTREVISTADA SIEMPRE USA CONDON CON LA PAREJA ESTABLE PASAR A LA PREGUNTA 39

39. En estos últimos 6 meses, la última vez que NO usaste el condón con tu **pareja estable**, ¿por qué motivo fue? (Principal)

40. La última vez que tuviste relaciones sexuales con penetración con **una pareja estable**, ¿Usaste el condón?

Sí ... 1

No ... 2

No sabe/ no contesta ... 99

No procede ... 88

41. Cuando tienes relaciones sexuales con **tu pareja estable**, ¿Quién toma la decisión de usar el condón?

Tú ... 1

Tu pareja ... 2

Ambos ... 3

No usan condón ... 4

No sabe / no contesta ... 99

42. ¿Alguna de tus **parejas estables** ha usado droga inyectable?

Sí ... 1

No ... 2

No sabe/ no contesta ... 99

43. ¿Alguna vez ha tenido una **pareja estable** con VIH?

Sí ... 1

No ... 2

No sabe/ no contesta ... 99

44. En los últimos 12 meses, ¿has recibido condones/preservativos?

Sí ... 1

No ... 2

No sabe/ no contesta ... 99

SI LA ENTREVISTADA NO HA USADO NUNCA CONDON NI CON SUS CLIENTES NI CON SU PAREJA ESTABLE PASAR A LA PREGUNTA 47

45. En los últimos 12 meses, ¿dónde has conseguido los condones que has utilizado con tus clientes o parejas estables?

- Los compro en la farmacia... 1
- En un consultorio... 2
- En el centro de ITS/ Centro de Salud Sexual... 3
- Asociación o Agrupación... 4
- En mi lugar de trabajo ... 5
- Los compro en la calle ... 6
- Otras (especif: _____) ... 7
- No sabe / no contesta ... 99

no lea las respuestas

 **Anotar una sola respuesta, la más habitual**

46. En los último 6 meses ¿Alguna vez se te ha roto el preservativo/condón?

- Sí ... 1
- No ... 2 → **P 47**
- No sabe/ no contesta ... 99

47. Después de atender un cliente, ¿Qué haces si se te ha roto un preservativo/condón?

- No haces nada... 1
- Vas al centro de salud o ITS ... 2
- Vas a médico particular... 3
- Tomas antibióticos (por su cuenta)... 4
- Usas cremas u óvulos (por su cuenta)... 5
- Prueba de embarazo (por su cuenta) ... 6
- Píldora del día después (por su cuenta) ... 7
- Otras (especif: _____) ... 8
- No sabe /no contesta ... 99

 **Se puede marcar más de una respuesta**

no lea las respuestas

48. ¿Has utilizado alguna vez un condón femenino?

- Sí ... 1
- No ... 2
- No sabe/ no contesta ... 99

49. Alguna vez, ¿has sido obligada a mantener relaciones sexuales en contra de tu voluntad?

- Sí ... 1
- No ... 2 → **P49**
- No sabe/ no contesta ... 99

49.1. ¿Podrías decirnos si fue con....?

- Tu pareja ... 1
- Un cliente/a ... 2
- Un desconocido ... 3
- Familiares ... 4
- Amigos ... 5
- Tu cafiche/ protector ... 6
- Policía (Carabineros, PDI, etc) ... 7
- Otros (especif: _____) ... 8
- No sabe /no contesta ... 99

 **Se puede marcar más de una respuesta**

49.2. ¿Se utilizó condón en esa(s) relación(es) no voluntarias?

- Sí ... 1
- No ... 2
- No siempre ... 3
- No sabe/ no contesta ... 99

50. En los últimos 6 meses, ¿has practicado sexo en grupo (orgía, partusa) o el intercambio de parejas con clientes/as o parejas estables?

- Sí ... 1
- No ... 2
- No sabe/ no contesta ... 99

SECCION 6. ESTADO DE SALUD

51. Durante los últimos 6 meses, ¿Qué método (distinto del preservativo) has usado para no quedar embarazada durante las relaciones sexuales (clientes o pareja estable)?

 **no lea las respuestas**

- Ningún Método... 1
- Ningún método, mi pareja estable es mujer... 2
- Anticonceptivo Oral ... 3
- T de Cobre (DIU) ... 4
- Anticonceptivo Inyectable... 5
- Parche Anticonceptivo ... 6
- Implante Anticonceptivo ... 7
- Menopausia/Histerectomizada/Ligada de Trompas ... 8
- Otro, (Especificar)_____ ... 9
- No sabe/ no contesta ... 99

52. ¿Cada cuánto acudes al control de salud sexual?

- Nunca ... 1 → **P52**
1 vez al año ... 2
2 a 3 veces al año ... 3
Más de 3 veces al año ... 4
Otro (esp: _____) ... 5
No sabe/ no contesta ... 99

52.1. ¿Dónde acudes a estos controles generalmente?

 **Marcar solo el principal**

- Consultorio/Cesfam/APS ... 1
UNACESS ... 2
Hospital o CDT... 3
Sector Particular ... 4
No sabe/ no contesta ... 99

53. ¿Cuántos hijos tienes?

___ hijos

- No sabe / no contesta...
99

54. ¿Cuántos hijos u otros niños que no son tuyos ___ hijos/niños dependen de ti económicamente?

- No sabe / no contesta... 99

55. ¿Has tenido alguna vez...?

 **Se puede marcar más de una respuesta**

- Hepatitis B ... 1
Hepatitis C ... 2
Hepatitis, pero no sé el tipo ... 3
Tuberculosis ... 4
No he tenido estas enfermedades ... 5
No sabe / no contesta ... 99

56. ¿Has tenido alguna vez alguna infección de transmisión sexual (ITS)?

- Sí ... 1
No ... 2 → **P56**
No sabe/ no contesta ... 99

56.1. El último año ¿Tuviste alguna ITS?

Sí ... 1
No ... 2 → **P56**
No sabe/ no contesta ... 99

56.2. Si es que sí, ¿Cuál (es) es/son o fue (fueron)?

Herpes (genital/anal) ... 1
Gonorrea ... 2
Vaginitis bacteriana/ Tricomoniasis ... 3
Candidiasis/ hongos vaginales... 4
Sífilis ... 5
Verrugas genitales/Condilomas ... 6
Infección por clamidia ... 7
Otras ITS (especif: _____) ... 8
No sabe/ no contesta ... 99

 **Se puede marcar más de una respuesta**

57. ¿Hace cuánto tiempo te realizaste el último Papanicolaou (PAP)?

Nunca ... 1 → **P58**
Menos de 1 año ... 2
Entre 1 y 2 años ... 3
Entre 2 y 3 años ... 4
Más de 3 años ... 5
No sabe/ no contesta ... 99

58. ¿Cuál fue el resultado del último PAP?

Normal ... 1
Alterado ... 2
No sabe/ no contesta ... 99

59. ¿Me puedes indicar, de cuál de las siguientes formas se transmite el VIH?

	Sí	No	Ns/Nc
Por compartir jeringas ya usadas ...	1	2	99
Por relaciones sexuales vaginales sin preservativos ...	1	2	99
Por relaciones sexuales anales sin preservativo ...	1	2	99
Por relaciones sexuales orales sin preservativo ...	1	2	99
Por haber nacido de madre con VIH/Sida ...	1	2	99

60. ¿Sabes dónde acudir para realizarse el examen del VIH?

Si ...	1
No ...	2
No sabe/ no contesta ...	99

61. ¿Te has hecho alguna vez la prueba para el VIH?

Si, y fui a recoger los resultados ...	1
Si, pero no fui a recoger los resultados ...	2
No ...	3 → Fin Encuesta
	P64
No sabe / no contesta ...	99 →

62. ¿Te has hecho la prueba para el VIH en los últimos 12 meses?

Sí ...	1
No ...	2 → P63
No sabe / no contesta ...	99 → P64

63. ¿Te importaría decirnos el resultado de la última prueba para el VIH?

Reactivo/Positivo ...	1 → P64
No reactivo/Negativo ...	2 → Fin Encuesta
No lo quiero decir ...	3 → Fin Encuesta
No sabe / no contesta ...	99 → P64

64. ¿Cuál fue el motivo por el que no te has hecho la prueba del VIH/Sida en los últimos 12 meses?

 **Anotar una sola respuesta, el motivo principal**

65. Durante los últimos 6 meses, ¿has tomado terapia antiretroviral para la infección por el VIH?

Sí ... 1
No , porque no la necesito ... 2
No, porque no quiero tomarla ... 3
No sabe / no contesta ... 99

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

NOTAS Y COMENTARIOS DE LA ENTREVISTADORA
