



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL

CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 40 DEL DECRETO SUPREMO
N.º 451, DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Basta a la
Extorsión
Policia!

INFORME DEFENSORIAL



www.defensoria.gob.bo



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

INFORME DEFENSORIAL

“CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL” CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 40 DEL DECRETO SUPREMO N.º 451, DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

GESTIÓN 2022

Informe Defensorial:

“CRIMINALIZACIÓN DEL TRABAJO SEXUAL” CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 40 DEL DECRETO SUPREMO N.º 451, DURANTE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Elaborado por:

Adjutoría para la Vigencia y Ejercicio de Derechos Humanos de Niña, Niño, Adolescencia, Mujeres y Poblaciones en Situación de Vulnerabilidad

Edición, corrección de estilo y diseño:
Adjutoría para la Promoción y Difusión de los Derechos Humanos

Impresión:

Producción:

Defensoría del Pueblo

Oficina Central: Calle Colombia N.º 440 – Zona San Pedro

Central (2) 2113600 – 2112600

Casilla 791

2022

ÍNDICE

Introducción.

Primera Parte - Aspectos Generales

1. Objetivos.....	13
1.1. General.....	13
1.2. Específicos.....	13
2. Metodología de la Investigación.....	13

Segunda Parte - Marco Normativo

1. Marco Normativo Internacional	17
2. Marco Normativo Nacional	23
3. Normativa promulgada durante el periodo de la COVID-19.....	29
4. Investigaciones Defensoriales desarrolladas en la temática.....	30

Tercera Parte – Resultados del diagnóstico

1. El efecto COVID-19 en la limitación al ejercicio de los derechos	35
2. Acciones desarrolladas por el Gobierno Nacional	36
2.1. Ministerio de Salud y Deportes.....	36
2.2. Ministerio de Gobierno.....	38
2.3. Policía Boliviana.....	41
3. Acciones desarrolladas por los GADs	46
3.1. Servicios de detección y prevención de las ITS y el VIH.....	46
3.2. Registro de las personas trabajadoras sexuales	47
3.3. Los requisitos para acceder a la Libreta de Salud.....	49
3.4. El llenado de la Libreta de Salud.....	51
3.5. La entrega de la Libreta de Salud	56
3.6. Renovación de la Libreta de Salud.....	57
3.7. Periodicidad de los controles ginecológicos	59

3.8. Operativos de control de la Libreta de Salud	60
3.9. Documentos que se exigen en los operativos de control.....	62
3.10. Protocolos de Bioseguridad.....	64
4. Violencia Institucional en los operativos de control	66

Cuarta Parte – Análisis, Conclusiones y Determinaciones.

1. Análisis.....	73
1.2. Servicios de detección y prevención de las ITS y del VIH	81
1.3. La Libreta de Salud, mecanismo de control.....	82
1.4. Implementación de Protocolos de Bioseguridad.....	96
1.5. Aquiescencia en actos de violencia institucional	99
2. Conclusiones.....	105
3. Determinaciones Defensoriales	109
4.1. Recomendaciones.....	109
4.2. Recordatorios de Deberes Legales.....	113
4.3. Sugerencias.....	113
Referencia Bibliográfica	114



Resolución Defensorial N° DP/AVEDH/N° 002/2022

La Paz, 14 de marzo de 2022

VISTOS:

El Informe Defensorial: "Criminalización del Trabajo Sexual". Cumplimiento del artículo 40 del Decreto Supremo N.º 451, durante la pandemia de la COVID-19.

CONSIDERANDO:

Que, el Parágrafo I del Artículo 218.I de la Constitución Política del Estado establece que la Defensoría del Pueblo es la institución encargada de velar por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos humanos, individuales y colectivos, que se consagran en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales.

Que, el Parágrafo I del Artículo 2 de la Ley N° 870, de 13 de diciembre de 2016, del Defensor del Pueblo, establece: "La Defensoría del Pueblo es la institución de derecho público nacional, encargada de velar por la vigencia, promoción, difusión y cumplimiento de los derechos individuales y colectivos reconocidos por la Constitución Política del Estado, las Leyes e Instrumentos Internacionales.

Que, el numeral 3 del Artículo 222, de la Constitución Política del Estado establece como una atribución de la Defensoría del Pueblo: "*Investigar, de oficio o a solicitud de parte, los actos u omisiones que impliquen violación de los derechos, individuales y colectivos, que se establecen en la Constitución, las leyes y los instrumentos internacionales, e instar al Ministerio Público al inicio de las acciones legales que correspondan*".

Que, por su parte el numeral 5 del citado Artículo, faculta a la Defensoría del Pueblo a formular recomendaciones, recordatorios de deberes legales y sugerencias para la inmediata adopción de correctivos y medidas a todos los órganos e instituciones del Estado y emitir censura pública por actos o comportamientos contrarios a dichas formulaciones.

Que, el parágrafo I del Artículo 24, de la Ley N° 870 de 13 de diciembre de 2016, establece que concluida la investigación y comprobadas las vulneraciones de derechos, la Defensoría del Pueblo podrá emitir resoluciones fundamentadas que contengan según sea el caso, recomendaciones, recordatorios, sugerencias o correctivos y censura pública.

Que, mediante Resolución de la Asamblea Legislativa Plurinacional R.A.L.P. N° 001/2019-2020 de 30 de enero de 2019, la Asamblea Legislativa Plurinacional, conforme al Artículo 12 de la Ley N° 870, Ley del Defensor del Pueblo, designó a la Delegada Adjunta para la Defensa y Cumplimiento de los Derechos Humanos como Defensora del Pueblo a.i. a partir del día siguiente de la emisión de la referida resolución.



POR TANTO

La Defensora del Pueblo, en uso de las atribuciones conferidas por la Constitución Política del Estado y la Ley N° 870 del Defensor del Pueblo, de 13 de diciembre de 2016.

RESUELVE:

PRIMERO. - Aprobar el Informe Defensorial: "Criminalización del Trabajo Sexual". Cumplimiento del artículo 40 del Decreto Supremo N.º 451, durante la pandemia de la COVID-19.

SEGUNDO. - Notificar a las autoridades correspondientes, con las recomendaciones, sugerencias y recordatorio de deberes legales señalados en el informe, para su correspondiente pronunciamiento en el plazo de treinta días a partir de la citada notificación.

Es dado en la ciudad de La Paz, a los catorce días del mes de marzo del año dos mil veintidós.

Regístrese, notifíquese y archívese.

Abg. Nadia Alejandra Cruz Tarifa
DEFENSORA DEL PUEBLO a.i.



ABREVIATURAS

ABREVIATURAS

CADH:	Convención Americana sobre Derechos Humanos.
CEDAW:	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.
CDVIR:	Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia.
CIDH:	Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
C.I.:	Cédula de Identidad.
Corte IDH:	Corte Interamericana de Derechos Humanos.
CPE:	Constitución Política del Estado.
D.S.:	Decreto Supremo.
ETAs:	Entidades Territoriales Autónomas.
FELCC:	Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen.
GADs:	Gobiernos Autónomos Departamentales.
GAMs:	Gobiernos Autónomos Municipales.
ITS:	Infección de Transmisión Sexual.
PNEI:	Programa Nacional de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.
SEDES:	Servicios Departamentales de Salud.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Introducción

Introducción

Si bien, el trabajo sexual en Bolivia no se encuentra prohibido o legalizado, el Estado boliviano adoptó un enfoque “higienista o de control sanitario”, mediante el cual realiza controles a las personas trabajadoras sexuales, pues concibe que este sector poblacional se encuentra vinculado con la prevalencia de las ITS y del VIH.

A los actos de estigmatización, discriminación y violencia que sufren las personas trabajadoras sexuales –que en su gran mayoría son mujeres–, se le debe agregar diversas vulneraciones de derechos emergentes del procedimiento de control de una Libreta de Salud, sin la cual se encuentran restringidas a desarrollar dicha actividad económica.

Ahora bien, la crisis económico social emergente de la pandemia de la COVID-19 afectó a todas las personas en el Estado boliviano, quienes en gran mayoría tuvieron que adoptar y desarrollar nuevas actividades económicas como medio de subsistencia y lidiar con las restricciones emergentes de las medidas de prevención no farmacológicas –distanciamiento físico y cuarentena– que impendían un normal desenvolvimiento de sus actividades económicas.

Ante este panorama y a partir de la emisión y declaratoria de la emergencia sanitaria, se fueron evidenciando los impactos de la COVID-19, los cuales acentuaron las desigualdades de género y aumentaron las brechas de desigualdad socioeconómica. Esta situación no dejó exenta a las personas trabajadoras sexuales, quienes se encontraron con la imposibilidad de desarrollar su actividad laboral, lo que en muchos casos conllevó a que la desarrollen de forma clandestina, con lo que agudizaron su estado de desprotección, de vulnerabilidad y de los factores de riesgo ante hechos de violencia.

La excesiva criminalización por parte de las autoridades nacionales hacia esta población, se reflejó en la constante clausura y prohibición de apertura de sus ambientes de trabajo, lo que generó en algunos casos, que las personas trabajadoras sexuales, en su desesperación por obtener recursos para subsistir, tomen las calles, en las cuales empezaron a ofertar sus servicios a plena luz del día.

“Nosotras no somos ciudadanas de segunda clase, nosotras también tenemos hambre, nosotras vivimos del día, sino trabajamos no comemos” (Quispe, 02 de mayo de 2020).

A esta situación, se sumó la falta de normalidad en la prestación de servicios de salud, en los cuales se desarrollan diferentes controles médicos exigidos por el Estado boliviano para dicha actividad económica, que adquieren una doble faceta de importancia: ser el medio por el cual se cuida la salud de la persona trabajadora sexual, así como de la sociedad en su conjunto.

La Defensoría del Pueblo vio por necesario desarrollar una investigación, respecto a la prestación de los servicios de salud, relacionados con el control médico, la detección y prevención de las ITS y el VIH, en el marco del trabajo sexual durante la pandemia de la COVID-19.

Además de tener conocimiento de las constantes y reiteradas denuncias de abuso y violencia estatal que sufren las mujeres trabajadoras sexuales, la Defensoría del Pueblo asume la responsabilidad para incidir en el Estado boliviano, la generación de condiciones que garanticen el ejercicio y respeto de los derechos humanos de las personas que se dedican al trabajo sexual, en particular de las mujeres.

Continuar con la invisibilización de esta situación, no sólo fomenta y tolera diferentes hechos de violencia, sino que permite una vulneración de derechos en total aquiescencia del Estado, el cual debe asumir medidas para que, en un mediano plazo, las mujeres puedan ejercer plenamente sus derechos.

1



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

PRIMERA PARTE

**ASPECTOS
GENERALES**



ASPECTOS GENERALES

1. Objetivos

1.1. General

Evidenciar el cumplimiento del artículo 40 del Decreto Supremo N.º 451, relacionado al procedimiento de control médico y de detección y prevención de las ITS y del VIH en el marco del trabajo sexual, durante el periodo de las restricciones producto de la COVID-19 (marzo de 2020 a marzo de 2021).

1.2. Específicos

- a) Evidenciar si las personas trabajadoras sexuales accedieron a servicios de detección y prevención de las ITS y VIH, durante la cuarenta de la COVID-19.
- b) Evidenciar la existencia de procedimientos administrativos para el registro, la entrega y el control de las Libretas de Salud a las trabajadoras sexuales por parte de los GADs.
- c) Establecer si los Gobiernos Autónomos Departamentales cuentan con mecanismos normativos u otros, que establezcan las medidas de bioseguridad para el ejercicio del trabajo sexual, bajo las restricciones emergentes de la COVID-19.

2. Metodología de la Investigación

La metodología utilizada en la presente investigación es cuanti-cualitativa. Se realizó la intervención a los nueve Gobiernos Autónomos Departamentales (GADs), que a través de los Centros Departamentales de Vigilancia, Información y Referencia (CDVIR), dependientes de los Servicios Departamentales de Salud (Sedes) brindan el servicio de control médico a las personas trabajadoras sexuales.

Se analizó la información de los requerimientos de informe escrito a los Ministerios de Gobierno, Salud y Deportes –a través del Programa Nacional de Enfermedades Infectocontagiosas (PNEI)– y a la Policía Boliviana, así como a los GADs, con relación a la continuidad o suspensión del servicio de los Sedes, durante el periodo de la declaratoria de emergencia sanitaria de la COVID-19 –que para la presente investigación se considerará desde marzo de 2020 a marzo de la gestión 2021– y de otros aspectos administrativos de control médico establecidos para esta población, así como la existencia de Protocolos de Bioseguridad.

También se realizaron verificaciones *in situ* a los nueve GADs y entrevistas a diferentes actores intervinientes en la temática del trabajo sexual –directores de los CDVIR y representantes de las trabajadoras sexuales-, a fin de verificar el acceso a los servicios de salud, relacionados con la detección y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH, así como de los operativos de control de la Libreta de Salud.

2



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

SEGUNDA PARTE
**MARCO
NORMATIVO**



MARCO NORMATIVO

1. Marco Normativo Internacional

Sistema Universal de DDHH

En el marco del Sistema Universal de Derechos Humanos, se desarrollan diferentes normas de *soft y hard law*, en las cuales se disponen diferentes obligaciones para que los Estados las implementen, entre éstas se encuentra el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la asistencia médica”.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12, establece que los Estados deben garantizar “el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) establece, en sus artículos 3 y 12, que los Estados adoptarán “todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales”, por lo que “adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica”.

Así también, las Recomendaciones Generales N.º 19 “La violencia contra la mujer” y N.º 24 “La mujer y la Salud” establecen que:

La pobreza y el desempleo obligan a muchas mujeres, incluso a muchachas, a prostituirse. Las prostitutas son especialmente vulnerables a la violencia porque su condición, que puede ser ilícita, tiende a marginarlas. Necesitan la protección de la ley contra la violación y otras formas de violencia.

Las cuestiones relativas al VIH/Sida y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual tienen importancia vital para el derecho de la mujer y la adolescente a la salud sexual (...). Los Estados Partes deben garantizar, sin prejuicio ni discriminación, el derecho a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas (...).

Sistema Regional de DDHH

El artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) establece que los Estados deben “respetar los derechos y libertades reconocidas en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna”.

Así también, en el marco del artículo 26 de la CADH y del artículo 10 del Protocolo de San Salvador, se establece que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”, para lo cual deben brindar servicios de salud a todos los individuos sujetos a su jurisdicción, relacionados a la “total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas” y “la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole”, en particular velando por “las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

La Convención de Belém Do Pará, en sus artículos 4 y 6, establece que “toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos” y que el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye “el derecho a ser libre de toda forma de discriminación”.

Para lo cual, los Estados, conforme a los artículos 7 y 8 de la Convención citada *ut supra*, deben:

Actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer;

Tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer;

Fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos;

Fomentar la educación y capacitación del personal en la administración de justicia, policial y demás funcionarios encargados de la aplicación de la ley, así como del personal a cuyo cargo esté la aplicación de las políticas de prevención, sanción y eliminación de la violencia contra la mujer.

Medidas especiales que deben adoptar los Estados, en especial, tomando en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia, que pueda sufrir la mujer en razón de su situación socioeconómica desfavorable.

Bajo estos lineamientos, la Corte IDH (2007) estableció que:

... el derecho a la vida es un derecho humano fundamental cuyo goce pleno constituye una condición para el ejercicio de todos los derechos. La integridad personal es esencial para el disfrute de la vida humana. A su vez, los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana.

La Corte IDH (2018a) estableció que:

... la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. **El Tribunal ha precisado que la obligación general se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz**, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. **En primer lugar, la operatividad de dicha obligación comienza con el deber de regulación**, por lo que la Corte ha indicado que **los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad** (el resaltado es nuestro).

En ese mismo sentido, la Corte IDH (2018b) estableció que:

La Corte ha tomado en cuenta la Observación General No. 14 del Comité DESC sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En dicha Observación destacó que el derecho abarca la atención de salud oportuna y apropiada, así como los siguientes elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en cada Estado:

- a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

- b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
- i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
 - ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.
 - iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
 - iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

La Corte IDH (2018b), con relación al derecho a la Salud en particular con las personas que viven con el VIH, estableció que:

El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (...) la Corte ha retomado el criterio sobre que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH, tuberculosis y paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (...) **los Estados deben tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas (el resaltado es nuestro).**

... la Corte recuerda que la obligación del Estado de garantizar el derecho a la salud de personas que viven con el VIH requiere la realización de pruebas diagnósticas para la atención de la infección, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oportunistas y conexas que puedan surgir (el resaltado es nuestro).

Así también, la Corte IDH (2015) estableció que:

En lo que respecta a la relación del deber de garantía (artículo 1.1) con el artículo 5.1 de la Convención, [se] ha establecido que el derecho a la integridad personal se halla directa e inmediatamente vinculado con la atención a la salud humana, y que la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración del artículo 5.1 de la Convención.

La Corte [resalta] que el acceso a los fármacos antirretrovíricos es sólo uno de los elementos de una respuesta eficaz para las personas que viven con VIH. En este sentido, las personas que viven con VIH requieren un enfoque integral que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo. **Una respuesta limitada al acceso a fármacos antirretrovíricos y otros medicamentos no cumple con las obligaciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo derivadas del derecho al más alto nivel posible de salud (el resaltado es nuestro).**

Con relación a la privacidad de la información en materia de salud, la Corte IDH (2021) estableció que:

La información que los pacientes comparten con el personal médico no debe ser difundida de forma ilegítima. En ese sentido, el derecho a la salud implica que, para que la atención de salud sea aceptable, debe estar concebida para respetar la confidencialidad.

Los datos personales de salud es información que describe los aspectos más sensibles y delicados sobre una persona, por lo que debe entenderse como protegida por el derecho a la vida privada. Aquellos datos relativos a la salud sexual deben considerarse, además como personales y altamente sensibles.

No obstante, la confidencialidad de la atención médica y la protección de los datos de salud, no es un derecho absoluto y, por lo tanto, puede ser restringido por los Estados siempre que las injerencias no sean abusivas o arbitrarias; por ello, deben estar previstas en ley, perseguir un fin legítimo y ser necesarias en una sociedad democrática.

Como regla general, la información médica debe resguardarse de confidencial, con excepción de cuando: i) el paciente da su consentimiento para divulgarla, o ii) **la legislación interna habilita a determinadas autoridades para accederla.** La legislación, además, debe contener los supuestos específicos en los cuales puede difundirse la historia clínica, salvaguardas claras sobre el resguardo de dicha información y la forma en que la información puede ser difundida, exigiendo **que la misma se realice sólo mediante orden fundamentada por una autoridad competente y, tras la cual, se divulgue sólo lo necesario para el caso concreto** (el resaltado es nuestro).

Ahora bien, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020a) (CIDH), en el marco de las restricciones farmacológicas producto de la COVID-19, estableció lineamientos para que los Estados garanticen el ejercicio de los derechos, así como la protección de poblaciones históricamente vulnerables.

La CIDH (2020a) estableció que las medidas que los Estados adopten, en particular aquéllas que resulten en restricciones de derechos o garantías, deben ajustarse a los principios “pro persona”, de proporcionalidad, temporalidad, y deben tener como finalidad legítima el estricto cumplimiento de objetivos de salud pública y protección integral, como el debido y oportuno cuidado a la población, por sobre cualquier otra consideración o interés de naturaleza pública o privada.

Para lo cual, los Estados (CIDH, 2020a), en el marco de las medidas de prevención no farmacológicas de la COVID-19, deben:

Incorporar la perspectiva de género a partir de un enfoque interseccional en todas las respuestas de los Estados para contener la pandemia, teniendo en cuenta los distintos contextos y condiciones que potencializan la vulnerabilidad a la que las mujeres están expuestas, como la precariedad económica, la edad, la condición de migrante o desplazada, la condición de discapacidad, la privación de libertad, el origen étnico-racial, la orientación sexual, identidad y/o expresión de género, entre otras.

Asegurar la participación de mujeres en posiciones de toma de decisión en los comités y grupos de trabajo de respuesta a la crisis sanitaria de la COVID-19, asegurando la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, implementación, ejecución y monitoreo de las medidas y políticas adoptadas en respuesta a dicha crisis sanitaria. En particular, incorporar la perspectiva de género a partir un enfoque transversal teniendo en cuenta los contextos y condiciones que potencializan los efectos de la crisis, como la precariedad económica, la condición de migrante o desplazada, la privación de libertad, origen étnico-racial, entre otras.

Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de disseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad (el resaltado es nuestro).

Considerar los enfoques diferenciados requeridos al momento de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los grupos en situación de especial vulnerabilidad, al momento de adoptar medidas de atención, tratamiento y contención de la pandemia de la COVID-19; así como para mitigar los impactos diferenciados que dichas medidas puedan generar.

Finalmente, indicar que la CIDH (2020b), conforme las recomendaciones citadas *ut supra*, estableció que las medidas adoptadas por los Estados para la protección de las personas con COVID-19, deben:

... dar cumplimiento a sus obligaciones de respeto y garantía para asegurar el disfrute y ejercicio de los derechos humanos de las personas con COVID-19, inclusive mediante la integración de un enfoque interseccional y multidisciplinario, que reconozca y afirme la dignidad humana, la eliminación de todas las formas de discriminación, así como la indivisibilidad y la interdependencia de tales derechos en sus normas, políticas y toma de decisiones, y dentro de todos los poderes públicos de los Estados.

2. Marco Normativo Nacional

La Constitución Política del Estado (CPE), en sus artículos 15 y 18.II, establece que “todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad” y que el Estado “garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”.

Asimismo, de acuerdo con los artículos 35.I, 37 y 299.II de la CPE se establece que “el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud y que tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud”, el cual será garantizado a través del sistema de salud, que comprende tanto al gobierno del nivel central como a los gobiernos de las Entidades Territoriales Autónomas.

Conforme con el artículo 90.a) e) r) y x) del D.S. N.º 29894, se establece que el Ministerio de Salud y Deportes –como Ente Rector en la materia de salud– tiene como atribuciones:

Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país; ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud; elaborar normas de registro sanitario de medicamentos y alimentos de consumo humano; y elaborar Normas y Reglamentos de descentralización administrativa en el marco de las autonomías departamental municipal y de organizaciones campesinas.

El Código de Salud, en los artículos 72 y 146, estableció que:

La autoridad de salud tendrá a su cargo todas las acciones normativas de vigilancia y control de las enfermedades transmisibles y otras no transmisibles que constituyen problema de salud pública y adoptará las medidas adecuadas generales y particulares pertinentes.

Las autorizaciones y registros de las actividades que deben ser controladas por la Autoridad de Salud, en resguardo de la salud de la población, serán por periodo renovables y expedidas cuando el solicitante haya satisfecho los requisitos contenidos en la reglamentación correspondiente.

Así también, dicho Código establece en sus artículos 151 y 152 que la autoridad de salud tendrá el deber de realizar las correspondientes inspecciones de vigilancia y control, con personal debidamente calificado para dicha actividad.

La Ley N.º 031 Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”, en su artículo 81.I.9, establece como competencia concurrente del nivel central del Estado el **“desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental”** (el resaltado es nuestro).

Así también, en su artículo 81.III.1.g) e i), establece que a través de mecanismos de cooperación y cofinanciamiento se debe garantizar la provisión de todos los servicios de salud en los departamentos y que los programas epidemiológicos deben ser ejecutados en coordinación entre el nivel central del Estado y municipal del sector.

En particular, el artículo 81.III.p) y IV.j) de la Ley N.º 031 establece que los GADs y los Gobiernos Autónomos Municipales (GAMs) tienen competencia exclusiva para:

En particular, el artículo 81.III.p) y IV.j) de la Ley N.º 031 establece que los GADs y los Gobiernos Autónomos Municipales (GAMs) tienen competencia exclusiva para:

Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.

Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de

alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud.

Con relación a los GAMs, la Ley N.º 259 de Control al expendio de bebidas alcohólicas establece en sus artículos 12 y 13 que:

Todos los establecimientos que expenden, fabriquen, importen y comercialicen bebidas alcohólicas serán sujetos al control e inspección periódica por parte de las Entidades Territoriales Autónomas en coordinación con la Policía Boliviana, en el ámbito de sus competencias.

Las personas naturales o jurídicas dedicadas al expendio de bebidas alcohólicas deberán brindar la cooperación, colaboración y acceso oportuno e inmediato a sus instalaciones, a los controles ejercidos por las Entidades Territoriales Autónomas en coordinación con la Policía Boliviana, no pudiendo limitar de ninguna forma su acceso ni alegar allanamiento o falta de orden judicial para su ingreso; bajo sanción establecida en la presente Ley.

En ese mismo sentido, respecto a las competencias de la Policía Boliviana, en el marco del artículo 6 de la Ley N.º 734, se establece que dicha institución tiene por misión fundamental: “conservar el orden público, la defensa de la sociedad y la garantía del cumplimiento de las leyes, con la finalidad de hacer posible que los habitantes y la sociedad se desarrollen a plenitud, en un clima de paz y tranquilidad”.

La ley citada *ut supra* establece en su artículo 55.b) y f) que la Policía Boliviana tiene las siguientes obligaciones fundamentales:

Observar los preceptos constitucionales, leyes y reglamentos de la Institución; y guardar reserva sobre investigaciones, informaciones y documentación policial que comprometan el curso de aquellas, la seguridad del Estado o puedan causar daño moral a los involucrados, salvo orden expresa en contrario de autoridad competente.

Así también, la Ley N.º 263 Integral contra la Trata y Tráfico de Personas, en su artículo 36, establece que el Ministerio Público en coordinación con las Divisiones de Trata y Tráfico de Personas de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen (FELCC), además de las atribuciones establecidas en la ley y la legislación vigente, tendrán las siguientes responsabilidades:

Realizar patrullajes de recorrido en lenocinios, bares, cantinas, salas de masaje, clubes nocturnos, fábricas, negocios y otros; así como controlar en retenes de peaje, puestos de control en carreteras, para detectar hechos relacionados con los delitos de Trata y Tráfico de personas, y delitos conexos (el resaltado es nuestro).

Verificar las instalaciones particulares de los inmuebles donde se oferten servicios sexuales y/o laborales, previa orden judicial de allanamiento emitida en el día en casos de denuncia por el delito de Trata de Personas y Tráfico de Personas, y delitos conexos.

Por otra parte, en el tema de salud, el artículo 1.a) y d) de la Ley N.º 3729 de Prevención del VIH/Sida, protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para las personas que viven con VIH/Sida, establece como obligación del Estado garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con VIH/Sida, así como del personal de salud y de la población en general, para lo cual se establece:

... mecanismos de coordinación interinstitucional e intersectorial, conducentes a la implementación efectiva de las políticas y programas para la prevención, asistencia integral multidisciplinaria y rehabilitación de las personas que viven con el VIH/Sida, a través de campañas de información, mediante el uso de medicamentos antiretrovirales y profilácticos, exámenes laboratoriales requeridos, vigilancia epidemiológica e investigación del VIH/Sida.

La Ley N.º 3729 en su artículo 19 establece que “ninguna persona será sometida a pruebas obligatorias para el diagnóstico del VIH/Sida, exceptuando a las personas que se dedican al comercio sexual, requisito necesario para la emisión de su carnet sanitario”, para lo cual el Ministerio de Salud y Deportes diseñará e implementará programas que permitan realizar el control obligatorio a esta población.

La citada ley establece en sus artículos 32 y 34 que:

... la atención integral multidisciplinaria a toda persona que vive con el VIH/Sida será obligatoria en todos los establecimientos de salud públicos y de seguridad social, bajo responsabilidad legal. Ningún establecimiento de salud podrá negar un servicio a estas personas, debiendo brindarles un tratamiento igualitario y oportuno, y de similar calidad y calidez que a otros pacientes.

Las prestaciones médicas, asistencia hospitalaria y suministros de medicamentos antiretrovirales, para enfermedades oportunistas, serán administradas en forma gratuita a las personas que viven con el VIH/Sida ininterrumpida y continua de por vida, de acuerdo con protocolos de atención nacional.

... el Ministerio de Salud y Deportes brindará atención integral que comprende: atención clínica, laboratorial y tratamiento para las enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida y medicamentos para las enfermedades oportunistas, de manera gratuita a las/los trabajadoras/es sexuales.

La Ley N.º 3729 es reglamentada por el D.S. N.º 451, el cual establece en sus artículos 12, 13 y 42 que toda persona que vive con VIH/Sida tiene:

... derecho a recibir asistencia sanitaria, tratamiento médico, quirúrgico y de consejería y, en general, atención integral en salud. Para garantizar el ejercicio de este derecho, los establecimientos de atención en salud, sin excepción, atenderán a las personas que viven con el VIH/Sida (PVVS) con un equipo multidisciplinario que velará por su bienestar biológico, psicológico y social sin discriminación alguna, con respeto y confidencialidad (...) debiendo recibir oportunamente, bajo estricto control de calidad, con carácter gratuito y bajo prescripción médica, los medicamentos antirretrovirales adecuados a su tratamiento, de acuerdo a normas y protocolos vigentes.

En el marco del **derecho a la confidencialidad, el expediente clínico de toda PVVS deberá ser objeto de cuidadoso manejo, de tal manera que se impida el acceso a la información confidencial contenida en el mismo a personas no autorizadas o que no estén involucradas en la atención al paciente** (el resaltado es nuestro).

Con relación de las personas que se dedican al trabajo sexual, en los artículos 40 y 41, establece que:

... tienen la obligación de presentarse periódicamente al centro de salud autorizado, a efecto de someterse al examen médico sanitario, de acuerdo a normas y protocolos vigentes, así como recabar información sobre la prevención de la transmisión de ITS y VIH-Sida, con carácter previo a la obtención del documento de control sanitario, que debe ser revalidado periódicamente (el resaltado es nuestro).

Las trabajadoras y trabajadores sexuales a quienes se haya detectado el VIH deberán suspender de inmediato sus actividades de trabajo sexual. El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional, brindará a estas personas en forma gratuita la atención clínica, laboratorial y tratamiento, incluidos los medicamentos.

Finalmente, establece en el artículo 66 que “las infracciones a la Ley N.º 3729 y al D.S. N.º 451 cometidas por las instituciones prestadoras de servicios de salud y/o el personal de salud, dará lugar a la imposición de sanciones administrativas, civiles o penales correspondientes”.

A fin de establecer el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Sedes, el D.S. N.º 25233 en su artículo 3 establece que dichas instituciones son la Autoridad de Salud en el ámbito departamental, debiendo establecer, controlar y evaluar permanentemente la situación de salud en el departamento, coordinando con las instancias responsables la realización de acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades.

El decreto supremo citado *ut supra* establece en su artículo 5 que el Ministerio de Salud transfiera al Sedes funciones técnicas, administrativas y operativas, que a su vez desconcentra la programación y gestión operativa de salud. El Sedes articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina, ejecuta y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento.

El Ministerio de Salud y Deportes tiene aprobada la Guía de Tratamiento Antirretroviral en Adultos (PNEI, 2021), la cual establece grosso modo la necesidad de desarrollar acciones de prevención de las ITS y el VIH con las personas trabajadoras sexuales, pues el mismo considera que:

Si no se abordan las necesidades de los grupos de población clave, no se logrará una respuesta sostenible frente al VIH (...) son claros los motivos epidemiológicos por los que los programas contra la infección por el VIH deben centrarse en los grupos de población clave. En muchos entornos, se ha estabilizado o ha descendido la incidencia de la infección por el VIH de la población general, pero, a nivel mundial, los grupos clave siguen presentando una carga significativa de VIH, por lo que influyen en la dinámica de la epidemia.

En ese sentido, los trabajadores sexuales corren mayor riesgo debido a que tienen múltiples compañeros sexuales y, a veces, utilizan los preservativos de manera poco sistemática, a menudo debido a la renuencia o coacción de sus clientes. Algunos obstáculos que dificultan el acceso a la atención de la infección por el VIH a los trabajadores sexuales son las cuestiones jurídicas, el estigma, la discriminación y la violencia.

Con relación a la Libreta de Salud¹, cabe indicar que la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 de 17 de agosto del año 2000 –emitida por el Ministerio de Salud y Previsión Social y el Ministerio de Gobierno–, en su considerando, estableció que:

Es necesario garantizar que las personas dedicadas al comercio sexual, que se les detecte enfermedades venéreas, no sigan ejerciendo la prostitución, poniendo en peligro de contagio a otras personas, y que el Ministerio de Salud a través de los Servicios Departamentales de Salud sea en el marco de sus atribuciones el que ejerza el control respectivo, otorgando el “Carnet Sanitario” en cooperación con la Policía Boliviana.

Que **es necesario regular la actividad de las trabajadoras sexuales**, prostitutas, meretrices, homosexuales, travestis, bisexuales y heterosexuales que frecuenten las calles, lenocinios, bares, clubes de espectáculos y casa de masajes u otro similar; **a fin de prevenir las enfermedades de transmisión sexual con un control adecuado** (el resaltado es nuestro).

El Carnet Sanitario como el documento válido y único para el ejercicio de la actividad de prostitución o trabajo sexual en todo el territorio nacional, el mismo que será otorgado por el Ministerio de Salud y Previsión Social a través de los Servicios Departamentales de Salud, previo cumplimiento de requisitos legales y administrativos establecidos para el efecto (el resaltado es nuestro).

¹ En la presente investigación se evidenció la existencia de una variada denominación a los documentos por el cual se realiza el control de salud –en relación a las pruebas de las ITS y del VIH– que están obligadas a desarrollar las personas trabajadoras sexuales; en ese sentido, se adoptó por utilizar el término Libreta de Salud, para hacer referencia a todos estos tipos de documentos, además de considerar que los denominativos de Carnet de Sanidad o salubridad, llegan a ser despectivos y erradamente aplicados en su denominación, al ser estos utilizados en el control sanitario de productos, que desarrolla el Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad Alimentaria.

Así también, dispone en su artículo segundo que: **“la Policía Boliviana en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud, en el marco de sus competencias y atribuciones, ejerzan un control estricto a las prostitutas o trabajadoras sexuales sobre el cumplimiento de la presente resolución”** (el resaltado es nuestro).

De la interpretación de estos dos artículos y de las competencias de los Sedes y de la Policía Boliviana, se podría inferir que, en el marco del control de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales, correspondería a la Policía Boliviana desarrollar acciones en el marco de la prevención e identificación de posibles hechos vinculados a los delitos de trata de personas y el proxenetismo, así como, resguardar y garantizar al personal dependiente de los Sedes, quienes serían los únicos competentes para solicitar y, por ende, controlar la Libreta de Salud de las personas trabajadoras sexuales.

La citada Resolución Bi-Ministerial fue abrogada por la Resolución Ministerial N.º 3357 del Ministerio Gobierno de 10 de octubre del año 2000, argumentando que:

Se vulneraría las atribuciones de la Policía Nacional, sobre el control y registro de “meretrices” y además atentaría a los ingresos de dicha institución, estableciendo que el registro y control de la actividad de prostitución o trabajo sexual en todo el territorio nacional estarían a cargo de la Policía Nacional, por lo que se deroga en su integridad la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 (Defensoría del Pueblo, 2017).

Sin embargo, la Defensoría del Pueblo presentó un Recurso Directo de Inconstitucionalidad contra la Resolución Ministerial N.º 3357 y el Manual de Funciones de la División de Matrículas, aprobado mediante Resolución N.º 2/98 de 4 de septiembre de 1998, el cual, es dirimido mediante la Sentencia Constitucional N.º 019/01 de 21 de marzo de 2001.

El Tribunal Constitucional determinó la inconstitucionalidad de las resoluciones impugnadas, las cuales establecían como potestad de la Dirección Nacional de la Policía Técnica Judicial, el control y registro de actividad de las trabajadoras sexuales como si se tratara de un hecho delictivo. Bajo esta determinación, aún se encuentra vigente la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417.

3. Normativa promulgada durante el periodo de la COVID-19

El Estado boliviano emitió una serie de decretos supremos cuya finalidad era la implementación de medidas de contención, prevención y protección general, debido a la emergencia sanitaria nacional por la COVID-19.

En ese sentido, promulga el D.S. N.º 4196 de 17 de marzo de 2020, el cual prohíbe todas las reuniones y actividades sociales, culturales, deportivas, religiosas y otras

que impliquen aglomeración de personas, así también establece, en su Disposición Adicional Primera, que el Ministerio de Salud y Deportes garantizará el despliegue de personal médico y sanitario en los establecimientos o locales donde exista población vulnerable.

El D.S. N.º 4199 de 21 de marzo de 2020 declara Cuarentena Total en todo el territorio boliviano –desde el 22 de marzo al 4 de abril– con suspensión de actividades públicas y privadas, exceptuando al personal de los servicios de salud del sector público y privado.

Así también, el D.S. N.º 4245 de 28 de mayo de 2020 determinó ampliar la cuarentena nacional hasta el 30 de junio de 2020, y según las condiciones de riesgo en cada jurisdicción de las Entidades Territoriales Autónomas (ETAs), continuar con la suspensión de eventos públicos, suspensión del funcionamiento de actividades culturales, deportivas, incluyendo gimnasios, festivos, políticos y todo tipo de reunión que genere aglomeración de personas.

El artículo 8 del decreto citado *ut supra* establece que las ETAs, garantizando las medidas de bioseguridad y considerando los niveles de riesgo –alto, medio y moderado–, normarán para su jurisdicción, diferentes actividades, entre ellas el funcionamiento de las actividades de comercio, servicios y otras actividades inherentes a sus competencias, entre las que se encontrarían los lugares donde se ejerce el trabajo sexual.

4. Investigaciones Defensoriales desarrolladas en la temática

La Defensoría del Pueblo (2008) emitió la Resolución Defensorial, “Responsabilidad Pública en la protección de derechos humanos de las mujeres en situación de prostitución”, la cual realiza recomendaciones a diferentes instituciones para generar condiciones que no vulneren los derechos de las personas trabajadoras sexuales, entre ellas:

Ministerio de Salud: Tramitar y promulgar una Resolución Ministerial para que solamente personal profesional médico y paramédico de los Programas ITS/VIH/Sida de los CDVIR, realicen el control periódico de los Carnet de Salud de las mujeres en situación de prostitución en los distintos “locales” (...), prohibiendo además la injerencia de cualquier otro servidor público en esta labor. Emitir el dispositivo legal que corresponda para implementar la dotación gratuita del Carnet de Salud (...) con validez en el territorio nacional.

Sedes: Instruir mediante norma interna la participación solamente del personal médico y paramédico de los Programas ITS/VIH/Sida del CDVIR (...) para el control del Carnet de Salud (...), evitando de este modo que otros servidores públicos no profesionales ni vinculados a dichos programas desempeñen esta función.

En ese mismo sentido, la Defensoría del Pueblo (2017) elaboró el Informe Defensorial Situación del Trabajo Sexual en Bolivia, el cual hace un análisis del estado de situación y la necesidad de protección integral a las personas que ejercen el trabajo sexual. En dicho documento, se establecen diferentes recomendaciones defensoriales para el cumplimiento por parte de distintas instituciones nacionales, entre las que destacan:

La promulgación de una ley que regule el trabajo sexual para proteger los derechos de trabajadoras y trabajadores sexuales, como grupo en situación de vulnerabilidad, considerando aspectos como: el seguro integral de salud, control de condiciones laborales.

Crear y regular el Registro Informático Único de trabajadoras y trabajadores sexuales a nivel nacional, para su aplicación con uniformidad; el cual deberá estar sujeto a reserva y velar por la identidad y privacidad de las personas trabajadoras, salvo requerimiento fiscal u orden judicial.

Formular e implementar políticas públicas de control para precautelar la seguridad ciudadana en los lugares donde se ejerce el trabajo sexual, respetando y resguardando los derechos humanos de las personas trabajadoras sexuales.

Elaborar protocolos y líneas de control específicos para las intervenciones policiales a establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual, en el marco de la defensa y respeto de los derechos humanos.

3



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

TERCERA PARTE

**RESULTADOS DEL
DIAGNÓSTICO**



RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

1. El efecto COVID-19 en la limitación al ejercicio de los derechos

A partir de la reforma constitucional del 2009, se reconoció y adoptó una variedad de derechos y garantías constitucionales, cuya característica pro persona posibilita una mayor exigibilidad y por ende una mejor protección por parte del Estado boliviano.

Las nuevas obligaciones que asume el Estado boliviano para garantizar a toda la población un nivel de vida que se enmarque dentro de los principios del “Vivir Bien”, generó el deber de desarrollar acciones en temáticas como el de la alimentación, el trabajo digno, la educación, la salud, el acceso a los servicios básicos, entre otras, que coadyuven a dar cumplimiento con dicho principio constitucional.

Las diferentes temáticas que se deben desarrollar para garantizar un nivel de vida adecuado a la población, conforme la CPE fueron delegadas a las diferentes entidades territoriales autónomas, que según las competencias establecidas en la Ley N.º 031, tendrían que realizar acciones para satisfacer las necesidades colectivas, y así garantizar el desarrollo socioeconómico integral del país.

En ese contexto y al amparo de la Ley N.º 031, las competencias que tienen los diferentes niveles de gobierno –nacional, departamental y municipal– deben ser desarrolladas, priorizando el interés y bienestar de su población territorial, garantizando el ejercicio de sus derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud.

Ahora bien, dadas las restricciones producto de la pandemia de la COVID-19, que se generaron desde marzo de 2020, el gobierno nacional y los subnacionales adoptaron diferentes medidas para prevenir el contagio de la población, entre ellas la declaración de emergencia sanitaria nacional y el establecimiento de diferentes tipos de cuarentenas –temporal, rígida, flexible, entre otras–.

A partir de la promulgación del D.S. N.º 4196, las restricciones y limitaciones al ejercicio de diferentes derechos fue generando una crisis social y económica, no registrada a lo largo de la historia nacional. Diferentes poblaciones históricamente vulnerables, fueron agudizando su condición y precarizando su nivel y calidad de vida, entre éstas las personas que se dedican al trabajo sexual.

Motivo por el cual, la Defensoría del Pueblo solicitó información a instituciones del Gobierno Nacional, a los nueve GADs, realizó verificaciones *in situ* y entrevistas a diferentes actores intervinientes en la temática del trabajo sexual, cuyos resultados se desarrollan a continuación.

2. Acciones desarrolladas por el Gobierno Nacional

En la presente investigación, se realizaron requerimientos de informe escrito a los ministerios de Gobierno –a través del Viceministerio de Seguridad Ciudadana–, de Salud y Deportes –a través del PNEI– y a la Policía Boliviana, con relación al procedimiento de control médico, de detección y prevención de las ITS y del VIH, y de los operativos de control de la Libreta de Salud, en el marco del trabajo sexual. Estas instituciones informaron lo siguiente:

2.1. Ministerio de Salud y Deportes

Informó que la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 del 17 de agosto del 2000, a la fecha, sigue vigente, por ende, la Libreta de Salud se constituye en el requisito *sine qua non* para el control a las personas trabajadoras sexuales.

Con relación a la información que debería estar consignada en la Libreta de Salud, el Ministerio de Salud y Deportes indicó que:

El marco normativo es claro, el tema operativo está a cargo de **los Servicios Departamentales en Salud** (Sedes), quienes **asignan al carnet sanitario las variables que crean conveniente y pertinente** como: nombre, número de carnet de identidad, edad, fotografía u otro, de acuerdo a la necesidad de información y control que requieran, **con el objetivo principal de realizar una adecuada vigilancia epidemiológica de las ITS** y evitar también la suplantación de identidad u otros aspectos [sic] (el resaltado es nuestro) (Nota del Ministerio de Salud y Deportes del 22 de septiembre de 2021).

Cabe indicar, que se solicitó una copia de la Libreta de Salud, a fin de verificar los parámetros relacionados al tipo de información que debe contener dicha libreta; sin embargo, el Ministerio de Salud y Deportes informó que: “no cuenta con el carnet sanitario impreso, ya que como se ha mencionado, corresponde a otras instancias la impresión y operativización de este instrumento de vigilancia” [sic] (Nota del Ministerio de Salud y Deportes del 22 de septiembre de 2021).

Así también, indicó que el tema operativo para la entrega de la Libreta de Salud está a cargo de los GADs –a través de los Sedes– y de los GAMs, que extienden dicho documento a las personas trabajadoras sexuales, para el respectivo control en los tiempos establecidos, que de acuerdo con la Circular ITS/VIH/SIDA/30/08/06 se tendría estandarizado los plazos para los siguientes servicios:

- a) Control ginecológico a trabajadora sexual comercial (TSC), se podrá realizar cada dos semanas de acuerdo a la capacidad y demanda de cada regional.
- b) Examen completo Médico Laboratorial a TSC cada 3 meses.
- c) Examen de VIH a TSC cada 6 meses (Nota del Ministerio de Salud y Deportes, del 22 de septiembre de 2021).

Con relación al tipo de sanción para la persona trabajadora sexual por no realizarse el control médico, el Ministerio de Salud y Deportes refirió que la misma se establecería en el marco del artículo 216.10 del Código Penal, el cual indica que: “incurrirá en privación de libertad de uno a diez años el que transmitiere o intentare transmitir el VIH, conociendo que vive con esta condición”.

Si bien la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, en su artículo segundo, establece que: “**la Policía Boliviana en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud** (Sedes), en el marco de sus competencias y atribuciones, son las encargadas de ejercer un control estricto a las prostitutas o trabajadoras sexuales sobre el cumplimiento de dicha resolución” (el resaltado es nuestro), el Ministerio de Salud y Deportes, indicó que:

... el tema operativo está a cargo de los GAD, a través de los Sedes y de los GAM, quienes emiten el carnet sanitario a las trabajadoras sexuales, para el control en los tiempos establecidos, **éstos deben realizar la coordinación interna para el cumplimiento de la normativa [sic]** (el resaltado es nuestro) (Nota del Ministerio de Salud y Deportes, del 22 de septiembre de 2021).

Finalmente, se consultó al Ministerio de Salud y Deporte si contaba –en calidad de Ente Rector– con algún registro nacional de las personas que ejercen el trabajo sexual. Informó que, a través del Sistema de Monitoreo y Evaluación –el cual tiene como indicador, el acceso a pruebas rápidas para el VIH–, se tendría un registro en relación a las personas trabajadoras sexuales, conforme el siguiente detalle:

Cuadro N.º 1					
Número de pruebas rápidas de VIH realizadas a personas trabajadoras sexuales, del 2018 a junio* del 2021					
Departamento	2018	2019	2020	2021*	Total
Beni	442	256	97	45	840
Chuquisaca	332	624	339	233	1.528
Cochabamba	3.596	3.004	420	732	7.752
La Paz	5.785	5.103	2.425	2.708	16.021
Oruro	1.901	1.649	488	213	4.251
Pando	173	237	53	31	494
Potosí	971	1.103	199	0	2.273
Santa Cruz	5.769	4.916	249	106	11.040
Tarija	604	458	122	48	1.232
Total	19.573	17.350	4.392	4.116	45.431

Fuente: Elaboración propia

2.2. Ministerio de Gobierno

Se consultó al Ministerio de Gobierno, en calidad de Ente Rector en materia de Seguridad Ciudadana, si realizaba acciones para el control en lugares donde se ejerce el trabajo sexual. En ese sentido, el Ministerio de Gobierno informó que el principal objetivo de los operativos que se realiza, conjuntamente con la Policía Boliviana, en los lugares donde se ejerce el trabajo sexual, sería:

- a) Identificar a menores que realizan el trabajo sexual en estos establecimientos, así como la presencia de menores en estos lugares.
- b) Identificar mujeres que no porten su documento de identidad o que el mismo esté en custodia de terceras personas (posibles víctimas de trata).
- c) Identificar mujeres realizando el trabajo sexual en contra de su voluntad [sic] (Nota del Ministerio de Gobierno, del 10 de septiembre de 2021).

El Ministerio de Gobierno, a través de la Dirección General de Lucha contra la Trata y Tráfico de personas –dependiente del Viceministerio de Seguridad Ciudadana–, coordinaría dichos operativos, garantizando la presencia de las instituciones competentes, entre ellas: el Ministerio Público –Fiscal de Materia de Trata y Tráfico de Personas–, la División de Trata y Tráfico de Personas de la Policía Boliviana y la Defensoría de la Niñez y Adolescencia del municipio, a fin de desarrollar dichas intervenciones en el marco del respeto a los derechos humanos.

Así también, informó que mediante notas con CITE: MIN.GOB-DESP. N.º 135 y 136, dirigidas al Comandante General de la Policía Boliviana, instruyó que se comunique a las instancias correspondientes que:

... en el marco de la pandemia de la COVID-19, queda prohibido que la Policía Boliviana realice operativos policiales mencionados con antelación, sin presencia de funcionarios del Ministerio de Gobierno, por tanto, la coordinación de operativos policiales efectuados en la ciudad de La Paz y de El Alto debe ser junto a la Dirección General de Lucha contra la Trata y Tráfico de Personas del Ministerio de Gobierno [sic] (Nota N.º 135 de 25 de enero de 2021).

... se comunique a las instancias correspondientes que los efectivos policiales no tienen la tuición de retener el carnet de sanidad otorgado por el Sedeges a las trabajadoras sexuales y que, en el caso de existir documentos sin valor legal, la Policía Boliviana tiene el deber de comunicar de manera inmediata a la instancia que corresponda [sic] (el resaltado es nuestro) (Nota N.º 136 de 25 de enero de 2021).

Imagen N.° 1
Nota N.° 135 remitida por el Ministro de Gobierno,
respecto a los operativos policiales

Ministerio de Gobierno
Despacho - Ministro La Paz, 25 de enero de 2021
CITE: MIN.GOB-DESP. N°135/2021

Señor:
Cnl. DESP. Máximo Johnny Aguilera Montecinos
COMANDANTE GENERAL DE LA POLICIA BOLIVIANA a.i.
Presente.

POLICIA BOLIVIANA
COMANDO GENERAL
CORRESPONDENCIA RECIBIDA
La Paz, 26 ENE 2021
73.55
REGISTRO SECRETARIA GENERAL

**REF.: PRESENCIA DEL MINISTERIO DE GOBIERNO
EN OPERATIVOS POLICIALES.-**

De mi consideración:

A través de la presente, me dirijo a su autoridad con el fin de garantizar el principio de no vulneración de derechos humanos de las y los ciudadanos bolivianos en el marco de los operativos contra la trata de personas y el tráfico de migrantes que realiza la Policía Boliviana en el Departamento de La Paz. En ese sentido, instruyo a su autoridad comunique a las instancias correspondientes que, en el marco de la Pandemia del COVID-19, queda prohibido que la Policía Boliviana realice los operativos policiales mencionados con antelación sin presencia de funcionarios del Ministerio de Gobierno; por tanto, la coordinación de operativos policiales efectuados de la ciudad de La Paz y de El Alto, debe ser junto a la Dirección General de Lucha contra la Trata y Tráfico de Personas del Ministerio de Gobierno.

Sin otro particular motivo, me despido de usted saludando cordialmente.

Atentamente,

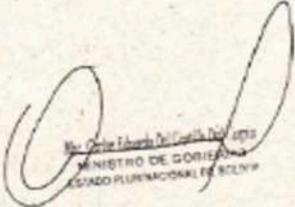
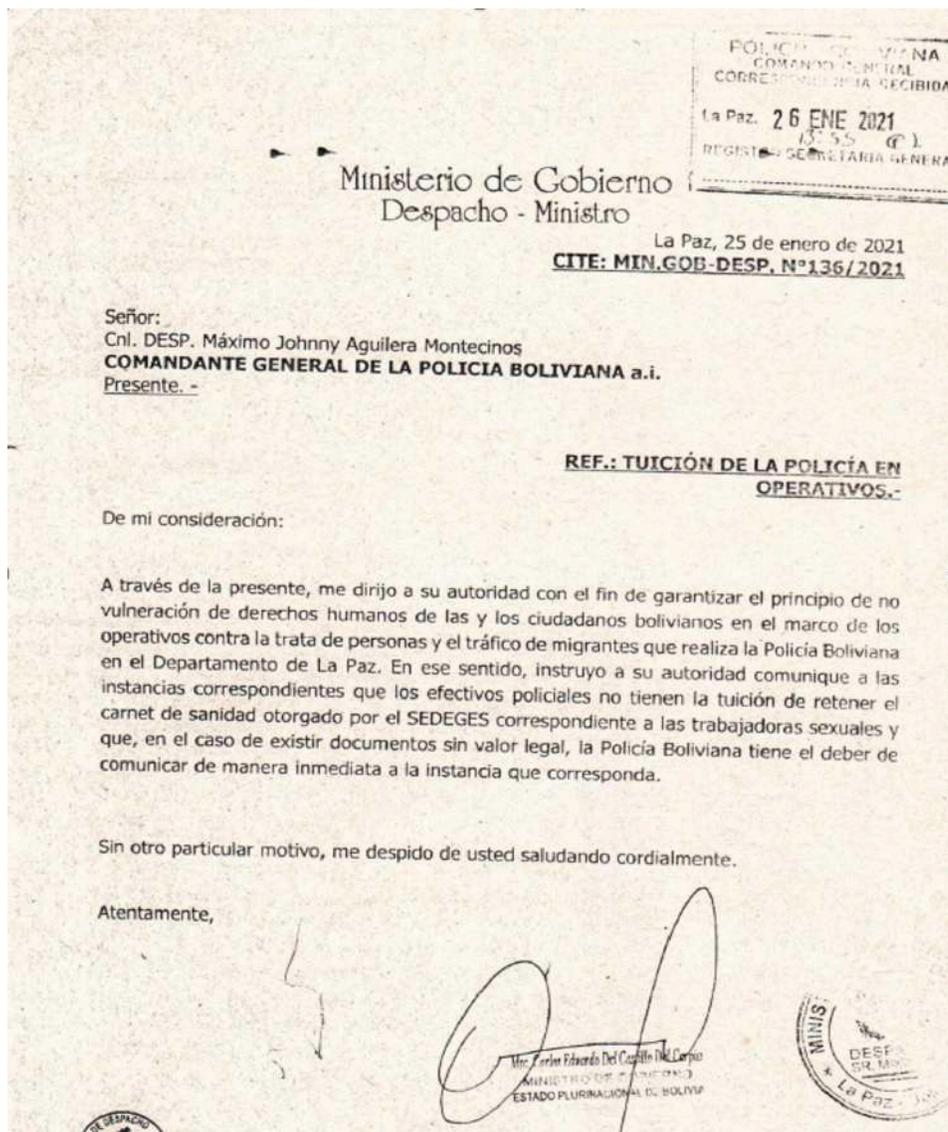


Ministerio de Gobierno
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA


Imagen N.º 1
Nota N.º 135 remitida por el Ministro de Gobierno,
respecto a los operativos policiales



2.3. Policía Boliviana

La Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 del 17 de agosto del 2000 dispone que “la Policía Boliviana en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud, en el marco de sus competencias y atribuciones, ejerzan un control estricto a las prostitutas o trabajadoras sexuales” sobre el control de la Libreta de Salud.

En ese sentido, se solicitó a la Policía Boliviana información respecto a las acciones que desarrollaría en los operativos en lugares donde se ejerce el trabajo sexual. Informó que el objetivo principal de dichos operativos sería:

División de Trata y Tráfico de Personas: Dichos operativos se ejecutan en el marco de casos con denuncia abierta por el Ministerio Público, subsecuentemente tras labores Investigativas Policiales, en coordinación con la “Defensoría del Menor”. Asimismo, se debe considerar que los operativos que realizan los Servidores Públicos Policiales de la FELCC, en lugares donde se desarrolla el trabajo sexual, tienen la finalidad de buscar a personas desaparecidas, prevenir el delito de la Trata de Personas, Proxenetismo y otros delitos de orden público [sic] (Informe de la FELCC de 08 de septiembre de 2021).

División de Delitos Contra las Personas: La normativa legal vigente regula las actuaciones policiales y que en contraparte existen responsabilidades penales, administrativas y todas las señaladas en las normas, que equilibran probables inobservancias de los servidores públicos, y que el carnet sanitario una vez incorporado como elemento de prueba en un delito comprueba la comisión del delito señalado en el Código Penal Boliviano en el Capítulo III Delitos contra la Salud Pública, en su artículo 216. 1, 5, 9 y 10, que a la letra dice: el que propagare enfermedades graves o contagiosas u ocasionare epidemias; el que cometiere actos contrarios a disposiciones sobre higiene y sanidad o alterare prescripciones médicas; el que realizare cualquier otro acto que de una u otra manera afecte la salud de la población; y el que transmitiere o intentare transmitir el VIH conociendo que vive con esta condición, respectivamente.

Como objetivo se tiene el de evitar que a partir de estos lugares se genere el proxenetismo, trata de personas, la posibilidad de contagio, no solamente de ámbito sexual sino de otras enfermedades, otro tipo de delitos como el hurto a partir de la utilización de elementos somníferos o sedantes que permitan ser despojados de sus efectos personales a los parroquianos y, finalmente, que al interior de estos predios se cometan delitos más complejos como la comercialización de sustancias controladas, homicidios o asesinatos [sic] (Informe de la FELCC de 08 de septiembre de 2021).

De lo desarrollado *ut supra*, se evidencia que el control de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales que debería ser desarrollado por la Policía Boliviana y el Sedes –en el marco de sus competencias– no sería una actividad única de alguna de las divisiones de investigación dependientes de la Policía Boliviana.

Sin embargo, sería la División de Trata y Tráfico de Personas la que tendría mayor competencia y facultades para hacer dichos operativos, pues existe la preconcepción de vincular el tema del trabajo sexual con los delitos de proxenetismo, la búsqueda de personas desaparecidas y la prevención de la trata de personas con fines de explotación sexual.

Ahora bien, se consultó a la Policía Boliviana sobre la existencia de instructivos, memorándums u otro tipo de normativa interna, para regular el desarrollo de operativos de control -en particular con la Libreta de Salud- en lugares donde se desarrolla el trabajo sexual.

En ese sentido, la Policía Boliviana mediante Informe FELCC-DTTP N° 015/2021 de 7 de septiembre, informó que:

... se dispuso que en toda Intervención de Control que realice la Policía Boliviana, de manera obligatoria tendría que participar Personal del Ministerio de Gobierno, Defensoría del Pueblo, Defensoría del Menor, Fiscalía y las diferentes instituciones comprometidas en la Lucha Contra la Trata y Tráfico de Personas, en nuestro país [sic] (Nota de la Policía Boliviana, del 20 de septiembre de 2021).

Así también, informó que se emitió el Memorándum N.° 001/2021 de 29 de enero, el cual daría cumplimiento a lo instruido por el Ministro de Gobierno, en la nota MIN. GOB-DESP. N.° 135/2021, conforme el siguiente detalle:

Imagen N.º 3
Memorandum N.º 001/2021

000025

MEMORANDUM

No.: 001/2021

Dirección: Dpto. Nal. Planeación Policial

La Paz, 29 de enero del 2021

Señor:

Cnl. DESP. Douglas G. Uzquiano Medrano
DIRECTOR DEPARTAMENTAL DE LA FELCC
LA PAZ

DISPOSICION

Señor Director,

Para conocimiento de su Dirección y estricto cumplimiento a Hoja de Tramite N° 01272 de fecha 26 de enero de 2021 emitido por el Comando General de la Policía Boliviana, en la que remite Oficio CITE: MIN.GOB-DESP. N° 135/2021 de fecha 25 de enero de 2021 emitido por el Sr. Msc Carlos Eduardo Del Castillo Del Carpio, cuyo tenor literal es como sigue:

A través de la presente, me dirijo a su autoridad con el fin de garantizar el principio de no vulneración de derechos humanos de las y los ciudadanos bolivianos en el marco de los operativos contra la trata de personas el tráfico de migrantes que realiza la Policía Boliviana en el Departamento de La Paz. En ese sentido, instruyo a su autoridad comunique a las instancias correspondientes que, en el marco de la Pandemia del COVID-19, **queda prohibido que la Policía Boliviana realice los operativos policiales** mencionados con antelación sin presencia de funcionarios del Ministerio de Gobierno; por tanto, la coordinación de **operativos policiales** efectuados de la ciudad de Las Paz y de El Alto, debe ser junto a la Dirección General de Lucha Contra la Trata y Tráfico de Personas del Ministerio Público.

En tal sentido, Su autoridad deberá **dar cumplimiento a lo solicitado**, el incumplimiento al presente, dará lugar a la adopción de medidas disciplinarias, conforme establece la Ley 101, Régimen Disciplinario de la Policía Boliviana, en actual vigencia.

Con este motivo saludo a usted atentamente.
"CONTRA EL MAL POR EL BIEN DE TODOS"



Cnl. Dir. Ferrel Alberto Apollon Lozani
DIRECTOR NACIONAL
FUERZA ESPECIAL DE LUCHA
CONTRA EL CRIMEN



Respecto a la competencia para el control de la Libreta de Salud de las personas trabajadoras sexuales, la Policía Boliviana informó que:

División de Trata y Tráfico de Personas: **Específicamente la FELCC, no tiene la competencia para realizar el control del Carnet Sanitario de las personas trabajadoras sexuales;** sin embargo, en los operativos que se realiza se solicita la exhibición de este documento con la finalidad de prevenir los delitos de Trata,

Proxenetismo y Atentados contra la Salud Pública, acto que se realiza al amparo del artículo 251 de la CPE, inciso c) del artículo 7 de la Ley Orgánica de la Policía Boliviana y numeral 1 del artículo 36 de la Ley Integral Contra la Trata y Tráfico de Personas [sic] (el resaltado es nuestro) (Informe de la FELCC de 08 de septiembre de 2021).

División de Delitos Contra las Personas: La FELCC en específico la División de Delitos Contra las Personas, en el ámbito de prevención y otro de investigación, donde contendrá esta referencia sanitaria como elemento probatorio de delitos en sus investigaciones [...] remitiéndonos al Código Penal, fundamentalmente y al reglamento de las unidades de conciliación ciudadana, además de otra normativa legal vigente en base a Delitos Contra la Salud Pública [sic] (Informe de la FELCC de 08 de septiembre de 2021).

Conforme lo desarrollado *ut supra*, se evidencia a priori un desconocimiento de competencias respecto a la potestad de realizar el control de la Libreta de Salud, justificando la exigencia de la exhibición de dicho documento, al amparo de prevenir delitos contra la Salud Pública y de hechos vinculados con la Trata y Tráfico de Personas.

Por último, se consultó sobre la existencia de protocolos, guías u otro tipo de instrumentos, que establezcan el procedimiento para el desarrollo de operativos de control, la Policía Boliviana indicó que no cuenta con instrumentos que establezcan un procedimiento específico en la intervención a lugares donde se ejerce el trabajo sexual, así como el accionar que se debería tener con las personas trabajadoras sexuales.

Sin embargo, los operativos que realiza la Policía Boliviana –a través de la División de Trata y Tráfico de Personas y de la División de Delitos Contra las Personas– se enmarcarían conforme a los procedimientos establecidos en:

- a) Manual de Técnicas básicas de Intervención Policial en el contexto de los Derechos Humanos.
- b) Manual de Investigaciones en delitos de Trata y Tráfico de Personas, de la Fuerza Especial de Lucha Contra el Crimen.
- c) Protocolo de Actuación Policial para niños, niñas, adolescentes víctimas de Trata y Tráfico de Personas.

La Policía Boliviana, a través de su Departamento Nacional de Reglamentación, informó que el Manual de Técnicas básicas de Intervención Policial en el contexto de los Derechos Humanos –aprobado mediante Resolución Administrativa N.º 0797/2018 de 30 de septiembre–, establece en su Capítulo IV (Víctimas y grupos vulnerables), Inciso B (Grupos vulnerables), Punto N.º 8 (Trabajadoras sexuales y servidores sexuales) que:

La legislación boliviana sanciona penalmente solamente las actividades del proxenetismo; es decir, a las personas que obtienen beneficios de la profesión mediante el control de una o varias trabajadoras sexuales, en casos particulares que comprometan niñas y niños.

La prostitución afecta la dignidad humana desde que se comercializan favores sexuales a cambio de dinero. Asimismo, las trabajadoras sexuales y servidores sexuales están generalmente expuestos a maltratos, discriminación y abuso. Los efectivos policiales deben de atender esta problemática de manera integral, buscando principalmente la dignificación de la persona y luchando contra su explotación, garantizando su protección y auxilio en forma permanente [sic] (Informe N.º DNPO/DNR N.º 043/2021 de 09 de septiembre).

En ese mismo sentido, de la revisión al contenido del Protocolo de Actuación Policial para niños, niñas, adolescentes víctimas de Trata y Tráfico de Personas (FELCC, 2018), se constató que uno de los varios indicadores que ayudan a determinar un probable caso de trata de personas es que la posible víctima “no esté en posesión de su pasaporte u otros documentos de viaje o de identidad, porque estos documentos están en manos de otra persona, o tener documentos de identidad o de viaje falsos”.

Si bien, los indicadores no son suficientes por sí mismos para determinar un posible caso de trata de personas, si puede indicar que la persona en cuestión está siendo controlada por otra u otras personas, por lo que, el funcionario policial debe: “considerar todos los elementos adicionales que corroboren esta información, y determinar, de acuerdo a las reglas de lógica de forma fundamentada, si en el caso concreto la persona en cuestión puede y debe ser considerada como víctima de la trata de personas” (FELCC, 2018).

En el marco de los operativos que se realiza contra la Trata de Personas, en los que se vean involucrados niñas, niños y adolescentes, se establece que:

En caso de que no tenga documentos por haber sido retenidos por los tratantes y tenga dificultad de constatar la edad por cualquier otro medio, como decisión primera, se debe asumir que la persona es menor de edad si la víctima así lo manifiesta y no sea evidente lo contrario. En esas circunstancias debe aplicar el principio del “interés superior del niño, niña o adolescente”. Lo anterior hasta tanto no se obtenga prueba documental o técnica que demuestre lo contrario (FELCC, 2018).

Cabe indicar que, del análisis a toda la información brindada por la Policía Boliviana, así como de una revisión grosso modo de la normativa boliviana, se constató que no existe sanción económica, administrativa, ni mucho menos a nivel penal –privación de libertad– por la no portación de la cédula de identidad.

Por lo desarrollado *ut supra*, se puede inferir que la Policía Boliviana tiene todas las competencias para realizar acciones de prevención en razón a hechos vinculados con los delitos de trata de personas y proxenetismo; sin embargo, **NO TIENE COMPETENCIA PARA REALIZAR EL CONTROL DE LA LIBRETA DE SALUD** a las personas trabajadoras sexuales, función que es exclusiva de los Sedes.

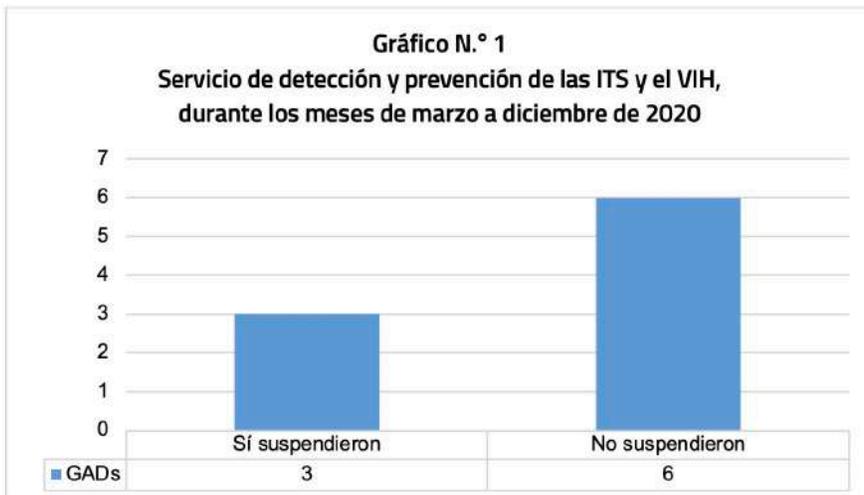
3. Acciones desarrolladas por los GADs

En el marco del artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, se establece que los GADs para garantizar la salud colectiva deben ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios; así también, el artículo 3 del D.S. N.º 25233 establece que los Sedes son las instituciones encargadas del control de la situación de salud en el departamento, realizando acciones de promoción y de prevención de enfermedades.

Por lo desarrollado *ut supra*, se realizó requerimientos de informe escrito y visitas *in situ* a los nueve GADs, que a través de los Sedes y del CDVIR desarrollan acciones en el ámbito de la salud, relacionados con el procedimiento de control médico, de detección y prevención de las ITS y del VIH, así como de participación en operativos de control de la Libreta de Salud y la elaboración de Protocolos de Bioseguridad en el marco del trabajo sexual. Informaron lo siguiente:

3.1. Servicios de detección y prevención de las ITS y el VIH

La Defensoría del Pueblo consultó a los nueve GADs si, durante los meses de marzo hasta diciembre de 2020, suspendieron los servicios de detección y prevención de las ITS y el VIH –en particular con el Diagnóstico Serológico– a las personas trabajadoras sexuales. Informaron lo siguiente:



Fuente: Elaboración propia

Conforme los datos del Gráfico N.º 1, se evidencia que tres GADs –La Paz, Santa Cruz y Tarija– habrían suspendido el servicio de detección y prevención de las ITS y el VIH –en particular con el diagnóstico serológico– durante los meses de marzo hasta diciembre de 2020. Seis GADs brindaron el servicio con normalidad –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Oruro, Pando y Potosí–. En la actualidad, los nueve GADs se encuentran brindando el servicio de detección y prevención de las ITS y el VIH con normalidad a las personas trabajadoras sexuales.

3.2. Registro de las personas trabajadoras sexuales

A través de requerimientos de informe escrito, se solicitó a los nueve GADs información relacionada con la cantidad de personas trabajadoras sexuales registradas en cada una de sus jurisdicciones en las últimas cuatro gestiones, disgregando por edad y género. Brindaron información conforme al siguiente detalle:

a) Cantidad: Con relación a la cantidad de personas trabajadoras sexuales registradas en los nueve GADs, durante las gestiones 2018 al primer trimestre de la gestión 2021, se tiene:

Cuadro N.º 2					
Cantidad de personas trabajadoras sexuales, desde la gestión 2018 hasta primer trimestre del 2021					
Departamento	Gestión				Total
	2018	2019	2020	2021	
Beni	72	62	19	0	153
Chuquisaca	428	171	98	21	718
Cochabamba	1.189	1.441	307	202	3.139
La Paz	958	848	289	50	2.145
El Alto	270	259	84	33	646
Oruro	271	272	67	26	636
Pando	146	121	33	5	305
Potosí	7.777	3.882	1.238	0	12.897
Santa Cruz	1.492	961	296	0	2.749
Tarija	264	247	66	0	577
Total	12.867	8.264	2.497	337	23.965

Fuente: Elaboración propia

Conforme los datos del Cuadro N.º 2, se logra inferir que en el Estado boliviano se tendrían registrado a 23.965² personas que ejercen el trabajo sexual –desde

² Cabe indicar que la información que brindaron los GADs con relación a la cantidad de personas trabajadoras sexuales consignadas en los cuadros N.º 2, 3 y 4, no tienen similitud en relación a los números totales –pese a ser datos de una misma población objeto de registro–, esta falencia es inherente a los sistemas de registro de los GADs intervenidos.

la gestión 2018 hasta el primer trimestre del 2021. Los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz y La Paz –que incluye a la ciudad de El Alto– registrarían a 8.679 trabajadoras sexuales.

El GAD de Potosí informó que tiene un registro de 12.897 personas que se dedicarían a esta actividad; sin embargo, por el elevado registro, que superaría ampliamente al reportado en los últimos tres años por los departamentos del eje central, se pone en duda la información del GAD de Potosí, pese a que la Institución Defensorial realizó las solicitudes de aclaración.

GAD de Potosí: Se informa que la cantidad de carnets de salud no son cuantificados y sólo se tiene el número de trabajadoras sexuales autorizados previo control médico clínico y laboratorio: a) Gestión 2018: 7.777, b) Gestión 2019: 3.882, c) Gestión 2020 de enero al 20 de marzo: 1.238 y d) Gestión 2021: sin registro (Nota del GAD de Potosí, de 23 de marzo de 2021).

b) Género: Con relación a la información de la cantidad de personas trabajadoras sexuales disgregada por género, sólo seis GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Oruro, Pando y Potosí– brindaron dicha información, conforme el siguiente detalle:

Cuadro N.º 3																
Cantidad de Personas Trabajadoras Sexuales disgregada por género, desde la gestión 2018 hasta el primer trimestre del 2021																
Departamento	Gestión												Total			Total
	2018			2019			2020			2021			Mujer	Hombre	Transgénero	
	Mujer	Hombre	Transgénero	Mujer	Hombre	Transgénero	Mujer	Hombre	Transgénero	Mujer	Hombre	Transgénero				
Beni	72	0	0	62	0	0	19	0	0	0	0	0	153	0	0	153
Chuquisaca	151	7	2	162	9	0	73	3	1	20	1	0	406	20	3	429
Cochabamba	1.189	7	0	1.441	8	0	307	0	0	202	0	3	3.139	15	3	3.157
Oruro	270	0	1	269	2	1	67	0	0	26	0	0	632	2	2	636
Pando	64	0	0	47	0	0	7	0	0	1	0	0	119	0	0	119
Potosí	7.569	0	0	4.993	11	8	870	0	0	70	0	0	1.3502	11	8	1.3521
Total	9.315	14	3	6.974	30	9	1.343	3	1	319	1	3	17.951	48	16	18.015

Fuente: Elaboración propia

De la información detallada en el Cuadro N.º 3, se logra inferir que se tendría el registro en razón del género de 18.015 personas trabajadoras sexuales, de las cuales el 99.6% (17.951) correspondería a mujeres, el 0.3% (48) a hombres y el 0.1% (16) a personas transgénero.

Cabe indicar que, los GADs de Santa Cruz y La Paz, que conforme el Cuadro N.º 2 registran gran cantidad de personas trabajadoras sexuales, no brindaron información a la Defensoría del Pueblo, respecto a los datos disgregados en razón del género de esta población.

c) Edad: Con relación a la información desgregada por edad de las personas trabajadoras sexuales registradas en los cinco GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Pando y Potosí– que brindaron dicha información, se evidenció que:

Cuadro N.º 4						
Registro por edad de las personas trabajadoras sexuales, desde la gestión 2018 hasta el primer trimestre del 2021						
Departamento	Rango de Edad					Total
	15 a 19	18 a 20	21 a 40	41 a 50	+51	
Beni	5	0	143	5	0	153
Chuquisaca	0	100	317	11	1	429
Pando	0	2	105	9	2	118
Potosí	153	0	12.450	789	110	13.502
Total	158	102	13.015	814	113	14.202

Fuente: Elaboración propia

De los datos del Cuadro N.º 4³, es llamativo que en los GADs del Beni y Potosí se tenga el registro de personas comprendidas entre las edades de 15 a 19 años a quienes se les habría facilitado la Libreta de Salud para el ejercicio del trabajo sexual.

El GAD de Cochabamba brindó información genérica con relación a este acápite, indicando que: “tenemos registrados personas comprendidas entre 18 a 62 años, donde el 70% de la carga poblacional está entre 20 a 30 años de edad” (GAD de Cochabamba, Comunicación Externa de 23 de junio de 2021).

3.3. Los requisitos para acceder a la Libreta de Salud

Conforme la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, se establece que la Libreta de Salud constituye el documento válido y único para el ejercicio de la actividad del trabajo sexual en todo el territorio nacional, el mismo que será otorgado por el Ministerio de Salud y Deportes, a través de los Sedes.

En ese sentido, serían los Sedes que tendrían la competencia de establecer diferentes requisitos a ser exigidos a todas las personas que soliciten la extensión de la Libreta de Salud, para el ejercicio del trabajo sexual. Ahora bien, del requerimiento de información a los nueve GADs respecto a dichos requisitos, se evidenció que:

³ Cabe indicar que para la construcción del Cuadro N.º 4 se unificaron criterios en razón a rangos etarios, pues de la información que brindaron los GADs de Beni; Chuquisaca, Pando y Potosí, se evidenció una variada y discrecional clasificación, situación que dificulta realizar cualquier análisis pormenorizado en razón del rango etario de las personas trabajadoras sexuales.

Cuadro N.º 5													
Requisitos establecidos por los GADs para acceder a la Libreta de Salud.													
Departamento	CI	Fotocopia del CI	Fotografía	Mayor de edad	Registro en el SUS	Evaluación médica	Examen de laboratorio	Evaluación trabajo social	Evaluación psicológica	Trámite presencial	Costo		Otro
											No, primera solicitud	Si, en la renovación	
Beni	1	-	-	-	1	1	1	-	1	1	1	-	1
Chuquisaca	1	1	-	1	-	1	1	-	1	1	1	1	1
Cochabamba	1	1	1	-	1	1	1	-	-	1	1	-	1
La Paz	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-	1	1	-
Oruro	1	1	1	1	-	-	-	-	-	1	1	1	-
Pando	-	1	-	-	-	1	1	-	-	1	1	1	-
Potosí	1	-	-	1	-	1	1	-	-	1	-	1	1
Santa Cruz	1	1	1	1	-	1	1	-	-	-	1	-	1
Tarija	-	1	-	1	-	1	1	-	1	1	1	-	-
Total	7	7	4	5	2	8	8	1	4	7	8	5	5

Fuente: Elaboración propia

Conforme el Cuadro N.º 5, se evidencia que en siete GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro, Potosí y Santa Cruz– se solicitaría la Cédula de Identidad. En ese mismo sentido, en siete GADs –Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro, Pando, Santa Cruz y Tarija– se solicitaría una fotocopia de dicho documento.

Se identificó que en cuatro GADs –Cochabamba, La Paz, Oruro y Santa Cruz– se solicitaría una fotografía de la persona que se dedica al trabajo sexual y que en siete GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Oruro, Pando Potosí y Tarija– el trámite se lo debería realizar de forma presencial.

Así también, se constató que en cinco GADs –Chuquisaca, Oruro, Potosí, Santa Cruz y Tarija– se tendría establecido que únicamente podrían acceder a la Libreta de Salud las personas mayores de 18 años de edad.

Respecto a la exigencia de una evaluación médica y de un examen de laboratorios, en ocho GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Pando, Potosí, Santa Cruz y Tarija– se solicitarían esas evaluaciones.

El Cuadro N.º 5 evidencia que en cuatro GADs –Beni, Chuquisaca, La Paz y Tarija– sería requisito una evaluación psicológica; en un GAD –La Paz– se requeriría una

evaluación de Trabajo Social; y en dos GADs –Beni y Cochabamba– se exigiría que la persona que se dedica al trabajo sexual esté registrada en el Sistema Único de Salud (SUS).

En ocho GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro, Pando, Santa Cruz y Tarija–, el trámite para acceder a la Libreta de Salud –por primera vez– sería de carácter gratuito; únicamente en el GAD de Potosí se realizaría el cobro de 20 Bs, sin importar si es por primera vez o por renovación⁴.

Por último, se logró identificar que algunos GADs exigirían diferentes requisitos, entre ellos:

GADs del Beni, Chuquisaca y Potosí señalaron que no extenderían el documento de control sanitario a aquellas personas que en los resultados de laboratorios se haya detectado que estén embarazadas o tengan alguna infección de transmisión sexual o el VIH/Sida.

GADs de Chuquisaca y Santa Cruz tendrían como requisito que la persona que solicita el documento de control sanitario no deba estar con su periodo menstrual.

GAD de Cochabamba solicitaría un sobre manila tamaño oficio y un folder amarillo tamaño carta para abrir el historial clínico.

Con relación a este acápite, es de preocupación para la Defensoría del Pueblo el reporte del GAD del Beni, que indicó que: “para la extensión de la Libreta de Salud debe estar presente el Administrador del Lenocinio con su Registro”.

3.4. El llenado de la Libreta de Salud

En el marco del D.S. N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, se establece que las personas que se dedican al trabajo sexual deben presentarse periódicamente al centro de salud autorizado, a efecto de someterse al examen médico; a partir de este control se realiza un sellado periódico en la Libreta de Salud, necesario para ejercer dicha actividad.

En la presente investigación, se realizó visitas *in situ* a los nueve CDVIR de ciudades capitales de departamento, en las cuales se llegó a obtener una copia de las Libretas de Salud que se entrega a las personas trabajadoras sexuales. Del análisis al contenido de dichos documentos, se llegó a evidenciar una total discrecionalidad, respecto al llenado de la información personal en las Libretas de Salud, así como la existencia de diferentes variables de información que utilizan los GADs, conforme el siguiente detalle:

⁴ El acápite relacionado a la Renovación de la Libreta de Salud, es desarrollado con mayor detalle en el punto “3.6. Renovación de la Libreta de Salud”, de la presente investigación.

Imagen N.º 4
Libreta de Salud emitida por el CDVIR de Cochabamba



Conforme la Imagen N.º 4, se logra evidenciar que en un CDVIR –Cochabamba– la Libreta de Salud únicamente contemplaría las variables de: a) Fotografía, b) C.I. o Pasaporte, c) Código, d) Fecha de nacimiento y e) firma de la interesada. Es llamativo el uso del sello **SANA**, para indicar que no estaría con alguna ITS o el VIH.

En los restantes ocho CDVIR, la Libreta de Salud contemplaría las siguientes variables: a) Código, b) Fecha de nacimiento, c) N.º de Carnet de Identidad, d) Exp. en, e) N.º de pasaporte, f) Exp. en, g) N.º ficha social, y h) Firma del interesado, conforme el siguiente detalle:

Imagen N.º 9
Libreta de Salud emitida por el CDVIR de Oruro



Imagen N.º 10
Libreta de Salud emitida por el CDVIR de Santa Cruz

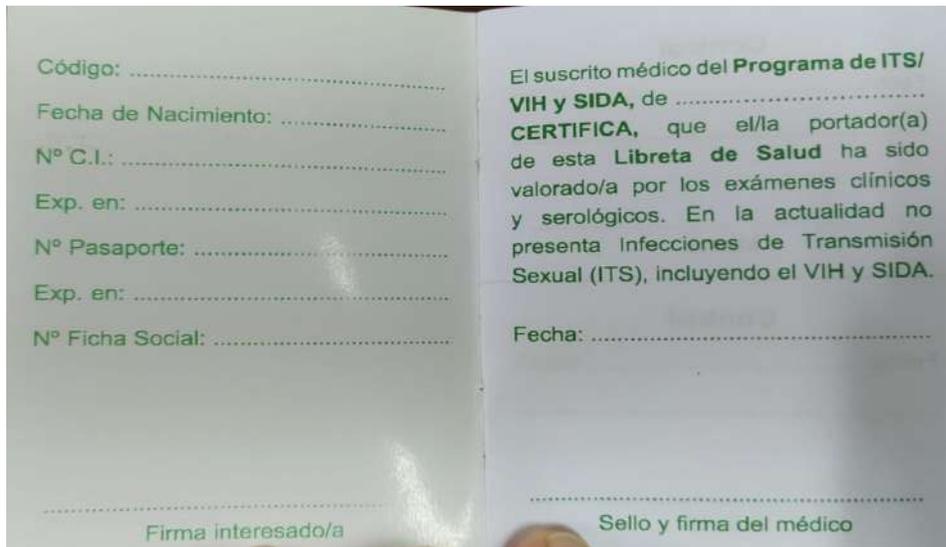


Imagen N.° 11 Libreta de Salud emitida por el CDVIR de Chuquisaca

N° Historia Clínica _____
Código _____
Fecha de Nacimiento _____
N° Carnet Identidad _____
Exp. en _____
N° Pasaporte _____
Exp. en _____
N° Ficha Social _____
Firma Interesado/a _____

El suscrito médico del Programa Departamental de ITS/VIH/SIDA Y HV Chuquisaca CERTIFICA que el/la portador/a de esta libreta de salud a sido examinado/a por los exámenes clínica y serológicamente, y en la actualidad no presenta infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA).

Fecha: _____

Sello y Firma del Médico _____

Como se evidenció en las imágenes *ut supra*, existiría una uniformidad del tipo de variables de información que se consignan en cada una de las Libretas de Salud –con la excepción del departamento de Cochabamba–, lo cual no implica que sea excesiva la información que se pretende consignar en dicho documento.

Ahora bien, se evidencia una total discrecionalidad al momento de llenar dichas variables, en las cuales se usan códigos numéricos, alfanuméricos, iniciales del nombre completo o seudónimos. Es preocupante que se consigne el nombre completo de la persona trabajadora sexual, su fotografía y el lugar de su trabajo.

3.5. La entrega de la Libreta de Salud

La Institución Defensorial solicitó a los nueve GADs, información respecto a si se suspendió –durante los meses de marzo de 2020 a marzo de 2021– el servicio de entrega de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales –en casos de nuevas solicitudes–. Se registró la siguiente información:

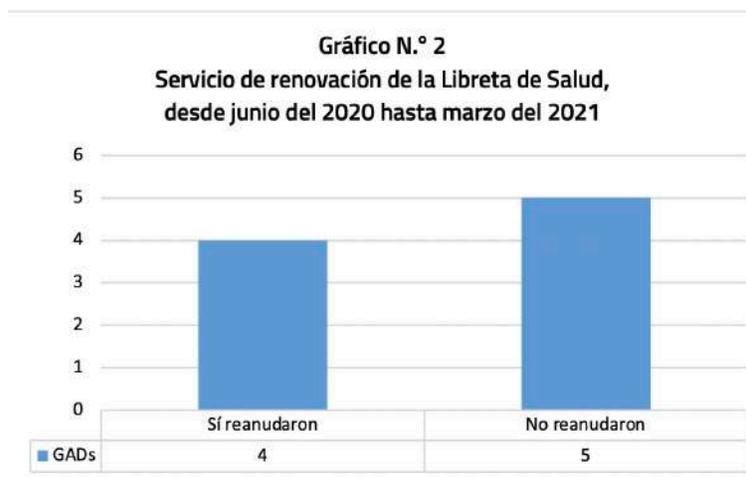
Cuadro N.º 6			
Entrega de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales, desde marzo del 2020 hasta marzo del 2021			
Departamento	Inicio de suspensión	Reanudación del servicio	Cantidad de meses que se suspendió el servicio
Beni	3/2020	No se reanudó	
Chuquisaca	3/2020	01/06/2020	2 meses
Cochabamba	3/2020	04/12/2020	8 meses
La Paz	3/2020	28/18/2020	9 meses
Oruro	3/2020	24/02/2021	11 meses
Pando	3/2020	06/2020	6 meses
Potosí	3/2020	23/08/2021	1 año y cinco meses
Santa Cruz	4/2020	No se reanudó	
Tarija	3/2020	No se reanudó	

Fuente: Elaboración propia

Conforme la información del Cuadro N.º 6, se evidencia que en seis GADs – Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro, Pando y Potosí– la entrega de Libretas de Salud en razón de nuevas solicitudes se habría suspendido por un lapso que va entre los dos meses y un año y cinco meses. Es llamativo que en tres GADs –Beni, Santa Cruz y Tarija– no se habría reanudado este servicio.

3.6. Renovación de la Libreta de Salud

Respecto al servicio de renovación de la Libreta de Salud de las personas trabajadoras sexuales, los nueve GADs informaron que:



Fuente: Elaboración propia

Si bien, todos los GADs desde la declaratoria de la cuarentena rígida –marzo de 2020– suspendieron el servicio de renovación de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales, conforme la información del Gráfico N.º 2 se evidencia que cuatro GADs –Beni, Potosí, Santa Cruz y Tarija– habrían reanudado dicho servicio en junio del 2020, y que cinco GADs –Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro y Pando– no lo habrían reanudado hasta marzo de 2021.

Una vez que se completa la Libreta de Salud –con la información de los controles ginecológicos– su renovación no tiene ningún costo, se llegó a evidenciar prima facie de las entrevistas con las personas trabajadoras sexuales la existencia de cobros para la renovación de la Libreta de Salud, cuando ésta es “extraviada”; en ese sentido, se solicitó a los nueve GADs información respecto a cobros con relación a la renovación de la Libreta de Salud.

Cinco de nueve GADs indicaron que realizarían este tipo de cobro, en el caso del GAD de Potosí, éste realizaría un cobro de Bs 20 sin importar si es por primera vez o por reposición –conforme Cuadro N.º 5–. Es llamativo que en cuatro GADs –Chuquisaca, Pando, La Paz y Oruro– se tendría establecido el cobro en caso de pérdida o reposición de dicho documento.

GAD de Chuquisaca señaló que “la emisión del carnet sanitario por primera vez no tiene costo alguno. Sin embargo, en común acuerdo con las Trabajadoras sexuales, para el cuidado del carnet sanitario, por extravío existe un monto a cancelar de 15 Bs por la primera pérdida, 20 Bs por la segunda pérdida y 30 Bs por la tercera pérdida” (Nota de 19 de marzo de 2021).

GAD de La Paz señaló que: “si bien es gratuito en el CDVIR de La Paz, en el CRVIR de El Alto se cobraría 15 Bs el cual sería recaudado por el GAMEA” (Nota de 30 de marzo de 2021). Sin embargo, cabe indicar que la Defensoría del Pueblo tomó conocimiento que el GAD de La Paz tendría establecido diferentes montos por el tema de extravío, los cuales irían desde los 15 Bs por la primera pérdida, 30 Bs por la segunda y tercera pérdida, 50 Bs por la cuarta pérdida y la suspensión temporal como última medida.

GAD de Oruro señaló que, en caso de renovación por pérdida, se realizaría el cobro de 20 Bs (Consulta telefónica al CDVIR de Oruro de 31 de agosto de 2021).

GAD de Pando señaló que las personas que se dedican al trabajo sexual “en cuanto al costo no pagan nada, pero en casos de extravío pagan 20 Bs por reposición” (Nota de 05 de julio de 2021).

Así también, llamó la atención la información del GAD de Potosí, que consigna datos elevados –al igual que en el Cuadro N.º 2– con una inusitada renovación de las Libretas de Salud, conforme el siguiente detalle:

Cuadro N.º 7										
Registro de personas que renovaron la Libreta de Salud en el GAD de Potosí										
Mes	Gestión								Total	
	2018		2019		2020		2021			
	Renovación	Nuevo	Renovación	Nuevo	Renovación	Nuevo	Renovación	Nuevo	Renovación	Nuevo
Enero	562	28	496	0	342	16	0	0	1.400	44
Febrero	559	37	510	0	255	15	0	0	1.324	52
Marzo	675	44	573	0	243	22	0	3	1.491	69
Abril	710	49	612	38	0	0	0	12	1.322	99
Mayo	462	30	235	29	0	0	41	5	738	64
Junio	775	43	525	30	0	0	14	14	1.314	87
Julio	714	46	552	41	0	14	0	0	1.266	101
Agosto	705	45	480	40	0	16	0	0	1.185	101
Septiembre	599	29	399	37	0	0	0	0	998	66
Octubre	578	43	262	7	0	0	0	0	840	50
Noviembre	508	47	227	19	0	0	0	0	735	66
Diciembre	701	75	381	30	0	0	0	0	1.082	105
Total	7.548	516	5.252	271	840	83	55	34	13.695	904

Fuente: Elaboración propia

Conforme la información del Cuadro N.º 7, se puede evidenciar que del registro de 14.599 personas que solicitaron la Libreta de Salud al GAD de Potosí, durante la gestión 2018 a junio de 2021, el 93.8% (13.695) serían por renovación y únicamente el 6.2% (904) serían registros nuevos.

3.7. Periodicidad de los controles ginecológicos

En el marco del D.S. N.º 451, las personas trabajadoras sexuales deben presentarse periódicamente al centro de salud autorizado a efecto de someterse al examen médico, el cual consistiría en el control ginecológico, examen médico laboratorial y aquellos relacionados con las ITS y el VIH –los cuales se los realiza en los CDVIR y CRVIR–. A partir de este control, se realiza un sellado periódico en la Libreta de Salud, el cual “permitiría” a las personas que se dedican al trabajo sexual a ejercer dicha actividad.

Teniendo como antecedente la Circular ITS/VIH/SIDA/30/08/06 del Ministerio de Salud y Deportes, que establece diferentes plazos para el control ginecológico –cada dos semanas de acuerdo con la capacidad y demanda de cada región–, el examen completo laboratorial –cada tres meses– y el examen para las ITS y el VIH –cada seis meses–, en la presente investigación se realizó entrevistas a los responsables de los CDVIR, a fin de conocer la periodicidad que se tiene establecida, para que la persona trabajadora sexual realice su control de salud –en particular con el control ginecológico–. Los resultados son los siguientes:

Cuadro N.º 8		
Periodicidad para realizar el control ginecológico		
Departamento	Periodo	Observación
Beni	Cada 15 días	
Chuquisaca	Cada 15 días	
Cochabamba	Cada mes	El examen de laboratorio de ITS se realiza cada tres meses.
La Paz	Cada mes	Medida que se adoptó por la COVID-19, pues antes los controles eran cada 15 días.
Oruro	Cada 15 días	
Pando	Cada semana	
Potosí	Cada 15 días	
Santa Cruz	Cada mes	Se realiza un examen completo cada seis meses.
Tarija	Cada 15 días	

Fuente: Elaboración propia

Conforme la información del Cuadro N.º 8, se evidencia una relativa discrecionalidad al momento de establecer los plazos para que la persona trabajadora sexual realice su control ginecológico, en el caso de los CDVIR de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, éstos realizarían los controles cada mes, medida que estaría en contra de los plazos mínimos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes.

En cinco CDVIR –Beni, Chuquisaca, Oruro, Potosí y Tarija– el control ginecológico se realizaría cada 15 días –que estaría dentro del margen establecido por el Ministerio de Salud y Deportes– y en el caso del CDVIR de Pando este control se lo realizaría cada semana.

Con relación a este acápite, fueron llamativas las respuestas de los CDVIR del Beni y Tarija, que indicaron:

Beni: Hay un cronograma de conocimiento de los dueños [de locales] y de las trabajadoras sexuales (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

Tarija: Conforme a un Plan Piloto, las señoras realizan sus atenciones en los Centros de Salud de su preferencia, por sus domicilios o los locales donde trabajan, como toda consulta médica es gratuita en esos centros, ahí es donde se hacen atender para realizarse pruebas de sífilis, VIH, u otras, esto a través del SUS, y ahí les sellan su libreta de que no están contagiadas. Una vez llenada la libreta, vienen al CDVIR, para que les franqueemos otra, ya que la libreta sólo es válida 4 meses [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

3.8. Operativos de control de la Libreta de Salud

La Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 establece: “la Policía Boliviana en coordinación con los Sedes en el marco de sus competencias y atribuciones ejerzan el control de las Libretas de Salud a las personas trabajadoras sexuales”.

En ese sentido, la Defensoría del Pueblo consultó a los responsables de los CDVIR, si esta institución participaba en los operativos de control de la Libreta de Salud, que realiza la Policía Boliviana o las Guardias Municipales, quienes reportaron lo siguiente:

Cuadro N.º 9			
CDVIR que participan en los operativos de control de la Policía Boliviana o de las Guardias Municipales			
Departamento	Participa	No Participa	Observación
Beni		1	
Chuquisaca		1	
Cochabamba		1	
La Paz		1	
Oruro	1		Realizaba esta actividad antes de la COVID-19
Pando	1		
Potosí		1	
Santa Cruz	1		Realizaba esta actividad antes de la COVID-19
Tarija		1	Existe un convenio interinstitucional
Total	3	6	

Fuente: Elaboración propia

Conforme la información del Cuadro N.º 9, se evidencia que sólo tres CDVIR –Oruro, Santa Cruz y Pando– participarían en los controles que realiza la Policía Boliviana o las Guardias Municipales. En el caso de las dos primeras, las mismas habrían sido suspendidas por el tema de la COVID-19, en el caso del CDVIR de Pando, éste informó que:

Participamos, el último que se realizó fue hace unas dos semanas; sin embargo, hasta el momento no se cuenta con un cronograma establecido para realizar operativos en lenocinios. Este año se realizaron unos tres. El año 2019, ninguno. Debemos reunirnos con esas instituciones [Policía y Guardia Municipal] para establecer además un cronograma, ciertas políticas interinstitucionales de control hacia los dueños de locales, para que sus dependientes trabajadoras sexuales cuenten con el carnet sanitario [sic] (Entrevista del 07 de septiembre de 2021).

Cabe indicar que fueron llamativas las respuestas que brindaron cinco CDVIR con relación a los operativos de control de la Libreta de Salud, conforme el siguiente detalle:

CDVIR de Cochabamba: **Alguna vez sí se participó con la Policía y la Intendencia Municipal, pero en las mismas se vio el exceso, abuso que estos servidores públicos cometían con las trabajadoras sexuales en los lenocinios**, por lo que, ahora sólo el CDVIR realiza los operativos de control de carnet sanitario [sic] (el resaltado es nuestro) (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

CDVIR de La Paz: Desde el año 2015, la institución del CDVIR no participa de los operativos de control de exigencia de Carnet Sanitarios de las trabajadoras sexuales, programados por la Policía Boliviana y los Guardias Municipales del GAM de La Paz, la razón [sería] por disposiciones de sus autoridades superiores [sic] (Entrevista de 03 de septiembre de 2021).

CDVIR de Oruro: Actualmente no realiza controles, pues esta actividad no está autorizada; antes se coordinaba con la Unidad de Salud Ambiental del Sedes, no siendo frecuente dicha coordinación, ni con la Policía ni con Defensa al Consumidor (Entrevista de 03 de septiembre de 2021).

CDVIR Potosí: No participa, porque no nos convocan, pese a que existe un acuerdo, pero no se cumple [sic] (Entrevista de 08 de septiembre de 2021).

Con relación a este acápite, es preocupante para la Institución Defensorial la información reportada por el CDVIR de Tarija, que indicó que “existe un convenio Interinstitucional realizado hace 4 años, por medio del cual, se quedó que los controles del carnet sanitario en locales los realizará la Guardia Municipal” [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

En ese sentido, se realizó el análisis del Acta de compromiso de 3 de septiembre de 2018, firmado entre el Programa ITS/Sida y Hepatitis Virales Tarija, los dueños y administradores de los lenocinios registrados en el municipio de Tarija, representantes de las trabajadoras sexuales y la Guardia Municipal, evidenciándose que el objetivo principal del mismo era “coordinar y optimizar las actividades de atención y control sanitario que brinda el Programa ITS/VIH/Sida-HV a través de los Centros de Salud designados a las Trabajadoras Sexuales, de acuerdo al proceso de descentralización para que éste se dé en un marco de respeto y tolerancia mutua”.

Si bien, en dicho Acuerdo se establecen diferentes compromisos para efectivizar la descentralización del control médico de las personas trabajadoras sexuales, resulta llamativo que “por razones logísticas el programa se vea imposibilitado a ejercer el control de las Libretas de Salud”, por lo que delega esta función a la Guardia Municipal de la Provincia Cercado, que debe “realizar periódicamente el control y supervisión delegada por el programa, de las libretas de salud que deben portar las trabajadoras sexuales en los centros nocturnos” [sic] (Acta de Compromiso, de 03 de septiembre de 2018).

3.9. Documentos que se exigen en los operativos de control

Si bien la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 establece que la Policía Boliviana en coordinación con los Sedes, en el marco de sus competencias y atribuciones, ejerzan el control de las Libretas de Salud, en la presente investigación se realizó la consulta a las personas trabajadoras sexuales en los nueve departamentos para conocer los documentos que se les exigiría en dichos controles. Se obtuvieron los siguientes resultados:



Fuente: Elaboración propia

Se evidenció que indistintamente sea el operativo de control de la Policía Boliviana, de la Guardia Municipal o en forma conjunta, a las personas trabajadoras sexuales en ocho departamentos se les exigiría la Cédula de Identidad y la Libreta de Salud, siendo el departamento de Pando, el único donde no se procedería de esta manera, conforme el siguiente detalle:

Hace algunos años atrás, tanto la Policía como los guardias municipales nos pedían el carnet de identidad y el carnet sanitario; sin embargo, a partir del empoderamiento de las compañeras sobre las atribuciones de cada institución en las batidas, actualmente sólo el Sedes Pando, a través del Programa, nos piden el carnet de sanidad. **La policía nos pide el carnet de identidad para corroborar la edad de las compañeras** [sic] (el resaltado es nuestro) (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

En tres departamentos –Beni, Chuquisaca y Tarija– se exigiría la licencia de funcionamiento –cuando se realizan operativos en locales–. Son llamativos dos hechos que ocurren en los departamentos de Cochabamba y Tarija. En el primero se exige el carnet de vacuna contra la COVID-19 tanto a la persona trabajadora sexual como a las personas que solicitan este servicio, y en el segundo, existiría un Convenio Interinstitucional para que el control de la Libreta de Salud lo realice la Guardia Municipal.

Tarija: La policía controla el carnet de identidad, la Defensoría de la Niñez si hay menores de edad, pidiendo el carnet de identidad. La Guardia Municipal controla la licencia de permiso del local y desde hace 4 años, el carnet sanitario, conforme un convenio interinstitucional firmado [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

Cochabamba: Se nos exige todos los documentos como el carnet de sanidad, cédula de identidad y carnet de vacunas. En el local la Curva del Avión, están exigiendo el carnet de vacunas a las trabajadoras sexuales y también a los clientes [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

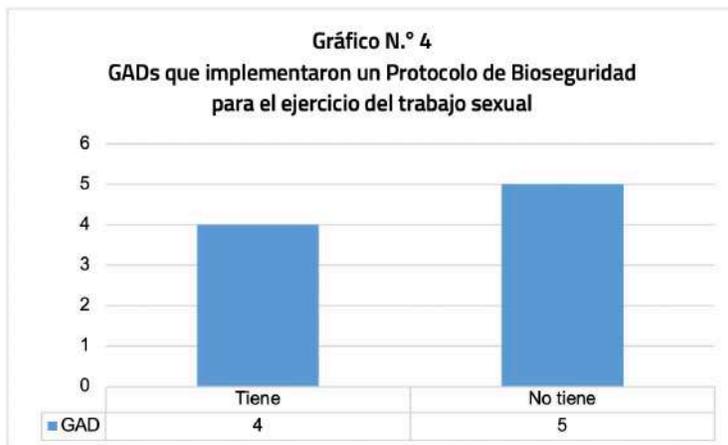
Cabe indicar que, en el marco de los operativos que realiza la Policía Boliviana en los lugares donde se ejerce el trabajo sexual, se procedería a realizar el arresto a las personas trabajadoras sexuales en caso de no contar con alguno de los dos documentos, es decir, la Libreta de Salud y la Cédula de Identidad.

La no portación del primer documento justificaría el arresto correspondiente, a razón de estar atentando contra la salud pública, y en el caso del segundo documento, por considerarse vinculado a una situación relacionada con la trata de personas o proxenetismo.

3.10. Protocolos de bioseguridad

La Institución Defensorial realizó reuniones con organizaciones de trabajadoras sexuales del departamento de La Paz –durante el primer trimestre de la gestión 2021–, quienes informaron de la existencia de un protocolo y de la “Guía práctica para la implementación de normas de Bioseguridad y Procedimientos de desinfección y limpieza para trabajadoras (es) sexuales en la emergencia sanitaria (COVID-19) en el departamento de La Paz” (Guía de Bioseguridad), elaborados por el GAD de dicho departamento, para permitir el ejercicio de dicha actividad económica, tomando en cuenta las restricciones y medidas de prevención no farmacológicas de la COVID-19.

La Defensoría del Pueblo socializó dicho protocolo y Guía de bioseguridad en todos los departamentos a nivel nacional, a fin de que pueda ser utilizado de línea base para la implementación de medidas de prevención y, por ende, la autorización y control del trabajo sexual. De dicha socialización se obtuvieron los siguientes resultados:



Fuente: Elaboración propia

Conforme el Gráfico N.º 4, de la socialización del Protocolo, de la “Guía de bioseguridad”, y de la incidencia de la Defensoría del Pueblo en todos los GADs a nivel nacional, se reportó que cuatro GADs –Beni, Cochabamba, La Paz y Tarija– habrían adoptado un protocolo para que las personas trabajadoras sexuales vuelvan a realizar dicha actividad económica, adoptando medidas de prevención por la COVID-19.

Pese a la incidencia que realizó la Institución Defensorial en cinco GADs –Chuquisaca, Oruro, Pando, Potosí y Santa Cruz–, no se logró que se adopte o que exista el compromiso para la elaboración de un protocolo de bioseguridad, que autorice la reapertura de los ambientes donde se desarrolla el trabajo sexual.

Con relación a los cuatro GADs –Beni, Cochabamba, La Paz y Tarija–, que reportaron contar con un protocolo de bioseguridad, se constató que:

GAD del Beni: Informó que cuenta con el “Protocolo de Bioseguridad de atención en consulta externa a trabajador/a sexual comercial TSC frente al coronavirus COVID-19 en el Programa ITS/VID/SICA-HV” del 07 de abril de 2021; sin embargo, del análisis de dicho documento, se evidenció que contiene recomendaciones y procedimientos genéricos, para la detección y prevención de la COVID-19, no es un documento específico que establezca medidas de bioseguridad para el ejercicio del trabajo sexual.

GAD de Cochabamba: Cuenta con los “Protocolos de Bioseguridad para el ejercicio del Trabajo Sexual en los locales nocturnos de la ciudad de Cochabamba orientada a la Vigilancia, Prevención y Control de la COVID-19, causante del Coronavirus Gestión 2020”. De la revisión a dicho documento, se constató la adopción de diferentes medidas para la prevención de la COVID-19, entre las que destacan: la conformación de comisiones o comités de bioseguridad en cada local nocturno, la dotación de insumos y material de bioseguridad, dotación de insumos para prevenir las ITS y el VIH/Sida, asistencia regular al CDVIR, planillas de reporte de casos sospechosos y protocolos en el ejercicio del acto sexual o “pieza” con una infografía denominada “Coronasutra”.

GAD de La Paz: Cuenta con el “Protocolo de Bioseguridad en atención médica en consulta externa a trabajador/a sexual comercial “TSC” en emergencia sanitaria por SARS COV 2 Pandemia por COVID-19”, y en particular con la “Guía práctica para la implementación de normas de Bioseguridad y Procedimientos desinfección y limpieza para trabajadoras (es) sexuales en la emergencia sanitaria (COVID-19) en el departamento de La Paz”, por los cuales se avala el retorno del trabajo sexual, bajo la coyuntura de la emergencia de la COVID-19.

GAD de Tarija: A través de su “Protocolo para la implementación de Bioseguridad y Procedimientos de Higiene para Trabajadoras y Trabajadores sexuales por emergencia sanitaria COVID-19”, realiza la orientación y capacitación para evitar el

riesgo de contagio en el área y/o lugar de trabajo. Si bien establece un procedimiento de bioseguridad, en la cual se contempla la señalética, la toma de temperatura, el pediluvio, el punto de desinfección, el kit de limpieza y desinfección personal, entre otras, resalta del citado protocolo la justificación económica social, por la cual el Sedes implementa este instrumento de prevención, conforme el siguiente detalle:

De acuerdo con lo previsto en este documento las y los trabajadores sexuales son un pilar fundamental para la economía de cada una de sus familias, puesto que este sector crea empleos directos e indirectos con varios sectores de la población en general y así poder mantener por lo menos una calidad de vida regular ya que se tiene establecido que un 90 por ciento de las y los trabajadores sexuales son la base fundamental de la familia. Empero de ello, podemos manifestar que este sector tiene distintos gastos como ser alquileres, estudios, ya sean personales como también de sus propios hijos e incluso son responsables de personas adultas mayores, que no pueden generar recursos propios, así como también muchas personas tienen incluso a su cargo personas con enfermedades de base y las convierten automáticamente en responsables directos de estas personas, a eso incluimos la canasta familiar y los gastos básicos que es una prioridad para cada una de las personas, ya que la mayoría son madres solteras, divorciadas y abandonadas [sic] (Protocolo de Bioseguridad del SEDES de Tarija).

4. Violencia Institucional en los operativos de control

Si bien en la presente investigación no se planificó como objeto de análisis las situaciones de violencia que se encuentran intrínsecamente relacionadas con el trabajo sexual, de las entrevistas realizadas a personas trabajadoras sexuales en los nueve departamentos respecto al proceder de la Policía Boliviana y de las Guardias Municipales en los operativos de control de la Libreta de Salud, se llegó a evidenciar prima facie hechos relacionados con violencia institucional.

Estos hechos de violencia se suscitarían durante los operativos de control –tanto por la Policía Boliviana como por las Guardias Municipales–; en este sentido, en todos los departamentos informaron que se cometen diferentes actos de violencia. Son llamativos aquellos reportes que se dieron en ocho departamentos, conforme el siguiente detalle:

Chuquisaca: En los últimos operativos, los funcionarios municipales procedieron a tomar fotografías, con el argumento de que requieren las mismas para sus informes de descargo, pero utilizan las imágenes para circularlas entre ellos [sic] (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Cochabamba: En estos tiempos, he visto que hay sobornos de parte de la Policía a aquellas compañeras que son nuevas que ejercen el trabajo sexual sin carnet de sanidad, pero las que sabemos, las que somos antiguas a nosotras no nos molestan [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

Hubo casos que Warmi atendió la extorsión por parte de los servidores públicos policiales de una de nuestras compañeras que trabajaba en su departamento alquilado, quienes retuvieron su carnet de sanidad [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

La Paz: Hoy por hoy, ya no se reciben ningún tipo de agresiones físicas (...) en ocasiones reciben agresiones verbales y discriminatorias. Manifiesta que sufren constantemente extorsiones, las cuales en varias oportunidades denunciaron, pero indica que pocas de estas denuncias por extorsión llegaron hasta la DIDIPI –Dirección Departamental de Investigación Interna dependiente de la Policía Boliviana– para sancionar al funcionario policial [sic] (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Oruro: Las policías femeninas les empujonean, les insultan (cochinas, basuras, les pegan, les meten mano). Antes de la pandemia con otro Defensor al Consumidor del Municipio les intimidaban sacándoles fotos y les decían “no les da vergüenza trabajar” [sic] (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Pando: Generalmente durante las batidas, quienes ejercen mayores maltratos son las mujeres policías, se portan de manera prepotente, sin respeto hacia nosotras, nos tratan como si estuviéramos cometiendo algún delito. En el caso de los hombres policías y guardias municipales, durante la batida algunos piden información sobre el costo del servicio y nuestros números celulares [sic] (Entrevista del 07 de septiembre de 2021).

Potosí: Indicaron que la Policía en los controles del cartón sanitario, no llevarían puesto sus gafetes, y que las policías femeninas serían más agresivas (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Santa Cruz: Hay arrestos por ocho horas, extorsiones y pagos “para no volver a cobrarnos” o para dejarnos trabajar [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

Tarija: Vulneran los derechos por que la policía femenina antes entraban a los locales violando los derechos de las compañeras, las violentan porque no brindan su carnet o tenía su carnet en fotocopia y se las llevan a las celdas, aunque sepan que es mayor de edad, o no tienen el carnet de salud en ese momento igual se las llevan a las celdas policiales.

Las mujeres policías entran a los cuartos, no respetan su privacidad de las personas trabajadoras (...) además ingresan en los operativos civiles sin autorización, como los presidentes de barrio, los cuales no deberían entrar, llevan a la prensa y les filman [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

Así también, se consultó a las personas trabajadoras sexuales sobre un hecho en concreto que se daría en los operativos de control de la Policía Boliviana y las Guardias Municipales, el realizar “pieza” como forma de pago para dejarlas continuar

con su actividad económica. En ese sentido, es preocupante para la Institución Defensorial que en cinco departamentos se reportó este tipo de proceder, conforme el siguiente detalle:

Chuquisaca: Personalmente recibí la denuncia de una compañera, que señaló que un funcionario del GAMS le pidió hacer pieza para no clausurar el cuarto en el que trabajaba (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Cochabamba: Sé por medio de comentarios que hay un lenocinio llamado "L.M." cerca de la UMSS, que son las chicas quienes hacen pieza después de los verificativos de control de la Intendencia y la Policía. Son los policías de civiles que días después del verificativo, van al lenocinio a cobrar con la pieza (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

La Paz: Lamentablemente, los policías aprovechan la vulnerabilidad de las trabajadoras sexuales y en el momento del operativo les piden como gratificación y forma de pago que se les dé pieza (...) para no clausurar el lugar o no arrestarlas (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Tarija: No se pide a las trabajadoras, eso no puedo decir, pero a los dueños les piden como multa, sé que le piden al dueño de local en caso de que alguna compañera no tenga el carnet de salud. La policía se aprovecha y pide una cita gratuita al dueño, él le ofrece una chica o un consumo, ellos aceptan tanto como policías varones y la guardia municipal. Cuando no están legalmente, los dueños les ofrecen gratuitamente a las señoritas como objeto [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

Pando: Esa situación se da principalmente con las compañeras extranjeras que no cuentan con documentación legal (migratorio y/o sanitario), los funcionarios de la guardia municipal tienen bastante contacto con los propietarios de lenocinios y serían quienes pasan información sobre la programación de batidas, a cambio de ello les devuelven el favor con dinero, favores sexuales de sus trabajadoras, pero no en el mismo local, sino las llevan a otros lugares [sic] (Entrevista del 07 de septiembre de 2021).

Con relación a este acápite, resalta la información que brinda la persona trabajadora sexual del departamento del Beni, quien indicó:

Después de la reunión que tuvimos con el nuevo intendente con ayuda de la Defensoría del Pueblo [Beni] ya no hubo abusos. Antes les abrían las puertas, entraban por las bardas, les pedían dinero, número telefónico y hasta hacían pieza gratis [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

Por último, se consultó a las personas trabajadoras sexuales, sobre la percepción que tienen con relación al incremento de personas que se dedican a esta actividad económica, como efecto de la crisis económico social producto de la COVID-19. Fueron llamativas las respuestas de cinco departamentos, conforme el siguiente detalle:

Chuquisaca: Considero que bastante, podría decirse que hasta tres veces más, hay más casas de citas clandestinas, trabajadoras independientes, chicas por internet, las compañeras ya no saben dónde ir a trabajar [sic] (Entrevista del 07 de septiembre de 2021).

Cochabamba: Sí, se ha duplicado, personas que no ejercían este rubro ingresaron al trabajo sexual, producto de la pandemia de la COVID-19. Penosamente son más señoritas las que están ingresando y lo publicitan en redes sociales. Nosotras antes de la pandemia éramos unas 45 en las calles, ahora somos más de 100 personas (Entrevista del 06 de septiembre de 2021).

La Paz: La ciudadana manifestó que se incrementó el número de trabajadoras sexuales, expresando que muchas mujeres que se dedicaban al comercio u otros rubros fueron afectadas por la pandemia de la COVID-19 y optaron por el trabajo sexual [sic] (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Pando: Hay un incremento de compañeras nuevas trabajadoras sexuales, que, si bien no se encuentran afiliadas, pero son los mismos clientes quienes nos hacen conocer que hay bastantes trabajadoras sexuales jóvenes que provienen de Riberalta y serían ellas mismas quienes traen a Pando a más trabajadoras sexuales. La mayoría de ellas, al llegar a Cobija, inician trabajando en locales, pero ante los malos tratos que reciben de los propietarios, deciden trabajar de manera independiente [sic] (Entrevista de 07 de septiembre de 2021).

Tarija: Sí hay [incremento], ahora todas quieren ser trabajadoras, antes las trabajadoras sexuales sí eran mayores de edad, iban al Sedes por su control, por su carnet y podíamos trabajar en los locales, porque si no el dueño del local no nos recibía. Ahora, en los locales ejercen porque no hay control, ejercen el trabajo ilegalmente, trabajo clandestino, no tenemos como pedir control, no hay control por la crisis económica. Las señoritas del campo vienen a la ciudad, de Entre Ríos, de Caraparí, Chaguaya, Coimata, Victoria, ellas antes eran trabajadoras del hogar, pero por la crisis, sin controles, ponen sus anuncios en las redes sociales y trabajan [sic] (Entrevista de 06 de septiembre de 2021).

4



DEFENSORÍA DEL PUEBLO
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

CUARTA PARTE
**ANÁLISIS,
CONCLUSIONES Y
DETERMINACIONES**



ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y DETERMINACIONES

1. Análisis

Independientemente de la condición legal del trabajo sexual, siempre debe aplicarse un enfoque basado en los derechos humanos (ONUSIDA, 2009)

“En la regulación biopolítica–moral, simbólica y sanitaria del mercado sexual desde el siglo XIX, sólo el cuerpo de la (trabajadora sexual) fue construido como una amenaza a través de acusaciones de inmoralidad y de mecanismos de patologización y estigmatización”, (Morcillo, 2015) dejando de lado e inobservando la participación de los hombres que pagan por sexo.

Si bien, los Estados a nivel mundial adoptaron diferentes políticas para contrarrestar los efectos delictivos emergentes y vinculados con el trabajo sexual, en una gran mayoría aún subsiste una perspectiva donde resuena una mirada “higienista”, que dificulta las posibilidades de comprender con amplio espectro los problemas relacionados con el trabajo sexual, así como de los actores que participan en ella.

El trabajo sexual es una práctica que se debe entender “lejos de los prejuicios moralistas, como una consecuencia de las precarias condiciones que existen en la sociedad para el desarrollo digno de una gran parte de la población, en particular de las mujeres, que se ven obligadas a desenvolverse dentro de un sistema con fuertes desigualdades sociales y económicas” (Di Escheverry y Moroy, 2002).

El estigma que se encuentra fuertemente asociado con el trabajo sexual, “repercute directamente en quienes lo ejercen, por lo que la prevención, tratamiento, atención y apoyo a las ITS y el VIH, debe partir de un reconocimiento y erradicación de la violencia, abuso y discriminación posibilitando el acceso a todo tipo de información” (Tirado, 2014), primordialmente aquella relacionada con la salud e integridad de las personas trabajadoras sexuales.

Sentirse estigmatizada por realizar el oficio de trabajadora sexual implica para las mujeres que lo ejercen verse en condiciones diferentes a las demás personas, lo cual podría ser un factor que dificulta la consulta a los servicios de salud por motivos distintos a los de obtener un certificado de salud que les permita desempeñarse en el oficio (Amaya et al, 2005).

La estigmatización y los estereotipos de género vinculados al trabajo sexual fomentan los actos de violencia contra la mujer, que se agrava cuando:

Se reflejan, implícita o explícitamente, en políticas y prácticas, particularmente en el razonamiento y el lenguaje de las autoridades estatales. En efecto, si bien la utilización de cualquier clase de estereotipos es común, éstos se vuelven nocivos cuando suponen un obstáculo para que las personas puedan desarrollar sus competencias personales, o cuando se traducen en una violación o violaciones de los derechos humanos (Corte IDH, 2021).

Las políticas adoptadas por gran parte de los Estados “lejos de atender los problemas que emergen precisamente de la situación de vulnerabilidad de muchas de las personas trabajadoras sexuales, se encuentran inmersas en la lógica punitivista, desde las cuales muy difícilmente se puede encontrar soluciones a sus necesidades y a sus problemas más emergentes” (Tarantino, 2021).

El trabajo sexual, por las actividades propias de su ejercicio, expone a quienes lo practican a muchas condiciones de riesgo, como “la trasmisión del VIH/Sida, al consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, y la exposición a la violencia en todas sus formas de expresión (física, sexual, psicológica y económica)” (Pinedo, 2008); sin embargo, esta prevalencia de factores de riesgo no puede ser subsumida o comprendida como elemento intrínseco del trabajo sexual.

En el mundo, en particular en los países en desarrollo, aún la prevalencia de las ITS y del VIH continúa siendo un problema no resuelto por los Estados; no puede atribuirse y aseverarse que el trabajo sexual sea la principal causa para su prevalencia, “aunque no se debe dejar de lado programas de prevención y atención a este sector altamente vulnerable, que por una parte se expone a la transmisión de ITS y VIH y, por otra, es foco de especulaciones que refuerzan los prejuicios y el señalamiento” (Tirado, 2014).

Los patrones de prevalencia en relación a las ITS y el VIH se encuentran relacionados con: “el acceso limitado a preservativos, escasa información sobre las enfermedades, pobreza y poco respeto a los derechos civiles” (Overs & Longo, 1997); no existe una relación exclusiva entre el aumento de los casos de contagio de ITS y VIH y el trabajo sexual, pues hay otros factores que acrecentarían el riesgo de contagio.

Si bien “la prevalencia y proliferación de las ITS y el VIH debe ser analizada en relación a las condiciones ambientales de cada sociedad, estudios demuestran que el trabajo sexual no es relevante con la expansión de los mismos” (Pedraza, 2008); hay la probabilidad –dependiendo de cada sociedad– de que “la incidencia por el VIH entre las trabajadoras sexuales sea igual que el de las mujeres que se dedican a otras actividades” (Amaya et al, 2005).

Los Estados, por lo general, sobreestiman el riesgo real de la infección por las ITS y el VIH, ya que las investigaciones desarrolladas a partir de las personas dedicadas al trabajo sexual “generalmente se elaboran con base al análisis de la información de personas de recursos económicos escasos, dejando de lado un sector de la población amplio que no se toma en cuenta” (Zúñiga y Tepichin, 2000), además de “ser socialmente más aceptable, concebir a las personas trabajadoras sexuales como un foco de transmisión de ITS y VIH, que admitir que existen otras dinámicas y prácticas sociales de transmisión” (Tirado, 2014).

De las diversas investigaciones desarrolladas a partir del estudio de las personas trabajadoras sexuales, se determina la existencia de rasgos comunes como ser: “la renta per cápita baja, menor expectativa de vida y niveles de educación, migración, pobreza, desempleo, políticas inestables, etc.; sin embargo, y pese a tener muchas características comunes, las trabajadoras sexuales presentan particularidades, lo que indica una importante heterogeneidad de esta población” (Bevilacqua. y Camacho, 2020).

La estigmatización y el errado relacionamiento entre la prevalencia de las ITS y el VIH con el trabajo sexual generó que autoridades y parte de la sociedad consideren “normal privar a las personas trabajadoras sexuales de determinados derechos” (Tirado, 2014) o en el caso boliviano, establecer requisitos “necesarios” para desarrollar dicha actividad, so pretexto de resguardar la salud pública. Con esto se legitiman estrategias preventivas relacionadas con el “modelo epidemiológico conductual” en el marco de las ITS y el VIH; así como de “las visiones individualistas, voluntaristas y, finalmente, moralistas, de las complejas relaciones de los sujetos, el género y la salud” (Pecheny y Manzelli, 2002), que imponen diferentes obligaciones a las personas trabajadoras sexuales.

Los programas de prevención de las ITS y del VIH que son enfocadas en el marco del trabajo sexual:

... deben basarse en el respeto de los derechos humanos, en el reconocimiento de que las personas son capaces de actuar responsablemente respecto a su salud y la de los demás, y deben animar a proteger ésta. Los programas que se basan en la coerción hieren la dignidad humana y violan el respeto de la autonomía individual; además, son contraproducentes pues no impiden la propagación del VIH ya que provocan que se oculte la prostitución, obstaculizando el educar en prevención a las y los trabajadores sexuales (CNDH, 2019).

Si bien, existe una variedad de enfoques para la prevención de las ITS y del VIH en el ámbito del trabajo sexual, el enfoque higienista o de control sanitario que adoptan algunos Estados –en el caso particular, el boliviano– genera e impone una

responsabilidad a las personas trabajadoras sexuales, quienes por el solo hecho de desarrollar dicha actividad, deben ser “las responsables del cuidado de la salud” de la población.

El enfoque higienista o de control sanitario tiene debilidades y falencias, como ser (CNDH, 2019):

- a) Suele dejar de lado la educación para la prevención del VIH y otras ITS, la cual es obligación del Estado.
- b) Fomenta la irresponsabilidad de los usuarios respecto a su salud, al poner la prevención en el trabajo sexual e ignora los riesgos del trabajador(a) sexual de adquirir la infección de los clientes, pues a ellos no se les aplica el control sanitario.
- c) No atiende a la clandestinidad a la que tienen que incurrir las y los trabajadores sexuales que no cumplen con los requisitos de las zonas de tolerancia y de control sanitario.
- d) Ignora los medios electrónicos de oferta de trabajo sexual, como la internet, donde no hay ningún control.

Es así que adoptar un nuevo enfoque de trabajo para la prevención de las ITS y del VIH en el marco del trabajo sexual se hace necesario para el cumplimiento de las obligaciones internacionales de los Estados. El enfoque integral coadyuva al análisis de la relación existente entre el trabajo sexual y la prevalencia de las ITS y el VIH, apunta a la prevención y tratamiento y no a la reproducción de discursos como el médico o el jurídico, que en algunos casos siguen estigmatizando a esta población.

Este enfoque integral debe ser adoptado desde los diferentes órganos e instituciones del Estado, encargados de la legislación, del diseño, ejecución, administración, vigilancia y evaluación de políticas públicas en el ámbito de la salud, garantizando su implementación, para su disponibilidad y accesibilidad correspondiente.

Los Estados deben desarrollar “acciones fundamentales en beneficio de los agentes vinculados al trabajo sexual”, deben solucionar aquellos obstáculos estructurales como “las políticas, leyes y prácticas consuetudinarias que impiden el acceso y la utilización de los servicios apropiados de prevención, tratamiento, atención y apoyo con relación al VIH” (ONUSIDA, 2009).

ONUSIDA (2009) establece como indispensable desarrollar procesos de sensibilización que coadyuven a garantizar mejores condiciones en las que se ejerza el trabajo sexual, como ser:

Políticas y programas que garanticen la erradicación de la violencia, el abuso y la discriminación; información para los profesionales del sexo y sus clientes y otros actores de la industria del sexo; acceso confiable y asequible a artículos necesarios, como preservativos masculinos y femeninos de calidad, lubricantes a base de agua y anticonceptivos; y otros requisitos para la salud, como alimentos, saneamiento y agua potable; acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, con tratamiento, apoyo social eficaz y atención para los profesionales de sexo con pruebas serológicas positivas de infección por el VIH; acceso a atención primaria de la salud de calidad, tratamiento de la tuberculosis, servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente tratamiento de las ITS, y prevención de la transmisión materno infantil; acceso a programas de reeducación del daño relacionado con el alcohol y las drogas, por ejemplo, agujas y jeringas estériles y terapia de sustitución de opiáceos; integración de los servicios del VIH en todos los servicios de asistencia social pertinentes, incluidos mecanismos de apoyo social para profesionales del sexo y sus familias (el resaltado es nuestro).

La adopción de un enfoque integral para abordar la temática del trabajo sexual parte del reconocimiento de las condiciones sociales que se han asignado a quienes practican esta actividad, por lo que la lucha contra la discriminación se convierte en un eje central que posibilita el acceso a la información necesaria para la prevención, tratamiento, atención y apoyo en casos donde se registren las ITS o el VIH.

El desarrollo de acciones relacionadas con la detección y prevención de las ITS y del VIH en el ámbito del trabajo sexual con enfoque integral –desarrolladas *ut supra*– son una parte elemental del ejercicio del derecho a la salud por parte de esta población, el cual “está directamente e inmediatamente vinculado con los derechos a la vida y a la integridad” (CIDH, 2021).

La salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos, el cual debe desarrollarse conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Los Estados tienen “la obligación de respetar y garantizar este derecho, cuando se trata de grupos vulnerables y marginados” (Corte IDH, 2018b).

La información relacionada con la salud de las personas, por su naturaleza, adquiere una categoría de confidencialidad, pues “describe los aspectos más sensibles y delicados de una persona, por lo que su protección se encuentra enmarcada como elemento integrante del derecho a la vida privada, el cual adquiere un carácter reforzado al tratarse de información relacionada con la salud sexual y salud reproductiva” (Corte IDH, 2021).

El derecho a la vida privada “se caracteriza por quedar exento e inmune a las invasiones o agresiones abusivas o arbitrarias por parte de terceros o de la autoridad pública” (Corte IDH, 2006a), pues el mismo, abarca:

... la identidad física y social, el desarrollo personal y la autonomía personal de una persona, así como su derecho de establecer y desarrollar relaciones con otras personas y su entorno social, incluyendo el derecho de establecer y mantener relaciones con personas del mismo sexo. Además, el derecho a mantener relaciones personales con otros individuos, en el marco del derecho a la vida privada, se extiende a la esfera pública y profesional (Corte IDH, 2012).

La información generada en temas relacionados con la salud de la persona se encuentra directamente relacionada con el derecho a la intimidad y con la protección de datos; el primero “está dirigido a proteger a la persona frente a cualquier invasión que pueda realizarse en el ámbito de su vida personal y familiar” y el segundo “persigue garantizar al afectado un poder de control o disposición sobre sus informaciones personales, sobre su uso y destino, con el propósito de impedir su tráfico ilícito o lesivo para su dignidad y derecho” (Abellán-García, 2020).

El uso de dicha información –sensible por su naturaleza– obliga a los Estados a que su administración tenga las mayores prerrogativas de cuidado. La Unión Europea, a través del Reglamento Europeo General de Protección de Datos (Abellán-García, 2020), establece algunos principios relativos al tratamiento de dicha información, entre ellos el de: licitud, lealtad y transparencia, de limitación de la finalidad, de minimización de datos, de exactitud de los datos, de limitación del plazo de conservación, de integridad y confidencialidad.

Establece que:

... los datos que se recogen con fines determinados, explícitos y legítimos, no deben ser tratados después de manera incompatible con dichos fines –Principio de limitación de la finalidad–, debiendo los datos ser adecuados, pertinentes y limitados a lo necesario en relación con los fines para los que son tratados –Principio de minimización de datos– para lo cual se establecen como garantías de protección la anonimización de los datos o su seudonimización (Abellán-García, 2020).

Ahora bien, la información relacionada con la salud de la persona, por lo general es almacenada en expedientes clínicos –archivos, carpetas, libretas, u otros–, en los cuales se encuentra establecida toda la información –enfermedades, problemas de salud, tratamientos y controles médicos, entre otros–, que los convierte en documentos cuya información es poderosa y privilegiada.

Estos documentos:

... forman parte del proceso de salud de cualquier persona, sin importar el ámbito de atención, son el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos, o de cualquier índole, en los que el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias. Este conjunto de datos tiene una especial importancia, pues recoge aspectos de la vida de las personas que hacen referencia no sólo a la salud, sino también a la vida en su sentido más amplio, a la integridad física y a la libertad (Cantoral, 2012).

Fue necesario comprender –conforme lo desarrollado *ut supra*– los parámetros que existe en relación al objeto de análisis en la presente investigación, pues la complejidad y la interseccionalidad de factores que integran la temática del trabajo sexual conlleva a identificar con mediana claridad algunos elementos que hacen a su regulación, en particular en el caso boliviano.

La regulación del trabajo sexual, a través del enfoque higienista o de control sanitario que adopta el Estado boliviano sobre el trabajo sexual, generó un procedimiento por el cual se controla a las personas trabajadoras sexuales, a partir de concebirlas como una población directamente relacionada con la prevalencia de las ITS y del VIH, por ende, se ve necesario su intervención a través de medidas de detección y prevención.

Que si bien, y por lo desarrollado en acápite precedentes no tiene un asidero técnico ni científico para dicha afirmación, el legislador boliviano consideró como mejor alternativa para la detección y prevención de las ITS y del VIH la entrega de la Libreta de Salud –requisito *sine qua non*– para el ejercicio del trabajo sexual, sin considerar que esta medida, llega a generar condiciones de vulneración de derechos, tanto en la etapa de solicitud, del registro; pero, sobre todo, en el control de dicho documento.

Hasta la gestión 2019 el modelo de control –citado *ut supra*– para las personas trabajadoras sexuales se desarrollaba con relativa normalidad, aunque distintas instituciones –entre ellas la Defensoría del Pueblo– observaron el procedimiento de control de la Libreta de Salud por el abuso de autoridad que ejercían las autoridades competentes, así como identificar elementos que eran consignados en dicha Libreta, los cuales eran vulneratorias al derecho a su privacidad.

Fue durante la gestión 2020 –bajo la coyuntura de la pandemia de la COVID-19– que se fueron evidenciando las limitaciones al ejercicio de determinados derechos/ obligaciones impuestos por el propio Estado a las personas trabajadoras sexuales, tal el caso de los controles médicos para detectar y prevenir las ITS y el VIH.

Si bien ningún Estado en el mundo pudo prever la magnitud de la crisis y emergencia sanitaria, se fueron aplicando –en muchos de los casos– medidas totalmente discrecionales para contrarrestar el contagio de la población, y el caso boliviano no llegó a ser la excepción.

Situación que se mantuvo a lo largo de la gestión 2020, pese a existir diferentes recomendaciones y lineamientos –entre las que se encontraban acciones a ser desarrolladas para el ejercicio del derecho a la salud– emitidas por diferentes instituciones y organismos internacionales, para “que los Estados adopten medidas reforzadas, que protejan a poblaciones históricamente vulnerables, tal el caso de las trabajadoras sexuales” (CIDH, 2020a).

En Bolivia, a partir de la promulgación del D.S N.º 4196, se prohibió todo tipo de reuniones y actividades sociales, culturales, deportivas, religiosas y otras que impliquen aglomeración de personas, además de restringir a lo mínimo la circulación y el derecho de locomoción de la población, medidas que fueron acordes a la realidad y al desconocimiento de la magnitud de la emergencia sanitaria.

Durante los meses que duró la cuarentena rígida –de marzo a junio del 2020–, la mayoría de la población se vio afectada en sus ingresos económicos, mucho más al considerar que el 73,2% de la economía boliviana es informal (PNUD, 2018). Esta situación se agravó en particular con las personas trabajadoras sexuales, quienes, en comparación de otros rubros, tenían una doble restricción: la primera, relacionada con la prohibición de abrir sus ambientes de trabajo –efecto de la vigencia del D.S. N.º 4196– y la segunda, por las medidas de distanciamiento físico que hasta la fecha siguen vigentes.

La flexibilización al derecho de locomoción, que entró en vigencia desde el 1 de junio –producto de la promulgación del D.S. N.º 4245–, generó una leve reactivación económica a nivel nacional; si bien aún los espectáculos y eventos que aglutinaban personas se encontraban prohibidos, la mayoría de la población empezó a emprender nuevas actividades económicas, o en el caso de las personas que ejercen el trabajo sexual reanudaron su actividad económica de forma ilegal y en total clandestinidad.

Paradójicamente, el decreto citado *ut supra*, si bien mantenía las restricciones de actividades sociales, exceptuaba de la misma a las ceremonias religiosas, las cuales tenían la autorización de desarrollarse con un máximo del 30% del aforo del lugar donde se desarrollasen, y debían garantizar el cumplimiento del distanciamiento físico, uso de barbijo y otras medidas de bioseguridad.

La discrecionalidad y la ausencia de políticas integrales que incluyan a todos los sectores de la población se constata –*prima facie*– con las restricciones que aún

tienen las personas trabajadoras sexuales para desarrollar su actividad económica; pero, sobre todo, con la suspensión de servicios de salud, en particular, aquel relacionado con los controles médicos –ginecológicos y de detección y prevención de las ITS y del VIH– a los cuales deben ser asistir de forma obligatoria.

Esta miscelánea de antecedentes, de factores sociales y normativos motivó a la Defensoría del Pueblo a realizar una investigación referente a la situación de las trabajadoras sexuales durante el periodo de la COVID-19, específicamente con la detección y prevención de las ITS y el VIH, el procedimiento administrativo para el registro, entrega y control de la Libreta de Salud y la existencia de protocolos de bioseguridad.

1.2. Servicios de detección y prevención de las ITS y del VIH

El Derecho a la salud, al ser “un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos, genera en el Estado la obligación de garantizar el disfrute al más alto nivel posible” (Corte IDH, 2007), esta obligación adquiere un carácter reforzado al tratarse de personas que viven o con alta probabilidad de contraer diferentes ITS o el VIH.

... el Estado debe tomar las medidas necesarias para asegurar el **suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH**, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas (el resaltado es nuestro) (Corte IDH, 2018b).

Es necesario “un enfoque integral que comprenda una secuencia continua de acciones” (Corte IDH, 2015), destinadas a la detección y prevención de las ITS y del VIH, entre las que se encuentra la “realización de pruebas diagnósticos para la atención de la infección, así como el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oportunistas y conexas que puedan surgir” (Corte IDH, 2018b).

Entre estas pruebas diagnóstico se encuentra el método directo denominado serología. “Este tipo de análisis sirve para detectar si hay anticuerpos contra el VIH, los cuales son producidos por el sistema inmunitario, cuando éste reconoce al virus como un cuerpo extraño” (Clínic Barcelona, 09 de diciembre de 2021).

Este diagnóstico no sólo ayuda a que la persona infectada por el VIH –al conocer de su condición– prevenga un mayor contagio con otras personas, sino que permite que se le brinde un asesoramiento adecuado, al programar y evaluar un tratamiento antirretroviral más efectivo.

La presente investigación evidenció que en Bolivia el trabajo sexual se encuentra directa y erróneamente relacionado con la prevalencia de las ITS y del VIH; motivo por el cual el legislador boliviano adoptó un enfoque “higienista o de control sanitario”, de modo que las personas trabajadoras sexuales se ven obligadas a realizarse exámenes periódicamente, que determinen la ausencia de cualquier ITS y del VIH.

Hasta la gestión 2019, este tipo de control se desarrollaba con normalidad en los CDVIR –dependientes de los GADs– a nivel nacional; sin embargo, dadas las restricciones emergentes por la COVID-19, fue interrumpido el servicio que dichas instituciones brindaban a las personas trabajadoras sexuales.

Si bien, en la actualidad, los GADs se encuentran brindando el servicio del Diagnóstico Serológico –mediante sus respectivas unidades–, es preocupante que durante los meses de marzo a diciembre de 2020 –conforme el Gráfico N.º 1 – en tres GADs –La Paz, Santa Cruz y Tarija– se habría suspendido dicho servicio.

Este hecho, no sólo evidencia una falta de previsión y precaución ante posibles situaciones que favorezcan la proliferación de casos relacionados con las ITS y el VIH, sino que privó –en particular a las personas trabajadoras sexuales– del ejercicio pleno de su derecho a la salud, vinculado con la prevención y diagnóstico “temprano” de dichas infecciones, además de constituirse en un retroceso a las políticas estatales adoptadas en la temática.

Se comprobó una vulneración a los compromisos asumidos por el Estado boliviano en materia de los Derechos Humanos, al no haber regulado este tipo de limitaciones y suspensión de servicios; esta situación se agravó al tratarse de exámenes vinculados con las ITS y el VIH, que comprometen la salud, integridad y la vida de las personas que las solicitan.

Al no garantizar los servicios para la detección y prevención de las ITS y el VIH –en particular con el diagnóstico serológico–, el Estado boliviano vulneró el derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 (Desarrollo Progresivo), vinculado con los artículos 4 (Derecho a la vida), 5 (Derecho a la Integridad Personal) y 24 (Igualdad ante la Ley) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

1.3. La Libreta de Salud, mecanismo de control

Como se indicó *ut supra*, el Estado boliviano concibe –erróneamente– que la prevalencia de las ITS y del VIH se encuentra relacionada con el trabajo sexual, por lo que adopta el enfoque “higienista o de control sanitario”, mediante el cual establece un procedimiento administrativo encargado del registro y control de las personas trabajadoras sexuales, a partir de la entrega de una Libreta de Salud.

Dicho procedimiento se encuentra respaldado conforme lo estipulado en el artículo 40 del D.S. N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, que establece como un derecho/obligación de las personas trabajadoras sexuales adquirir la Libreta de Salud, como requisito *sine qua non* para ejercer dicha actividad económica.

Resolución que, en su considerando, adopta conceptos peyorativos y discriminatorios, verbigracia prostitutas, meretrices, homosexuales, travestis y bisexuales, a quienes considera población directamente relacionada con la prevalencia de las ITS y del VIH, por ende, objeto de control sanitario. Conceptualización arcaica que contraviene la normativa actual –constitucional y legal–, relacionada con la no discriminación, por ende, necesaria de modificación.

En la presente investigación se logró evidenciar diferentes etapas que integran el procedimiento administrativo de control de las personas trabajadoras sexuales, las cuales versan en relación al registro, los requisitos, el llenado de la Libreta de Salud, la entrega, la renovación, la periodicidad de los controles ginecológicos y los operativos de control, las cuales serán desarrolladas conforme el siguiente detalle:

1.3.1. Un registro deficiente

En Bolivia se tendrían registradas a 23.965 personas que se dedicarían al trabajo sexual –Cuadro N.º 2–, conforme la información brindada por los nueve GADs –desde la gestión 2018 hasta el primer trimestre de 2021–, cifra que dista del registro que tendrían las organizaciones de las trabajadoras sexuales, el cual sería de más de 70.000 personas a nivel nacional (Flores, 2020) o de las 12.620 trabajadoras sexuales que se registran únicamente en Cochabamba.

Las trabajadoras sexuales en Cochabamba son una población joven, 80% con edades entre 20 a 35 años de edad. La mayor parte de ellas (70%) tendría como lugar de nacimiento el eje troncal de Bolivia, siendo el 50% de origen urbano, el 40% provenientes de la zona rural y el 10% de origen extranjero. Cerca del 60% tendría un grado de escolaridad elevado (Bachiller y universitario concluido o en curso). Más del 85% de las trabajadoras sexuales no tendría una relación fija, el 70% tendría por lo menos un hijo, y el 65,8% sería la responsable de cubrir los gastos económicos en su familia, la mayoría no practicaría ninguna fe religiosa y poco más de la mitad consumiría alcohol regularmente (Bevilacqua y Camacho, 2020).

Ahora bien, se consultó al Ministerio de Salud y Deportes si contaba con algún registro nacional de las personas trabajadoras sexuales, institución que indicó que a través de su Sistema de Monitoreo y Evaluación (SIMONE) únicamente tendría información parcial, sobre el número de pruebas rápidas de VIH realizadas a las personas trabajadoras sexuales. Desde la gestión 2018 a junio de 2021, habría registrado 45.431 pruebas.

De la información brindada por el Ministerio de Salud y Deportes, se evidencia dos hechos importantes: el primero relacionado con la mirada “higienista o de control sanitario”, el cual como ya se indicó en acápite precedentes, erróneamente vincula al trabajo sexual con la prevalencia de las ITS y del VIH. En segundo lugar, se evidencia la ausencia del control y registro estadístico por parte del Ente Rector.

El tener información desagregada –verbigracia la investigación de Bevilacqua y Camacho (2020)– coadyuvaría con la elaboración de políticas públicas destinadas a prevenir y proteger de hechos de violencia a esta población, pero, sobre todo, para la adopción de acciones positivas que posibiliten a las personas trabajadoras sexuales –en particular a las mujeres– desarrollar otro tipo de actividades económicas, en el marco de la construcción de sus proyectos de vida.

La Defensoría del Pueblo solicitó información desagregada en razón del género y la edad de las 23.965 personas trabajadoras sexuales registradas en los nueve GADs –desde el 2018 al primer trimestre del 2021–; sin embargo, sólo seis GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Oruro, Pando y Potosí– tendrían información desagregada conforme el siguiente detalle:

- a) Género: Conforme el Cuadro N.º 3, de 18.015 personas trabajadoras sexuales, el 99.6% (17.951) correspondería a mujeres, el 0.3% (48) a hombres y el 0.1% (16) a personas transgénero.
- b) Edad: Conforme datos del Cuadro N.º 4, se evidenció una variada clasificación etaria, adoptada por los GADs para el registro de las personas trabajadoras sexuales, lo cual dificulta identificar una determinada población generacional.

Es preocupante para la Defensoría del Pueblo que en los GADs de Potosí y el Beni se tenga una clasificación de personas de 15 a 19 años de edad –Cuadro N.º 4–, a quienes se les habría facilitado la Libreta de Salud, con lo que se genera una duda razonable respecto a la existencia de casos de prostitución infantil, violencia sexual comercial o explotación sexual a personas menores de 18 años de edad.

Llama la atención la respuesta del GAD de Potosí, que indicó que “la cantidad de carnets de salud no son cuantificados y sólo se tiene el número de trabajadoras sexuales autorizadas previo control médico clínico y laboratorio” [sic], situación que generaría la dificultad de obtener información desagregada, puesto que tendrían que revisar “historias clínicas una por una” de las personas trabajadoras sexuales (Nota con cite DGADP N.º 427 del GAD de Potosí de 23 de marzo de 2021).

Los acápite desarrollados *ut supra* evidencian un registro deficiente por parte del Estado boliviano; si bien los GADs realizan el registro de las personas trabajadoras sexuales, se evidenció que no se tendrían registros uniformes respecto al género

y a la edad de dicha población, situación que dificulta la elaboración de políticas públicas que beneficien al ejercicio de derechos de esta población.

Este registro deficiente podría convertirse en un accionar que fomente o tolere la comisión de hechos de violencia, en los cuales se vea involucrada la integridad de personas menores de 18 años de edad, tal el caso de los GADs del Beni y Potosí. Se ve por necesario y urgente que el Ministerio de Salud y Deportes, y el PNEI establezcan lineamientos para estandarizar dicho registro en los nueve GADs.

1.3.2. Discrecionalidad sobre los requisitos

Los GADs, según el artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, tienen como competencia concurrente ejecutar acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo, en las que se incluiría el registro, extensión y control de la Libreta de Salud de las personas trabajadoras sexuales, acciones que deben ser desarrolladas en el marco del Plan Departamental de Salud, el cual debe estar en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional –artículo 81.III.1.a) de la ley citada *ut supra*–.

Ahora bien, conforme el artículo 40 del D.S. N.º 451 y la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, se establece que la Libreta de Salud es el instrumento necesario para el ejercicio del trabajo sexual; sin embargo, pese a ser una competencia concurrente conforme lo establecido en el artículo 81.I.9 de la Ley N.º 031, el Ministerio de Salud y Deportes y el PNEI, como Ente Rector en materia de salud –el cual incluye a las temáticas de las ITS y del VIH–, no habrían establecido parámetros mínimos respecto a los requisitos que tendrían que solicitarse a las personas trabajadoras sexuales para acceder a dicha libreta.

El Ministerio de Salud y Deportes al informar a la Defensoría del Pueblo que “todos los aspectos relacionados con el control de las personas trabajadoras sexuales serían inherentes a las competencias de los GADs”, evidencia una omisión del trabajo concurrente que debe generarse desde el gobierno nacional, el cual está vinculado con el cuidado de la salud de esta población.

La falta de coordinación de los diferentes niveles de gobierno se plasman en un accionar totalmente discrecional por parte de los GADs, respecto a diferentes requisitos que exigirían a la persona trabajadora sexual para la obtención de la Libreta de Salud, al grado de que ningún requisito –conforme el Cuadro N.º 5– se repite en la totalidad de los GADs.

Los diferentes requisitos identificados fueron clasificados para un mejor análisis, conforme el siguiente detalle:

a) Información personal: Se identificó como requisito generalizado en los GADs la exigencia de la Cédula de Identidad o de una fotocopia, a través de estos documentos se tendría toda la información de carácter personal de la o el solicitante de la Libreta de Salud.

En cinco GADs –Chuquisaca, Oruro, Potosí, Santa Cruz y Tarija– se tendría establecido que la Libreta de Salud únicamente puede ser solicitada por personas mayores de 18 años de edad, el no tener generalizado la limitante en razón a la edad de la persona solicitante podría fomentar y tolerar hechos relacionados a la explotación y violencia sexual de personas menores de 18 años, que como se identificó en el caso del Beni y Potosí, existirían registros de este grupo etario a quienes se les habría facilitado la Libreta de Salud –conforme Cuadro N.º 4–.

Ahora bien, cuatro GADs –Cochabamba, La Paz, Oruro y Santa Cruz– informaron que solicitarían una fotografía de la persona trabajadora sexual para incorporarla en la Libreta de Salud, como medio de verificación de autenticidad o de pertenencia.

La exigencia de este requisito por parte de los GADs no tendría justificativo alguno, pues en la Libreta de Salud –en la mayoría de los GADs– se llega a consignar el número de la cédula de identidad –el cual de por sí, ya individualiza la pertenencia de dicho documento– por lo que, se vulnerarían los derechos a la intimidad y la protección de datos de las personas trabajadoras sexuales –en relación a la protección de su imagen–, y se refuerzan y promueven actos de estigmatización y de discriminación en contra de esta población.

b) Evaluaciones Médicas: Se identificó la existencia de diferentes evaluaciones médicas que se realizarían a la persona trabajadora sexual, al momento de solicitar la Libreta de Salud, entre ellas la “Evaluación Médica” y el “Examen de Laboratorio”, los cuales se los realizaría en ocho de los nueve GADs intervenidos, con la excepción del GAD de Oruro.

Son llamativas las evaluaciones psicológicas y por Trabajo Social, que se realizarían en cuatro de los nueve GADs intervenidos –Beni, Chuquisaca, La Paz y Tarija–, las cuales coadyuvarían a informar a la persona que está por iniciarse en dicha actividad económica, sobre los posibles riesgos emergentes de dicha decisión; sin embargo, las mismas no deben ser consideradas como un requisito *sine qua non* para acceder a la Libreta de Salud.

Este tipo de “evaluación” por trabajo social, pero sobre todo el apoyo psicológico que se debe brindar a la persona que decide realizar esta actividad económica, deberían ser adoptados por todos los GADs a nivel nacional, para lo cual es necesario contar con personal capacitado y sensibilizado en la temática.

Si bien no constituye una evaluación como tal, es destacable que en dos de los nueve GADs intervenidos –Beni y Cochabamba– se establezca como requisito el registro en el SUS, esta medida tendría la finalidad de resguardar la salud integral de la persona que ejerce el trabajo sexual, que tendría garantizado el acceso gratuito a los diferentes servicios que dicho seguro brinda, medida que debería ser replicada en todos los GADs.

c) Costo: Ocho de los nueve GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Pando, Santa Cruz y Tarija– informaron que la Libreta de Salud sería gratuita, únicamente en el caso del GAD de Potosí, se tendría establecido el cobro de 20 Bs para la obtención de dicha libreta –sin importar si es por primera vez, por renovación o pérdida–.

d) Otro tipo de requisitos: Si bien, en cinco GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Potosí y Santa Cruz– tienen establecidos diferentes requisitos, entre los que se encuentran: que la persona que solicita la Libreta de Salud no se encuentre en sus días de periodo menstrual, que no esté embarazada o con alguna ITS o el VIH, es de preocupación que en el caso del GAD del Beni, sea requisito la presencia del administrador del lenocinio.

Este requisito podría estar fomentando el delito de proxenetismo, pues con probabilidad se ejercería algún tipo de presión contra aquellas personas trabajadoras sexuales, las mismas podrían estar compelidas a desarrollar dicha actividad en locales con carácter exclusivo.

En la Resolución Defensorial N.º DP/RD/2/2019 de 20 de marzo, la Defensoría del Pueblo advirtió sobre posibles redes de trata de personas que se dedicarían a la explotación sexual en el Beni, y que uno de los medios por el cual se retendría a la víctima sería a través de la servidumbre por deudas.

Muchas de las prácticas asociadas a la trata practicada hoy en día están claramente prohibidas en el derecho internacional de los derechos humanos. Un claro ejemplo que se presenta es la prohibición de servidumbre por deudas: la promesa de prestar servicios personales como garantía para una deuda sin que el valor de esos servicios se contabilice a los fines de liquidar dicha deuda, o cuando la duración y la naturaleza de los servicios no están limitadas ni definidas. Muchas víctimas de la trata que contraen una deuda con sus explotadores (cantidades que deben abonar por su transporte o colocación en un empleo, por ejemplo) se encuentran en una situación de servidumbre por deudas: la deuda se convierte en un medio de control y explotación (Defensoría del Pueblo, 2019).

1.3.3. La información establecida en la Libreta de Salud

Se evidenció que existe una total discrecionalidad por parte de los GADs, respecto a la información que se establece en las Libretas de Salud; esto a razón de no existir un parámetro mínimo nacional –Libreta Modelo–, el cual debería estar consignado en la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417.

Es llamativo que los GADs incluirían información a través del uso de códigos numéricos, alfanuméricos, de la fotografía, el nombre de la persona, el seudónimo, las iniciales del nombre completo y el nombre del local de trabajo, así como el uso de sellos con la denominación **SANA** para hacer referencia a que la persona trabajadora sexual no tendría ninguna ITS o el VIH.

En la mayoría de los GADs existiría una excesiva consignación de información personal de las trabajadoras sexuales en las Libretas de Salud, en ese sentido, resalta la Libreta de Salud que se utilizaría en el GAD de Cochabamba, en la cual únicamente se consigna información relacionada al Número de la Cédula de Identidad o Pasaporte, una Fotografía, el Código, la Fecha de Nacimiento y la Firma de la o el interesado.

Del análisis de la información desarrollada *ut supra*, se infiere la necesidad de actualizar la Libreta de Salud, por lo que el Ministerio de Salud y Deportes –a través del PNEI– debe realizar las acciones necesarias para el cumplimiento de las obligaciones emergentes de los artículos 40 y 41 del D.S. N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, y establecer un documento modelo a ser aplicado a nivel nacional.

Proceso de actualización que debe considerar la implementación de tarjetas de PVC –cloruro de polivinilo– en el cual se consigne únicamente un dato –código, el número de cédula de identidad o pasaporte– que facilitaría el control que debe ser realizado exclusivamente por personal de los Sedes, mediante los CDVIR; a la vez sería un mecanismo de seguridad –que en la actualidad no cuenta la Libreta de Salud– ante posibles hechos de falsificación y duplicidad.

Si bien, la implementación de las medidas desarrolladas *ut supra* requieren una planificación y coordinación entre el PNEI, los SEDES –CDVIR– y los GADs, el Ministerio de Salud y Deportes debe adoptar las medidas necesarias y urgentes, que mínimamente estandaricen el tipo de información consignada en las Libretas de Salud, reduciendo la información a lo necesario –puede ser el número de la cédula de identidad o el número de pasaporte–, y eliminando todo tipo de información relacionada con la fecha de nacimiento, nombre, firma y en particular la fotografía.

Se recuerda que la implementación de cualquier medida debe afectar en lo mínimo posible a la economía de las personas trabajadoras sexuales, puesto que la Libreta de Salud única y exclusivamente tiene la finalidad de ser un medio de control médico –en relación a la prevalencia de las ITS y del VIH–, mas no así un requisito que faculte o habilite el ejercicio de una actividad económica.

Concepción que erradamente asumieron autoridades nacionales, subnacionales e incluso las propias personas trabajadoras sexuales –emergente del enfoque “higienista o de control sanitario del trabajo sexual”–, puesto que no se puede concebir la idea de la presentación o la exigencia de un documento que contiene información de carácter personalísima, como requisito *sine qua non* para ejercer –en el caso particular– el trabajo sexual.

Este hecho no sólo vulneraría derechos establecidos en la CPE y en diferentes instrumentos de *soft* y *hard law* en materia de Derechos Humanos, relacionados con la dignidad de la persona, la vida privada, la privacidad de información, la no discriminación y estigmatización, y el garantizar el desarrollo de los proyectos de vida de las personas trabajadoras sexuales.

1.3.4. Entrega de la Libreta de Salud

La entrada en vigor de las restricciones al derecho de locomoción, efecto de la COVID-19, generó que en los nueve departamentos se haya suspendido el servicio de la entrega de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales en razón de nuevas solicitudes –conforme Cuadro N.º 6–. El GAD de Chuquisaca habría asumido esta decisión durante los meses de marzo y junio de 2020, periodo que duró la cuarentena rígida.

Sin embargo, se comprobó que en cinco GADs –Pando, Cochabamba, La Paz, Oruro y Potosí– esta suspensión duró entre seis, ocho, nueve, once meses, respectivamente, y en el caso del GAD de Potosí este servicio recién se habría reanudado el 23 de agosto de 2021, es decir, un año y cinco meses después de la flexibilización de las medidas de prevención por la COVID-19. Es preocupante para la Defensoría del Pueblo, que este servicio –hasta la fecha de conclusión de la presente investigación, septiembre de 2021– no se haya reanudado en tres GADs –Beni, Santa Cruz y Tarija–.

En ese sentido, en relación a los servicios relacionados con la entrega de la Libreta de Salud –en razón de nuevas solicitudes–, como mecanismo de prevención de las ITS y del VIH, se evidencia un incumplimiento por parte de los GADs. Es mayor esta omisión en los GADs del Beni, Santa Cruz y Tarija, que aún mantendrían paralizado este servicio.

1.3.5. Renovación de la Libreta de Salud

Las personas trabajadoras sexuales se realizan diferentes controles médicos, entre ellos el control ginecológico, el cual es consignado en la Libreta de Salud. Una vez llena con la información de dichos controles, las personas trabajadoras sexuales solicitan su renovación a los CDVIR, para poder desarrollar dicha actividad económica; sin embargo, debido a las restricciones emergentes por la COVID-19, dicho servicio se habría suspendido a nivel nacional.

Del requerimiento de información a los GADs –conforme Gráfico N.º 2–, se evidenció que el servicio de renovación de la Libreta de Salud que solicitarían las personas trabajadoras sexuales se habría reanudado únicamente en cuatro GADs –Beni, Potosí, Santa Cruz y Tarija–.

Está suspendido dicho servicio en los GADs de Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Oruro y Pando, situación que iría en contra de las medidas de control médico – históricamente realizado a esta población–, como medida de prevención de las ITS y del VIH, dada la alta probabilidad de contagio por la actividad laboral que realizan; que a la vez fomenta la inasistencia e incumplimiento por parte de las personas trabajadoras sexuales, a realizarse dichos controles médicos.

No brindar el servicio de renovación de las Libretas de Salud, se convierte en una medida contraproducente a las políticas y acciones que fue implementando por el Estado boliviano durante los últimos años, a fin de concientizar y fomentar el cumplimiento de dicho control médico por parte de las personas trabajadoras sexuales.

La renovación de la Libreta de Salud –una vez que esté llena con la información de los controles ginecológicos– es de carácter gratuito, salvo el caso del GAD de Potosí el cual tendría establecido el cobro de 20 Bs para la obtención de dicha libreta –sin importar si es por primera vez, por renovación o pérdida–.

En la presente investigación se evidenció que en cuatro GADs –Chuquisaca, La Paz, Oruro y Pando– la renovación por casos de extravío tendría un costo que va desde los 15 Bs hasta los 50 Bs –dependiendo de las veces de dicha solicitud–, llegando a sancionarse con la suspensión temporal –conforme información del Gráfico N.º 2–.

En el marco de su autonomía, los GADs pueden establecer diferentes montos correspondientes a los trámites administrativos; sin embargo, no es admisible que se establezcan tasas diferenciadas, que dependan de las veces que una persona solicita dicho documento, esta medida no tendría comparación con otros trámites

de renovación de documentos personales, verbigracia la renovación de la cédula de identidad, trámite que no varía en su costo para la renovación, no importando los motivos, ni la cantidad de veces para dicha solicitud⁵.

Los GADs al establecer cobros por trámites administrativos deberían enmarcarse en el principio de trato diferenciado, cuando se tratase de trámites relacionados con la salud de una población que por lo general se encuentra en estado de vulnerabilidad –en razón a factores económicos– en el caso particular, las personas trabajadoras sexuales. Deberían buscar la opción de que la misma sea de forma gratuita, o bien, con montos mínimos, puesto que la Libreta de Salud que se exige a toda persona trabajadora sexual tiene como única finalidad el control médico con relación a la prevención de las ITS y del VIH.

La imposición de montos económicos para acceder a la Libreta de Salud, en razón a su renovación, debe comprenderse conjuntamente con el accionar que ejercería la Policía Boliviana y las Guardias Municipales, quienes en los operativos que realizan secuestrarían este documento como mecanismo de extorsión a las personas trabajadoras sexuales, generando erogaciones económicas y la obligación de realizar trámites administrativos forzados, los cuales indirectamente y en desmedro de una población beneficiaría económicamente a la entidad recaudadora, los CDVIR, los GADs o GAMs.

Esta situación podría inferirse con el reporte del GAD de Potosí –conforme Cuadro N.º 7–, el cual tiene el registro de 14.599 personas trabajadoras sexuales que solicitaron la Libreta de Salud –desde el 2018 hasta junio del 2021–, de los cuales el 93,8% (13.695) serían por renovación y únicamente el 6,2% (904) serían registros nuevos. Considerando que en dicho departamento el trámite para acceder a la Libreta de Salud tiene un costo de 20 Bs –ya sea por primera vez o por renovación–, se habría recaudado un total de 273.900 Bs únicamente por concepto de renovación de las Libretas de Salud.

Se puede inferir que la suspensión del servicio de la renovación de la Libreta de Salud pone a la persona trabajadora sexual en situación de indefensión y vulnerabilidad, en particular, ante los operativos que realiza la Policía Boliviana y las Guardias Municipales, quienes tendrían el hábito de secuestrar dicho documento, como medio de extorsión, lo cual, conllevaría a que la persona trabajadora sexual se vea en la necesidad de realizar diferentes pagos o prestaciones, a fin de que no se le secuestre dicho documento.

⁵ La Defensoría del Pueblo realizó una verificación *in situ* a las oficinas del SEGIP en la ciudad de La Paz el 12 de noviembre de 2021, donde consultó a los servidores públicos dependientes de dicha institución, si existe algún tipo de sanción o incremento de costo, en caso de solicitar la renovación de la cédula de identidad; en ese sentido, se informó que no existiría ningún tipo de sanción –ya sea administrativa como económica– para acceder a dicho documento personal, sin importar las veces que esta se requiera.

1.3.6. Periodicidad del control ginecológico

Respecto a la periodicidad que se tendría establecida para que la persona trabajadora sexual realice su control ginecológico, el cual es refrendado dentro de la Libreta de Salud –requisito *sine qua non* para el ejercicio del trabajo sexual–, en la presente investigación se realizó una visita *in situ* a los CDVIR en las nueve ciudades capitales de departamento, a fin de conocer dicho dato.

El Ministerio de Salud y Deportes informó que de acuerdo a la Circular ITS/VIH/SIDA/30/08/06 se tendrían estandarizados los tiempos para el control médico de las personas trabajadoras sexuales:

- a) Control ginecológico: cada dos semanas,
- b) Examen completo médico laboratorial: cada 3 meses, y
- c) Examen de VIH: cada 6 meses.

Sin embargo, en la presente investigación –conforme Cuadro N.º 8– se evidenció una discrecionalidad respecto a la periodicidad para realizar el control ginecológico cuyo objetivo principal es la detección –*prima facie*– de casos relacionados con las ITS y el VIH. En cinco CDVIR –Beni, Chuquisaca, Oruro, Potosí y Tarija– este control se realizaría cada 15 días y en el caso del CDVIR de Pando se lo realizaría cada semana. Es una preocupación que los controles establecidos en tres CDVIR –La Paz, Cochabamba y Santa Cruz– se los realizaría una vez por mes, medida que estaría en contra de los plazos mínimos establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes.

Llamó la atención que en el caso del CDVIR del Beni –siendo estos controles de carácter personal y privado– se dé esta información a los dueños de locales – como una medida de control hacia sus trabajadoras–, vulnerando el principio de confidencialidad que tienen los exámenes, diagnósticos u otros vinculados con la salud de una persona, agravándose la misma, al tratarse de exámenes médicos relacionados con las ITS y el VIH.

Fue grato conocer la existencia de un Plan Piloto llevado a cabo por el GAD de Tarija, que reconocería los resultados por las pruebas de sífilis, VIH y otros, realizadas en centros de salud –públicos o privados– a los cuales asistirían las personas trabajadoras sexuales, y únicamente deben acercarse al CDVIR para solicitar un nuevo ejemplar de la Libreta de Salud.

Esta medida, que desconcentra este tipo de servicios –emergentes del Acta de Compromiso de 3 de septiembre de 2018–, favorece a que la persona trabajadora sexual, se realice las mismas en la comodidad de establecimientos de salud cercanos a su domicilio, evitando que se generen concentraciones innecesarias en un solo centro de salud.

Sin embargo, esta medida debe ser regulada desde el PNEI, a fin de que se evite cualquier hecho de corrupción o de vulneración a la confidencialidad, con relación a la información de la persona que se realiza este tipo de exámenes. Con esta salvedad, se debe considerar replicar a nivel nacional el plan piloto que se realiza en el GAD de Tarija, para los controles de salud de las personas trabajadoras sexuales en establecimientos de salud público.

Por último, cabe indicar que se evidenció que la Circular ITS/VIH/SIDA/30/08/06 no contempla la periodicidad de exámenes de corto plazo para los hombres trabajadores sexuales –verbigracia el examen ginecológico de las mujeres–; es necesario que el Ministerio de Salud y Deportes y el PNEI establezcan esta obligatoriedad para dicho sector poblacional.

1.3.7. Control de la Libreta de Salud

Bajo el estándar interamericano de Derechos Humanos, la información generada a partir del ejercicio al derecho a la salud –en particular con aquella relacionada con la salud sexual– al ser personal y altamente sensible adquiere una característica de privacidad reforzada; por lo que es necesario que se establezca –mediante norma– las autoridades competentes para conocer dicha información, además de que el acceso a su conocimiento debe ser mediante orden fundamentada y sólo en lo necesario para cada caso en concreto.

La Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 establece que el Sedes, en coordinación con la Policía Boliviana, son los encargados de realizar el control de las Libretas de Salud en el marco de sus competencias. Sin embargo, esta función durante los últimos años fue apropiada indebida e ilegalmente por la Policía Boliviana y por los Guardias Municipales, respectivamente.

En ese sentido, es motivo de preocupación para la Defensoría del Pueblo la información que brindaron los nueve CDVIR –conforme Cuadro N.º 9– respecto a los operativos para el control de la Libreta de Salud.

Sólo tres CDVIR –Oruro, Santa Cruz y Pando– participarían y desarrollarían estos controles a las personas trabajadoras sexuales; en el caso de Oruro y Santa Cruz dicha actividad se habría suspendido por motivos de la COVID-19. El CDVIR de Pando es el único a nivel nacional que estaría desarrollando esta función.

Seis CDVIR –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Potosí y Tarija– reportaron que no participarían y por ende no desarrollarían el control de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales, omitiendo su deber legal, fomentando el actuar ilegal y abusivo de los Guardias Municipales y de la Policía Boliviana, que aprovecharían esta omisión del CDVIR para “asumir como propio” dicho control.

Ahora bien, la omisión e incumplimiento de funciones, evidenciado en seis CDVIR, sería justificada por razones de falta de coordinación, no convocatoria o de ausencia de autorización para participar de manera conjunta con la Policía Boliviana o la Guardia Municipal. Destaca la respuesta del CDVIR de Cochabamba, que no participarían en este tipo de controles –con las instituciones citadas *ut supra*– debido al excesivo abuso que se cometería contra las trabajadoras sexuales en los lenocinios.

Con relación al CDVIR de Pando, éste se constituye en el único a nivel nacional en el cual sus servidores públicos se encuentran realizando –en la actualidad– los controles de la Libreta de Salud, además de existir un empoderamiento y conocimiento de sus derechos por parte de las personas trabajadoras sexuales, en particular sobre las atribuciones de cada institución en los operativos de control de dicho documento.

Por último, el reporte del CDVIR de Tarija reflejaría una total ilegalidad, en relación a la competencia que se habría otorgado –a través del Acta de Compromiso de 3 de septiembre de 2018– a la Guardia Municipal para desarrollar el control de la Libreta de Salud, pues es esta actividad exclusiva del Sedes en coordinación con la Policía Boliviana –conforme la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417– y no puede ser transferida a una institución que, por su naturaleza y relación en la temática –del trabajo sexual–, única y exclusivamente puede desarrollar el control del expendio y venta de bebidas alcohólicas, conforme a la Ley N.º 259.

Este accionar que estaría vigente desde hace cuatro años en Tarija, no sólo vulnera la normativa en la materia –Leyes N.º 031, 259, 3729, el Código de Salud, entre otras–, sino que promueve el incumplimiento de una obligación del Sedes y de la Policía Boliviana, así como generar condiciones de abuso y extorción por parte del propio personal de la Guardia Municipal, quienes aprovecharían esta competencia para desarrollar actos de extorción y abuso contra las trabajadoras sexuales y los dueños de locales, pues el no tener la Libreta de Salud sería objeto de una “multa”, que sería cobrada en consumo o en “pieza” gratuita de la trabajadora sexual.

Indistintamente sea el operativo de control desarrollado por la Policía Boliviana o de la Guardia Municipal, se evidenció –conforme Gráfico N.º 3– que en ocho GADs –Beni, Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro, Potosí, Santa Cruz y Tarija– se exigiría a la persona trabajadora sexual la Libreta de Salud, así como la Cédula de Identidad. En el caso de este último documento, la exigencia por parte de la Policía boliviana correspondería a las acciones de prevención en razón de posibles situaciones relacionadas con los delitos de trata de personas y proxenetismo.

En tres GADs –Beni, Chuquisaca y Tarija–, además de los documentos citados *ut supra*, se exigiría la licencia de funcionamiento –cuando se realizan operativos en locales–, y en el GAD de Cochabamba, a la persona trabajadora sexual –así como a la persona que solicita dicho servicio–, se le exigiría el carnet de vacuna contra la COVID-19.

Ahora bien, del análisis de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 y de las normas que establecen competencias a los Sedes y a la Policía Boliviana –en el marco del control de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales– correspondería a la Policía Boliviana desarrollar acciones en el marco de la prevención e identificación de posibles hechos vinculados a los delitos de trata de personas y el proxenetismo, así como resguardar y garantizar al personal dependiente de los Sedes, quienes serían los únicos competentes para solicitar y, por ende, controlar la Libreta de Salud de las personas trabajadoras sexuales.

Se evidenció la exigencia de diferentes documentos de tipo personal a las trabajadoras sexuales, accionar que se constituyó en una forma de extorsión a dicha población, pues por no portar la Libreta de Salud como la Cédula de Identidad serían arrestadas so pretexto de prevenir posibles hechos delictivos relacionados con la trata de personas y “atentados contra la salud pública”.

Accionar que, en el caso de la Policía Boliviana, excede sus facultades, pues no sólo se arroga una competencia que es de carácter exclusivo de los Sedes –control de la Libreta de Salud–, sino que, además, procede de forma irregular y en total discrecionalidad, al realizar arrestos por la no portación de la Cédula de Identidad, justificando un posible hecho vinculado a los delitos de trata de personas o proxenetismo, que únicamente pone en situación de criminalización a la persona trabajadora sexual.

Es así que se evidencia el incumplimiento por parte de los GADs, que a través de los Sedes y CDVIR tenían la obligación de realizar los controles de la Libreta de Salud, en operativos coordinados con la Policía Boliviana, lo que refleja la omisión por parte del Estado boliviano para dar cumplimiento a las medidas de prevención de las ITS y del VIH.

Además de no velar por el cumplimiento de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, por parte de la Policía Boliviana, que no tiene competencia para solicitar a las personas trabajadoras sexuales la Libreta de Salud; así como no impide ni sanciona a los Guardias Municipales por arrogarse una competencia ajena a su naturaleza, pues las acciones desarrolladas por ambas instituciones generaron situaciones que vulneran el derecho a la privacidad e intimidad –relacionada a la confidencialidad de la información de las Libretas de Salud– de las personas trabajadoras sexuales,

acciones contrarias al estándar en materia de derechos humanos establecido por la Corte IDH.

Por todo lo expuesto, se evidencia graves deficiencias en las diferentes etapas que integran el procedimiento administrativo de control de las personas trabajadoras sexuales –registro, requisitos, el llenado de la libreta, la entrega, la renovación, la periodicidad de los controles ginecológicos y los operativos de control– que realizan los GADs; así como una ausencia de parámetros mínimos y un registro nacional –que debería ser establecido por el Ministerio de Salud y Deportes y el PNEI–; con lo que se genera la necesidad de actualizar y modernizar el instrumento de control de las personas trabajadoras sexuales, el cual debería concretarse a través de la implementación y extensión de tarjetas de PVC.

Es de preocupación para la Defensoría del Pueblo las situaciones de violencia que se generarían en el marco de los operativos de control de la Libreta de Salud –relacionada a actos de cohecho pasivo propio y abuso de autoridad– por parte de la Policía Boliviana y de los Guardias Municipales, quienes aprovecharían de estos factores para extorsionar a las personas trabajadoras sexuales, arrogándose de forma ilegal la competencia de controlar la Libreta de Salud, la cual no se encuentra establecida en ninguna normativa.

El Estado boliviano al no garantizar el cumplimiento de la normativa relacionada al procedimiento de control de las personas trabajadoras sexuales –la cual está vinculada con la detección y prevención de las ITS y del VIH–, vulneraría el derecho a la salud, de conformidad con el artículo 26 (Desarrollo Progresivo), vinculado con los artículos 4 (Derecho a la vida), 5 (Derecho a la Integridad Personal) y 24 (Igualdad ante la Ley) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

1.4. Implementación de protocolos de bioseguridad

Dadas las restricciones no farmacológicas –cuarentena y distanciamiento físico– que fue adoptando el Estado boliviano producto de la COVID-19, y de la promulgación del D.S. N.º 4245, que estableció competencias para que las ETAs puedan regular dichas medidas en sus respectivas jurisdicciones, se fue retomando y reanudando progresivamente diferentes actividades económicas a nivel nacional.

Debido a las restricciones aún vigentes para la apertura de sus ambientes de trabajo, las personas trabajadoras sexuales fueron reanudando dicha actividad económica en todo el país de forma clandestina, muchas de ellas se vieron forzadas a desarrollar esta actividad en diferentes ambientes: departamentos propios, alojamientos, hostales, entre otros, y en el caso particular de la ciudad de El Alto, ofertando estos servicios en calles de la zona 12 de Octubre a plena luz del día.

Esta proliferación de lugares donde se ejerce el trabajo sexual de forma clandestina –que se registra a nivel nacional–, no sólo conlleva un incremento de posibles hechos delictivos, sino que se incrementó la posibilidad de una mayor captación y explotación de víctimas vinculadas con la Trata de Personas, sin contar que los CDVIR, al no estar desarrollando los controles médicos relacionados con la detección y prevención de las ITS y el VIH –conforme se desarrolló en la presente investigación– generaron condiciones para no contar con información –bajo la coyuntura de la COVID-19– respecto a la prevalencia de contagios por enfermedades de transmisión sexual.

Bajo esta coyuntura, algunas organizaciones que aglutinan a las trabajadoras sexuales en el departamento de La Paz realizaron la incidencia necesaria para que el GAD de dicho departamento elabore y apruebe un protocolo y una “Guía de bioseguridad”, en los que se establecen diferentes medidas, que en el entender técnico del Sedes permitiría el desarrollo del trabajo sexual, con una baja probabilidad de contagio de la COVID-19. Instrumentos que fueron socializados por la Defensoría del Pueblo a nivel nacional, para que los restantes ocho GADs puedan adoptar una medida similar.

Cabe aclarar que, el protocolo y la “Guía de bioseguridad”, elaborado y aprobado por el GAD de La Paz, no llega a ser considerado como un instrumento que apruebe o autorice dicha actividad económica, pues la finalidad de dicho protocolo es resguardar la salud de la persona que ejerce el trabajo sexual, así como de aquellos que solicitan dicho servicio, estableciendo medidas que reduzcan la probabilidad de contagio de la COVID-19.

Ante tal situación, es plausible la decisión adoptada por el GAD de La Paz, pues se evidencia, que más allá de la aprobación legal de dicha actividad, se vela por la salud de una determinada población; sin embargo, y, pese a contar con dicho protocolo, en el departamento de La Paz aún existirían restricciones para que las personas trabajadoras sexuales vuelvan a abrir los ambientes donde desarrollan dicha actividad económica.

Ahora bien, de la incidencia que realizó la Defensoría del Pueblo a nivel nacional, socializando el protocolo y la “Guía de bioseguridad” –conforme Gráfico N.º 4–, en reuniones que contó con la participación de representantes departamentales de las personas trabajadoras sexuales, de los Sedes y de autoridades nacionales, se logró evidenciar que en cuatro GADs –Beni, Cochabamba, La Paz y Tarija– se tendría este tipo de protocolos.

Se destacan los protocolos de bioseguridad –en el marco del trabajo sexual– que adoptaron los GADs de Cochabamba y Tarija; en el primero, se establecen diferentes

medidas de prevención de la COVID-19, entre ellas: la conformación de comisiones o comités de bioseguridad en cada local nocturno, la dotación de insumos y material de bioseguridad, dotación de insumos para prevenir las ITS y el VIH/SIDA, asistencia regular a los CDVIR, planillas de reporte de casos sospechosos y protocolos en el ejercicio del acto sexual o “pieza” con la infografía denominada “Coronasutra”.

En el caso de Tarija, además de las medidas de bioseguridad, resalta el enfoque humano y de realidad socioeconómica por la cual atraviesa una gran parte de las personas trabajadoras sexuales, en muchos casos es el único ingreso y son responsables de sus familias, que es plasmada en el justificativo para la adopción de dicho documento.

Por último, es de preocupación para la Institución Defensorial que, pese a ser de conocimiento general la reanudación de dicha actividad económica a nivel nacional, en los GADs de Chuquisaca, Oruro, Pando, Potosí y Santa Cruz no se haya adoptado medidas que prevengan y reduzcan la probabilidad de contagio de la COVID-19, más allá de la mera prohibición de dicha actividad, que a estas alturas no llega a tener ningún efecto real.

La adopción de este tipo de instrumentos adquieren un mayor relieve y urgencia, al considerar el incremento de personas que estarían empezando a dedicarse a esta actividad económica, según las entrevistas realizadas a las trabajadoras sexuales, producto de la crisis social y económica emergente de la COVID-19.

La prohibición de esta actividad –so pretexto de contacto cercano entre personas y una mayor posibilidad de contagio de la COVID-19– en la actualidad no tiene ningún asidero de objetividad, pues es de conocimiento general la “normalización” de diferentes actividades que aglutinan a poblaciones en mayor cantidad –fiestas folclóricas, encuentros deportivos, ferias económicas departamentales, centros de diversión nocturna, entre otras–; por lo que no existiría motivo para la reapertura, bajo control y medidas de bioseguridad.

La omisión que se genera al no adoptar este tipo de medidas –protocolos– tiende a limitar el ejercicio de los derechos al trabajo y a la salud de las personas trabajadoras sexuales, con relación al trabajo, lo que limita el desarrollo de la actividad económica –que, en muchos casos es la única fuente de ingresos para esta población–, sin mencionar que el Estado no desarrolló acciones afirmativas con esta población durante la coyuntura de la COVID-19.

En el caso de la salud, favorece –indirectamente– un mayor riesgo de contagio de la COVID-19, además fomenta la proliferación de lugares clandestinos, en los cuales se podrían estar registrando hechos delictivos relacionados con la explotación sexual, la Trata de Personas y la violencia sexual comercial.

Por lo expuesto, el Estado boliviano al omitir la adopción de protocolos de bioseguridad para el ejercicio del trabajo sexual bajo la coyuntura de la COVID-19, no sólo estaría vulnerando el derecho a la salud y al trabajo, de conformidad con el artículo 26 (Desarrollo Progresivo) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, sino que estaría fomentando la proliferación de lugares clandestinos, en los cuales y con probabilidad se registrarían hechos delictivos.

1.5. Aquiescencia en actos de violencia institucional

En la elaboración de la presente investigación, se solicitó información a diferentes instituciones y actores relacionados con el trabajo sexual. Se fue evidenciando un patrón reiterativo de graves vulneraciones a los derechos humanos, el cual estaría relacionado con los operativos de control de la Libreta de Salud, tanto por personal de los Guardias Municipales como de la Policía Boliviana.

Los operativos de control –comúnmente denominadas “batidas”– que realiza la Policía Boliviana se amparan en diferentes normativas, como ser las leyes N.º 548, 263 y 264, cuyo objeto es proteger a las niñas, niños y adolescentes, prevenir actos relacionados con la Trata de Personas, así como desarrollar acciones en el marco de la Seguridad Ciudadana. En el caso de los Guardias Municipales, amparó su actuar en la Ley N.º 259, para la verificación de licencias de funcionamiento y el control de expendio de bebidas alcohólicas.

Sin embargo, se evidenció que dichas batidas son aprovechadas por algunos funcionarios para agredir física y psicológicamente, extorsionar, cometer actos que bien encajarían en hechos relacionados a la tortura y violencia sexual –en el marco del estándar interamericano de Derechos Humanos–, dentro de un ambiente de prácticas de violencia institucional toleradas y “aceptadas”, como elementos que “integrarían” el modus vivendi de las personas trabajadoras sexuales.

De las reuniones con las dirigentas de organizaciones de las trabajadoras sexuales, se tomó conocimiento de actos de violencia que estarían cometiéndose, en particular en la ciudad de El Alto –específicamente en la zona 12 de Octubre–, los cuales estarían estrechamente relacionados con los operativos de control de la Libreta de Salud.

Así también, se tomó en conocimiento de una denuncia por cohecho pasivo propio, extorsión y privación de libertad, de un hecho acontecido el jueves 4 de febrero del 2021, denuncia que fue de conocimiento de la MAE del GAMEA:

Señora Chapetón, el día jueves 04 del presente, el Intendente Cap. R. haciendo abuso de Autoridad detuvo a una de las compañeras de OTN-B, fue detenida ilegalmente en las dependencias de la Intendencia Municipal por más de 3 horas contra su voluntad, cuando a fuerza y presión fue hostigada para sonsacarle dinero para que pueda seguir ejerciendo el trabajo sexual, en este entendido, fue con parte del dinero solicitado por el Intendente Municipal Cap. R. donde intentó grabarle para tener la prueba documental.

El Cap. R. notó lo que la compañera trato de hacer, [el mismo] se encontraba en alerta porque ya lo habíamos denunciado como ente matriz a la Policía Boliviana por el abuso que comete contra nuestras afiliadas de la OTN-B, teniendo que hacerse presente la Defensoría del Pueblo, donde se cercioró que efectivamente nuestra compañera se encontraba retenida contra su voluntad [sic] (Nota de la C.T.O.B de 07 de febrero de 2021).

Este tipo de actuar, evidencia un procedimiento “tolerado” de violencia institucional –que es generalizado a nivel nacional– y que en su momento fue reportado por la Defensoría del Pueblo (2017).

... las trabajadoras sexuales son frecuentemente extorsionadas sea en dinero o haciendo “pieza” por los policías o funcionarios del gobierno municipal, cuando no portan su libreta de control sanitario, según entrevista del encargado del Sedes (...).

... los policías incluso vienen a “hacer pieza” con las chicas y nos dicen: “Las chicas que tienen que hacer “pieza” sin condón y gratis”. Por eso es que no nos ponen el “Clausurado” (...) los policías ya no querían dinero, sólo querían “hacer pieza”, venían dos veces por semana para tener “pieza” con las chicas.

Mis amigas me contaron lo que les hacen los policías en las “batidas”, me dicen que se tapan las caras, que las enfocan con cámaras (...) Cuando no es la Intendencia y sólo viene la Policía, sí o sí quieren que les demos dinero, y esa vez nos dijo: “Por cabeza 100 palos”. Es así siempre con ellos, te piden tu carnet de identidad, tu carnet de sanidad, te lo devuelven y después te piden dinero y de ahí las chicas nos tenemos que poner de acuerdo en el monto que les vamos a dar para que nos dejen en paz, sí o sí nos piden un monto de dinero por cabeza. Para que se vayan hay que darles.

Violencia institucional que también fue corroborada conforme una investigación desarrollada por RedTraSex (2016):

Otra situación considerada grave, que constituye un delito según las mujeres trabajadoras sexuales, son las extorsiones y coimas ejercidas principalmente por policías que al momento de las batidas les piden dinero o servicios, al mismo tiempo les otorgan un trato despectivo, represivo y discriminatorio, sin otorgarles

respeto ni consideración. “Me robaron, los policías te extorsionan, te piden dinero, si no tienes sanidad”.

La verificación de documentos (carnet de identidad y carnet sanitario) el control esporádico en locales y en algunas calles es sólo un pretexto para extorsionar solicitando dinero o servicios gratuitos a las mujeres trabajadoras sexuales.

Con relación al accionar de los Guardias Municipales –que es generalizado a nivel nacional–, la función principal en este tipo de “batidas” es el control y expendio de bebidas alcohólicas, mas no así el control de la Libreta de Salud, que al igual que la Policía Boliviana, es aprovechado para realizar actos de extorción y de cohecho pasivo propio. En ese sentido, la Defensoría del Pueblo realizó un requerimiento de informe escrito al GAM de El Alto –a raíz del hecho acontecido el 4 de febrero, citado *ut supra*–, que informó que:

La intendencia Municipal de El Alto realiza operativos programados y coordinados para controlar la elaboración, expendio y consumo de alimentos y bebidas alcohólicas en las diferentes actividades económicas, en este caso donde se expenden y consumen bebidas alcohólicas, baile y espectáculos musicales sujetos a horarios establecidos, no permitiéndose la actividad sexual en los clubs nocturnos de la urbe alteña, para tal razón, **el objetivo primordial es de prevenir y controlar la proliferación de actividades clandestinas, y de elaboración, expendio y consumo de bebidas alcohólicas**, es de donde se determina las sanciones respectivas enmarcadas en normativa nacional y municipal vigente y aplicable [sic] (GAMEA, nota de 03 de marzo de 2021) (el resaltado es nuestro).

Antecedentes que adquieren actualidad y son reforzados, conforme los resultados obtenidos de las entrevistas que la Defensoría del Pueblo realizó a las personas trabajadoras sexuales a nivel nacional, en las cuales se evidenció que indistintamente el operativo sea desarrollado por la Policía Boliviana o la Guardia Municipal se cometerían excesos y diferentes agresiones –físicas, psicológicas e incluso sexuales– a las personas trabajadoras sexuales, so pretexto de no portar el documento de identificación personal o la Libreta de Salud.

Con relación a la Guardia Municipal, de los reportes de los departamentos de Chuquisaca y Oruro se evidenció que los mismos procederían a sacar fotografías a las personas trabajadoras sexuales, arguyendo que dicho material es necesario para la elaboración de los informes de descargo de los operativos, proceder que extralimita su competencia, vulnerando el derecho a la vida privada, intimidad y dignidad de las personas trabajadoras sexuales.

Respecto a la Policía Boliviana, las agresiones se desarrollarían en algunos casos, ocultando su identidad –gafetes–, realizando arrestos por el solo hecho de no portar uno de los dos documentos, es decir, la cédula de identidad o la Libreta de Salud,

a pesar de no tener competencia para hacer el control de este último documento.

En el primer caso, aunque la persona trabajadora sexual tenga una fotocopia de la cédula de identidad o que físicamente se evidencie que la misma es mayor de 18 años de edad, se la arrestaría so pretexto de investigar actos relacionados a la trata de personas, es decir, en calidad de investigadas, mas no como “posibles víctimas”, quedando expuestas a procesos de criminalización: si no son víctimas, entonces serán victimarias.

En el caso de no portar la Libreta de Salud, se realizaría el arresto correspondiente por el supuesto de estar realizando un delito contra la salud pública –artículo 216.1.5.9 y 10 del Código Penal– bajo consideraciones de un delito *iure et de iure*, sin considerar –y en particular con el inciso 9– que este delito es de resultado y tiene un carácter de peligro concreto y no abstracto, conforme lo establecido por el Tribunal Supremo de Justicia en el Auto Supremo N.º 326/2013-RRC de 06 de diciembre.

El citado Auto Supremo establece además que:

... desprende la aplicabilidad del principio de lesividad o antijuricidad material, entendiéndose que la antijuricidad al ser un elemento del delito, debe ser comprendida no sólo en su sentido formal sino también en el sentido material, exigiendo que la conducta típica, efectivamente lesione o al menos ponga en peligro cierto un bien jurídico tutelado; por ello, los delitos de peligro abstracto son contrarios al principio de lesividad, por ende, inaplicables en los delitos Contra la Salud Pública relativo al artículo 216.9) del Código Penal boliviano.

Por otra parte, el pretender utilizar la teoría de delitos de peligro presunto o abstracto en los delitos Contra la Salud Pública inserto en el artículo 216.9) del CP, también significaría desconocer los derechos de defensa (arts. 115.II y 119.II de la CPE), contradicción (art. 120 de la Ley Fundamental citada) y el principio de inocencia (art. 116 de la CPE); toda vez que al presumirse la culpabilidad de las personas *iure et de iure*, sin que se admita prueba de contrario, significaría desconocer que toda condena debe ir precedida siempre de una actividad probatoria, impidiéndose la condena sin pruebas.

Por todo lo señalado, se colige que el tribunal o juez respecto a la norma sustantiva prevista en el art. 216.9) relativo a aquel que incurriera en delito Contra la Salud Pública por realizar cualquier acto que de una u otra manera afecte la salud de la población, la interpretará como un delito de peligro concreto o demostrable, protegiendo de esta manera los principios, valores y derechos establecidos en la Constitución [sic] (el resaltado es nuestro).

Las acciones desarrolladas *ut supra* se desarrollan en franco abuso de autoridad, en el caso de la cédula de identidad, al no existir una tipificación alguna que justifique el arresto por la no portación del mismo, so pretexto de prevenir e investigar casos de trata de personas. Proceder que evidencia el desconocimiento de los propios protocolos que tiene la Policía Boliviana para la investigación de este tipo de delitos, que si bien es un indicador ante un posible hecho de trata de personas, no puede ser justificativo para desarrollar actos de abuso de autoridad.

Si bien, la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 estableció que la Libreta de Salud es el requisito *sine qua non* para el ejercicio del trabajo sexual, sigue constituyéndose en un documento de carácter personalísimo –y por ende privado– no pudiendo ser objeto de requisita o control por la Policía Boliviana, mucho menos por los Guardias Municipales; únicamente el Sedes en el marco de las medidas de resguardo a la privacidad de información tendría la competencia de realizar el control correspondiente.

El arrestar a la persona trabajadora sexual por la no portación de la Libreta Salud, bajo la consideración de que este acto –*iure et de iure*– atenta contra la salud pública, por ende, es sancionable conforme el artículo 216 del Código Penal, es una medida extrema, pues conforme a la CPE y el bloque de constitucionalidad “no puede pretenderse la vulneración de: los principios de lesividad, efectividad de los derechos y garantías adquiridos e inocencia; el derecho a la defensa; y, los principios procesales de contradicción y oralidad; además, de la dignidad en su triple faceta de principio, valor y derecho”, esta última en particular con lo estipulado en el inciso 9 del citado artículo penal, al considerar que la no portación de la Libreta de Salud no constituye un delito material, conforme lo establecido en el Auto Supremo N.º 326/2013-RRC.

Ahora bien, según los reportes de los departamentos de Oruro, Pando, Potosí y Tarija, se evidencia que serían las mujeres policías las más agresivas –en comparación con los hombres policías– al momento de efectuarse los operativos de control, pues en éstos se registrarían agresiones verbales discriminatorias y toques impúdicos a las trabajadoras sexuales.

Por último, se convierte en motivo de preocupación para la Defensoría del Pueblo, un accionar recurrente de la Policía Boliviana y de los Guardias Municipales, quienes extorsionarían a las personas trabajadoras sexuales, solicitando “piezas” gratuitas, a fin de dejarlas continuar con su actividad económica.

Este accionar identificado en seis de los nueve departamentos, se constituye en una total vulneración a los derechos sexuales de las personas trabajadoras sexuales, quienes se verían obligadas a sostener relaciones sexuales con el personal policial o municipal, en días posteriores al operativo y en lugares ajenos al ambiente de trabajo.

Los actos de violencia institucional desarrollados *ut supra* evidencian la aquiescencia del Estado boliviano ante actos de violencia contra la mujer, violencia sexual, trato cruel, inhumano, degradante y tortura, conforme el estándar en materia de Derechos Humanos establecido por la Corte IDH, de los cuales serían víctimas las personas trabajadoras sexuales.

Con relación a la aquiescencia del Estado, la Corte IDH (2018c) estableció que ésta:

... generaría un nivel de responsabilidad más directo que aquel derivado del análisis del riesgo, por cuanto aquél comporta un consentimiento del Estado (...) sea por la inacción deliberada o por su propio accionar al haber generado las condiciones que permitan que el hecho sea ejecutado (...) lo decisivo, ha señalado la Corte, es dilucidar “si una determinada violación (...) ha tenido lugar con el apoyo o la tolerancia del poder público o si éste ha actuado de manera que la transgresión se haya cumplido en defecto de toda prevención o impunemente”.

Respecto a la violencia sexual y tortura, el estándar interamericano (Corte IDH, 2006b, 2010a y 2010b) establece que:

... la violencia sexual se configura con acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento, que además de comprender la invasión física del cuerpo humano, pueden incluir actos que no involucren penetración o incluso contacto físico alguno.

... la violación sexual (...) por un agente del Estado es un acto especialmente grave y reprobable, tomando en cuenta la vulnerabilidad de la víctima y el abuso de poder que despliega el agente. Asimismo, la violación sexual es una experiencia sumamente traumática que puede tener severas consecuencias y causa gran daño físico y psicológico que deja a la víctima “humillada física y emocionalmente”, situación difícilmente superable por el paso del tiempo, a diferencia de lo que acontece en otras experiencias traumáticas.

... en términos generales, la violación sexual, al igual que la tortura, persigue entre otros, los fines de intimidar, degradar, humillar, castigar o controlar a la persona que la sufre.

... una violación sexual puede constituir tortura aún cuando consista en un solo hecho u ocurra fuera de instalaciones estatales, como puede ser el domicilio de la víctima. Esto es así ya que los elementos objetivos y subjetivos que califican un hecho como tortura no se refieren ni a la acumulación de hechos ni al lugar donde el acto se realiza, sino a la intencionalidad, a la severidad del sufrimiento y a la finalidad del acto.

... un acto de tortura puede ser perpetrado tanto mediante actos de violencia física como a través de actos que produzcan en la víctima un sufrimiento psíquico o moral agudo.

Estos hechos de violencia –física, psicología y sexual– del cual son víctimas las personas trabajadoras sexuales, y la aquiescencia del Estado boliviano para no prevenirlas y sancionarlas, reflejan una total vulneración de los derechos de este grupo poblacional, y en particular la vulneración al derecho que tienen las mujeres trabajadoras sexuales a una vida libre de violencia.

Es inconcebible el estado de marginación social, tolerancia de violencia institucional y desprotección judicial que sufriría esta población, por el solo hecho de ejercer el trabajo sexual; sin considerar que en dicha actividad –que si bien, no está legalizada o prohibida por el Estado boliviano– se encuentran inmersas personas, con diversas historias de vida, que merecen el respeto, el trato digno, la no discriminación y la protección judicial por parte de las instituciones estatales ante hechos de violencia, pues además existe una carencia de políticas estatales que les brinde la opción de desarrollar otro tipo de actividad económica.

Por lo desarrollado *ut supra*, se puede evidenciar que la aquiescencia ante hechos de violencia contra las personas trabajadoras sexuales en el Estado boliviano, y la ausencia de medidas que prevengan y sancionen los mismos, estarían vulnerando el artículo 5 (Integridad Personal) y 11 (Protección de la Honra y de la Dignidad) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como los artículos 1 y 6 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura.

2. Conclusiones

De los hallazgos y del análisis de los resultados objeto de la presente investigación, se dan las siguientes conclusiones, que al entender de la Institución Defensorial se encuentran enmarcadas en cuatro acápite relacionados con el incumplimiento al deber de garantizar el derecho a la salud con relación a la detección y prevención de las ITS y del VIH, la deficiente implementación del procedimiento administrativo para el registro, la entrega y el control de las Libretas de Salud, la no adopción de protocolos de bioseguridad y la aquiescencia estatal ante posibles actos de violencia institucional.

a) Incumplimiento del deber de garantizar a las personas trabajadoras sexuales el derecho a la salud, con relación a la detección y prevención de las ITS y del VIH

El Estado boliviano, en la elaboración de su política pública relacionada con el trabajo sexual, adoptó el enfoque “higienista o de control sanitario”, mediante el cual establece obligaciones para que las personas trabajadoras sexuales se realicen diagnósticos de prevención de las ITS y del VIH, pues concibe –erradamente– que estas infecciones se encuentran directamente relacionadas con dicha actividad económica.

A través del Ministerio de Salud y Deportes, del PNEI, de los Sedes y de los CDVIR, el Estado boliviano implementa acciones para la detección, atención preventiva, curativa y paliativa de las ITS y del VIH, que contempla, entre otras, el acceso a la prueba diagnóstico de serología.

Si bien, durante el periodo de la cuarentena rígida –marzo a junio de 2020– emergente de la pandemia de la COVID-19, diferentes servicios relacionados con la atención médica fueron suspendidos –entre ellos el diagnóstico serológico–, no habría justificativo para que esta medida continúe posetapa de la cuarentena rígida –junio de 2020– a nivel nacional, tal como ocurrió en los GADs de La Paz, Santa Cruz y Tarija.

La suspensión de este tipo de diagnóstico llega a constituirse en una omisión que no sólo vulneró la obligación estatal para detectar y prevenir dichas infecciones, sino que, al no garantizar el acceso a este servicio, puso en riesgo la salud e integridad de las personas que buscaban realizarse dicho diagnóstico médico.

En ese sentido, el Estado boliviano al no garantizar el acceso a los servicios de detección y prevención de las ITS y el VIH –en particular, al diagnóstico serológico– no garantizó el derecho a la salud de las personas trabajadoras sexuales, siendo que y conforme el estándar interamericano de Derechos Humanos, la obligación que se desprende del deber de garantizar el derecho a la salud adquiere un carácter reforzado al tratarse de temas relacionados a las ITS y el VIH, pues éstas comprometen la salud, integridad y la vida de las personas que las solicitan.

Por lo que, se incumplió con el deber estatal de garantizar el derecho a la salud de las personas trabajadoras sexuales, en particular de las mujeres, el cual tiene carácter reforzado cuando se trata de la detección y prevención de las ITS y del VIH, conforme lo establecido en los artículos 4.1, 5.1, 24 y 26 con relación a la obligación general de garantías establecidas en el artículo 1.1 de la CADH, artículos 4.f) y 5 de la Convención de Belem do Pará, artículos 3, 5, 6.1 y 10 del Protocolo de San Salvador, artículos 18.I y II y 37 de la CPE, artículo 20.I.8 de la Ley N.º 348 y artículo 19.I.b) de la Ley N.º 3729, entre otras.

b) Deficiente implementación del procedimiento administrativo para el control de las personas trabajadoras sexuales

El Estado boliviano adoptó normativa –en particular el D.S. N.º 451 y la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417–, mediante la cual se impele a las personas trabajadoras sexuales derechos/obligaciones relacionadas con el registro, la entrega y el control de las Libretas de Salud, requisito *sine qua non* para desarrollar dicha actividad económica a nivel nacional.

Si bien el proceso administrativo relacionado con el registro, entrega y control de dicha libreta es desarrollado por los Sedes –a través de los CDVIR–, se evidenció

un deficiente cumplimiento del mismo, puesto que se vulnerarían derechos relacionados con la vida privada e intimidad, sobre todo con la información que se establece en dicha libreta –como ser el nombre completo y la fotografía–, no garantizando el cumplimiento de los operativos de control –conforme lo establecido en la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417–, generando erogaciones económicas abusivas respecto a la renovación de la Libreta de Salud, tolerando y favoreciendo posibles hechos vinculados con la explotación sexual, el proxenetismo y la trata de personas, en particular con personas menores de 18 años.

Por lo que, urge que el Ministerio de Salud y Deportes y el PNEI establezcan parámetros mínimos para estandarizar el proceso administrativo para su aplicación en los nueve GADs, actualizar el documento de control –tarjetas de PVC– e implementar un formulario modelo en el cual se consigne la información personal de la persona trabajadora sexual –edad, género, nivel de educación, estado civil, número de dependientes, el tiempo que se dedica a dicha actividad económica, entre otras–.

Para lo cual, es necesario actualizar la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, en la que se debe derogar los conceptos peyorativos y discriminatorios relacionados con el trabajo sexual, así como establecer los controles médicos a los hombres y personas con diversa orientación sexual e identidad de género que decidan desarrollar dicha actividad económica.

En ese sentido, se evidenció que el Estado boliviano no actualizó el procedimiento administrativo para el registro, la entrega y el control de las Libretas de Salud, que generó que el mismo sea un medio para vulnerar derechos de las personas trabajadoras sexuales, relacionados con la dignidad, la vida privada y la no discriminación, entre otros.

Esta falencia generó una criminalización del trabajo sexual ipso facto, puesto que so pretexto de prevenir e investigar posibles delitos vinculados a la trata de personas, el proxenetismo y al atentado contra la salud pública, se procedería de forma arbitraria a sancionar a las personas trabajadoras sexuales por la no portación de alguno de los dos documentos, la Cedula de Identidad o la Libreta de Salud.

Así como tolerar que instituciones como la Policía Boliviana y los Guardias Municipales se arroguen competencias de forma ilegal e indebida, relacionada con el control de la Libreta de Salud de las personas trabajadoras sexuales, en franca contravención de la normativa nacional, así como del estándar interamericano de derecho humanos, relacionado con la privacidad de este tipo de información.

Por lo que, el Estado boliviano incumplió con el deber de prevenir hechos que generan la vulneración de derechos de las personas trabajadoras sexuales, en particular de las mujeres, conforme lo establecido en los artículos 4.1, 5.1, 11 y 24 con relación a la obligación general de garantías establecidas en el artículo 1.1 de la

CADH; artículos 2.c), 3, 4.b) e) y f), 5, 6.a), 7.a), b) y c) y 8.a), b), c) y h) de la Convención de Belém do Pará, artículo 15.I, II y III de la CPE, y artículo 17.I.1) de la Ley N.º 348, entre otras.

c) Omisión para la adopción de protocolos de bioseguridad relacionados con el trabajo sexual

Dadas las condiciones de distanciamiento físico emergentes de la pandemia de la COVID-19, el Estado boliviano adoptó diferentes normativas mediante las cuales prohibió determinadas actividades económicas –entre ellas los lugares donde se ejerce el trabajo sexual–, por la alta probabilidad de contagio en las mismas, facultando a las ETAs la regulación de dicha medida en sus respectivas jurisdicciones.

Esta medida, generó una doble limitación en el marco del trabajo sexual –distanciamiento físico y el cierre de los lugares–, que en la actualidad aún se encuentra vigente, sin considerar que, a partir de junio del 2020, gran parte de las actividades económico sociales, culturales, deportivas y de distracción fueron normalizándose a nivel nacional, existiendo una omisión por parte del Gobierno nacional y en particular de seis GADS –Beni, Chuquisaca, Oruro, Pando, Potosí y Santa Cruz– por no adoptar protocolos que establezcan medidas de bioseguridad en el marco del trabajo sexual.

Omisión que favoreció a la proliferación de lugares clandestinos e ilegales donde se ejercería el trabajo sexual, en los cuales no existiría ningún tipo de control, ya sean relacionado con la prevención de hechos delictivos o de detección y prevención de las ITS y del VIH –conforme lo establecido en el D.S. N.º 451 y la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417–.

Por lo que, el Estado boliviano incumplió con el deber de prevenir hechos que generan la vulneración de derechos de las personas trabajadoras sexuales, en particular de las mujeres, conforme lo establecido en los artículos 24 y 26 con relación a la obligación general de garantías establecidas en el artículo 1.1 de la CADH; artículos 4.f) y 6.a) de la Convención de Belém do Pará, artículo 18.II de la CPE, artículo 40 del D.S. N.º 451 y la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417, entre otras.

d) Aquiescencia del Estado boliviano ante actos de violencia institucional contra las personas trabajadoras sexuales

Si bien, el trabajo sexual no se encuentra prohibido o legalizado en el Estado boliviano, se adoptó medidas referentes al control hacia las personas que ejercen dicha actividad económica, como mecanismo de prevención de las ITS y del VIH; constituyéndose el Sedes –a través del CDVIR– como única autoridad competente, para hacer el control de la Libreta de Salud, documento que fue asumido erradamente, como autorización para desarrollar el trabajo sexual.

El desconocimiento de las prerrogativas inherentes a los Sedes para desarrollar el control de la Libreta de Salud –a través de los CDVIR– permitió que la Policía Boliviana y los Guardias Municipales, de forma indebida, asuman como facultad propia el control de dicho documento, lo cual generó una serie de vulneraciones a los derechos de las personas trabajadoras sexuales.

Vulneraciones que emergen de la aquiescencia y tolerancia estatal, ante hechos que contravienen a los compromisos internacionales en materia de Derechos Humanos, pues se logró evidenciar actos en los que se ve involucrada la integridad física, psicológica y sexual de las personas trabajadoras sexuales, en particular de las mujeres. Situación que se agrava cuando se constata un patrón de violencia, en razón al comportamiento vinculado con la solicitud de “piezas” gratuitas, como medio de pago ante hechos de extorsión, producto de los operativos de control.

El abuso de autoridad y vulneración de derechos –que se evidenció durante la elaboración de la presente investigación– que realizaría la Policía Boliviana y los Guardias Municipales durante los operativos de control de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales, son el reflejo del aún vigente comportamiento machista patriarcal, inmerso en las instituciones estatales.

Puesto que, aquellos servidores públicos –tanto de la Policía Boliviana como los Guardias Municipales– involucrados en dichos abusos, utilizarían su poder y posición para intimidar y forzar a la prestación del servicio sexual como forma de pago, que, al carecer de la voluntariedad por parte de la persona trabajadora sexual, se concreta en un hecho de violencia sexual, que sería tolerado y fomentado por el Estado boliviano, al no sancionar este tipo de actos.

Por lo que, el Estado boliviano incumplió con el deber de protección a las personas trabajadoras sexuales, en particular con las mujeres, tolerando y no sancionando hechos de violencia sexual institucional, conforme lo establecido en los artículos 4.1, 5.1 y 2, 7.3, 11 y 24 con relación a la obligación general de garantías establecidas en el artículo 1.1 de la CADH, artículos 1 y 6 de la Convención Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura y artículos 15.I, II y III y 114 de la CPE, entre otras.

3. Determinaciones Defensoriales

La Defensoría del Pueblo, en uso de las atribuciones conferidas en el artículo 222.3 y 5 de la Constitución Política del Estado, así como lo establecido en los artículos 5.3, 24, 25, 26 y 27 de la Ley N.º 870, Ley del Defensor del Pueblo, resuelve:

4.1. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud y Deportes

En cumplimiento con lo establecido en el artículo 20.I.8 de la Ley N.º 348, artículos 4, 12, 13, 14, 19.I.b) y II, 20, 32 y 34 de la Ley N.º 3729, artículos 72, 73, 77, 151 y 152 del Código de Salud, artículo 90.a), c), d), e), f), w), x), y) del Decreto Supremo N.º

29894, artículos 12, 13, 24, 29, 31, 34, 40, 41, 42 y 48 del Decreto Supremo N.º 451 y Resolución Bi-Ministerial N.º 0417:

- a) Fortalecer las políticas nacionales y los programas de salud orientadas a la prevención, diagnóstico, vigilancia epidemiológica y tratamiento de las ITS y del VIH en las personas trabajadoras sexuales, replicando a nivel nacional el Programa piloto del departamento de Tarija, por el cual se descentraliza el servicio del control médico a esta población en establecimientos de salud públicos.
- b) Adoptar un nuevo instrumento de control médico “Libreta de Salud” acorde con el derecho de reserva y principio de confidencialidad, respecto a la información de la persona trabajadora sexual, en particular, eliminando datos como la fotografía, el nombre y la fecha de nacimiento. Documento que debe ser una tarjeta de PVC, en la cual se consigne un único código numérico, alfanumérico o QR para identificar su pertenencia.
- c) Establecer un formulario modelo y lineamientos nacionales para ser aplicados durante el proceso de registro de las personas trabajadoras sexuales por parte de los GADs, disgregando la información mínimamente por edad, género, nivel de instrucción académica, estado civil, número de dependientes, entre otras, a fin de que la misma sea utilizada para la elaboración de políticas públicas que protejan y beneficien a esta población.
- d) A través del PNEI, realizar el seguimiento, monitoreo, evaluación y consolidación de toda la información generada por los GADs, emergentes del control médico relacionado con el trabajo sexual.
- e) Elaborar protocolos, guías u otro tipo de instrumento, que establezcan parámetros de bioseguridad en el trabajo sexual a nivel nacional, en el marco de la emergencia sanitaria de la COVID-19.
- f) Implementar procesos de capacitación en materia de Derechos Humanos y otras relacionadas con el buen trato, al personal encargado del registro de las personas trabajadoras sexuales, en los nueve departamentos.
- g) Auditar el mecanismo de registro y entrega de la Libreta de Salud a personas de 15 a 19 años de edad, solicitada para el ejercicio del trabajo sexual en los departamentos del Beni y Potosí. En caso de identificarse posible vulneración de derechos, proceder con las sanciones administrativas y derivación a la vía penal correspondiente.
- h) Verificar el cumplimiento de la Circular ITS/VIH/SIDA/30/08/06 en los CDVIR y CRVIR a nivel nacional, a fin de constatar el desarrollo del control ginecológico y los exámenes Médico Laboratorial, de ITS y del VIH a las personas trabajadoras sexuales.

Al Ministerio de Salud y Deportes y al Ministerio de Gobierno

En cumplimiento a lo establecido en los artículos 4, 13, 14 y 19.I. b) y II de la Ley N.º 3729, artículos 26.1) y 2) de la Ley N.º 264, artículos 72, 73 y 77 del Código de Salud, artículos 34.a), c) y d), 90.a), c), d), e), f), w), x), y) del Decreto Supremo N.º 29894, artículos 29 y 40 del Decreto Supremo N.º 451 y Resolución Bi-Ministerial N.º 0417:

- a) Adoptar una nueva normativa, en remplazo de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 de 17 de agosto del 2000, estableciendo un mecanismo de registro nacional, así como los requisitos que se les exige a las personas trabajadoras sexuales para acceder a la Libreta de Salud, que debe contener parámetros mínimos para su implementación por los GADs, además de no utilizar conceptos peyorativos y discriminatorios.

A la Policía Boliviana – FELCC

En cumplimiento de los artículos 6, 7, 35, 55.b), c) y d) de la Ley Orgánica de la Policía Nacional, artículo 5 de la Ley N.º 101, artículo 36.1 de la Ley N.º 263, artículos 26.2 y 10, y 65 de la Ley N.º 264 y artículo 13 de la Ley N.º 259:

- a) Actualizar el Manual de Técnicas básicas de Intervención Policial en el contexto de los Derechos Humanos y el Manual de Investigaciones en Delitos de Trata y Tráfico de Personas de la FELCC, incorporando acápite específicos para las intervenciones policiales a establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual.
- b) Desarrollar los patrullajes de prevención y control de delitos relacionados con la Trata de Personas y el Proxenetismo, en el marco del respeto a los Derechos Humanos de las personas trabajadoras sexuales, conforme los parámetros establecidos en sus instrumentos de procedimiento institucional interno.
- c) Coordinar con los nueve Sedes, en el marco de sus competencias, su participación en los operativos de control de la Libreta de Salud en lugares donde se ejerce el trabajo sexual, para lo cual es necesaria la elaboración de protocolos de actuación.
- d) Desarrollar procesos de capacitación y sensibilización al personal de la FELCC – en particular a las policías mujeres–, a fin de desarrollar los operativos de control en el marco del respeto de los derechos humanos de las personas trabajadoras sexuales.

A los nueve Gobiernos Autónomos Departamentales – Sedes – CDVIR

En cumplimiento del artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, artículos 3. a), b), c), d) y g) y 5. a) y e) del Decreto Supremo N.º 25233, artículo 30 del Decreto Supremo N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 de 17 de agosto de 2000:

- a) Adoptar un nuevo instrumento de control médico Libreta de Salud, acorde al derecho de reserva y principio de confidencialidad, respecto a la información de la persona trabajadora sexual, en particular eliminando datos como la fotografía, el nombre y la fecha de nacimiento. Documento que debe ser una tarjeta de PVC, en la cual se consigne un único código numérico, alfanumérico o QR para identificar su pertenencia.
- b) Desarrollar procesos de capacitación y sensibilización al personal de los Sedes y del CDVIR, a fin de desarrollar el servicio de atención, registro y control médico a las personas trabajadoras sexuales, en el marco del respeto de sus Derechos Humanos, a la no discriminación y estigmatización.

- c) Implementar un formulario y un mecanismo de registro de las personas trabajadoras sexuales, con información disgregada mínimamente por edad, género, nivel de instrucción académica, estado civil, número de dependientes, entre otras, a fin de que la misma sea utilizada para la elaboración de políticas públicas que protejan y beneficien a esta población.
- d) Fortalecer el funcionamiento de los CDVIR, a fin de que brinden los servicios de atención, prevención y tratamiento del VIH, así como desarrollar en coordinación con la Policía Boliviana –en el marco de sus competencias– los controles de la Libreta de Salud, en los operativos en lugares donde se ejerce el trabajo sexual.
- e) Desarrollar procesos de socialización y capacitación de derechos y obligaciones a las personas trabajadoras sexuales, en particular aquellos relacionados con el control de la Libreta de Salud.

Al GAD, Sedes y CDVIR de Tarija

En cumplimiento del artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, artículos 3 y 5 del Decreto Supremo N.º 25233, artículo 30 del Decreto Supremo N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 de 17 de agosto de 2000:

- a) Dejar sin efecto el Acta de Compromiso de 03 de septiembre de 2018, por el cual se delega a la Guardia Municipal la competencia para el control de la Libreta de Salud, función que debe ser asumida por el Sedes-CDVIR.

Al GAD, Sedes y CDVIR del Beni

En cumplimiento del artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, artículos 3 y 5 del Decreto Supremo N.º 25233, artículo 30 del Decreto Supremo N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 de 17 de agosto de 2000:

- a) Eliminar el requisito de la presencia del administrador del lenocinio en el proceso de registro y extensión de la Libreta de Salud.
- b) Auditar la entrega de la Libreta de Salud a personas de 15 a 19 años de edad – para el ejercicio del trabajo sexual–. En caso de identificarse posible vulneración de derechos e incumplimiento de deberes, proceder con las sanciones correspondientes.

Al GAD, Sedes y CDVIR de Potosí

En cumplimiento del artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, artículos 3 y 5 del Decreto Supremo N.º 25233, artículo 30 del Decreto Supremo N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 de 17 de agosto de 2000:

- a) Auditar la entrega de la Libreta de Salud a personas de 15 a 19 años de edad – para el ejercicio del trabajo sexual–. En caso de identificarse posible vulneración de derechos e incumplimiento de deberes, proceder con las sanciones correspondientes.

- b) Auditar el proceso de registro de las personas trabajadoras sexuales, en particular con la cantidad de solicitudes nuevas y renovaciones de la Libreta de Salud, a fin de tener certeza del tipo de información, que sirva para la generación de políticas públicas que protejan y beneficien a esta población.

4.2. Recordatorios de Deberes Legales

A la Policía Boliviana – FELCC y a los nueve Gobiernos Autónomos Departamentales – Sedes – CDVIR

En cumplimiento de los artículos 6, 7, 35, 55.b), c) y d) de la Ley Orgánica de la Policía Nacional, artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, artículo 5 de la Ley N.º 101, artículo 36.1 de la Ley N.º 263, artículos 26.2 y 10, y 65 de la Ley N.º 264, artículo 13 de la Ley N.º 259, artículos 3. a), b), c), d) y g) y 5. a) y e) del Decreto Supremo N.º 25233, artículo 30 del Decreto Supremo N.º 451 y de la Resolución Bi-Ministerial N.º 0417 de 17 de agosto de 2000:

- a) Coordinar los operativos de control de la Libreta de Salud a las personas trabajadoras sexuales, en el marco de sus competencias.

A los GADs de Cochabamba, La Paz, Oruro y Santa Cruz

En cumplimiento de los artículos 222 y 223 de la Constitución Política del Estado y artículos 5, 14 y Artículo 22 de la Ley N.º 870:

- a) La obligación de proporcionar a la Defensoría del Pueblo información fundamentada, que se solicite con relación al ejercicio de sus funciones.

4.3. Sugerencias

Al Ministerio de Salud y Deportes y a los nueve Gobiernos Autónomos Departamentales

En cumplimiento a lo establecido en los artículos 4, 12, 13, 14, 19.I.b) y II, y 20 de la Ley N.º 3729, artículos 72, 73, 77 y 151 del Código de Salud, artículo 81.III.p) de la Ley N.º 031, artículo 90.a), c), d), e), f), w), x), y) del Decreto Supremo N.º 29894, artículos 29, 30, 31, 34, 40 y 42 del Decreto Supremo N.º 451, artículos 3 y 5 del Decreto Supremo N.º 25233 y Resolución Bi-Ministerial N.º 0417:

- a) Implementar el uso de tarjetas de PVC (cloruro de polivinilo), en remplazo de la actual Libreta de Salud, en el cual se consigne únicamente un dato –código, el número de cédula de identidad o pasaporte–.

- b) Establecer los controles médicos relacionados con la detección y prevención de las ITS y el VIH para hombres y personas con diversa orientación sexual e identidad de género que realizan el trabajo sexual, considerando una periodicidad similar al examen ginecológico de las mujeres trabajadoras sexuales.

Referencia Bibliográfica

Abellán-García Sánchez, Fernando (2020). Protección de datos personales de salud en el plano asistencial e investigador [Archivo PDF]. <https://www.fundacionmercksalud.com/wp-content/uploads/2020/03/1.5.-PROTECCION-DE-DATOS-DE-SALUD.-Fernando-Abellan-Ana-Garcia.pdf>

Amaya, A., Canaval, E., & Viáfara, E. (2005). Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. Colombia Médica.

Bevilacqua, P. y Camacho G. (2020). Trabajadoras sexuales de Cochabamba: una aproximación sociodemográfica [Archivo PDF]. <http://gacetamedicaboliviana.com/index.php/gmb/article/view/17/0>

Cantoral Domínguez, Karla (2012). Derecho a la protección de datos personales de la salud, México. NOVUM.

Clínica Barcelona Hospital Universitario (09 de diciembre de 2021). Diagnóstico del VIH. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/vih-sida/diagnostico>

CIDH - Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020a). Resolución 01/2020 "Pandemia y Derechos Humanos en las Américas" de 10 de abril de 2020.
(2020b). Resolución N.º 04/2020 "Derechos Humanos de las Personas con COVID-19" de 27 de julio de 2020.

CNDH - Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2019). Las y los trabajadores sexuales y sus Derechos Humanos ante el VIH [Archivo PDF]. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/29-DH-trabaj-sexuales-VIH.pdf>

Corte IDH. Sentencia "Caso de las Masacres de Ituango vs. Colombia" de 01 de julio de 2006.

Caso "Penal Miguel Castro Castro vs. Perú" de 25 de noviembre de 2006b.

Caso "Albán Cornejo y otros vs. Ecuador" de 22 de noviembre de 2007.

Caso "Fernández Ortega y otros vs. México" de 30 de agosto de 2010a.

Caso "Rosendo Cantú y otra vs. México" de 31 de agosto de 2010b.

Caso "Atala Riffo y Niñas vs. Chile" de 24 de febrero de 2012.

Caso "Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador" de 01 de septiembre de 2015.

Caso "Poblete Vilches y otros vs. Chile" de 08 de marzo de 2018a.

Caso "Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala" de 23 de agosto de 2018b.

Caso "López Soto y otros vs. Venezuela" de 26 de septiembre de 2018c.

Caso "Manuela y otros vs. El Salvador" de 02 de noviembre de 2021.

Defensoría del Pueblo (2008). Resolución Defensorial "Responsabilidad Pública en la Protección de Derechos Humanos de las Mujeres en situación de prostitución". Defensoría del Pueblo.

(2017) Informe Defensorial "Situación del Trabajo Sexual en Bolivia". Defensoría del Pueblo.

Di Escheverry B. y Moroy P. (2002). La Infancia y juventud sexualmente explotada en Colombia [Tesis de Grado, Universidad Javeriana]. <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/55336/Tesis-09.pdf?sequence=1>

FELCC – Fuerza Especial de Lucha contra el Crimen (2018). Manual de Investigaciones en Delitos de Trata y Tráfico de Personas. Multigráfica Digital.

Flores, P. (01 de julio de 2020). Trabajadoras sexuales en Bolivia se las ingenian pese a COVID. Tampabay Times. <https://www.tampabay.com/centro/2020/07/01/trabajadoras-sexuales-en-bolivia-se-las-ingenian-pese-a-covid/>

Morcillo, S. (2015). Entre el burdel, la cárcel y el hospital. Construcción socio-médica de la “prostituta”. Espacio Abierto.

ONUSIDA (2009). Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual [Archivo PDF]. https://data.unaids.org/pub/basedocument/2009/jc1696_guidance_note_hiv_and_sexwork_es.pdf

Overs, C., & Longo, P. (1997). Haciendo el trabajo sexual seguro. Russel Press.

Pecheny, M. y Manzelli, H. (2002) Prevención del VIH/sida en “hombres que tienen sexo con hombres”. UPCH-ONUSIDA.

Pedraza, Nancy (2008). Percepción de riesgo de ITS de mujeres adultas en contextos de no exclusividad sexual: un estudio a partir de biografías sexuales [Tesis de maestría, FLACSO México]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/1231/1/TFLACSO-2008NYPC.pdf>

Pinedo Gonzales, Ruth (2008). Características psicosociales, calidad de vida y necesidades de las personas que ejercen prostitución [Tesis de Doctorado,

Universidad de Salamanca]. <https://core.ac.uk/download/pdf/9453412.pdf>

PNEI – Programa Nacional de Enfermedades Infectocontagiosas (2021). Guía de Tratamiento antirretroviral en Adultos. PNEI.

PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (01 de mayo de 2018). Renaciendo de la crisis: Visibilizando las oportunidades de la economía informal. <https://www.bo.undp.org/content/bolivia/es/home/blog/renaciendo-de-la-crisis--visibilizando-las-oportunidades-de-la-e1.html>

Quispe, J. (02 de mayo de 2020). Las trabajadoras sexuales elaboran su propio protocolo de bioseguridad. La Razón. <https://www.la-razon.com/ciudades/2020/05/02/trabajadoras-sexuales-propio-protocolo-bioseguridad/>

RedTraSex - Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe (2016). El Trabajo Sexual y la Violencia Institucional. Vulneración de Derechos y Abuso de Poder. Onaem.

Tarantino, Marisa (2021). Ni víctimas, ni criminales: trabajadoras sexuales. Una crítica feminista a las políticas contra la trata de personas y la prostitución. Fondo de Cultura Económica.

Tirado Acero, Misael (2014). El trabajo sexual desde una perspectiva de los derechos humanos: implicaciones del VIH/sida e infecciones de transmisión sexual [Archivo PDF]. <https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/ccsh/article/view/182/166>

Zúñiga, P., & Tepichín, G. (2000). Sexo comercial e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la Ciudad de México. Papeles de Población.

DELEGACIONES DEFENSORIALES DEPARTAMENTALES
Y COORDINACIONES REGIONALES

LA PAZ

Calle Capitán Ravelo N.º 2329,
Edificio Excelsior, Piso 5.
Telf.: (2) 2113588

ORURO

Calle Soria Galvarro N.º 5212,
entre Tupiza y León.
Telf.: (2) 5112471 - 5112927

COCHABAMBA

Calle 16 de Julio N.º 680,
(Plazuela Constitución).
Telf.: 44140745 - 4 4140751

SANTA CRUZ

Calle Andrés Ibáñez N.º 241,
entre 21 de Mayo y España.
Telf./Fax: 3 3111695 3 338808

BENI - TRINIDAD

Calle Félix Pinto N.º 68, entre
Suárez y 18 de Noviembre.
Telf.: (3) 4652200 - 4652401

PANDO

Calle Cochabamba N.º 86, detrás del
templo de Nuestra Señora del Pilar.
Telf./Fax: (3) 842 3888 - 71112900

YACUIBA

Calle Juan XXIII S/N, entre Martín
Barroso y Cornelio Ríos.
Telf.: (4) 682 7166 * Fax: (4) 6822142

DESAGUADERO

Av. La Paz, Esq. Calle Ballivián
S/N, (Ex local Suipacha).

EL ALTO

Av. Juan Pablo II N.º 75
(Altura Cruz Papal).
Telf.: (2) 2153264 - 2153179
2152352

CARANAVI

Calle Tocopilla N.º 4-B,
Edificio COSAPAC, Piso 1.
Zona Central Telf.: 2 8243934

LLALLAGUA

Calle Oruro N.º 29, entre Bolívar
y Cochabamba.
Telf./Fax: (2) 5821538

PUERTO SUÁREZ

Av. 6 de Agosto N.º 29, entre
La Paz y Santa Cruz.
Telf. 67290016

RIBERALTA

Av. Plácido Méndez N.º 948,
Hotel Campos.
Telf./Fax: 73993148

POTOSÍ

Av. Serrudo N.º 143, Esq. Arce,
Edificio Renovación (interior).
Telf./Fax: (2) 6120805 - 6124744

TARIJA

Calle Ingavi N.º 789,
Esq. Ramón Rojas, El Molino.
Telf./Fax: (4) 6116444 - 6112441

MONTEAGUDO

Barrio Paraíso,
Avenida Costanera S/N.
Telf.: (4) 6473352

CHAPARE

Calle Hans Grether N.º 10.
Telf./Fax: (4) 4136334

CHUQUISACA - SUCRE

Calle J.J. Pérez N.º 602,
Esq. Trinidad.
Telf./Fax: (4) 6916115
6918054 - 6913241 - 6410453

