



**CENUR  
NORESTE**



**Facultad de  
Enfermería**



**UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY**

Universidad de la República.  
Facultad de Enfermería - Cátedra Comunitaria  
Cenur Noroeste, Sede Rivera.

## **Estigma social y el acceso de las Trabajadoras Sexuales a los servicios de Salud**

### **Autores:**

Casal, Ana C.I: 5.185.071-7  
Cohendet, Pierre C.I: 5.370.516-0  
Da Rosa, Anthony C.I: 5.117.832-9  
Da Rosa, Lorena . C.I: 4.919.468-6  
Dos Santos, Katherin C.I: 5.071.401-9  
Rivero, Marcela CI: 5.104.170-6

### **Tutor:**

Prof. Adjta: Esp.Graciana Barboza.

### **Cotutor:**

Asist: Lic. Vanesa Macedo

**Rivera, Noviembre de 2025.**

<b>1. Glosario de términos.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>3. Antecedentes.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Planteamiento del problema.....</b>	<b>7</b>
<b>5. Justificación.....</b>	<b>9</b>
5.1. Objetivo general.....	10
5.2. Objetivos específicos.....	10
<b>6. Marco Conceptual.....</b>	<b>10</b>
6.1. Modelos de atención.....	10
6.2. Acceso a la salud.....	11
6.3. Trabajadoras sexuales.....	12
6.3.1 Identidades de género.....	13
6.4. Rol de Enfermería.....	14
6.5. Concepto de Salud.....	14
6.6. Estigma social.....	15
<b>7. Marco normativo.....</b>	<b>16</b>
<b>8. Diseño metodológico.....</b>	<b>18</b>
8.1. Enfoque y tipo de estudio.....	18
8.2. Población de estudio.....	18
8.3. Diseño de muestra y acceso a la población.....	19
8.4. Técnicas de recolección de datos.....	20
8.5. Análisis de datos.....	20
<b>9. Consideraciones éticas.....</b>	<b>22</b>
<b>10. Conclusión.....</b>	<b>23</b>
<b>11. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>25</b>
<b>12. Anexos.....</b>	<b>30</b>
12.1 Anexo 1.....	30
12.2. Anexo 2.....	32
12.3. Anexo 3.....	33

## **1. Glosario de términos**

**ASSE:** Administración de los Servicios de Salud del Estado.

**ECNT:** Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

**MSP:** Ministerio de Salud Pública.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**PNA:** Primer Nivel de Atención.

**TFG:** Trabajo Final de Grado.

**TS:** Trabajadoras sexuales.

**UDELAR:** Universidad de la República.

**ITS:** Infecciones de transmisión sexual

**Palabras claves:** trabajo sexual, estigma social y acceso a la salud

## **2. Introducción**

El presente trabajo corresponde al Trabajo Final de Grado (TFG), modalidad proyecto de tesis, elaborado por 6 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería (Generación 2020) de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería - CENUR Noreste, Sede Rivera. Se desarrollará entre noviembre de 2024 y noviembre de 2025.

Se inscribe en la línea de investigación “Cuidados” de la Facultad de Enfermería, y se ajusta a lo establecido por el Departamento de Educación (2021), que define el proyecto de tesis como un documento orientador previo, destinado a establecer los fundamentos, el planteamiento y la metodología de una investigación.

La investigación se centra en analizar el impacto del estigma social en el acceso a los servicios de salud de las trabajadoras sexuales en Rivera, Uruguay.

A pesar de su presencia histórica, el trabajo sexual continúa siendo objeto de una fuerte estigmatización, que genera una doble marginalización: por la naturaleza del trabajo y por los juicios sociales asociados.

Este estigma condiciona la vida cotidiana de las trabajadoras sexuales y produce consecuencias directas sobre su salud física, mental y social, profundizando las desigualdades y limitando su derecho a una atención sanitaria equitativa.

El estigma social hacia las trabajadoras sexuales, sustentado en normas que juzgan su labor como inmoral, limita su acceso a salud, justicia y seguridad. Esta discriminación provoca aislamiento, vulnerabilidad y graves repercusiones en su salud integral, al dificultar el acceso a servicios médicos y aumentar riesgos como ETS y violencia. El miedo a ser juzgadas refuerza su exclusión del sistema de salud. Este fenómeno no es solo personal, sino estructural y de salud pública, y requiere cambios en políticas y actitudes para garantizar sus derechos y mejorar su calidad de vida. (Pérez & Álvarez, 2018).

En función de lo expuesto, este proyecto se orienta a explorar cómo el estigma social condiciona el acceso a los servicios de salud de las trabajadoras sexuales en el contexto local, buscando comprender las experiencias y significados que configuran esta problemática.

Se desarrolla bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, orientado a comprender en profundidad las experiencias y significados que las trabajadoras sexuales atribuyen al estigma social y a su acceso a los servicios de salud.

Siguiendo a Taylor y Bogdan (1998), la investigación cualitativa busca comprender los significados de las experiencias humanas desde la perspectiva de los propios actores, constituyéndose en una vía adecuada para explorar fenómenos sociales complejos.

En coherencia, el diseño fenomenológico permite acceder a la esencia de las vivencias y comprender cómo las participantes interpretan el estigma y sus efectos sobre el acceso a la salud (Streubert & Carpenter, 2011).

La técnica de recolección de datos será la entrevista semiestructurada (Kvale, 1996), que facilita la expresión libre y reflexiva, promoviendo la identificación de categorías emergentes.

La revisión de antecedentes evidenció una escasa producción académica nacional y departamental sobre esta temática, lo que reafirma su pertinencia en la ciudad local.

Como futuros Licenciados en Enfermería, consideramos esencial aportar evidencia científica que oriente estrategias de cuidado equitativo, fortaleciendo el rol profesional en la identificación de barreras de acceso, la promoción del autocuidado y la sensibilización de los equipos de salud.

Este estudio busca generar insumos académicos transferibles al campo de la salud pública y comunitaria, contribuyendo al diseño de políticas inclusivas y prácticas asistenciales libres de estigma, que garanticen el derecho a la salud de este colectivo.

### **3. Antecedentes**

La búsqueda de antecedentes bibliográficos permitió un acercamiento a la temática desde diversas perspectivas, contribuyendo a la construcción y delimitación del problema de investigación. Para ello, se realizó una revisión sistemática en repositorios académicos reconocidos —SciELO, Colibrí, Dialnet y Google Académico— que almacenan y difunden producción científica en acceso abierto, abarcando artículos, tesis y documentos de investigación. Se emplearon

como palabras clave trabajo sexual, estigma social y acceso a la salud, considerando sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Los criterios de inclusión contemplaron la disponibilidad de texto completo, respaldo metodológico y publicaciones comprendidas entre los años 2020 y 2025 en idioma portugués o español. De forma excepcional, se incorporó el estudio de Canaval y Amaya (2005), por tratarse de un antecedente pionero en Latinoamérica que explora de manera directa la relación entre estigma y salud en trabajadoras sexuales. Los criterios de exclusión consideraron fuentes de carácter opinativo, noticias periodísticas y estudios que mencionaran el trabajo sexual sin vincularlo con el estigma o la salud, así como documentos sin acceso al texto completo.

El proceso de búsqueda inicial arrojó doce artículos, de los cuales se seleccionaron cinco antecedentes que cumplían con los criterios establecidos: dos nacionales y tres internacionales. A nivel nacional, se destaca la tesis de Echeto et al. (2023). Este trabajo analiza las experiencias de las trabajadoras sexuales en relación con la maternidad y la lactancia, evidenciando cómo el estigma social trasciende el ámbito laboral e impacta también en el ejercicio de la maternidad, provocando sentimientos de culpa y abandono precoz de la lactancia. El estudio demuestra que la estigmatización no se limita al cuerpo o la actividad sexual, sino que invade múltiples dimensiones de la vida cotidiana y de la salud, lo que permite comprender la amplitud del fenómeno.

Por su parte, la tesis de Polgar Bovetto (2023), analiza las violencias sufridas por las trabajadoras sexuales en Uruguay en el marco de la Ley N° 17.515. La autora visibiliza especialmente la violencia institucional ejercida por organismos públicos, evidenciando prácticas discriminatorias en los servicios de salud, educación y justicia. En comparación con el trabajo de Echeto, ambos coinciden en señalar que las estructuras institucionales reproducen estigmas que limitan el acceso a derechos básicos. Sin embargo, mientras Echeto enfatiza las repercusiones en la esfera familiar y emocional, Polgar destaca el papel del Estado como agente reproductor del estigma. En conjunto, ambos antecedentes nacionales revelan la necesidad de fortalecer las políticas públicas de salud desde un enfoque de derechos humanos e inclusión social.

En el plano internacional, Villar (2020), en su estudio explora las consecuencias del estigma sobre la salud mental de las trabajadoras sexuales,

destacando altos niveles de depresión, ansiedad, estrés postraumático y consumo problemático de sustancias. El trabajo evidencia que las mujeres trans y aquellas pertenecientes a minorías étnicas enfrentan formas agravadas de discriminación, mostrando cómo el estigma se entrecruza con otras desigualdades estructurales. Este estudio aporta una comprensión profunda de los efectos psicológicos del estigma, complementando los antecedentes nacionales al poner énfasis en el sufrimiento subjetivo que conlleva la exclusión social.

El estudio de Canaval y Amaya (2005), constituye un aporte clásico para la región. Las autoras analizan cómo las trabajadoras sexuales perciben su salud como el principal medio de subsistencia, dado que la enfermedad limita su posibilidad de ejercer. La investigación destaca estrategias de autocuidado como el uso de preservativos y exámenes serológicos, aunque también advierte que la pobreza, la falta de cobertura sanitaria y el miedo al rechazo generan un círculo de vulnerabilidad. Los hallazgos de este trabajo dialogan con los de Villar (2020), al coincidir en que el estigma deteriora tanto la salud física como mental y restringe la búsqueda de atención médica oportuna.

Por último, el estudio de Almeida et al. (2024), examina la relación entre estigma, violencia, pobreza y salud mental, identificando una elevada prevalencia de ideación e intentos suicidas en este colectivo. Sus resultados refuerzan la asociación entre exclusión social, condiciones laborales precarias y sufrimiento psíquico, evidenciando la necesidad de intervenciones preventivas en salud mental comunitaria. En comparación con los antecedentes previos, este trabajo amplía la comprensión del impacto del estigma al incluir sus consecuencias más extremas, como la autodestrucción y la pérdida del sentido vital.

De manera general, los antecedentes revisados convergen en reconocer que el estigma social constituye un determinante estructural de desigualdad y exclusión, afectando de forma multidimensional la vida y la salud de las trabajadoras sexuales. Los estudios nacionales evidencian la persistencia de la violencia institucional y la carencia de políticas efectivas de atención integral, mientras que los internacionales profundizan en las repercusiones psicológicas y conductuales derivadas de la estigmatización. En conjunto, estos aportes reflejan la urgencia de abordar el fenómeno desde una mirada integral, que articule el enfoque de derechos humanos, género y salud pública.

Pese a los avances, persiste un vacío en la literatura nacional respecto a cómo se manifiesta el estigma en el acceso cotidiano a los servicios de salud en contextos locales como Rivera. Este vacío justifica y sustenta la pertinencia de la presente investigación, orientada a comprender en profundidad cómo el estigma social condiciona la atención sanitaria de las trabajadoras sexuales y perpetúa su vulnerabilidad social y sanitaria.

#### **4. Planteamiento del problema**

El estigma social que atraviesan las trabajadoras sexuales constituye un fenómeno con profundas raíces históricas, culturales y sociales, que repercuten de manera directa en su calidad de vida y en el ejercicio de sus derechos. Diversos estudios señalan que el trabajo sexual continúa siendo considerado inmoral o ilegal en múltiples contextos, asociado a la criminalidad, la pobreza y la degradación (Dourado et al., 2019). Estas percepciones, fuertemente influenciadas por normas patriarcales, reproducen una dicotomía entre la “mujer respetable” y la “prostituta”, situando a las trabajadoras sexuales en una posición de vulnerabilidad simbólica y social, marcada por una doble moral que las responsabiliza de sus circunstancias y legitima su exclusión.

El estigma se expresa en diferentes niveles. En el plano social, se traduce en el rechazo comunitario, la discriminación y, en muchos casos, la ruptura de vínculos familiares. En el nivel institucional, se evidencia a través de prácticas discriminatorias y trato desigual por parte de organismos estatales, particularmente en los ámbitos de salud, justicia, educación y seguridad social. Esta violencia estructural refuerza las barreras de acceso a derechos fundamentales y perpetúa la marginalización del colectivo. (Seymour & McLeod, 2022)

En relación con la salud, la literatura evidencia que las trabajadoras sexuales presentan una mayor prevalencia de trastornos mentales como ansiedad, depresión, estrés postraumático y consumo problemático de sustancias, en comparación con la población general. Dichas condiciones se ven agravadas por la constante discriminación y exclusión. En el ámbito físico, enfrentan riesgos más elevados de infecciones de transmisión sexual, embarazos



no planificados, violencia física y abuso sexual, así como condiciones laborales que deterioran su bienestar. (Jeffreys et al., 2020)

Un aspecto particularmente crítico es la limitación en el acceso a los servicios de salud integral. Muchas trabajadoras sexuales evitan acudir a consultas médicas por temor a ser juzgadas o maltratadas por los profesionales, lo que conlleva discontinuidad en controles preventivos, abandono de tratamientos y retraso en la atención de problemas físicos o emocionales. La ausencia de políticas de salud adaptadas a sus necesidades específicas agrava esta situación, restringiendo el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, salud mental y atención preventiva. (Kurtz et al., 2011)

En contextos donde el trabajo sexual permanece penalizado, el miedo a la sanción legal refuerza las barreras de acceso: muchas trabajadoras no denuncian situaciones de violencia ni acuden a los servicios de salud por temor a ser criminalizadas. Esta realidad contribuye a perpetuar un ciclo de exclusión que afecta tanto su salud física como emocional, y profundiza las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

Ante este panorama, resulta necesario indagar de qué manera el estigma social condiciona el acceso de las trabajadoras sexuales a los servicios de salud integral, que constituye la puerta de entrada al sistema. Comprender esta relación permitirá identificar las principales barreras y orientar estrategias que favorezcan un acceso equitativo, oportuno y libre de discriminación, contribuyendo a la reducción de desigualdades y a la garantía del derecho a la salud de este colectivo.

A partir de lo anterior, nos hemos planteado como pregunta central que guiará la investigación: **¿Cómo influye el estigma social hacia las trabajadoras sexuales en el acceso a la atención integral de salud ?**

Esta problemática tiene implicaciones tanto para la salud pública como para los derechos humanos, y su resolución podría ser clave para mejorar las condiciones de vida de las trabajadoras sexuales y promover su bienestar integral.

Al abordar el estigma de manera integral, podemos contribuir a construir sociedades más justas y equitativas para todas las personas.

## **5. Justificación**

La elección de este tema surge de la inquietud por parte del grupo con respecto a la ausencia de información relevante sobre la problemática a nivel nacional y especialmente en la ciudad de Rivera, Uruguay.

La revisión bibliográfica dejó al descubierto que el impacto del estigma social en las trabajadoras sexuales y sus repercusiones en la salud es un tema de gran relevancia, tanto desde una perspectiva de salud pública como de derechos humanos. La prevalencia del trabajo sexual, la persistencia de prejuicios sociales y las condiciones de salud de las trabajadoras sexuales hacen que este tema sea de relevancia para entender sus experiencias y puntos de vista identificando así sus necesidades.

El trabajo sexual es una realidad presente en la mayoría de las sociedades, independientemente de las políticas legales o culturales. Se estima que millones de personas en todo el mundo, especialmente mujeres, realizan esta actividad de manera formal o informal. Sin embargo, la prevalencia de la violencia, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el abuso de sustancias y los trastornos mentales entre las trabajadoras sexuales sigue siendo alarmante.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las trabajadoras sexuales tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades de transmisión sexual. Este riesgo se ve incrementado por la falta de acceso a servicios de salud adecuados, la violencia sexual y el temor a ser denunciadas o detenidas. Además, los estudios revelan que las trabajadoras sexuales son más propensas a padecer problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático debido al estrés constante que implica el trabajo en condiciones de estigmatización y marginalización.

El análisis del impacto del estigma social sobre la salud de las trabajadoras sexuales contribuye significativamente a comprender cómo las actitudes sociales, las normas culturales y las políticas públicas afectan a poblaciones específicas. Este enfoque permite identificar los factores estructurales y personales que influyen en las condiciones de vida y trabajo de las trabajadoras sexuales, y cómo estos factores interactúan para perpetuar la vulnerabilidad y la desigualdad.

El estudio sobre el estigma también aporta al conocimiento de las barreras que enfrentan las trabajadoras sexuales para acceder a servicios médicos. La

investigación en esta área también puede promover un cambio en las actitudes sociales y en las intervenciones institucionales.

#### 5.1. Objetivo general

→ Conocer desde una perspectiva fenomenológica las experiencias de estigmatización en el acceso a la salud de mujeres, trabajadoras sexuales de un colectivo de la ciudad de Rivera.

#### 5.2. Objetivos específicos

→ Conocer las barreras y facilitadores percibidos por las TS al acceder a los Servicios de Salud

→ Comprender cómo sus experiencias influyen en la percepción del sistema de salud y en las estrategias para buscar o evitar la atención.

→ Elaborar una descripción del proceso de atención de TS que de cuenta de los procesos de estigmatización en el acceso a la salud

### **6. Marco Conceptual**

#### 6.1. Modelos de atención

Según Eduardo Menéndez (2003), en las sociedades latinoamericanas coexisten distintos modelos de atención de los padecimientos, aunque el sistema biomédico los concibe de forma aislada y jerárquica, imponiendo un modelo médico hegemónico centrado en lo biológico, individual y técnico. Este enfoque tiende a excluir los factores sociales y culturales que influyen en los procesos de salud, enfermedad y atención, reproduciendo relaciones de poder y desigualdad.

El autor plantea que las personas recurren a un pluralismo médico, combinando prácticas formales e informales en busca de respuestas a sus padecimientos. Dentro de este entramado, la autoatención ocupa un papel fundamental, al representar las estrategias que los sujetos desarrollan cotidianamente para prevenir, aliviar o resolver sus problemas de salud, aun sin mediación profesional. Menéndez destaca que el propio sistema de salud promueve estas prácticas mediante el autocuidado, pero al mismo tiempo las deslegitima cuando surgen desde los saberes populares (Menéndez, 2003).

Estos aportes resultan pertinentes para analizar cómo las trabajadoras sexuales, al enfrentarse al estigma social, experimentan formas de exclusión dentro del modelo biomédico y recurren a redes y estrategias propias de autoatención como mecanismos de resistencia y cuidado, lo que refuerza la pertinencia de un enfoque fenomenológico orientado a comprender sus vivencias y significados frente al acceso a los servicios de salud

## 6.2. Acceso a la salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), el acceso universal a la salud implica que todas las personas y comunidades puedan recibir servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad, sin sufrir discriminación y sin enfrentar barreras financieras. Esto significa que el acceso no depende solo de la existencia de servicios, sino también de la posibilidad real de utilizarlos de manera equitativa.

En la misma línea, Fiorini y Rivera (2022) sostienen que las barreras de acceso y la falta de equidad representan los principales desafíos para los sistemas de salud, especialmente en contextos donde persisten desigualdades sociales estructurales. Para las autoras, el acceso y la equidad son conceptos inseparables, ya que la accesibilidad se ve condicionada por factores económicos, culturales, organizacionales y geográficos que pueden facilitar o limitar la atención sanitaria.

Desde una perspectiva crítica, Villar (2012) plantea que los sistemas de salud reflejan las relaciones sociales y de poder de cada contexto histórico, y por lo tanto las dificultades de acceso deben interpretarse como expresión de desigualdades estructurales y no como fallas individuales.

Aplicado a las trabajadoras sexuales, este análisis permite comprender que el acceso a la salud se ve restringido no solo por la falta de recursos o de cobertura, sino también por barreras simbólicas como el estigma y la discriminación institucional. Goffman (1969) define el estigma como un atributo que desacredita socialmente al individuo y lo sitúa en una posición de inferioridad frente a los demás.

En los servicios de salud, este estigma se traduce en actitudes de juicio moral, desconfianza o trato diferenciado que generan temor y evitan el contacto con las instituciones (Miric et al., 2018).

### 6.3. Trabajadoras sexuales

La **Ley N.º 17.515** (2002) en Uruguay define el trabajo sexual como la actividad ejercida voluntariamente por personas mayores de edad que ofrecen servicios sexuales a cambio de una retribución. Esta ley constituyó un avance importante al reconocer ciertos derechos laborales y sanitarios, pero como sostiene Caorsi (2022), su aplicación práctica continúa limitada por la persistencia de imaginarios morales y sociales que asocian el trabajo sexual con la inmoralidad y la degradación.

Desde una mirada sociológica, el trabajo sexual es una práctica históricamente estigmatizada, donde las trabajadoras enfrentan una doble marginalización: por su condición de mujeres y por la naturaleza del trabajo que desempeñan (Villar, 2020). Esta estigmatización, arraigada en normas patriarcales, produce exclusión, violencia simbólica y desigualdad de acceso a derechos básicos, entre ellos la salud.

Canaval y Amaya (2005) demostraron que la estigmatización afecta negativamente la salud de las trabajadoras sexuales al generar miedo a ser juzgadas o rechazadas en los servicios médicos. Este temor provoca abandono de tratamientos, falta de controles preventivos y ausencia de continuidad en la atención. En el mismo sentido, Villar (2020) señala que el estigma produce consecuencias emocionales graves, como ansiedad, depresión y aislamiento social, que deterioran la calidad de vida.

Desde el enfoque de la enfermería comunitaria, la OPS (2019) destaca que el personal de enfermería es un actor clave para reducir estas barreras, al promover cuidados libres de prejuicios, humanizados y basados en derechos humanos. Collière (1993) subraya que cuidar implica reconocer la singularidad de cada persona y actuar desde la empatía, lo que resulta esencial en contextos donde las usuarias han sido históricamente estigmatizadas.

En el caso de las trabajadoras sexuales, la intervención enfermera trasciende la atención biomédica y se orienta al acompañamiento emocional, la

educación sanitaria y la promoción del autocuidado, favoreciendo la confianza y la continuidad del vínculo terapéutico (Fonseca et al., 2022). Desde esta perspectiva, la enfermería se posiciona como agente de transformación social, capaz de garantizar el derecho a la salud de colectivos vulnerabilizados mediante la práctica reflexiva y la sensibilización institucional (MSP, 2020; OPS, 2019).

### 6.3.1 Identidades de género

En el presente estudio se incluye a trabajadoras sexuales cisgénero y transgénero, entendiendo que la identidad de género constituye una dimensión esencial en la comprensión de las experiencias de estigmatización y acceso a la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la identidad de género refiere al sentido interno y profundo de pertenencia al género masculino, femenino, a ambos, a ninguno o a otra categoría, y puede o no coincidir con el sexo asignado al nacer.

En este marco, se denomina cisgénero a aquellas personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer, mientras que transgénero se refiere a quienes experimentan una identidad o expresión de género diferente a la asignada, sin que ello implique necesariamente una transición médica o corporal (OPS, 2019; OMS, 2018).

Diversas investigaciones evidencian que las mujeres trans enfrentan niveles más altos de estigma, discriminación y exclusión institucional en los servicios de salud, lo que repercute en la búsqueda de atención y en su bienestar físico y mental (Lazarus et al., 2011; Treloar et al., 2020).

En contraste, las mujeres cisgénero que ejercen el trabajo sexual también se ven afectadas por estereotipos morales y desigualdades estructurales, aunque las formas de estigma pueden diferir en intensidad y manifestación.

Por ello, el abordaje diferenciado de ambas identidades en la muestra resulta fundamental para analizar la diversidad de experiencias dentro del colectivo de trabajadoras sexuales y comprender cómo el género condiciona los significados atribuidos al acceso a la salud.

#### 6.4. Rol de Enfermería

La enfermería cumple un rol esencial en la atención de la salud, especialmente frente a poblaciones que históricamente han enfrentado estigmatización social, como las trabajadoras sexuales. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019), el personal de enfermería es un pilar en los sistemas de salud por su cercanía con la comunidad y su compromiso con la atención equitativa, humanizada y basada en derechos.

Desde una perspectiva ética, la/el enfermera/o tiene la responsabilidad de garantizar cuidados libres de prejuicios y discriminación, promoviendo un trato digno y respetuoso hacia todas las personas usuarias. Tal como plantea Collière (1993), el cuidado de enfermería implica reconocer la singularidad de cada individuo, actuando desde una mirada integral que prioriza la vida y la empatía.

En el caso de las trabajadoras sexuales, el rol de enfermería resulta fundamental para disminuir las barreras que el estigma social genera en el acceso a los servicios de salud. La intervención enfermera no se limita al cuidado físico, sino que también abarca la educación sanitaria, el acompañamiento emocional y la promoción del autocuidado, favoreciendo la confianza y la continuidad de los controles preventivos.

Asimismo, el Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2020) destaca que el personal de enfermería debe promover entornos seguros y libres de discriminación, fortaleciendo el vínculo terapéutico y el respeto por los derechos humanos. De esta manera, la enfermería se posiciona como un agente de cambio, capaz de contribuir activamente a la reducción del estigma y a la garantía del acceso universal y equitativo a la atención en salud.

#### 6.5. Concepto de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. No obstante, Villar y Capote critican esta definición por su carácter estático y plantean una concepción dialéctica: la salud es una categoría biológica y social en unidad con la enfermedad, producto de la interacción entre el individuo y su entorno, determinada por las condiciones materiales e históricas de la sociedad.

Desde esta mirada, la salud se comprende como un hecho social, atravesado por las desigualdades estructurales, las relaciones de poder y los modos de producción. Las trabajadoras sexuales, como grupo social históricamente marginado, experimentan la salud y la enfermedad no solo desde lo biológico, sino también desde el impacto del estigma, la violencia y la exclusión social (Cortés, 2006; Canaval & Amaya, 2005).

La investigación de Almeida et al. (2024) muestra que la exclusión social y la precariedad laboral se asocian con mayores niveles de ideación suicida y deterioro de la salud mental en este colectivo, evidenciando cómo la desigualdad social se traduce en vulnerabilidad sanitaria. En este sentido, la salud de las trabajadoras sexuales no puede desvincularse de su posición social, del reconocimiento de sus derechos y de las condiciones estructurales que las atraviesan.

Analizar la salud como categoría social permite, por tanto, superar una visión meramente clínica y entenderla como un campo de disputa por la dignidad, la justicia y el acceso equitativo. Desde la perspectiva de los derechos humanos, el derecho a la salud implica reconocimiento, redistribución y participación social (OPS, 2019). En este marco, el cuidado de la salud de las trabajadoras sexuales se convierte en un acto político y ético que busca restaurar la igualdad y la autonomía.

#### 6.6. Estigma social

El estigma social puede entenderse como un proceso mediante el cual ciertos grupos o individuos son desvalorizados, etiquetados y discriminados por características, conductas o condiciones que la sociedad percibe como desviadas o moralmente inaceptables. Según Goffman (1963), el estigma actúa como una marca que desacredita a la persona, reduciéndose a una identidad negativa que afecta su aceptación social y su participación en la comunidad.

En el caso de las trabajadoras sexuales, el estigma se asocia a juicios morales y prejuicios de género que las posicionan en una situación de vulnerabilidad y exclusión. Esta estigmatización no sólo tiene consecuencias psicológicas, como la vergüenza o el aislamiento, sino también efectos



estructurales, al limitar su acceso a derechos básicos como la salud, la educación o la justicia (Pheterson, 1996).

Diversos estudios han evidenciado que el estigma hacia las trabajadoras sexuales se traduce en violencia simbólica e institucional, manifestada en el trato discriminatorio dentro de los servicios de salud, en la falta de confidencialidad, o en la negación de la atención (Scambler, 2007). Estas experiencias generan desconfianza y temor a ser juzgadas, provocando que muchas posterguen o eviten acudir a controles preventivos.

La violencia y la marginación son consecuencias directas de este proceso estigmatizador. Según Link y Phelan (2001), el estigma no solo implica prejuicio individual, sino que se consolida cuando existen relaciones de poder que permiten la exclusión y desventaja social de los grupos estigmatizados. En este sentido, las trabajadoras sexuales enfrentan una doble vulnerabilidad: por su condición laboral y por la discriminación institucional que perpetúa su marginación.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), el estigma constituye una barrera significativa en el acceso a la salud, al interferir con la calidad del cuidado, la adherencia al tratamiento y la percepción de seguridad en los espacios sanitarios. Por ello, abordar el estigma, la violencia y la marginación desde el cuidado enfermero implica reconocer sus dimensiones sociales y estructurales, promoviendo una atención basada en los principios de equidad, respeto y derechos humanos.

## **7. Marco normativo**

### **Ley N° 17.515: Ley sobre el trabajo sexual**

El artículo 5 de la Ley N° 17.515 (2002), reglamentado por el Decreto N° 480/003 (2003), establece las condiciones para el ejercicio del trabajo sexual en espacios públicos, es una legislación clave en el contexto del trabajo sexual en este país. Esta ley establece un marco legal para regular ciertas actividades vinculadas al trabajo sexual, y aunque no se trata de una ley sobre la despenalización total del trabajo sexual, establece disposiciones importantes en cuanto a la protección de los derechos de las personas que ejercen esta actividad.

### **Contexto y Objetivos de la Ley N° 17.515**

La Ley N° 17.515 fue impulsada por la necesidad de regular el ejercicio del trabajo sexual de manera que proteja los derechos laborales y humanos de las personas que lo realizan. En ese contexto, la ley establece un conjunto de normas para prevenir la explotación y la trata de personas, y garantizar ciertas condiciones de seguridad y salud para quienes ejercen el trabajo sexual.

Aspectos clave de la Ley N° 17.515:

1. Prohibición de la explotación y la trata de personas.
2. Derechos de las trabajadoras sexuales.
3. Regulación de los lugares de trabajo.
4. Exclusión de menores de edad y personas en situaciones de vulnerabilidad.
5. Lucha contra la prostitución forzada y el proxenetismo.
6. No despenalización plena del trabajo sexual.
7. Políticas públicas y prevención.

La Ley N° 17.515 de Uruguay, aunque importante en términos de protección y regulación del trabajo sexual, todavía deja pendiente una serie de desafíos relacionados con la plena despenalización del trabajo sexual y la implementación efectiva de políticas públicas que garanticen la protección integral de las trabajadoras sexuales. Si bien la ley establece medidas contra la explotación y la trata de personas, el estigma social y las barreras estructurales continúan siendo obstáculos para garantizar que las trabajadoras sexuales tengan acceso a una salud adecuada y a condiciones laborales dignas. El debate sobre la despenalización total del trabajo sexual y la ampliación de derechos laborales sigue siendo relevante en el contexto actual, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las trabajadoras sexuales y garantizar su seguridad y autonomía.

El sector de la salud podrá beneficiarse en un futuro de los resultados que esta investigación aporte, ampliando la información existente, buscando nuevas estrategias para la mejora del acceso a los servicios de salud, así como apoyando y trabajando en pro de la igualdad y equidad de este colectivo desde la Enfermería Profesional.

## **8. Diseño metodológico**

### **8.1. Enfoque y tipo de estudio**

El presente estudio se desarrolla bajo un enfoque cualitativo con diseño fenomenológico, orientado a comprender en profundidad las experiencias vividas por las trabajadoras sexuales y los significados que atribuyen al estigma social en su acceso a los servicios de salud. Este enfoque permite adentrarse en la esencia del fenómeno desde la perspectiva de las propias participantes, reconociendo su subjetividad y la manera en que interpretan su realidad social y sanitaria.

De acuerdo con Taylor y Bogdan (1998), la investigación cualitativa busca comprender los significados y las experiencias humanas desde la perspectiva de quienes las viven, constituyéndose en una herramienta idónea para el estudio de fenómenos sociales complejos. En este sentido, el diseño fenomenológico posibilita explorar la vivencia subjetiva del estigma, así como los procesos de interpretación y resignificación que las participantes construyen en torno a sus experiencias con el sistema de salud.

Como señalan Streubert y Carpenter (2011), la fenomenología procura revelar el sentido de las experiencias vividas, lo que la convierte en una vía adecuada para profundizar en la percepción que las trabajadoras sexuales tienen del estigma social y en sus implicancias para el ejercicio del derecho a la salud. Dado que se trata de una problemática poco estudiada en el contexto local, este enfoque ofrece una aproximación comprensiva y exploratoria que contribuye a ampliar el conocimiento sobre las barreras de acceso y las desigualdades que atraviesan este colectivo.

### **8.2. Población de estudio**

La población de interés está conformada por mujeres pertenecientes a un colectivo de trabajadoras sexuales en la ciudad de Rivera, Uruguay. El recorte geográfico responde a la pertinencia local de la investigación, dado que se busca analizar el impacto del estigma social en el acceso a los servicios de salud en dicho contexto.

Como criterios de inclusión se considerará a todas aquellas personas que se identifiquen con el género femenino (mujeres cis genero y trans genero) las cuales se atienden en el servicio de ASSE del Hospital de Rivera y pertenezcan al

colectivo de trabajadoras sexuales de Rivera. El ejercicio del trabajo sexual en Uruguay está regulado por la Ley N.º 17.515 (2002), que establece la mayoría de edad como requisito legal. Incluir solo a personas adultas garantiza la adecuación a la normativa vigente y evita la inclusión de situaciones de explotación sexual infantil.

En cuanto a los criterios de exclusión, se considerará fuera del alcance del estudio a aquellas personas que no se atienden en los servicios de salud de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Esta delimitación responde a la necesidad de mantener la coherencia del campo empírico y garantizar la homogeneidad en las experiencias analizadas, dado que el estudio se enfoca específicamente en el acceso a la atención brindada por el sistema público de salud.

### 8.3. Diseño de muestra y acceso a la población

La muestra será no probabilística, con un diseño mixto que combinará el muestreo por criterio y por conveniencia, seleccionando una población accesible con características específicas relevantes para el objetivo de investigación. Asimismo, se implementará la estrategia de bola de nieve, la cual facilita el acceso a una población de difícil localización y promueve un proceso de selección progresivo basado en la confianza y la referencia entre pares.

Se propone definir como criterio de variación la identidad de género, conformando una muestra inicial integrada por cinco trabajadoras sexuales cisgénero y cinco trabajadoras sexuales transgénero. Esta decisión parte de la hipótesis exploratoria de que el género podría constituir una categoría que influya en los significados atribuidos a los procesos de estigmatización y a las experiencias de acceso a los servicios de salud.

El tamaño final de la muestra se determinará según el criterio de saturación teórica, es decir, cuando la incorporación de nuevas entrevistas no aporte información sustancialmente diferente a la ya obtenida. Se estima que este punto podría alcanzarse con entre ocho y diez participantes.

El acceso a la población se realizará a través de referentes del colectivo de trabajadoras sexuales de la ciudad de Rivera y mediante la técnica de bola de nieve, garantizando en todo momento la voluntariedad, confidencialidad y el respeto a los derechos de las participantes, conforme a las normas éticas

establecidas en el **Decreto N.º 158/019** sobre investigaciones con seres humanos.

Este diseño permitirá explorar las experiencias y significados de las trabajadoras sexuales considerando la diversidad de identidades de género, favoreciendo una comprensión más amplia y contextualizada de los procesos de estigmatización en el acceso a la salud.

#### 8.4. Técnicas de recolección de datos

Se utilizará una técnica propia del enfoque cualitativo y fenomenológico: entrevistas semi estructuradas en profundidad , grabadas y posteriormente transcritas, con el fin de captar las experiencias personales en torno al estigma y el acceso a la salud. Las preguntas de la entrevista fueron diseñadas para facilitar la expresión libre y reflexiva de las participantes sobre sus vivencias.

#### 8.5. Análisis de datos.

Se realizará un análisis de contenido, partiendo de algunas categorías analíticas definidas en función del marco teórico y antecedentes, que serán contrastadas con las categorías empíricas que surjan de la lectura de los datos recabados. Posteriormente, se realizará una codificación axial o selectiva, buscando relaciones y patrones comunes. Se prevé el uso de software de análisis cualitativo como CATMA o Taguette para facilitar la sistematización. El análisis se realizará en paralelo a la recolección de datos y tendrá como objetivo analizar los procesos de estigmatización de las trabajadoras sexuales identificando cómo el estigma se expresa en la interacción sanitaria y cómo impacta en la decisión de acudir o evitar los servicios y explorando cómo las mujeres enfrentan o transforman esas experiencias. A continuación se presenta el esquema inicial de dimensiones y categorías analíticas

Tabla 1. Esquema inicial de dimensiones y categorías de análisis

Dimensión	Posibles categorías / Subcategorías	Fundamentación teórica
<p><b>1. Experiencia de atención en salud</b></p> <p>Narrativas de las trabajadoras sexuales respecto de sus experiencias dentro y fuera del sistema de salud. Indagar cómo y cuándo deciden acudir, cómo son tratadas y qué significados le atribuyen a la atención recibida.</p>	<p>Procesos de autoatención</p> <p>Vía de acceso al sistema</p> <p>Vínculo del oficio con la experiencia de atención</p> <p>Vínculo con el personal de salud</p> <p>Mecanismos de resistencia y resignificación</p>	<p>Menéndez (2003): plantea que la autoatención es la primera forma de respuesta ante el padecimiento y que el modelo médico hegemónico deslegitima estos saberes. Collière (1993): destaca el valor del cuidado cotidiano como acto de vida y resistencia. Goffman (1963): el estigma influye en cómo los sujetos gestionan la exposición ante otros.</p>
<p><b>2. Elementos que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud</b></p> <p>Analizar cómo el estigma se traduce en obstáculos concretos. Qué condiciones o apoyos perciben como facilitadores del acceso</p>	<p>Barreras estructurales (horarios, documentación, trato)</p> <p>Factores facilitadores (vínculos, ONGs, redes entre pares)</p> <p>Condiciones subjetivas (auto estigma, miedo, vergüenza)</p> <p>Experiencias previas de discriminación explícita o implícita</p>	<p>Fiorini &amp; Rivera (2022): el acceso es un proceso determinado por condiciones sociales, culturales y organizacionales. OPS (2019) y MSP (2020): enfatizan la necesidad de servicios equitativos y libres de discriminación.</p>

<p><b>3. Percepción del sistema de salud</b></p> <p>Indagar cómo las trabajadoras sexuales perciben el sistema: si lo sienten propio, hostil, o distante. Qué representa para ellas “ir al hospital” o al PNA.</p>	<p>Confianza o desconfianza hacia los profesionales</p> <p>Expectativas de trato</p> <p>Valoración del servicio público</p> <p>Fragmentación institucional (derivaciones, negación del servicio)</p>	<p>Menéndez (2003): el sistema formal ejerce exclusión teórica y práctica. Goffman (1963): las instituciones reproducen estigma y desigualdad simbólica. OMS (2018): promueve entornos sanitarios libres de estigma.</p>
--	--	--

## 9. Consideraciones éticas

La investigación se desarrollará respetando las normas éticas establecidas en el Decreto N.º 158/019 sobre Buenas Prácticas Clínicas en Uruguay, así como los principios enunciados en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2013), documento internacional que orienta la ética en investigaciones con seres humanos. En coherencia con estos lineamientos, se garantizará el cumplimiento de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, asegurando la protección integral de las participantes.

Todas las trabajadoras sexuales convocadas serán informadas de manera clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos del estudio, participando únicamente tras otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario. Se preservará su anonimato y la confidencialidad de la información obtenida, la cual será utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos.

Asimismo, se respetará el derecho de las participantes a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias ni perjuicios. Dado que se trata de un colectivo históricamente vulnerable y objeto de estigmatización social, se extremaron las medidas de cuidado para evitar cualquier forma de daño físico, psicológico o simbólico, resguardando en todo momento su dignidad, bienestar y seguridad.

Se anexa el consentimiento informado en apéndice.

## **10. Conclusión**

El presente trabajo permitió comprender que el estigma social hacia las trabajadoras sexuales constituye una de las principales barreras en el acceso equitativo a los servicios de salud. A partir del enfoque cualitativo y fenomenológico propuesto, se evidencia que las experiencias de estigmatización no sólo se manifiestan en el trato recibido dentro del sistema sanitario, sino también en la interiorización del rechazo, el miedo y la desconfianza que condicionan la búsqueda de atención. Esta realidad se sustenta en prejuicios morales, estructuras patriarcales y prácticas institucionales que reproducen desigualdades y vulneran el derecho a la salud de este colectivo.

Los antecedentes revisados y el marco teórico abordado permiten afirmar que el estigma es un fenómeno estructural y multicausal, que afecta la salud física, mental y social de las trabajadoras sexuales, profundizando su exclusión y vulnerabilidad. En el contexto uruguayo, y particularmente en Rivera, persiste una brecha significativa entre el marco normativo que reconoce el trabajo sexual y las prácticas cotidianas que perpetúan la discriminación. Este desajuste refleja la necesidad de políticas públicas efectivas y de una formación sanitaria que incorpore la perspectiva de derechos humanos, género y diversidad.

Desde el rol de enfermería, se reafirma la responsabilidad ética y profesional de promover cuidados libres de juicios y prejuicios, basados en la empatía, la equidad y el respeto a la dignidad humana. El personal de enfermería, por su cercanía con la comunidad, se encuentra en una posición estratégica para visibilizar las barreras, acompañar los procesos de autocuidado y fomentar espacios de atención inclusivos. Transformar la atención en salud implica también transformar las miradas y los discursos que sostienen el estigma.

En síntesis, abordar el estigma social hacia las trabajadoras sexuales desde la enfermería no solo significa garantizar un acceso justo y digno a los servicios de salud, sino también contribuir a la construcción de una sociedad más humana, inclusiva y consciente de que toda persona tiene derecho a cuidar y ser cuidada sin discriminación. Este trabajo representa un paso hacia la sensibilización



profesional y comunitaria, y una invitación a seguir generando conocimiento que promueva la justicia social y el respeto por la diversidad.

Diagrama Gantt/ Actividades

### Cronograma de Gantt

Actividades	27/07	9/08	12/9	16/10	20/10	21/10	22/10	23/10	24/10	10/11	11/11	12/11	13/11	20/11
Reunión de zoom con el grupo														
Talleres UC (redacción)														
Jornada de defensa TFI														

## 11. Referencias bibliográficas

- Alloatti, M. (2014). *Una discusión sobre la técnica de bola de nieve a partir de la experiencia de investigación en migraciones internacionales*. IV Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales. Costa Rica. [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8286/ev.8286.pdf)
- Amaya, A., Canaval, G y Viáfara, E. (2005). Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colombia Médica* , 36 (3), 65-74. <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/378>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Fortaleza, Brasil. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Cajal,A.(2022).*Marginación social*. Lifeder. <https://www.lifeder.com/marginacion-social-causas-tipos-y-consecuencias/.12008/43822>
- Caorsi, F. (2022). Trabajo sexual, proxenetismo y prostitución forzada ¿En dónde termina lo legal y comienza lo prohibido?. *Revista de la Facultad de Derecho*, (54), e205. Epub 01 de diciembre de 2022. [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2301-06652022000201205](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-06652022000201205)
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida: de la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill.
- Cortés, F. (2006). Consideraciones sobre la marginación, la marginalidad, marginalidad económica y exclusión social. *Papeles de población*, 12(47), 71-84. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252006000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252006000100004&lng=es&tlng=es).

- De Almeida, M, Alves, H , De Sousa Santana, E., Alves, A, De Medeiros, N., & De Sousa, M. (2024). PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO RELACIONADOS A COMPORTAMENTOS SUICIDAS EM PROFISSIONAIS DO SEXO. *Revista Ciência Plural*, 10(1), 1–20. <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n1id34928>
- Diaz, L. (2014). *¿Qué es la salud sexual?* Psyciencia. <https://www.psyciencia.com/que-es-la-salud-sexual/>
- Dourado, I., Guimarães, M. D. C., Damacena, G. N., Magno, L., de Souza Júnior, P. R. B., Szwarcwald, C. L., & The Brazilian FSW Group. (2019). Sex work stigma and non-disclosure to health care providers: Data from a large RDS study among female sex workers in Brazil. *BMC International Health and Human Rights*, 19(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0193-7>
- Echecto, M. Rivera, R. (2024) *Trayectoria de Trabajadoras Sexuales en torno a la Lactancia Humana* [Trabajo final de grado Universidad de la República] . Colibri <https://hdl.handle.net/20.500.12008/43822>
- Fiorini, M., & Rivera, R.. (2022). La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 973-998. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v6i6.3590](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.3590)
- Fonseca , A., Lima , T., dos Santos, J., Almeida, N., da Silva, M., Monteiro , A., Lessa , Â. (2022). Role of nursing in the care of female sex workers. *Research, Society and Development*, 11(16). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38002>
- Gomez, M. (2025) Equipo editorial, Etecé. *Violencia - Concepto, modalidades, causas y consecuencias*. <https://concepto.de/violencia/>
- Goffman, E. (1969). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. *Postgraduate Medical Journal*, 45(527), 642. <https://doi.org/10.1136/pgmj.45.527.642>

- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=775008>
- Iborra, I., & Esplugues, J. (2011). *¿Cómo clasificar la violencia?: la taxonomía según Sanmartín*. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3886971>
- Lazarus, L., Deering, K. N., Nabess, R., Gibson, K., Tyndall, M. W., & Shannon, K. (2011). Occupational stigma as a primary barrier to health care for street-based sex workers in Canada. *Culture Health & Sexuality*, 14(2), 139-150. <https://doi.org/10.1080/13691058.2011.628411>
- Ley N° 17.515 de 2002. Ley sobre el trabajo sexual. 09 de Junio de 2002. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17515-2002#:~:text=El%20Ministerio%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%20expedir%C3%A1%20en%20forma%20gratuita%20a.31%20de%20la%20presente%20ley>.
- Link, B., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Mertens, D. (2010). Transformative Mixed Methods research. *Qualitative Inquiry*, 16(6), 469–474. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077800410364612>
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042995014>
- Miric, M., Álvaro, J., González, R., & Torres, A. (2018). *Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social*. *Psicología E Saber Social*, 6(2). <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (MSP, 2020). *Estrategia Nacional de Cuidados y Derechos en Salud*. MSP.

- Organización Mundial de la Salud, (OMS, s.f). *Constitucion, Concepto de salud*  
<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Panamericana de la Salud, (OPS, s.f). *Salud Sexual y Reproductiva*  
<https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Orientación estratégica para enfermería en la Región de las Américas*. Washington, D.C.  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/50956>
- Organización Mundial de la Salud. ( OMS, 2018). *Addressing stigma and discrimination in health-care settings*. OMS.  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241515459>
- Pheterson, G. (1996). *The prostitution prism*. Amsterdam University Press.  
<https://doi.org/10.5117/9789053562034>
- Polgar, J. (2023.). “¿A quién le vas a reclamar?”. *Un abordaje a las percepciones de trabajadoras sexuales sobre las violencias en el marco de la Ley 17.515 en Uruguay*. [Tesis de grado de la Universidad de la República]. Colibri.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12008/40956>
- Pradere, G., Lazarov, L., Olivera, I., & Zumar, L. (2006). Reestructura del primer nivel de atención: Mercado de trabajo del sector salud (Documentos de Trabajo de Economía de la Salud No. 3/06). División de Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/DT%202.%20Reestructura%20del%20PNA.%20Mercado%20de%20trabajo%20del%20sector%20salud%20-%202006.pdf>
- Scambler, G. (2007). Sex work stigma: Opportunist migrants in London. *Sociology of Health & Illness*, 29(5), 686–703.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01005.x>

- Streubert, H., & Carpenter, D. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.  
<https://oysconmelibrary01.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/09/qualitative-research-in-nursing-advancing-the-humanistic-imp.pdf>
- Taylor, S., & Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (3.<sup>a</sup> ed.). Paidós.  
<https://asodea.wordpress.com/wp-content/uploads/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>
- Treloar, C., Stardust, Z., Cama, E., & Kim, J. (2020). Rethinking the relationship between sex work, mental health and stigma: a qualitative study of sex workers in Australia. *Social Science & Medicine*, 268, 113468.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113468>
- Villar, C. (2020). El impacto psicológico del estigma de prostituta. *RELIES: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*. 152-172.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7685789>
- Villar, H. (2012). *Gestión de servicios de salud*. Montevideo, Uruguay: Zona Editorial

## **12. Anexos**

### **12.1 Anexo 1.**

#### **Modelo consentimiento informado**

Título del estudio: Impacto del estigma social en el acceso a los servicios de salud en las trabajadoras sexuales de Rivera, Uruguay.

Investigadores responsables:

Pierre Cohendet, Ana Casal, Katherin dos Santos, Anthony da Rosa, Lorena da Rosa, Marcela Rivero

Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

Estimada participante:

Te invitamos a participar voluntariamente en este estudio de investigación, cuyo objetivo es comprender cómo el estigma social impacta en el acceso a la atención de salud de las trabajadoras sexuales en la ciudad de Rivera. Esta investigación forma parte de un trabajo final de grado de estudiantes de la Licenciatura en Enfermería.

Su participación consistirá en una entrevista individual, en un espacio privado y seguro, donde se te preguntará sobre tus experiencias personales en relación al acceso a servicios de salud y situaciones de estigmatización. La entrevista tendrá una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Con tu autorización, será grabada para su posterior análisis.

Confidencialidad:

Toda la información recolectada será tratada de forma confidencial y anónima. No se utilizarán nombres ni datos que permitan identificarte. La información será usada únicamente con fines académicos y científicos.

Voluntariedad y derechos:

Tu participación es completamente voluntaria. Podrá negarse a responder cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento sin ningún tipo de consecuencia. Esta decisión no afectará de ninguna manera sus derechos ni su acceso a los servicios de salud.

Beneficios:

Aunque no recibirás una compensación económica, tu participación ayudará a visibilizar barreras que enfrentan muchas mujeres en el acceso a la salud, lo cual puede contribuir a mejorar los servicios y generar cambios sociales positivos.

Contacto:

Por cualquier duda, podés comunicarte con los investigadores al correo \_\_\_\_\_ o con la docente tutora: Prof. Graciana Barboza.

Consentimiento

He leído (o se me ha leído) y comprendido la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas de manera satisfactoria. Acepto participar en el estudio voluntariamente.

Iniciales del participante \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del entrevistador: \_\_\_\_\_



## 12.2. Anexo 2.

### **Cuestionario**

#### 1. Experiencias personales con los servicios de salud

- ¿Podrías contarme alguna experiencia positiva o negativa que hayas tenido al acudir a un centro de salud?
- ¿Sientes que has sido tratada de forma diferente por ser trabajadora sexual?
- ¿Sueles revelar tu ocupación cuando vas a un centro de salud? ¿Por qué sí o por qué no?

#### 2. Percepción del estigma

- ¿Sientes que existe un estigma hacia las trabajadoras sexuales en el ámbito de la salud?
- ¿De qué forma crees que este estigma afecta la calidad de la atención médica que reciben?
- ¿Has sentido juicio o discriminación por parte de profesionales de la salud?

#### 3. Consecuencias del estigma

- ¿Alguna vez has evitado ir al médico por miedo a ser juzgada o maltratada?
- ¿Crees que el estigma social influye en la salud física o mental de las trabajadoras sexuales?
- ¿Qué impacto crees que tiene el estigma en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva?

#### 4. Propuestas y soluciones

- ¿Qué cambios crees que deberían implementarse en el sistema de salud para mejorar la atención a las trabajadoras sexuales?
- ¿Cómo crees que podría reducirse el estigma dentro del ámbito médico?
- ¿Piensas que una mayor formación del personal sanitario sobre trabajo sexual podría marcar una diferencia?

#### 5. Espacio para expresar

- ¿Hay algo más que te gustaría compartir sobre tus experiencias o lo que piensas que debería cambiar?

### 12.3. Anexo 3.

#### Cuadro de antecedentes

País/ Título de la investigación/ Año de publicación.	Autor es	DOI/ Dirección electrónica	Problema/ Objetivo/ Hipótesis	Teorías	Metodología	Resultados/ Conclusiones	Motivo por el cual seleccionamos el antecedente
Uruguay, "Trayectoria de Trabajadoras Sexuales en torno a la Lactancia Humana". (2024)	Echet o, Mikel a River a, Romina	<a href="https://hdl.handle.net/20.500.12008/43822">https://hdl.handle.net/20.500.12008/43822</a>	Objetivo: Analizar las experiencias de trabajadoras sexuales en relación a la lactancia, tensiones entre maternidad y trabajo sexual.	Estudios de género, maternidades disidentes	Cualitativa – entrevistas a trabajadoras sexuales	Conclusiones: Se tensiona el rol de madre con el de trabajadora sexual; la maternidad se vive con culpa o silencio frente al estigma.	Fecha de publicación menor a 5 años. Datos a nivel nacional.

Uruguay, “¿A quién le vas a reclamar?”. Un abordaje a las percepciones de trabajadoras sexuales sobre las violencias en el marco de la Ley 17.515 en Uruguay. (2023)	Polgar Brovetto, Julia	<a href="https://hdl.handle.net/20.500.12008/40956">https://hdl.handle.net/20.500.12008/40956</a>	Problema: Invisibilización de la violencia institucional hacia trabajadoras sexuales. Objetivo: Analizar las formas de violencia estatal.	Enfoque interseccional, teorías críticas del Estado	Cualitativa – entrevistas + análisis documental	Conclusiones: El Estado reproduce prácticas violentas a través de negligencias e indiferencia. El estigma legitima estas omisiones.	Fecha de publicación menor a 5 años, Datos a nivel nacional.
Argentina, “El impacto psicológico del estigma de prostituta” (2020)	Carolina Clemente Villar	<a href="https://doi.org/10.46661/relies.5106">https://doi.org/10.46661/relies.5106</a>	Objetivo: Explorar las consecuencias psicológicas del estigma en mujeres en situación de prostitución.	Teoría del estigma (Goffman)	Cualitativa – entrevistas + análisis psicológico	Resultados: Alta prevalencia de ansiedad, baja autoestima y sufrimiento subjetivo relacionado al rechazo social y familiar.	Permite comprender el impacto emocional y psicológico del estigma sobre las trabajadoras sexuales.

Colombia, "Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud" (2005)	Canaval, G.; Amaya, A.	<a href="https://doi.org/10.25100/cm.v36i.3.Supl.2.378">https://doi.org/10.25100/cm.v36i.3.Supl.2.378</a>	Problema: El estigma afecta negativamente la salud de las trabajadoras sexuales. Objetivo: Establecer las consecuencias del estigma en la atención en salud.	Determinante sociales de la salud	Revisión bibliográfica + análisis empírico	Conclusión: La estigmatización deteriora el acceso, la calidad y la continuidad del cuidado en salud.	Enfoca directamente la relación entre el estigma y el acceso a los servicios de salud.
--	------------------------	---	---	-----------------------------------	--	---	--

Brasil. “Prevalência e fatores de riscos relacionados a comportamentos suicidas em profissionais do sexo” (2024)	Almeida, M. et al.	<a href="https://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n1id34928">https://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n1id34928</a>	Problema: Suicidio entre trabajadoras sexuales. Objetivo: Identificar prevalencia y factores de riesgo.	Modelo biopsicosocial	Cuantitativa – análisis estadístico con encuestas	Resultados: Alta prevalencia de ideación suicida asociada a estigma, violencia y condiciones laborales. Recomendaciones en salud mental comunitaria.	Aporta evidencia sobre el impacto del estigma social y cómo influye en su salud mental y riesgo suicida. Fecha de publicación menor a 5 años.
--	--------------------	---	--	-----------------------	---	--	--