

# Espacios de frontera y excepción:

Encuentros entre los servicios y las  
necesidades de salud de las mujeres  
en La Pampa

Gabriel Arriarán y Susana Chávez





**PROMSEX**

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA  
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

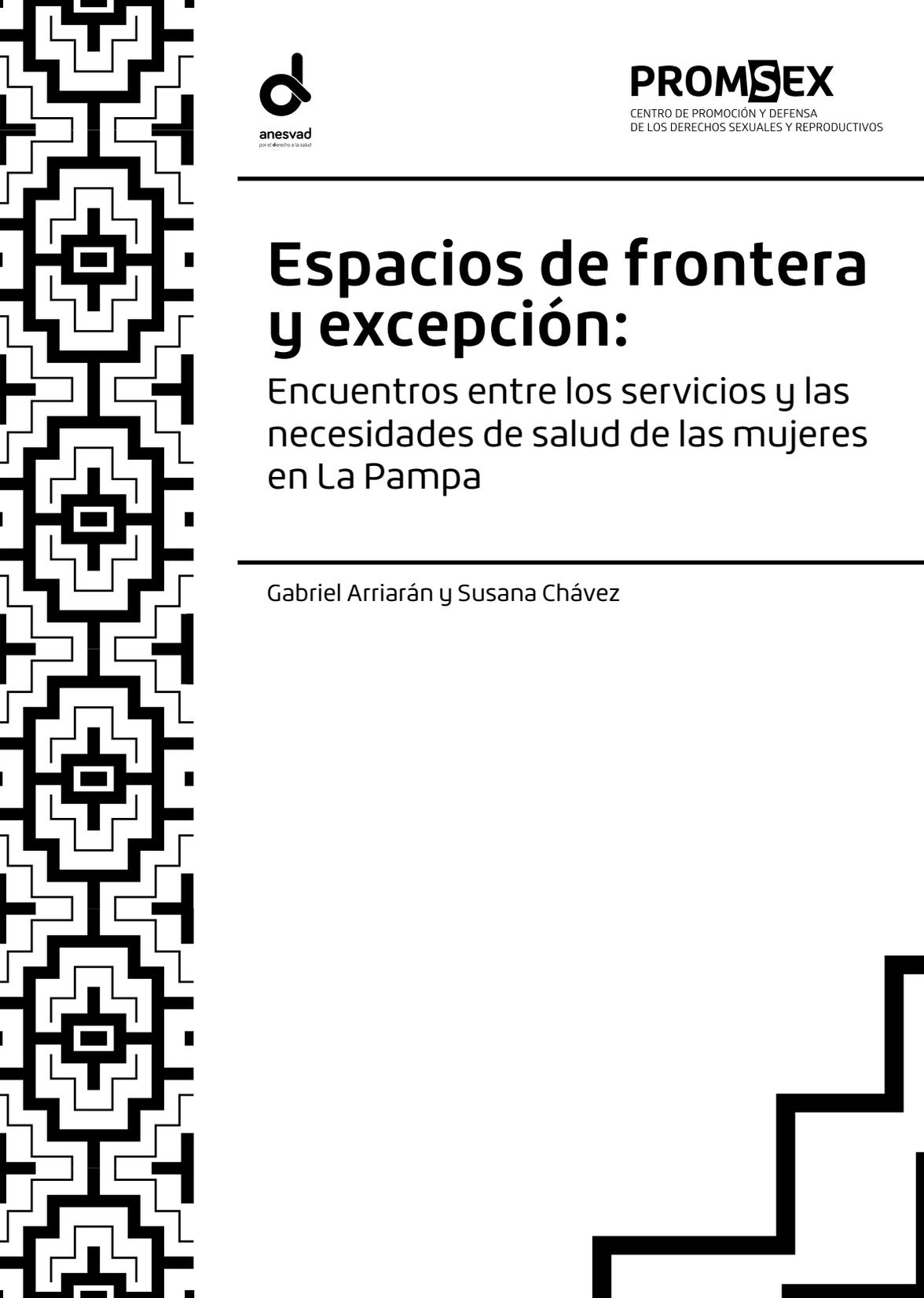
---

# Espacios de frontera y excepción:

Encuentros entre los servicios y las  
necesidades de salud de las mujeres  
en La Pampa

---

Gabriel Arriarán y Susana Chávez



© **Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX.** Avenida José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.  
Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460 [www.promsex.org](http://www.promsex.org)

© **ANESVAD.** General Concha, 28 - 1º. Entrada calle Egaña 48010 Bilbao  
T.: 944 418 008 F.: 944 410 739 [www.anesvad.org](http://www.anesvad.org)

**Autor y autora:** Gabriel Arriaran y Susana Chávez  
**Editora:** Melanie Cambiaso

**Equipo de investigación y trabajo de campo:**

Balbina Cárdenas Yucra  
Laura Izquierdo Fernández  
Virginia Rojas García

**Equipo de la Diresa:**

Nelly Arana Pacheco  
Jhon Valerio Salvador  
Luz Janeth Flores Ureta  
Anaí Aquino Castillo

**Componente Jurídico:** Brenda Álvarez y Karen Anaya  
**Corrección de estilo y cuidado de edición:** Rosa Cisneros  
**Coordinación editorial:** Jorge Apolaya  
**Diseño y diagramación:** Solange Carlin

**Editado por:** Promsex  
Av. José Pardo 601 oficina 604, Miraflores  
Lima - Perú

**1a. edición - setiembre 2017**

**Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°:** 2017-12357  
1000 ejemplares

**Se terminó de imprimir en setiembre del 2017 en:**

Aza Graphic Perú S.A.C.  
Av. José Leal 257  
Lince, Lima 14 - Perú

Susana Chávez y Gabriel Arriarán  
Espacios de frontera y excepción: Encuentros entre los servicios y las  
necesidades de salud de las mujeres en La Pampa.  
1a. ed. Lima, Perú: Promsex 2017  
**ISBN: 978-612-4106-30-9**

# CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>9</b>
<b>PRÓLOGO</b>	<b>12</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>14</b>
<b>1 CAPÍTULO 1 - ASPECTOS METODOLÓGICOS Y ÉTICOS DE LA INVESTIGACION</b>	<b>19</b>
<b>1.1 El desafío de garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía frente a las políticas de seguridad del Estado.</b>	<b>21</b>
<b>1.2 La campaña de salud como herramienta de intervención sanitaria en las fronteras del Estado.</b>	<b>21</b>
<b>1.3 Aspectos éticos de la investigación</b>	<b>23</b>
1.3.1 Una atención médica restringida y precaria	23
1.3.2 La intervención sanitaria en un contexto de riesgo	23
1.3.3 La atención médica y el recojo de datos entre víctimas de violencia	24
1.3.4 La asistencia a las mujeres para salir de las situaciones de violencia	25
1.3.5 La confidencialidad de los datos	25
<b>1.4 Técnicas e instrumentos del trabajo de campo.</b>	<b>25</b>
1.4.1 La revisión documental y demarcación conceptual	25
1.4.2 Las encuestas	27
1.4.3 Uso de otras experiencias de campo	28
<b>1.5 Líneas de análisis de la investigación</b>	<b>28</b>
1.5.1 Perfiles de las mujeres en La Pampa por sus características laborales.	29
1.5.2 Legibilidad de las necesidades y uso de los servicios de salud	31
1.5.3 La cobertura sanitaria en contextos de frontera del Estado	31

<b>1.6</b>	<b>Límites del informe</b>	<b>31</b>
------------	----------------------------	-----------

---

<b>2</b>	<b>CAPÍTULO 2. ENFOQUES Y CONTEXTOS</b>	<b>33</b>
----------	---	-----------

<b>2.1</b>	<b>El Protocolo de Palermo y su aplicación operativa</b>	<b>35</b>
------------	--	-----------

2.1.1	La explotación laboral	35
-------	------------------------	----

2.1.2	La explotación sexual	36
-------	-----------------------	----

2.1.3	El trabajo forzoso	37
-------	--------------------	----

2.1.4	Esclavitud	37
-------	------------	----

2.1.5	Las fronteras del Estado	38
-------	--------------------------	----

<b>2.2</b>	<b>La ilegibilidad del territorio</b>	<b>40</b>
------------	---------------------------------------	-----------

2.2.1	La Pampa	40
-------	----------	----

<b>2.3</b>	<b>De la frontera a la excepción</b>	<b>40</b>
------------	--------------------------------------	-----------

<b>2.4</b>	<b>El derecho a la salud en los márgenes del Estado</b>	<b>43</b>
------------	---	-----------

---

<b>3</b>	<b>CAPÍTULO 3. LOS PERFILES DE LAS MUJERES EN LA PAMPA POR SUS CARACTERÍSTICAS LABORALES Y SOCIOLÓGICAS</b>	<b>47</b>
----------	---	-----------

<b>3.1</b>	<b>Dificultades para la aplicación en campo del Protocolo de Palermo</b>	<b>48</b>
------------	--	-----------

<b>3.2</b>	<b>La explotación laboral es para los hombres, la sexual para las mujeres</b>	<b>50</b>
------------	---	-----------

<b>3.3</b>	<b>Caracterización de las mujeres que participaron de las campañas de salud en La Pampa</b>	<b>50</b>
------------	---	-----------

3.3.1	El grupo de control	53
-------	---------------------	----

3.3.2	Mujeres explotadas laboralmente	54
-------	---------------------------------	----

3.3.3	Mujeres explotadas sexualmente	55
-------	--------------------------------	----

3.3.4	Mujeres víctimas de trabajo forzoso	56
-------	-------------------------------------	----

3.3.5	Mujeres viviendo en la esclavitud	59
-------	-----------------------------------	----

---

<b>4</b>	<b>CAPÍTULO 4. NECESIDADES INCOMPRENDIDAS: LA LEGIBILIDAD Y LA ILEGIBILIDAD DE LA SALUD EN LA PAMPA</b>	<b>63</b>
----------	---	-----------

<b>4.1</b>	<b>La ilegibilidad de la muerte en La Pampa</b>	<b>64</b>
4.1.1	El subregistro de los homicidios	65
4.1.2	El subregistro de las muertes por accidentes laborales	66
4.1.3	Las desapariciones	66
<b>4.2</b>	<b>Amenazas del entorno a la salud de las mujeres en el Km 108</b>	<b>67</b>
4.2.1	Problemas respiratorios	67
4.2.2	Problemas digestivos	67
4.2.3	La salud sexual y reproductiva en La Pampa	68
4.2.4	Las picaduras de zancudos y lesiones en la piel por dicha causa	74
4.2.5	La salud mental en la frontera	75
<hr/>		
<b>5</b>	<b>CAPÍTULO 5. LA COBERTURA DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE MARGEN DEL ESTADO</b>	<b>79</b>
<b>5.1</b>	<b>La infraestructura como frontera: los centros de salud de La Pampa</b>	<b>80</b>
<b>5.2</b>	<b>Las campañas de salud de la DIRESA</b>	<b>82</b>
<b>5.3</b>	<b>El despojo financiero del derecho a la salud pública en La Pampa</b>	<b>84</b>
<b>5.4</b>	<b>El muro transparente: la interacción entre el personal de salud y los pacientes en La Pampa.</b>	<b>85</b>
5.4.1	Víctima, paciente y presunta criminal	87
5.4.2	Amenazas a la salud de las víctimas en los regímenes carcelarios de los centros de atención residencial	89
<b>5.5</b>	<b>Ofertas locales de salud: las farmacias clandestinas</b>	<b>90</b>
<hr/>		
<b>6</b>	<b>CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES</b>	<b>93</b>
<hr/>		
<b>7</b>	<b>CAPÍTULO 7. RECOMENDACIONES</b>	<b>109</b>
<b>7.1</b>	<b>Recomendaciones generales</b>	<b>110</b>
<b>7.2</b>	<b>Recomendaciones específicas</b>	<b>111</b>



# PRESENTACIÓN

Si la presente investigación no estuviese redactada con el estilo que exige el rigor académico, podríamos estar frente a una oscura novela de crímenes sin castigo, de aquellas que nos dejan sin aliento, con el corazón en la boca. Desgarrados internamente porque las víctimas son principalmente menores de edad esclavizadas, torturadas, violadas y muchas de ellas asesinadas. Pero el desasosiego es mayor cuando nos informamos que sus victimarios actúan con total impunidad, al filo de una carretera transnacional, ante la completa indiferencia de un Estado que brilla por su radical y sospechosa ausencia.

Tierra de nadie, esa es la frase que más se repite para describir la zona ubicada alrededor del kilómetro 108 de la Carretera Interoceánica, también conocida como La Pampa. Los registros oficiales indican que allí viven 1.400 personas. Sin embargo, todos saben que son entre 20 y 60 mil los seres humanos que ocupan ese territorio, una suerte de zona liberada sobre la que se han hecho varios documentales, reportajes y campañas que han colocado esta zona del país en los ojos del mundo.

No solo porque la minería ilegal ha convertido esta zona en la segunda más deforestada de Sudamérica, sino por ser uno de los epicentros más peligrosos de trata en la región.

En marzo de este año, un noticiero informó sobre el hallazgo de una fosa con los cuerpos calcinados de 20 personas. La noticia pasó casi desapercibida porque esta zona del país sigue siendo un territorio ajeno. Porque nos falta mucho para convertirnos en un verdadero país. Porque el cálculo político y económico sigue desplazando los derechos humanos de las peruanas y peruanos más vulnerables. Como lo plantea Promsex en sus campañas de comunicación, las niñas que viven en esta zona del país, son realmente invisibles.

Las veces que he visitado La Pampa lo he hecho en auto, con miedo a ser descubierto. Sin embargo, las pocas y movidas imágenes que registré, sirvieron para ilustrar el horror que ocurre al filo de la carretera.

Los autores de la presente investigación fueron muchísimo más allá. En coordinación con el personal de salud, se sumaron al equipo sanitario que brinda campañas móviles de salud, arriesgando su vida al igual que sus integrantes. Así lograron encuestar a los 30 hombres y 116 mujeres que dan vida y sustento sólido a esta valiosa investigación.

¿Por qué utilizaron esta estrategia? Porque en medio de este infierno, en el que cada vez más adolescentes son esclavizadas, donde los megaoperativos son un inocuo llamado de atención y donde literalmente cunde la ley de la selva, la única conexión que tienen las víctimas con un Estado débil y arrinconado es el personal de salud.

El personal de salud, pese a no contar con el debido respaldo político, financiero, ni mucho menos a nivel de infraestructura, está encargado de devolver un poco de humanidad a estas víctimas que siguen siendo ciudadanas y ciudadanos con derechos, pese a que el Estado en su conjunto las considera como parte de un problema mayor.

La trata es un delito complejo y la corrupción un cáncer que corroe las estructuras de nuestra sociedad. Estos delitos encuentran terreno especialmente fértil en La Pampa, donde es más fácil mirar a otro lado que aplicar la ley. En este escenario sombrío, Promsex apuesta por lo esencial, por lo que siempre ha sido nuestra principal motivación y razón de ser: luchar por los derechos de la mujer.

Porque por encima de todo, están ellas y su derecho a la salud. En ese sentido, la valiosa investigación de Susana Chávez y Gabriel Arriarán no solo es un importantísimo aporte sobre el tema, sino un urgente llamado de atención. Más allá de lo penal, de lo ambiental, de lo económico y lo político, están ellas. Esas chicas invisibles a las que el personal de salud intenta dar una fugaz e insuficiente esperanza.

Esta investigación muestra por primera vez testimonios que dan cuenta del grave estado de salud física y mental de las chicas que viven en La Pampa, así como el heroico esfuerzo del personal de salud para llegar a ellas e intentar atenderlas lo mejor posible.

Finalmente, queremos destacar el importante apoyo de ANESVAD, Tierra de Hombres Suiza y la Embajada de Canadá, que hizo posible esta investigación y su publicación. Confiamos en que este esfuerzo sirva para comenzar a cambiar esta terrible situación.

**Jerónimo Centurión**

*Presidente del Consejo Directivo*

*Promsex*

# PRÓLOGO

---

La trata de personas y la explotación sexual son problemas globales que tienen un efecto devastador en sus víctimas. Las principales afectadas son generalmente mujeres y niñas, quienes sufren la vulneración de sus derechos día a día. Canadá, a través de su Política de Asistencia Internacional Feminista, busca cambiar esta situación de desigualdad promoviendo los derechos humanos y la igualdad de género, incluyendo los derechos de las mujeres a la salud integral, así como a la salud sexual y reproductiva.

Con esta visión, colaboramos con el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX para que se realice esta investigación, que por primera vez dimensiona la dramática situación de vulnerabilidad y ausencia del derecho a la salud de las niñas y mujeres de La Pampa, en la región de Madre de Dios.

Este análisis saca a la luz retos sumamente importantes, ya que la condición de vulnerabilidad de la población en esta zona, agravada por la presencia de poderosos actores ilegales, torna difícil la identificación de sus necesidades en salud.

Asimismo, este informe enfatiza la urgente necesidad de activar sistemas de protección a las víctimas desde la Fiscalía, el Poder Judicial, el Ministerio del Interior, las Fuerzas Armadas, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de Salud, los gobiernos regionales y locales, entre otras entidades. Una estrategia coordinada es, sin duda, la mejor vía para hacer frente a la condición de esclavitud, explotación sexual y laboral que enfrentan las víctimas.

Si bien estos son problemas difíciles de enfrentar, la generación de evidencia es un elemento clave para comprender la profundidad,

gravedad y complejidad de la situación. En Canadá estamos convencidos de que los datos concretos nos permiten tomar acciones firmes hacia adelante. Por ello, nos comprometemos a difundir los resultados de este estudio a través de la Mesa de Género de la Cooperación Internacional (MESAGEN). Estamos seguros de que este material será una valiosa herramienta para generar un diálogo político entre los actores que trabajan para romper el círculo vicioso de la pobreza, violencia y la condición de vulnerabilidad en La Pampa.

Les invitamos a sumarse a la lectura de esta publicación para comprender los problemas que enfrentan niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres que desean un mejor futuro.

**Gwyneth Kutz**

*Embajadora de Canadá en el Perú*

# RESUMEN EJECUTIVO

En la zona de La Pampa, en la región de Madre de Dios, en la Amazonía sur oriental del Perú, adonde miles de campesinos andinos han migrado en busca de trabajo en los campamentos de la minería ilegal del oro, se ha generado un espacio en el que los derechos humanos están suprimidos o se encuentran gravemente amenazados. Esto es lo que sucede, en especial, con las mujeres sujetas a condiciones de explotación laboral y sexual, cuando no a regímenes de trata de personas, trabajo forzoso y esclavitud. En un entorno como este, ¿hasta qué punto puede el Estado peruano garantizar su derecho a la salud? ¿Qué acceso tienen estas mujeres a los servicios de salud del Estado? ¿Cómo el Estado cubre las necesidades de salud de estas personas, si es que lo hace?

Esta es la primera vez desde que apareciera La Pampa como consecuencia de la fiebre aurífera en Madre de Dios que un equipo de investigación logra aplicar 146 encuestas, con las que se buscó obtener una fotografía panorámica de la composición de las mujeres en la zona. Mediante dos campañas de salud organizadas por Promsex en coordinación con la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios (DIRESA-MDD), los días 5 y 12 de noviembre de 2016, se logró encuestar a 30 hombres y a 116 mujeres. Ambas campañas de salud se dividieron en cuatro módulos, donde se aplicaron encuestas diseñadas especialmente para cada uno, salvo el sencillo test para la depresión.

## DESAFÍOS DEL TRABAJO DE CAMPO

La inseguridad supuso un gran desafío para los investigadores. En este estudio se recogen los aportes de personas e instituciones que no solo han certificado la aparición de durísimas condiciones de vida

en el espacio de frontera configurado por el boom del oro de la última década, sino cómo las leyes de formalización de la minería y, en particular, las normas de represión de la minería ilegal, han agravado aún más estas condiciones.

El hecho de que muchas de las mujeres encuestadas se hallaran en aquel mismo momento sujetas a multas por los locales donde son explotadas, con la libertad de movimiento suprimida o seriamente limitada, explotadas laboral o sexualmente en los prostibares del Km 108 de la Carretera Interoceánica, o en los diversos oficios que han aparecido para cubrir las demandas de los campamentos de la minería ilegal, supuso otros varios dilemas éticos, que no hacen de éste un informe común sobre trata de personas.

## ALGUNOS HALLAZGOS

Gracias a la información recogida durante las campañas se ha podido configurar con precisión perfiles de mujeres explotadas laboral y sexualmente, así como de aquellas que son víctimas de trata de personas en la modalidad de trabajo forzoso, o de quienes han sido directamente convertidas en esclavas: cuánto tiempo tienen de residencia en el lugar, cuántas horas trabajan a la semana, quiénes las golpean más frecuentemente, qué volúmenes de alcohol consumen, qué tan extendida está la depresión entre ellas, y, por supuesto, qué síntomas de enfermedades y qué percepciones sobre su propia salud son más comunes en cada uno de estos grupos. A partir de este tipo de preguntas, se dividió a las mujeres en cinco muestras sobre las que se efectuaron los cruces entre las variables y, en general, se realizó el análisis de la información: un grupo de control compuesto por mujeres que no están sujetas a ningún tipo de explotación; una muestra de mujeres que son explotadas laboralmente (que trabajan por encima de las 48 horas semanales que como máximo establece la ley); otra muestra de mujeres que son explotadas sexualmente, vale decir, que trabajan más de 48 horas semanales en los llamados “prostibares”, locales clandestinos de expendio de bebidas alcohólicas y compra y venta de servicios sexuales; un conjunto de mujeres que,

además de estar explotadas laboral o sexualmente, están sometidas a castigos y multas, y por tanto, a trata de personas en la modalidad de trabajo forzoso; y por último, una muestra de once mujeres viviendo en la plena esclavitud, es decir, que estando forzadas a trabajar, han sido despojadas de sus vínculos de parentesco originales (madres, hermanas, hijas), están impedidas de formar relaciones de pareja o se encuentran en relaciones en las que son maltratadas con violencia y así producidas y reproducidas extranjeras absolutas, despojadas de su ciudadanía y de los derechos asociados a ella.

Como resultado, la investigación se topó con grandes vacíos de información y, sobre todo, con los grandes problemas del Estado y las ONG para leer lo que sucede con la salud en el terreno.

En términos generales se encontraron matices entre las prevalencias regionales y locales de —por ejemplo— enfermedades a los sistemas respiratorio y digestivo. De manera particular se hallaron matices en la incidencia de estas enfermedades por el tipo y la intensidad de la explotación a la que son sometidas las mujeres del Km 108.

Pensar en cómo impactan los márgenes del Estado<sup>1</sup> en la situación de la salud en La Pampa reportó, por otro lado, grandes diferencias en el acceso y en el uso de los servicios de salud entre las mujeres encuestadas. Mientras se registró que las mujeres del grupo de control tienen acceso a todas las opciones disponibles en la zona, en especial a los centros de salud cercanos a La Pampa, así como las postas y el Hospital de Santa Rosa en la ciudad de Puerto Maldonado, aquellas en situación de trabajo forzoso y esclavitud, si tuvieron acceso a alguna cobertura de salud del Estado, ésta ocurrió antes de que migrasen a Madre de Dios. Estando ya en La Pampa, su derecho a la salud se deterioró, o se perdió completamente, y su acceso a los servicios de salud se restringió a las farmacias clandestinas de la localidad. Una tercera parte de las mujeres en situación de esclavitud sencillamente

---

<sup>1</sup> El concepto “márgenes del Estado” será desarrollado en la sección 2.1.5 de esta publicación.

no se atiende y no recibe atención para ninguna de las dolencias que se les presenten.

Los datos, además, llaman la atención en las limitaciones que ofrece el sistema de aseguramiento público (SIS), para incluir a las y los migrantes temporales y en la urgencia desarrollar estrategias de atención que protejan la salud de las personas victimizadas por la minería y la explotación laboral y sexual en Madre de Dios, incluyendo la atención de la salud mental y la salud sexual y reproductiva.

En este sentido, los resultados que se presentan en esta investigación, apuntan a agendar en la política de prestaciones sanitarias, no solo intervenciones claves que reduzcan la victimización que enfrentan las víctimas, sino también, sentar las bases en el proceso de restitución de derechos, que debería ser el desafío central frente a las personas afectadas.





# CAPÍTULO 1

---

## ASPECTOS METODOLÓGICOS Y ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

---

# CAPÍTULO 1

## ASPECTOS METODOLÓGICOS Y ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

---

En el Perú, tal como ocurre en otros países de la región, donde la trata de personas, la explotación laboral y sexual han sido designadas como problemas importantes, los estudios son de reciente data y sus abordajes están centrados principalmente en la descripción de los fenómenos (Cuesta M. y Cols 2015), con muy poca evidencia sobre las víctimas, estableciéndose en muchos casos generalizaciones poco útiles.

Por lo tanto, esta investigación no solo se ha propuesto contribuir con nueva evidencia sobre la situación que enfrentan las víctimas durante su explotación, sino también poner en discusión el rol que tienen las instituciones del Estado durante esta etapa de sometimiento, para evitar que estas condiciones se agraven por barreras propias del sistema de salud.

Es desde este enfoque que este estudio se ha orientado, poniendo énfasis en el análisis del derecho a la salud en un margen del Estado como el del Km 108, en La Pampa. Para ello, se buscó responder a tres preguntas de investigación:

- a. ¿Cuáles son las condiciones laborales de las mujeres en La Pampa?
- b. ¿Qué percepciones tienen las mujeres de La Pampa acerca del estado de su salud?
- c. ¿De qué formas la cobertura de salud del Estado, en un contexto generalizado de vulneración de derechos, discrimina el goce del derecho a la salud de las mujeres de La Pampa?

## **1.1 EL DESAFÍO DE GENERAR EVIDENCIA PARA LA VISIBILIZACIÓN Y DEFENSA DE DERECHOS FUNDAMENTALES DE MUJERES EXPLOTADAS FRENTE A LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO**

Inserto en el dilema clásico entre la seguridad y la libertad, el Estado peruano ha destinado millonarios recursos a la persecución de los delitos de la minería ilegal y la trata de personas en La Pampa, mientras que, debido al carácter ilegal del asentamiento en el Km 108, la garantía del derecho a la salud que tienen los ciudadanos que habitan este territorio, quedaba relegada.

En Promsex creemos que la ilegalidad, devastación ambiental, la ausencia de servicios básicos de agua y saneamiento y la inseguridad que campean en La Pampa, no son excusas sino desafíos que el Estado y la sociedad civil deben enfrentar, especialmente cuando ello incluye personas afectadas. Así, con esta investigación buscamos responder a la necesidad de comprensión que requiere la situación de los derechos fundamentales de las mujeres que habitan La Pampa, especialmente en lo concerniente a la salud, y subsanar algunos de los vacíos de información que se encuentran en la médula de los problemas que tienen el Estado y las mismas ONG para diseñar políticas, programas y proyectos adecuados a las diversas necesidades de las mujeres en la zona. El registro de las condiciones laborales de las mujeres en el Km 108 y el análisis de la situación y la cobertura de salud en los márgenes del Estado, contribuirá, pues, a identificar estas necesidades y a segmentar las intervenciones en salud que se realicen en el futuro.

## **1.2 LA CAMPAÑA DE SALUD COMO HERRAMIENTA DE INTERVENCIÓN SANITARIA EN LAS FRONTERAS DEL ESTADO**

Una primera condición de la investigación pasó por la decisión de emplear campañas móviles de salud como una estrategia para llegar a una zona de tan insegura como es la Pampa.

Promsex, en coordinación con la DIRESA de Puerto Maldonado, organizó dos campañas de salud en La Pampa los días 5 y 12 de noviembre de 2016, ambas en el Km 108 de la Interoceánica, en el más importante conglomerado de prostibares de la región, un lugar del que se han rescatado a varias víctimas de trata y explotación sexual. La estrategia de implementación de estas campañas involucró a los equipos técnicos de la DIRESA, y de PROMSEX

En el imaginario local, hay dos tipos de prostibares. Los primeros son los locales "A1", llamados así por la procedencia y el aspecto físico de las chicas que son allí explotadas sexualmente. (Barrantes, 2015), y por la afluencia de clientes con mayor poder adquisitivo. Allí se realizó la primera campaña, donde se obtuvieron los datos de la mayor parte de víctimas de explotación sexual y trabajo forzoso, también con fines de explotación sexual.

La segunda campaña de salud se montó en el sector conocido como el de las "ojotitas", de menor categoría, según la apreciación de las personas del lugar, porque las mujeres allí explotadas sexualmente son mayoritariamente de procedencia altoandina. De esta segunda campaña provinieron la mayor parte de los datos de las mujeres del grupo de control y de las víctimas de explotación laboral.

### GRÁFICO Nº 1

#### Estrategia para el acceso a las mujeres en el Km 108



## 1.3 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Múltiples procedimientos, cautelas, guías y decisiones en el campo, en el análisis y la publicación de los resultados se han tomado para asegurar la validez ética del estudio, sobre todo vinculado al contexto caracterizado por lo siguiente:

### 1.3.1 Una atención médica restringida y precaria

Un primer aspecto pasó por la discusión de la pertinencia de las propias campañas de salud como herramientas sanitarias y método general de recojo de información.

La atención médica que proporcionaron las campañas estuvo restringida por la precariedad de la oferta que provee el Estado de cara a las profundas carencias de salubridad y salud de la zona. Se trata de una oferta en salud que en otras condiciones resultaría inaceptable, pero dadas las características de La Pampa, es la única manera de acercar el más elemental servicio de salud a las mujeres y a la población en general.

En este sentido, la atención médica de las campañas se limitó a la identificación y manejo de algunas molestias, a la aplicación de tamizajes clínicos a fin de diagnosticar algunas enfermedades prevalentes, al reparto de suplementos nutricionales para la anemia y métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

### 1.3.2 La intervención sanitaria en un contexto de riesgo

Ambas campañas de salud, incluyendo el levantamiento de los formatos de las encuestas, que se aplicaron en cada uno de los módulos de atención, se realizaron en un contexto complicado y altamente conflictivo, con la anuencia de la persona que, en la práctica, controla el territorio (el presidente de la asociación de bares), con algunas recomendaciones de seguridad, pero sin ninguna garantía de su parte respecto de la integridad del equipo. Se optó por ir a La Pampa a primera hora y, en cualquier caso, volver a Puerto Maldonado antes

de la puesta del sol. Más allá de una pelea, no hubo mayores incidentes que reportar.

El personal de salud encargado de los procedimientos médicos y de aplicar las encuestas fue entrenado previamente en la aplicación de consentimientos informados. Dicho entrenamiento tomó tres, permitiendo discutir ampliamente la mejor manera de proveer atención médica y de recoger información éticamente válida. Por ello, se optó por adaptar un modelo de consentimiento informado verbal para grupos focales aprobado por el MIMP (Bardales Mendoza, 2014:86), y excluir medios de registro que no fueran los escritos (cámaras de foto y vídeo, grabadoras de audio). Se decidió también que el personal de salud, con su nombre y firma en la propia encuesta, garantice frente a las y los pacientes la confidencialidad de los datos que iban a aportar.

### **1.3.3 La atención médica y el recojo de datos entre víctimas de violencia**

Una segunda característica ética de la investigación fue que las campañas y las encuestas se orientaron a mujeres que continúan en diversas situaciones de explotación, trabajo forzoso y esclavitud, habiendo entre ellas posibles víctimas de trata de personas. La inseguridad en la que viven estas mujeres obligó a tomar algunas medidas a priori, como la adopción del principio del *do no harm*, es decir, comprendiendo la situación de vulnerabilidad de estas mujeres, evitar a toda costa causarles un daño mayor al que ya estaban sometidas (Wood, 2006; Watts y Zimmerman, 2003). Asimismo, se optó por manejar la situación de manera cuidadosa, tomando decisiones en el momento, siempre con la intención de evitar cualquier posible conflicto con los locales.

Siendo la participación totalmente voluntaria, en el primer módulo de toma de datos generales se explicó en extenso a cada paciente el alcance de los procedimientos clínicos a los que se les sometería y la naturaleza de las preguntas que se les haría, el tiempo que les tomaría pasar por cada módulo, y la total confidencialidad de los datos que aportarían. Se hizo hincapié en la posibilidad de negarse a participar

en toda la campaña o en parte de la misma, y de abandonar las carpas en el momento que lo desearan. Estas medidas tuvieron un efecto en el número de encuestas completadas.

### **1.3.4 La asistencia a las mujeres para salir de las situaciones de violencia**

Una última característica ética de la investigación consistió en la posibilidad de asistir a las mujeres que quisieran huir de las condiciones de explotación en las que viven. Aunque el objeto de las campañas de salud no fuera el rescate<sup>2</sup> de mujeres viviendo en situación de trabajo forzoso y esclavitud, cabía la posibilidad de que alguna de ellas pidiera asistencia para escapar. Solo una mujer pidió expresamente ayuda para salir de la situación de explotación en la que se encuentra. A ella se le pidió el número de teléfono y fue contactada posteriormente por el personal de Promsex para brindarle asistencia.

### **1.3.5 La confidencialidad de los datos**

En este informe no figura el nombre propio de ninguna víctima. Los nombres de las y los funcionarios públicos entrevistados figuran publicados solo en la medida en que no se comprometa su seguridad en el terreno. Así, se optó por mantener en el anonimato los testimonios del personal de salud que labora en las cercanías de la zona de estudio, y por nombrar solo a quienes tienen altos cargos en el gobierno regional.

## **1.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DEL TRABAJO DE CAMPO.**

### **1.4.1 La revisión documental y demarcación conceptual**

La revisión de las fuentes documentales académicas, así como de las fuentes secundarias, se realizó en dos etapas de la investigación: de

---

<sup>2</sup> Sin apoyo de la Policía, un rescate hubiera disparado un conflicto con los dueños de los bares, puesto en peligro al personal de la campaña, y propiciado el veto para futuras acciones de salud en la zona.

forma previa y posterior al trabajo de campo. Se podría clasificar la información revisada en:

- a. Conceptos antropológicos. Como el marco conceptual respecto de márgenes del Estado y la situación de excepción, que permitieron definir los rasgos del contexto estudiado, así como las características de las relaciones que se producen entre los actores inscritos en el territorio. También, por razones descritas líneas abajo, se revisó y aplicó el concepto antropológico de esclavitud.
- b. Conceptos legales. El análisis de la información acerca de los perfiles laborales de las encuestadas trajo consigo la diferenciación de distintos tipos de población, y algunos conceptos legales no calzaban directamente con las situaciones descritas. Así, se procedió a contrastar el concepto de trata de personas con otras figuras legales, figuras penales y definiciones antropológicas de la esclavitud, buscando superar la poca especificidad en la definición de trata en lo referido a la explotación propiamente dicha. Como resultado, se crearon las categorías de análisis de los grupos: explotación laboral, explotación sexual, y trabajo forzoso o esclavitud.
- c. Información del contexto. Se incluyó data sobre la situación socioeconómica de La Pampa y el acceso a la salud en Madre de Dios, a fin de contrastar lo que señalan las fuentes oficiales sobre enfermedades prevalentes y acceso a la salud, con las percepciones de las encuestadas. La información proporcionada por estas últimas sobre acceso a la salud reveló que no solo se atienden en los establecimientos de salud de la zona minera ilegal e informal de La Pampa, sino también en la capital de la región. Es por ello que se consideraron datos regionales, en vez de información focalizada en ese territorio.

## 1.4.2 Las encuestas

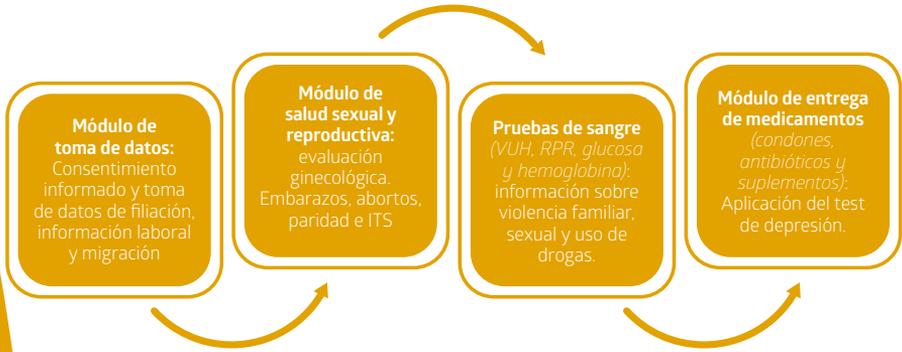
Las encuestas aplicadas en las campañas de salud fueron diseñadas ad hoc para las campañas de salud, salvo el cuestionario PHQ9 (Kroenke et al, 2001) –una prueba de uso libre y validada en el Perú– que se utilizó para el diagnóstico rápido de la depresión.

El formulario de la encuesta, tal como las mismas campañas, se dividió en cuatro módulos.

- a. **Módulo 1:** Toma de datos generales de las y los pacientes;
- b. **Módulo 2:** Salud sexual y reproductiva (embarazos, abortos, anticoncepción y salud sexual). Además de los análisis y exámenes ginecológicos incluyó también una serie de preguntas sobre violencia sexual fuera de la pareja, o la que se ejerce en los prostibares;
- c. **Módulo 3:** Toma de muestras de sangre para el descarte de sífilis y VIH, en el que se incluyó una serie de preguntas sobre el consumo de sustancias; y
- d. **Módulo 4:** Entrega de medicamentos según las necesidades de las y los pacientes (métodos anticonceptivos, antibióticos, etc.). Incorporó el cuestionario PHQ9, que se utilizó para el diagnóstico rápido de la depresión.

A cada paciente se le entregó un ticket con un número a partir del cual se consolidaron todas las respuestas. Se aplicaron en total 146 encuestas, 116 de las cuales fueron a mujeres, y las restantes 30 a hombres. Por fines metodológicos, se analizaron únicamente las encuestas aplicadas a mujeres.

**GRÁFICO N° 2**  
**Módulos de la campaña de salud**



Adicionalmente se utilizaron técnicas de observación durante la aplicación de las encuestas y se hicieron entrevistas semiestructuradas a diversos actores, que incluyeron a transportistas de la zona, el presidente del Comité de Gestión de la Reserva Nacional Tambopata, especialistas de los establecimientos de salud de Santa Rosa, Alto Libertad y Nueva Primavera, y algunos funcionarios de la DIRESA Madre de Dios.

### 1.4.3 Uso de otras experiencias de campo

Además del trabajo de campo y de las entrevistas diseñadas ad hoc para este estudio, se emplearon datos de varias otras experiencias de campo en Madre de Dios (Arriarán, 2000, 2005, 2007, 2014, 2016; CHS- Alternativo, 2016), que dan cuenta del contexto de la zona y operan en el análisis de los datos arrojados por esta investigación en particular.

## 1.5 LÍNEAS DE ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN

Para la organización de los datos de este informe se tomaron en cuenta tres líneas de análisis: la segmentación de las mujeres que participaron en las campañas de salud por sus características laborales; las necesidades de salud de estas mujeres, el uso que hacen de los servicios de salud y el gasto que les genera; y la influencia de la frontera

y las características de la explotación en las percepciones que ellas tienen sobre su propia salud.

### GRÁFICO N° 3

#### Líneas de análisis de la investigación

Perfiles de las mujeres en La Pampa por sus características laborales

- Centros de trabajo. Explotación laboral y sexual.
- Jornadas de trabajo. Mayores a las 48 horas semanales.
- Libertad y autonomía de las víctimas. Sanciones y castigos, multas.
- Parentesco: pérdida de derechos y relaciones comunitarias y familiares

Legibilidad de las necesidades de salud, uso de servicios y gasto de bolsillo

- Necesidades de salud.
- Tipo de servicio al que recurre.
- Gasto de bolsillo.
- Amenazas a la salud de un entorno adverso

La cobertura de salud en el contexto de frontera del Estado

- La red de centros de salud.
- Las campañas móviles de salud.
- El personal de salud y su encuentro con las/los pacientes.
- Uso del SIS.

#### 1.5.1 Perfiles de las mujeres en La Pampa por sus características laborales

Las encuestas que se aplicaron durante ambas campañas de salud incluyeron indicadores que permitieron clasificar a las mujeres de acuerdo a su actividad económica y al tipo de relación que sus centros de trabajo habían establecido con ellas.

A partir del análisis, el grupo se dividió en cinco muestras sobre las que se efectuaron los cruces entre las variables y, en general, el análisis de la información:

- a. Un **grupo de control**, compuesto por mujeres que no están sujetas a ningún tipo de explotación laboral ni a condiciones de trabajo forzoso ni esclavitud;

- b. Una muestra de mujeres que son **explotadas laboralmente**, es decir, que trabajan más allá de las 48 horas semanales de ley, en condiciones de informalidad y sin cuidados para su salud ni seguridad, tanto en los “prostibares” de la zona, como en otras actividades económicas;
- c. Dentro de esa muestra, se seleccionó a aquellas mujeres que específicamente son **explotadas sexualmente**, vale decir, que trabajan más de 48 horas semanales en los llamados “prostibares”, locales clandestinos de expendio de bebidas alcohólicas y compra y venta de servicios sexuales;
- d. Para la muestra de **trabajo forzoso** se identificó a aquellas mujeres que además de ser explotadas laboral o sexualmente, están sometidas a castigos o a multas, o las que sus explotadores han privado de su libertad, tanto en los “prostibares” como en otras actividades económicas de la zona.
- e. Por último, se logró identificar una muestra de 11 mujeres viviendo en plena **esclavitud**, es decir, aquellas que además de estar forzadas a trabajar, sujetas a multas o privadas de su libertad, han sido despojadas de cualquiera de sus vínculos de parentesco originales (hijas, madres, hermanas), impedidas de formar una relación de pareja (o con relaciones de pareja en las que son violentamente maltratadas) y así son producidas y reproducidas como extranjeras absolutas, despojadas de su ciudadanía y de los derechos asociados a ella.

Es necesario aclarar que si bien dichas categorías de análisis podrían constituir marcadores fijos para clasificar a la población de La Pampa en futuras investigaciones, la alta volatilidad de las condiciones laborales y de vida de las encuestadas sugiere que su pertenencia a dichas categorías puede ser cambiante.

### 1.5.2 Legibilidad<sup>3</sup> de las necesidades y uso de los servicios de salud

Implica la evaluación de la comprensión del Estado sobre las causas de la mortalidad y la morbilidad, las características del ambiente en el que se desenvuelven quienes habitan en el Km 108, el tipo de necesidades sanitarias que tienen que enfrentar en ese contexto, y los recursos con los que cuentan las mujeres para ello: afiliación al Seguro Integral de Salud, el tipo de servicios a los que acuden para tratar sus dolencias, y los gastos de bolsillo en los que incurrir por la atención médica y los medicamentos.

### 1.5.3 La cobertura sanitaria en contextos de frontera del Estado

El estudio describe cómo las redes de centros de salud dispuestos a lo largo de la carretera Interoceánica se constituyen en sí mismos como el margen del Estado, mientras se analiza de qué manera el encuentro entre el personal de salud y las/los pacientes reproducen estos márgenes –y cómo el Estado puede llegar a criminalizar a las víctimas– en su encuentro cotidiano.

## 1.6 LÍMITES DEL INFORME

Es necesario precisar que, a pesar de ser la primera vez que se logra encuestar a tantas personas en el Km 108, el número de encuestas realizado no garantiza la validez estadística para una posible generalización de los resultados, más aún cuando no se sabe a ciencia cierta cuál es el número total de personas que viven permanentemente en el lugar. La investigación no tuvo la pretensión de que sus resultados, extrapolados a la totalidad de las mujeres de la zona, fueran estadísticamente válidos, y se limitó a mostrar los resultados obtenidos.

---

**3** El concepto “ilegibilidad”, como oposición de legibilidad, será desarrollado en la sección 2.2. de la presente publicación.



# CAPÍTULO 2

---

## ENFOQUES Y CONTEXTOS

---

# CAPÍTULO 2

## ENFOQUES Y CONTEXTOS

### 2.1 EL PROTOCOLO DE PALERMO Y SU APLICACIÓN OPERATIVA

La trata de personas es un delito que, en lo esencial, consiste en el despojo de los derechos y las relaciones sociales que constituyen a una persona. Al privárseles de ambos atributos, las víctimas de las redes de tratantes son transformadas en cosas, mercancías y valores de cambio. El Protocolo de Palermo entiende por trata de personas:

*[...] la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos. (UNODC, 2000)*

En esta definición se pueden identificar tres elementos esenciales para la comisión del delito (ver anexo 1): las conductas –la captación, el transporte, el traslado, la acogida o recepción de personas; los medios –la amenaza, el uso de la fuerza o cualquier forma de coacción, el fraude, el engaño, el abuso de poder, etc.; y las finalidades –formas de explotación, como la explotación laboral o la explotación sexual.

Algunos críticos (Kara, 2011) han cuestionado que el Protocolo de Palermo ponga especial atención al componente migratorio en lugar de centrar su atención en la explotación. Como resultado, en el ámbito

global se han invertido especiales esfuerzos en castigar la migración y el cruce irregular de las fronteras, en vez de atender el principal propósito de la trata de personas: la explotación en condiciones de esclavitud.

Desde la firma del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos, el Perú suscribió una serie de compromisos que lo obligaron a adecuar su legislación en materia de trata de personas al Protocolo de Palermo. A partir de entonces, el Perú ha hecho un gran esfuerzo normativo y desarrollado diversos instrumentos específicos para combatir el delito de la trata de personas (ver anexo 2), aunque todavía “no cumpla con los estándares mínimos para la erradicación de la trata”<sup>4</sup>. Este esfuerzo se complementa con la cooperación que han recibido el Estado y las organizaciones no gubernamentales de Estados y agencias extranjeras. Es posible afirmar que a partir del Protocolo de Palermo se ha constituido un discurso hegemónico sobre la trata de personas en el Perú, puesto que, a pesar de que la trata de personas ocurre eminentemente dentro del territorio nacional, la ley peruana ha reproducido el énfasis en la identificación de los medios y las conductas, y ha dejado sin especificar las finalidades (la explotación) en condiciones de esclavitud.

Este estudio, por eso, busca hacer dialogar al Protocolo de Palermo con otras herramientas legales pero, sobre todo, contrastarlo con la realidad de la explotación en entornos como el del Km 108, aproximándose a la trata de personas desde sus manifestaciones empíricas y desde perspectivas que no necesariamente provengan del derecho.

En esta línea, y de acuerdo con los datos que se levantaron en el terreno, encontramos cuatro conceptos adicionales que marcan los términos de esta negociación: la explotación laboral, la explotación sexual, el trabajo forzoso y la esclavitud.

### 2.1.1 La explotación laboral

En Madre de Dios, la informalidad —la ausencia de un contrato de trabajo que impida a los trabajadores el goce de sus derechos establecidos por

---

<sup>4</sup> Department of State (2017). *Trafficking in Persons Report*, p. 278.

ley — y condiciones riesgosas para la salud y la seguridad en el ámbito del trabajo, constituyen un escenario generalizado de explotación en todas las actividades económicas de la región, incluyendo, por supuesto, a la minería.

Tomando en cuenta este contexto, la definición de explotación laboral que se incorpora aquí se acota principalmente a un elemento: la duración de las jornadas laborales. La actual Constitución Política del Perú (1993), limita la jornada laboral a ocho horas diarias o un máximo de 48 horas semanales. Las y los trabajadores, además, tienen derecho a descansos semanales y anuales remunerados. Entendemos, entonces, que inducir a las personas a trabajar más allá de las 48 horas semanales, implica explotación laboral.

### 2.1.2 La explotación sexual

El artículo 153-B del Código Penal modificado por el Decreto Legislativo N° 1323 que Fortalece la Lucha contra el Femicidio, la Violencia Familiar y la Violencia de Género, entiende por explotador sexual a aquel que obliga “a una persona a ejercer actos de connotación sexual con la finalidad de obtener un aprovechamiento económico o de otra índole”.

A la vista de lo encontrado en La Pampa, este estudio necesita una definición de la explotación sexual algo más amplia, que no solo abarque a víctimas que fueron forzadas, sino que incluya a la figura del/la trabajador/a sexual, que vende sus servicios libremente y que, como cualquier otro trabajador/a, tenga derecho al disfrute de los derechos laborales que establece la ley.

De esta manera, se entiende que la explotación sexual es el usufructo de la sexualidad de terceras personas con el objeto de obtener de ellas beneficios económicos sin respetar los derechos laborales (contratos, horarios, sueldos y beneficios sociales) ni cumplir con los requerimientos sanitarios que garantizarían la salud de los usuarios.

### 2.1.3 El trabajo forzoso

Se entiende por trabajo forzoso toda actividad o servicio que realiza un individuo para la cual no se ofrece voluntariamente (o no da su consentimiento), y donde, para su ejecución existe la amenaza de una pena cualquiera. Entre estas amenazas se encuentra la supresión de derechos o privilegios, la violencia física contra el trabajador, el confinamiento físico, penas financieras y la pérdida de la condición social. (OIT, 2015).

Desde el año 2006, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se pronunció sobre el contenido y alcance de dicha norma en el Caso de las Masacres de Ituango vs. Colombia. En dicha sentencia, el Tribunal consideró que la definición de trabajo forzoso u obligatorio consta de dos elementos básicos: que el trabajo o el servicio se exige "bajo amenaza de una pena", y que estos se llevan a cabo de forma involuntaria (Corte IDH, 2006: 75). En nuestro país se ha iniciado recientemente la sanción a esta situación, pues antes no era considerada delito (artículo 168-B que sanciona el Trabajo Forzoso, aprobado por el Decreto Legislativo N° 1323).

### 2.1.4 Esclavitud

Para hablar de esclavitud desde la disciplina antropológica (Meillasoux, 1990) es necesario que el hecho social observado cumpla con dos condiciones.

La primera, que es necesaria la existencia de una clase de esclavos cuya reproducción social depende enteramente de los medios institucionales que la sociedad de acogida disponga para ello. En otras palabras, la existencia de una clase social que solo pueda renovarse mediante el aprovisionamiento y la producción constante de individuos como esclavos.

Es lo que ha venido sucediendo en los campamentos que proliferan en los asentamientos mineros de La Pampa, Delta 1, Mazuko, Huepetuhe

y Laberinto, desde que se desatara la fiebre del oro hace unos diez años: contingentes de chicas –en su mayoría adolescentes menores de edad– son captadas en diversos puntos del país, trasladadas masivamente con falsas ofertas de empleo hacia Madre de Dios por las diversas rutas nacionales, producidas como damas de compañía –con lo que ello supone en inversión del tratante en ropa nueva, peluquerías y maquillaje–, y finalmente puestas a disposición de estos locales, que acaban prostituyéndolas y explotándolas sexualmente. (Movimiento El Pozo, 2005; Camino, 2007; Soria Mendoza, 2009; CHS–Alternativo, 2012; Verité, 2013; Mujica 2014; Barrantes 2015; CHS–Alternativo, 2016).

Pero el rasgo central que define en términos antropológicos a la esclavitud es la imposibilidad de formar lazos de parentesco, la prohibición de cumplir roles sociales (como el de pareja o madre) salvo aquel que una al esclavo con su explotador. Se trata de individuos despojados de sus personas y convertidos en una suerte de ganado humano, individuos a los que sus derechos familiares, comunitarios y ciudadanos más elementales les han sido arrebatados.

A la luz de la gran masa de personas que perdieron o que vieron seriamente deteriorado su derecho a la salud cuando migraron hacia Madre de Dios, la utilidad del concepto para esta investigación salta inmediatamente a la vista.

### 2.1.5 Las fronteras del Estado

¿Por qué hablamos aquí de frontera, si para la realización de este estudio no salimos del territorio del Perú? El concepto de márgenes o fronteras usado en este texto no se refiere a la separación entre dos países, sino a cómo un Estado se encuentra con sus propios límites. (Das y Poole, 2004). A lo largo del texto utilizaremos indistintamente las palabras frontera y márgenes para referirnos al mismo concepto.

Los márgenes del Estado suelen ser el hogar de grupos indígenas, de poblaciones –valga la redundancia– marginales, de “sujetos naturales”, los contenedores de gentes “insuficientemente socializadas por la ley”



(Das y Poole, 2004: 9), cuando no abiertamente criminales, poblaciones ilegibles (Trouillot, 2001) que el Estado no conoce, no entiende (Damonte, 2016a), o que sencillamente proscribe (Arriarán, 2014). Son lugares en los que la articulación entre las leyes, los cuerpos y la disciplina se reconfiguran en la constitución de instituciones híbridas (Damonte, 2016b) forjadas a partir de la contradicción entre la supervivencia y la ley.

## 2.2 LA ILEGIBILIDAD DEL TERRITORIO

La Pampa contiene a una población, en gran medida flotante, cuyo tamaño exacto se desconoce, y que continúa incomprendida aun para las mismas ONG que operan en el terreno. Se trata de una población “ilegible” (Trouillot, 2001), es decir, que el Estado y las instituciones no pueden —o no saben— interpretar.

### 2.2.1 La Pampa

En Madre de Dios existen muchas y diversas zonas en las que se practica la minería, cada una con características y dinámicas sociales propias (Pachas, 2012): las grandes remociones de tierra con retroexcavadoras y los viejos patrones mineros asentados desde mediados de siglo XX en Huepetuhe; las cooperativas mineras como AMATAF y APAYLOM formadas en las riberas del río Malinowski, con derechos mineros anteriores a la Zona Reservada Tambopata–Candamo –el área natural protegida que precedió a la Reserva Nacional del Tambopata y al Parque Nacional Bahuaja–Sonene–; los mineros aluviales que solían operar en grandes dragas a lo largo del río Madre de Dios hasta que el Estado prohibió estos artilugios. Y la Pampa, en la zona de amortiguamiento de la Reserva Nacional del Tambopata, donde se concentra la minería ilegal.

La Pampa fue poblándose de mineros a partir del año 2006, cuando un grupo de ellos, entre los más agresivos, emprendieron la exploración de la parte baja de la cuenca del Inambari hasta su desembocadura en el Madre de Dios y luego exploraron y explotaron el curso de la Quebrada Guacamayo, en la que encontraron placeres auríferos con leyes más

que atractivas. (Pachas, 2012). A partir de la promulgación del Decreto de Urgencia N° 012-2010<sup>5</sup>, que implicó el cambio de zonificación y la prohibición del uso de dragas, ellos cruzaron la carretera Interoceánica e invadieron la zona de amortiguamiento de la Reserva Nacional del Tambopata (Hidalgo, 2013).

La carretera Interoceánica entre Puerto Maldonado y Mazuko marca el límite entre la informalidad y la ilegalidad en la actividad minera. La porción que ha quedado al norte de la Interoceánica se conoce como el Corredor Minero. La parte sur de la Interoceánica corresponde a la zona que los mineros ilegales han invadido y devastado. Los campamentos fueron construidos de manera precaria, siguiendo el curso de las quebradas: no cuentan con servicios de agua o saneamiento y tienen condiciones insalubres. Allí, balsas, dragas y chupaderas han erosionado más de 120 mil hectáreas de bosque amazónico (ACA, 2016)<sup>6</sup> y contaminado con mercurio las aguas y los peces, parte sustancial de la dieta local (Arriarán y Gómez, 2008). Todo ello desde que se terminara de construir la carretera y se desatara la fiebre de extracción aurífera que tiene tomada a la región.

Alrededor de los mineros ilegales se aglutinaron “comerciantes, abastecedores de insumos y transportistas”, que provocaron un “caos social y ambiental que nadie en Puerto Maldonado lograba entender” (Pachas 2012:50). A un lado y otro de la carretera se instalan bodegas, centros de telefonía, farmacias, pequeños restaurantes, empresas de transporte y envío informal de dinero, y hoteles de mala muerte.

---

**5** El Decreto 012, como se conoce popularmente, reemplazó la Zonificación Ecológica y Económica que había consensuado la región en 2009, favoreciendo a la minería sobre otros posibles usos del suelo y constituyendo lo que los mineros informales han interpretado como una “zona de exclusión minera”, área donde está permitida la práctica de esta actividad. El conflicto con otros usuarios del suelo, principalmente forestales y castañeros, continúa latente desde entonces.

**6** Amazon Conservation Association. Proyecto de Monitoreo de la Amazonía Andina. Imagen 50c. Datos: USGS/NASA, SERNANP. En: [http://maaproject.org/maap/wp-content/uploads/2016/10/MAAPxx\\_BaseMap\\_NoInsets\\_v2.jpg](http://maaproject.org/maap/wp-content/uploads/2016/10/MAAPxx_BaseMap_NoInsets_v2.jpg)

Entre los servicios más demandados por los mineros están el sexo y el alcohol. Así es como unos 30 lupanares funcionan en el Km 108 sin licencia municipal. Por lo menos cuatro de ellos han formado “cadenas enteras de prostibares, con casas matrices en algunos de los principales poblados mineros”. (CHS–Alternativo, 2016: 143)

### **2.3. DE LA FRONTERA A LA EXCEPCIÓN**

Para Víctor Zambrano, presidente del Comité de Gestión de la Reserva Nacional de Tambopata, la llegada de los mineros ilegales a La Pampa desató una serie de conflictos ambientales y sociales que terminaron por aglutinar contra ellos a agricultores y forestales que vieron invadidas sus concesiones, y a ONG ambientalistas que en el año 2010 ejercieron una fuerte presión para que el Estado, a través del recientemente creado Ministerio del Ambiente, interviniera en el problema. Pero, sin mayor autoridad en la zona, el Decreto 012–2010 no fue el comienzo del ordenamiento de la actividad minera, sino el inicio de una continua intervención militar que prosigue hasta la fecha, ya que mes a mes se renueva la presencia de un destacamento de las fuerzas armadas en la región.

En este punto de la historia es que el espacio de frontera de La Pampa comienza a adquirir ribetes de excepción, siendo la “relación de excepción” el nombre de una “forma extrema de relación en la que algo puede únicamente incluirse mediante su exclusión”. (Agamben, 1998: 18)

Así, se puede inferir que la instauración de la situación de excepción en Madre de Dios ha criminalizado a la totalidad de la población minera y presumir que ello afectó a las personas más vulnerables: las víctimas de trata y explotación en los campamentos mineros, que súbitamente se vieron victimizadas, puestas al otro lado de la ley y subsumidas en una situación de dominación y explotación que las tornaba aún más vulnerables, ya que se dificultaba que los abusos que se cometan en su contra puedan ser reportados (Verité, 2013). “Mientras la degradación ambiental”, dice un informe de la OIM, “es la consecuencia ambiental más visible de la minería artesanal a pequeña escala, ha habido poca

preocupación por los efectos de la actividad en la salud de los mineros. Más aún, los mineros son frecuentemente vistos por el gobierno “antes como criminales que como víctimas de explotación”. (Buller, Stoklosa y Zimmerman, 2015: 61)

## **2.4. EL DERECHO A LA SALUD EN LOS MÁRGENES DEL ESTADO**

La salud es un derecho humano fundamental, reconocido desde 1945 en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, refrenda el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Asamblea General de las Naciones Unidas<sup>7</sup>. El artículo 2 de este mismo Pacto, indica que los estados firmantes se “comprometen a adoptar medidas [...] hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios [...] la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos” (Naciones Unidas, 1966). Esto supone que el Perú, como Estado firmante, deba garantizar una efectiva cobertura de salud dentro de su territorio nacional, en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y la calidad (Tanahashi, 1978) de los servicios.

¿Cumple el Estado peruano los compromisos que asumió ante Naciones Unidas en Madre de Dios, y muy particularmente en el ámbito del Km 108, en La Pampa? Como parte del diagnóstico acerca del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal de oro en Madre de Dios efectuado por PROMSEX, se realizó un inventario de los servicios de salud y cobertura sanitaria en la región de Madre de Dios, que adelantaba: “es evidente [...] que en condiciones contextuales de riesgo [...] y en espacios de ausencia o precariedad de servicios del Estado, y en especial de los servicios de salud, como en la zona de La Pampa, la garantía práctica de derechos implica serios problemas”. (Mujica, 2014: 49)

---

<sup>7</sup> <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

¿Qué problemas? Los datos recogidos por las encuestas en ambas campañas de salud y las entrevistas a mujeres y al personal de salud de la región coinciden con lo encontrado en la publicación citada. Pero adicionalmente apuntan a que la infraestructura de salud del Estado en La Pampa es precisamente la que reproduce sus márgenes, e impone los obstáculos para que el derecho a la salud sea garantizado. A esto se puede añadir que en el trato cotidiano entre el personal de salud y las personas usuarias se discrimina a los sujetos marginales que habitan en los campamentos de la minería ilegal, en relación con las y los vecinos de los centros poblados.

De otro lado, algunas entrevistas a mujeres víctimas de trabajo forzoso en el Km 108 que acabaron detenidas y procesadas por trata de personas en el penal de San Francisco, además de información de otros estudios sobre las condiciones carcelarias de los Centros de Atención Residencial a los que llegan las víctimas rescatadas de la trata de personas, sugieren que, antes que garantizar los derechos de estas personas, de una u otra forma, el Estado termina asumiéndolas como criminales, y tratándolas como tales en consecuencia. Ello tiene impactos sobre la salud, en particular sobre la salud mental de estas personas, que quedan todavía por explorar.

Por último, en un contexto de vulneración generalizada del derecho a la salud, esta situación no se da de igual manera entre todas las mujeres. El acceso a los servicios de salud del Estado en la región se segmenta de manera muy clara entre quienes pueden acudir a los centros de salud y los hospitales de la región, y quienes encuentran su única posibilidad de atender sus enfermedades en las farmacias clandestinas del Km 108.







# CAPÍTULO 3

---

LOS PERFILES DE  
LAS MUJERES EN LA  
PAMPA, SEGÚN SUS  
CARACTERÍSTICAS  
LABORALES Y  
SOCIOLÓGICAS

---

# CAPÍTULO 3

## LOS PERFILES DE LAS MUJERES EN LA PAMPA, SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS LABORALES Y SOCIOLÓGICAS

Las intervenciones de persecución de la minería ilegal y la trata en La Pampa, se han sustentado en dos supuestos.

El primero es que, por ser una zona receptora de una considerable masa de migrantes, allí se concentra la trata de personas, tal como la define el Protocolo de Palermo. En La Pampa no se sabe con precisión hasta dónde llega la magnitud del delito. Las cifras oficiales parecen subrepresentarlo y subregistrarlo. Aun así, el Observatorio de la Criminalidad —años 2009 y 2014— indica que en Madre de Dios este delito se encuentra entre los más emblemáticos, ya que ocupa el tercer lugar en el ámbito nacional por número de casos (227), después de Lima (350) y Loreto (243). El segundo supuesto es que los fines de este delito, la explotación laboral o sexual, depende en gran medida del género de la víctima: explotación laboral si son hombres, y explotación sexual si son mujeres.

Aunque ambas entradas se sostienen sobre datos estadísticos (Observatorio de la Criminalidad, 2015), la estrategia que se utilizó en este estudio al Km 108, expone una realidad bastante más compleja.

### **3.1 DIFICULTADES PARA LA APLICACIÓN EN CAMPO DEL PROTOCOLO DE PALERMO**

El Protocolo de Palermo pone un especial énfasis en la migración y en el movimiento de poblaciones entre lugares de origen y destino (Kara, 2011), priorizando para el análisis las fases de la captación y traslado (ver el anexo 1), mientras que aleja del escrutinio temas que en el pasado fueron capitales para la comprensión de la esclavitud: los derechos de pertenencia o ciudadanía –o más bien, el sistemático despojo de los

mismos-, y las condiciones objetivas de explotación. La ley peruana, incluso, establece que no es necesario que la explotación se concrete para que pueda tipificarse el delito como trata de personas, y que basta con que se prueben los medios y las conductas.

Ahora bien, una aplicación hegemónica del Protocolo de Palermo para la comprensión de una población que se encuentra compuesta en su mayoría por migrantes, y en la que las condiciones de trabajo –salvo excepciones notables, como la del ecoturismo– en la minería, la castaña, la agricultura y la madera, no son otras que las de la explotación, caracterizaría como tratantes a las personas que regresan por las fiestas a sus lugares de origen, y luego retornan a Madre de Dios y colocan a algún pariente en algún empleo en la zona.

Casi la totalidad de las personas que se acercaron a las campañas de salud en el Km 108, eran migrantes. Entre las 116 mujeres participantes de las campañas de salud, 115 eran oriundas de otras regiones, salvo una estudiante que sí había nacido en Madre de Dios. De esas 115, 69 mujeres eran explotadas por encima de las 48 horas semanales de trabajo que establece la ley. ¿Es que esas 69 migrantes habían sido víctimas de trata de personas, o simplemente se estaba cometiendo una grave infracción laboral en perjuicio de ellas?

Una situación extendida en el terreno ocurre cuando, por ejemplo, las mujeres migran hacia Madre de Dios por cuenta propia, y buscan trabajo en alguno de los prostibares de La Pampa. En casos como estos, no se encuentran ni los medios ni las conductas (no hay un traslado, coacción ni engaño) pero sí la finalidad del delito (la explotación sexual). Una vez en el prostibar, son despojadas de sus derechos, retenidas y sujetas a las mismas condiciones de explotación y esclavitud que las víctimas de trata. ¿Es que ellas no son víctimas de trata de personas, solo son víctimas de explotación sexual? ¿Cómo entonces distinguir a una víctima de trata entre migrantes con características si no iguales, muy similares; o peor aún, a una víctima de trata de una trabajadora sexual, si todas se encuentran empleadas en los mismos prostibares?

### **3.2. LA EXPLOTACIÓN LABORAL ES PARA LOS HOMBRES, LA SEXUAL PARA LAS MUJERES.**

Se ha percibido un sesgo en la realización de los estudios previos realizados sobre la trata de personas y la explotación, fuera laboral o sexual, en La Pampa: que, por lo general, a las mujeres se las explota sexualmente, y a los hombres se los explota laboralmente. Esto posiblemente se deba a la notoriedad de los más de 30 prostibares instalados en el Km 108 de la Carretera Interoceánica en torno a una plaza improvisada de este centro de abastecimiento para la minería ilegal. Es verdad que allí es donde se concentran los delitos y las víctimas de trata de personas con fines de explotación sexual. Pero los prostibares no son los únicos negocios que explotan a las mujeres. Como veremos, muchas mujeres están siendo explotadas laboralmente como cocineras, ayudantes de cocina o meseras, tanto en los mismos prostibares como en los innumerables restaurantes y fondas del lugar. También es frecuente encontrar mujeres explotadas laboralmente y víctimas de trabajo forzoso en tiendas, en particular las de ropa, o también se las puede hallar como vendedoras ambulantes de refrescos y golosinas. Pero, adicionalmente, en las cercanías del Km 108 vive una importante población de mujeres que pudiendo o no haber sido víctimas de la violencia machista, no están sujetas a ningún tipo de explotación: son amas de casa, comerciantes, o incluso mineras, que estudios anteriores en la zona no habían logrado identificar.

Sin desconocer que posiblemente una buena parte de las mujeres que acudieron a las campañas de salud organizadas por Promsex y la DIRESA eran, fueron o pudieron ser víctimas de trata, se optó por definir los grupos de análisis a partir de lo que se pudo observar con certeza en el campo.

### **3.3 CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES QUE PARTICIPARON DE LAS CAMPAÑAS DE SALUD EN LA PAMPA**

Las mujeres que participaron de las campañas de salud en La Pampa y,

por tanto, de este estudio, tienen una serie de características generales que vale la pena describir antes de pasar al perfil de cada grupo de análisis.

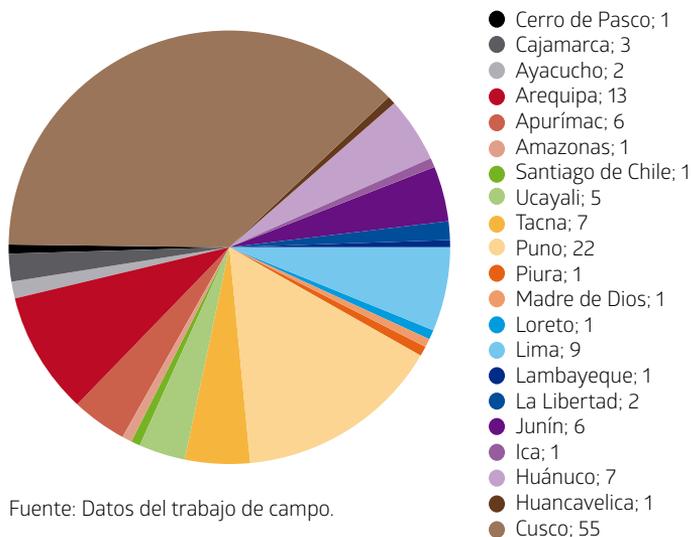
Las participantes tenían entre 13 y 30 años de edad. Se detectó, con seguridad, a dos menores de 13 y 17 años, además de varias otras que, se sospecha, aún no eran legalmente adultas, ya que no quisieron revelar el número de su DNI, o entregaron un número falso. Todas las mujeres encuestadas, menos una, la única originaria de Madre de Dios, eran migrantes. De las 116 que participaron en la campaña de salud, 55 provenían de Cusco, otras 22 de Puno, 12 de Arequipa y 9 de Lima. El resto se repartía en las demás regiones del Perú, habiendo una que era natural de Santiago de Chile.

El tiempo de residencia se distribuye más o menos uniformemente entre todas las participantes del estudio: aquellas que tienen entre uno y seis meses de residencia en La Pampa (29.57%), un año o más (29.96%), entre una semana y un mes (26.09%), etc. Como se verá más adelante, las diferencias más marcadas saldrán a la luz en cuanto se analice el tiempo de residencia según el tipo de explotación o condición de trabajo forzoso o esclavitud en que se encuentran sumidas estas mujeres.

De 116 mujeres encuestadas, 43 eran damas de compañía, explotadas sexualmente en un prostíbar. El segundo grupo en importancia fueron las amas de casa, que sumaron 32, seguidas por las comerciantes (11), las cocineras o ayudantes de cocina (8) y las dependientas de tiendas y comercios (6), como se muestra a continuación.

Para la segmentación empírica de las mujeres que participaron de las campañas de salud, y con la finalidad de abrir el Protocolo de Palermo a un diálogo con la realidad, se utilizaron dos categorías legales y dos categorías sociológicas: la explotación laboral y el trabajo forzoso, y la explotación sexual y la esclavitud.

**GRÁFICO Nº 4**  
Encuestadas por lugares de origen



Fuente: Datos del trabajo de campo.

**TABLA Nº 1**  
Actividades económicas de las mujeres encuestadas

Actividades económicas	Nº de mujeres
Agricultura	1
Servicios	1
Amas de casa	32
Minera	2
Mecánica	1
Hostelería	5
Estudiante	2
Dependientes de una tienda	6
Damas de compañía	44
Comerciante	11
Cocinera o ayudante de cocina	8
Otros	3
<b>Total</b>	<b>116</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

**GRÁFICO N° 5**  
**Grupos identificados por sus características laborales**



Fuente: Datos del trabajo de campo.

### 3.3.1 El grupo de control

El grupo de control lo componen 44 mujeres que no están sujetas a ningún tipo de explotación, ni laboral ni sexual, más allá de si son o no víctimas de la violencia doméstica generalizada que existe en el lugar. En su mayoría, este grupo de análisis está conformado por amas de casa (32), que no consideraron a las labores domésticas como un trabajo. No obstante también lo conforman comerciantes, agricultoras y estudiantes, tal como se aprecia a continuación.

**TABLA N° 2**  
**Grupo de control: mujeres libres de explotación laboral y sexual**

Actividades económicas	N° de mujeres
Agricultor	1
Amas de casa	32
Minera	1
Hostelería	1
Estudiante	2
Dependiente de una tienda	1
Comerciante	3
Otros	3
<b>Total</b>	<b>44</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

Se trata del grupo de mujeres que más tiempo de residencia tienen en la localidad. El 46.47% lleva más de un año de arraigo en La Pampa, y el 31.11% superaba los tres años, con casos que llegan hasta los 20 y 25 años.

Al mismo tiempo, son las que menos educación formal han recibido. Un 36.57% de estas mujeres no había concluido sus estudios escolares, y un 29.55% no había terminado la secundaria. Tan solo un 4.54% continuó estudios técnicos y universitarios una vez concluido el colegio.

### 3.3.2 Mujeres explotadas laboralmente

En un contexto de explotación generalizada de la mano de obra como el de La Pampa, y de acuerdo con la Constitución Política del Perú, se entiende que las personas que laboran por encima de las 48 horas semanales de ley<sup>8</sup> en calidad de dependientes –es decir, para otras personas– y sin derecho a días de descanso, se encuentran en una situación objetiva de explotación laboral.

Aplicado a la muestra el parámetro de las 48 horas semanales de trabajo que establece la ley, se encontró a 25 mujeres que son explotadas laboralmente, la mayor parte como cocineras o ayudantes de cocina, dependientes de tienda, y vendedoras ambulantes, tal como se muestra a continuación.

**TABLA Nº 3**  
**Mujeres explotadas laboralmente, por actividad económica**

Actividades económicas	Nº de mujeres
Dependiente de una tienda	5
Comerciante	5
Hostelería	4
Cocinera o ayudante de cocina	8

<sup>8</sup> Artículo 24° de la Constitución Política del Perú (1993).

Actividades económicas	Nº de mujeres
Servicios	1
Minera	1
Mecánica	1
<b>Total</b>	<b>25</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

Un 56% de las mujeres explotadas laboralmente tiene entre uno y seis meses residiendo en La Pampa. Otro importante 40% tiene más de un año viviendo la localidad. Un 36% de las mujeres explotadas laboralmente había concluido la educación secundaria. Un 48% no había terminado los estudios escolares, y tan solo 16% de estas mujeres (4 casos) continuaron estudiando luego de concluir el colegio.

### 3.3.3 Mujeres explotadas sexualmente

El universo de mujeres explotadas sexualmente se compone por aquellas que trabajan como damas de compañía en los prostibares del Km 108. Estos locales no respetan ninguno de los derechos laborales establecidos por la Constitución Política, no ofrecen mínimas garantías sanitarias para las mujeres ni para los usuarios-clientes, y tampoco tienen licencias municipales que autoricen su funcionamiento.

**TABLA Nº 4**  
**Explotación sexual por centro de trabajo**

Nombre del prostibar	Nº de mujeres
Sagitario	8
Golden	10
Gasparín	1
Faraón	6
Dulce Caricia	6
Deysi	1
Casaverde	1
Casablanca o Caribe	1

Nombre del prostibar	Nº de mujeres
Taisiri	2
California	1
Escondite	1
Nombre no declarado	6
<b>Total</b>	<b>44</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

Todas las mujeres explotadas sexualmente con las que se encontró esta investigación (44), también son explotadas laboralmente, pero se ha optado por mantener la diferencia para poder evaluar los impactos en la salud que producen tipos de explotación distintos.

El 100% de estas mujeres tiene seis meses o menos de residencia en el Km 108. En el momento de las encuestas (primeras dos semanas de noviembre de 2016), el 83.33% acababa de llegar a la zona hacía un mes o menos. Además de la influencia de la migración en la explotación sexual, el dato es coherente con la temporalidad de la trata entre Cusco, Puno y Madre de Dios, que se intensifica durante los últimos dos meses del año, cuando están por cerrar los años lectivos de colegios e institutos de educación técnica, y muchos jóvenes de ambos sexos parten hacia Madre de Dios a conseguir un trabajo con la finalidad de ahorrar para las matrículas y los útiles escolares del año siguiente (CHS-Alternativo, 2016).

Se trata de un grupo de mujeres comparativamente más instruidas que las del grupo de control y de aquellas explotadas laboralmente. Algo más de la mitad (53.49%) había concluido el colegio, y un 32.56% prosiguió estudios técnicos y universitarios una vez egresadas de la formación escolar. Tan solo un 13.95% de estas mujeres no acabaron el colegio, y hubo únicamente un caso de estudios primarios incompletos.

### 3.3.4 Mujeres víctimas de trabajo forzoso

Dos indicadores identifican por sí mismos a personas forzadas a trabajar dentro del universo de las encuestadas: la supresión de la

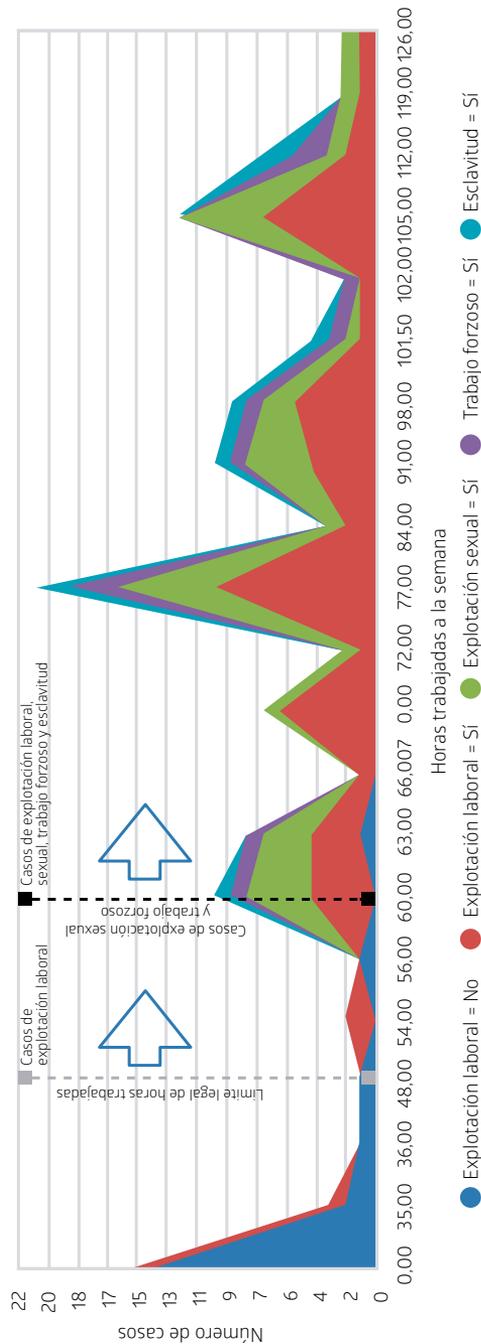
libertad de movimiento y el ejercicio de castigos sobre ellas. Aplicada esta definición a la base de datos, se encontró a 16 mujeres forzadas a trabajar, todas explotadas laboralmente, en trece casos explotadas sexualmente como damas de compañía, en dos como dependientes de un negocio (un restaurant y la venta ambulante de refrigerios), y en uno como cocinera de un prostibar.

Se encontró que a estas 13 mujeres sometidas a explotación sexual y trabajo forzoso se las penalizaba de forma sistemática —por lo general con multas de 200 soles—, por haber huido o intentado escapar, con lo que ahondaban la deuda con que sus explotadores las mantienen enganchadas. Adicionalmente recibían castigos corporales, como en el caso de una ellas, sometida a duchas de agua helada.

Entre los prostibares con mayor tendencia a penalizar con multas a las mujeres que explotan están el Golden y Dulce Karicia. Cabe señalar que fue en el Golden donde se encontró el caso de la chica sometida a las duchas de agua fría.

En este contexto, las víctimas de trabajo forzoso son explotadas laboral y sexualmente por encima de las 60 y hasta las 112 horas semanales. En 11 de los 16 casos de trata identificados, las mujeres afirmaron no tener ningún día de descanso a la semana. Otras dos tenían uno y dos días de descanso a la semana, respectivamente, pero eran forzadas a trabajar más horas al día.

**GRÁFICO Nº 6**  
**Número de horas trabajadas por grupos de análisis**



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Ambas, además, indicaron que su libertad de movimiento había sido restringida, lo que implicaba que los días de descanso debían pasarlos en el prostibar. Los tres casos restantes no respondieron a esa pregunta de la encuesta. Casi la totalidad de las mujeres (93.75%) que se encuentran forzadas a trabajar tiene un año o menos de residencia en La Pampa, mientras que las tres cuartas partes tiene un mes o menos de haber llegado a la localidad. Estas mujeres mostraron una mayor tendencia a haber realizado estudios. Poco más del 40% había acabado el colegio, y un 37.5% había continuado estudiando luego de terminar la secundaria. Solo un 18.75% no había terminado sus estudios escolares y, en un caso, tampoco la primaria.

**TABLA Nº 5**  
**Trabajo forzoso por centro de trabajo**

Nombre del prostibar	Nº de mujeres
Golden	6
Faraón	1
Dulce Karicia	3
Deysi	1
Taisiri	1
Bar con nombre no declarado	1
Vendedora ambulante de refrigerios	1
Restaurant con nombre no identificado	1
Sagitario	1
<b>Total</b>	<b>16</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

### 3.3.5 Mujeres viviendo en la esclavitud

Es posible usar el marco conceptual de Meillasoux sobre la esclavitud y aplicar dos indicadores que sirven para distinguir a las víctimas del trabajo forzoso de las mujeres viviendo en la plena esclavitud: la imposibilidad de formar una pareja (o si la tiene, que ésta ejerza violencia física), y que no hayan salido embarazadas ni tenido hijos

estando ya en el Km 108. Esto último en La Pampa implica, sobre todo, que la maternidad de los hijos que dejaron en sus lugares de origen les haya sido arrebatada.

Entre las víctimas de trabajo forzoso identificadas previamente, se halló a once mujeres que cumplían con estas características y —en consecuencia— vivían en condiciones de esclavitud. De ellas, diez eran explotadas sexualmente en los prostibares de la zona, y una era explotada laboralmente como mesera en un restaurant.

La totalidad de las mujeres esclavizadas tiene tres meses o menos de residencia en La Pampa.

**TABLA Nº 6**  
**Tiempo de residencia en la localidad, por grupos de análisis**

Tiempo de residencia en la localidad	Grupo de control (%)	Explotación laboral (%)	Explotación sexual (%)	Trabajo Forzoso (%)	Esclavitud (%)
Entre 0 y 1 mes	13.33	4.00	83.33	75.00	81.82
Entre 1 y 3 meses	22.22	20.00	14.29	12.50	18.18
Entre 3 y 6 meses	11.11	24.00	2.38	0	0
Entre 6 y 12 meses	6.67	12.00	0	6.25	0
Entre 1 y 2 años	15.56	0	0	0	0
3 a más años	31.11	40.00	0	6.25	0
<b>% Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

**TABLA Nº 7**  
**Nivel educativo por grupos de análisis**

Nivel educativo	Grupo de control (%)	Explotación laboral (%)	Explotación sexual (%)	Trabajo Forzoso (%)	Esclavitud (%)
Sin instrucción	0.00	4.00	0.00	0.00	0.00
Primaria incompleta	2.27	12.00	2.33	6.25	9.09
Primaria completa	4.55	12.00	2.33	0.00	0.00
Secundaria incompleta	29.55	20.00	9.30	12.50	0.00
Secundaria completa	59.09	36.00	53.49	43.75	54.55
Formación técnica incompleta	0.00	0.00	11.63	18.75	18.18
Formación técnica completa	2.27	4.00	6.25	6.25	0.00
Universitaria incompleta	2.27	12.00	12.50	12.50	18.18
Universitaria completa	0.00	0.00	2.33	0.00	0.00
<b>% Total</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

Algo más de la mitad de las mujeres esclavizadas culminó el colegio y se ubican tras las mujeres en situación de trabajo forzoso, como las que más tienden a continuar estudiando (36.36%). Entre ellas, al mismo tiempo, se encuentra el menor índice de abandono escolar. Solo una de estas mujeres no concluyó los estudios escolares.



# CAPÍTULO 4

---

NECESIDADES  
INCOMPRENDIDAS:  
LA LEGIBILIDAD Y LA  
ILEGIBILIDAD DE LA  
SALUD EN LA PAMPA

---



# CAPÍTULO 4

## NECESIDADES INCOMPRENDIDAS: LA LEGIBILIDAD Y LA ILEGIBILIDAD DE LA SALUD EN LA PAMPA

Hasta el momento no ha sido posible conocer con certeza el número de personas que trabajan o viven en La Pampa, pero en el 2011 el Ministerio del Ambiente planteó que la población podría alcanzar las 14.000 personas, mientras que otras estimaciones más audaces sugieren que el número supera los 50.000. Sin embargo, según los registros de la DIRESA, oficialmente la población que habita la zona llega a 1.832 personas. La brecha entre el número real de habitantes y esta baja estimación del sector salud causa que la provisión de recursos sea insuficiente. Los problemas que hay, en consecuencia, abarcan distintos aspectos: infraestructura, provisión de personal calificado (solo hay dos médicos), calidad del servicio, accesibilidad (los puestos de salud no cuentan con medios para trasladar a los pacientes más graves a centros de salud de mayor nivel), entre otros (Mujica, 2014).

### 4.1 LA ILEGIBILIDAD DE LA MUERTE EN LA PAMPA

Las tasas de mortalidad en Madre de Dios son peculiares respecto de otras regiones del país. Datos de salud de la región (ASIS Madre de Dios, 2016) indican que el 31% de fallecimientos ocurridos en el año 2016 estuvieron relacionados con causas no incidentales como accidentes de transporte (12.9%), eventos de intención no determinada como ahogamientos, explosiones, etc. (11.4%), y causas externas de eventos accidentales (6.8%). El análisis de la situación en salud en Madre de Dios (DIRESA, 2014) indica que los disparos con armas de fuego se encuentran entre las principales causas de muerte. Esas muertes son más frecuentes que las que provoca la tuberculosis, el edema cerebral o la sepsis bacteriana del recién nacido.

**TABLA Nº 8**  
**Causas de muerte en regiones de la costa, sierra y selva**

Ámbito	Mediana de edad de fallecimiento	Tasa de mortalidad por causas por cada 100 mil habitantes		
		Enfermedades transmisibles	Neoplasias	Causas externas
<b>Perú</b>	72	115.3	109	59.5
<b>Madre de Dios</b>	43	177	108	191.5
<b>Lima</b>	75	97.3	117	28.4
<b>Cusco</b>	66	150.5	72.3	606
<b>Loreto</b>	62	166.9	113.9	46.3

Fuente: MINSA. Monitoreo de Determinantes Sociales, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2011.

Si estas son algunas de las principales causas de muerte en Madre de Dios, ¿qué valores para estas variables presenta La Pampa? Es difícil saberlo. “En la Pampa, la muerte escribe en un idioma que ni nosotros mismos sabemos leer”, afirmaba en junio de 2014 un mecánico de Huetupe, quien de esa manera confesaba su incapacidad para comprender lo que sucedía más allá de los límites del Estado. El subregistro de los homicidios, las desapariciones y los accidentes apuntan con claridad a que el Estado tampoco sabe lo que sucede en La Pampa. Este estudio busca llenar algunos de estos vacíos.

#### 4.1.1 El subregistro de los homicidios

La Pampa es un enorme cementerio clandestino. La Policía de Puerto Maldonado informó que entre enero de 2014 y septiembre de 2016 se registraron en La Pampa 21 casos de homicidio, lo que claramente supone un subregistro, puesto que en marzo de este año a nadie pareció sorprender que se encontrara, en una sola fosa común, los cuerpos calcinados de aproximadamente 20 personas, en las cercanías

del lugar conocido como Zorro Valencia, hacia el interior de la Reserva Nacional del Tambopata (Vera, 2017).

#### 4.1.2 El subregistro de las muertes por accidentes laborales

Un número indeterminado de obreros: maraqueros, bomberos, buzos y leñadores –sobre todo buzos, bomberos y maraqueros– han muerto sepultados por un derrumbe de arena bajo el agua, o de escombros en la superficie. Un pedido de información a la DIRESA indica que entre el 2014 y el 2015 se registraron diez accidentes de trabajo en La Pampa. Si se toma en cuenta que el 31% de las muertes en Madre de Dios están relacionadas a accidentes, ya que la minería ilegal es la principal actividad económica de la región, es evidente que los números que maneja la DIRESA para La Pampa no comprenden las reales dimensiones de estas muertes.

#### 4.1.3 Las desapariciones

Según la respuesta<sup>9</sup> a un pedido de información hecho a la Policía de Puerto Maldonado, amparado en la Ley de Transparencia<sup>10</sup>, entre enero de 2014 y septiembre de 2016 se registraron en La Pampa 646 denuncias por desaparición, 239 de las cuales no han sido hasta el momento resueltas. En buena medida, estas desapariciones se explican por la costumbre de las personas de usar un sobrenombre o alias, al llegar a La Pampa. O también por la necesidad de policías, involucrados en actividades criminales, de operar en La Pampa con un nombre distinto. (Aguirre, 2016). Xabier Árbex, un sacerdote suizo que lleva viviendo décadas en Madre de Dios a cargo de un albergue para niños, y una de las personas que más ha investigado sobre las desapariciones en La Pampa, afirma: “es gente con la voluntad de desaparecer”.

---

**9** Oficio N° 638-2016-DIRNOP-REGPOL-MDD-DIVICAJ/DEPINCRI.Sec.7 de noviembre de 2016.

**10** Ley N° 27806. Ley de transparencia y de acceso a la información pública

## **4.2. AMENAZAS DEL ENTORNO A LA SALUD DE LAS MUJERES EN EL KM 108**

Las tasas de morbilidad en Madre de Dios están asociadas a los determinantes sanitarios de una región cuya ausencia de saneamiento ambiental (34.46%) (ASIS Madre de Dios, 2016) es la más pronunciada del Perú. La contaminación por mercurio de los ríos, la ausencia de servicios públicos de agua potable y alcantarillado y de recojo y adecuada disposición de los residuos, sumados al calor, la humedad y los insectos propios de los ecosistemas amazónicos, han conformado un ambiente altamente riesgoso para la salud humana (Vallejo Rivera, 2014), cuyos impactos se reparten entre todos sus habitantes.

Según la DIRESA (2014), las infecciones respiratorias, las complicaciones a los embarazos, y las infecciones gastrointestinales y urinarias se encuentran entre las dolencias más comunes en la región. Los datos recogidos en las campañas de salud en el Km 108, confirman estas tendencias.

### **4.2.1 Problemas respiratorios**

Descritos como problemas bronquiales, tos, gripe, dolor de garganta, al menos el 35% de las mujeres que se atendieron en las campañas de salud manifestaron haber sufrido algún episodio relacionado a este tipo de malestares, en el último mes. Como se verá en el Capítulo 6, los tipos de explotación a los que se encuentran expuestas éstas mujeres producen impactos diferenciados entre los cinco grupos de análisis.

### **4.2.2 Problemas digestivos**

La ausencia generalizada de sistemas de agua potable y saneamiento en La Pampa juega un rol en el condicionamiento de esta prevalencia. Diecisiete de las 116 participantes de las campañas afirmaron haber sufrido de molestias digestivas, descritas como diarreas, disenterías y cólicos, en el último mes. Entre éstas 17, tan solo 12 buscaron atenderse y, entre ellas, solo cuatro acudieron a los establecimientos de salud,

mientras que las restantes buscaron ayuda en las farmacias de la zona, gastando entre 40 y 200 soles por la atención médica y los medicamentos.

Vale la pena remarcar que durante la aplicación de las encuestas, muchas mujeres a las que se explota sexualmente refirieron sufrir del estómago, en particular de gastritis. Ello, como se verá más adelante, al parecer podría tener alguna relación con la cantidad de alcohol que consumen diariamente como parte de sus actividades laborales.

### 4.2.3 La salud sexual y reproductiva en La Pampa

La región Madre de Dios es un territorio de alta vulnerabilidad y riesgo para la salud sexual y reproductiva de las personas, en particular, en el contexto de precariedad producido por la extracción no formal del oro, las condiciones de inseguridad asociadas a la explotación sexual, y la debilidad de las políticas sanitarias del Estado.

#### EL EMBARAZO EN LA PAMPA

El 67% de las participantes de las campañas, señalaron haber tenido al menos una experiencia previa de embarazo. Más de la mitad, el 64% de las mujeres, refieren haber tenido entre uno y dos embarazos y, aproximadamente el 5%, tuvo más de 5 embarazos. Se trata de mujeres que difícilmente controlan el desarrollo de su gestación.

*Hacer el seguimiento y el control de sus embarazos no es tan factible [...] tienen un mes, dos meses de embarazo, pero no acuden a su control. No acuden a ninguno de los puestos, van a la clínica, optan por la parte privada. [...] (Obstetra de la DIRESA trabajando en La Pampa).*

## EL EMBARAZO ADOLESCENTE EN EL KM 108

Madre de Dios presenta una alta y sostenida proporción de adolescentes embarazadas que, a lo largo de los años ha estado siempre cerca de doblar el porcentaje registrado a nivel nacional.

**TABLA Nº 8**  
**Causas de muerte en regiones de la costa, sierra y selva**

Ámbito nacional	1991	2000	2009	2013	2015
Nacional	11.4	13.0	13.7	13.9	13.6
Madre de Dios	24.7	23.6	21.6	23.1	21.9

Fuente: INEI. Peru , Encuesta Demografica y de Salud Familiar, 2015.

En el Km 108 la situación del embarazo adolescente es todavía más crítica. El 37% de las mujeres atendidas en las campañas tuvieron a sus hijos durante la adolescencia (19 años o menos), y un poco más del 6% se embarazaron de 15 años o menos. La menor edad registrada de una adolescente embarazada es la de una chica de trece años que trabaja en la cocina de uno de los bares y es víctima recurrente de violencia por parte de su pareja.

**TABLA Nº 10**  
**El embarazo adolescente en el Km 108**

Mujeres con experiencia previa de embarazo	Número de gestaciones			Embarazos con 19 años o menos		Embarazos con 15 años o menos	
	1-2	3-4	5 o +	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
78	50	22	6	29	37	5	6.4

Fuente: Datos del trabajo de campo.

## EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN EL KM 108

En la región de Madre de Dios, el uso de los métodos hormonales es el más frecuente. El más utilizado es la inyección trimestral, seguido por el condón.

**TABLA Nº 11**  
**Uso de anticonceptivos en Madre de Dios**

Uso de métodos anticonceptivo	Características del método	Frecuencia	Porcentaje
DIU		18	0.27
Hormonal	Oral	1470	21.97
	Inyectable trimestral	2939	43.93
	Inyectable mensual	745	11.14
	Implante	199	2.97
Barrera	Condón masculino	1242	18.57
	Condón femenino	15	0.22
Definitivos	Ligadura de trompas	4	0.06
	Vasectomía	0	0
Natural	Mela	13	0.19
Abstinencia	Billings	2	0.03
	Ritmo	26	0.39
	Collar	17	0.25
<b>Madre de Dios (Total)</b>		<b>6690</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección General de Estadística, 2015

En el Km 108, la tendencia se repite. Los inyectables son los métodos anticonceptivos más usados por las mujeres, mientras que el uso del condón solo aparece en el 12% de los casos, a pesar del alto nivel de comercio sexual en la zona.

La ausencia de su uso explica la prevalencia de enfermedades de transmisión sexual, VIH y sífilis en este lugar. Hasta el segundo semestre de 2014, se registra un acumulado de 607 casos de VIH-SIDA. No se reportaron casos de VIH en las campañas de salud, pero sí dos casos de sífilis, uno de ellos en una mujer del grupo de control y el otro en una mujer que era explotada sexualmente.

La experiencia de una obstetra que trabajó en la promoción del control de la natalidad y la prevención de enfermedades de transmisión sexual entre trabajadoras sexuales, añade algunas luces a estos resultados:

*[Se intervenía] para darles anticonceptivos. Se les explicaba [...] usa anticonceptivos, que es inyectable, y también te proteges con el preservativo, tienes una doble protección. Ellas aceptaban, pero los preservativos no tanto, porque ellas manifiestan que depende del cliente. De acuerdo al uso de preservativo es el costo [del servicio sexual] que ellas cobraban [...] O sea, sin preservativo, cobraban más.*

Llama la atención el alto uso de la anticoncepción oral de emergencia, mencionado como método anticonceptivo regular.

**TABLA Nº 12**  
**El uso de anticonceptivos en el Km 108**

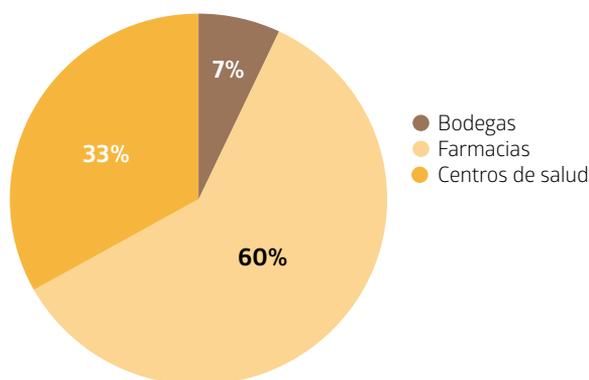
Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Inyectables	14	29
Píldora del día siguiente (AOE)	9	19
Píldoras anticonceptivas regulares	6	12
Condomes	6	12

Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Dispositivos intrauterinos	5	10
Combinaciones de métodos doble protección	4	8
Abstinencia sexual	3	6
Ligadura de trompas	2	4

Fuente: Datos del trabajo de campo.

En el 53% de los casos, las farmacias son la primera fuente de suministro de anticonceptivos, seguidas por los centros de salud (33%) y, en muy baja proporción, por las bodegas o las mismas parejas de las mujeres.

**GRÁFICO Nº 7**  
Fuentes de abastecimiento de anticonceptivos



Fuente: Datos del trabajo de campo.

### ABORTAR EN LA PAMPA

El aborto es una práctica común entre las mujeres que viven en las cercanías del Km 108, mientras que las características laborales de las mujeres no parecen tener mayor influencia en el número de abortos, puesto que todos los grupos de análisis presentan tendencias similares. Haría falta, en todo caso, una muestra más grande para determinar diferencias significativas.

De las 78 mujeres que reportaron haber salido embarazadas por lo menos una vez en sus vidas, 42, casi el 54%, señalaron haber abortado. Se encontró casos de mujeres que habían abortado hasta en cuatro oportunidades. Una obstetra de la DIRESA que trabajó en las campañas móviles de salud en La Pampa, refirió haber atendido varios casos de aborto en la localidad. A continuación, su testimonio:

*De esas chicas que hemos encontrado con el embarazo, muy pocas manifestaban que lo deseaban. Unas eran por violación, otras eran por el trabajo. Como eran trabajadoras sexuales, se embarazaban en sus relaciones. Y otro que eran de sus parejas, de sus enamorados, y no sabían si tenerlo o abortarlo, o regalarlos al momento que nacen. Era un poco triste, porque lo hacían llorando. No lo querían hacer, pero lamentablemente por la situación, por la realidad, se sentían obligadas.*

De las 42 mujeres que habían abortado por lo menos una vez, 20 apuntaron que su último aborto fue inducido. Solo en 6 casos especificaron que interrumpieron su embarazo con medicamentos. La misma obstetra testigo, agrega:

*Al frente, cruzando la pista, (en las farmacias clandestinas), conseguían de todos los precios, pastillas abortivas como el misoprostol. Ellas conocían muy bien cómo funcionaban. Incluso te explicaban cómo tenían que tomarlas: una por la boca y otra por vía vaginal. Sabían muy bien.*

La transportista que se contrató para llevar al equipo de investigación y al personal médico de las campañas de salud al Km 108, relató haber conducido a una chica a abortar en Puerto Maldonado.

*Me llamó para un expreso. Siempre me piden mi número. Creo que se descuidó y se había embarazado. Se había tomado un Citotex, un abortizante (sic). Me llamó y me pidió que la llevara a una clínica particular.*

- ¿Te había pasado antes?  
- ¿Con ella? Ya dos veces. Esto fue hace un mes nomás. La recogí así, sangrando. Echa el asiento de mi carro como camilla, le dije. Se quejaba de dolores, pero no tenía remordimiento. Creo que sabía lo que hacía. [...] Me pidió que la llevara a una clínica cerca al hospital de Santa Rosa. No quería ir al hospital. Me van a denunciar, porque el aborto no está permitido, me dijo. Pero es una amenaza de aborto, no te van a encontrar la pastilla que te has tomado, le dije. No quiso. Pero te va a salir más barato. No, me dijo. Entró sola a la clínica, me pidió que la espere afuera. Se demoró como dos, tres horas, y salió solita, pero débil. De ahí la llevé a un hospedaje, y en la madrugada me llamó para que la regresara a La Pampa. Ahí sigue, ese día la vi, el día de la campaña.

Los costos del aborto que reportaron las mujeres son sumamente variados, van desde 80 soles, el más bajo, hasta los 1500 soles, el más alto. Mientras que aquellas, internadas en un campamento minero, que por una razón u otra deciden interrumpir su embarazo, ponen en riesgo su vida. Al respecto, continúa el testimonio de la obstetra:

*Las que están cerca a la carretera [...] abortan antes de los cuatro meses. [...] Pero esos casos que se encuentran en las partes lejanas, en los Megas (el nombre local para los campamentos de la minería ilegal) de allá al fondo, no pueden salir. [...] Se les sentía que querían salir de ese lugar, querían cambiar de vida. Pero también temían por sus vidas. No se sienten protegidas. [...] Hay chicas que han muerto por eso (por los abortos) en esos lugares.*

#### **4.2.4 Las picaduras de zancudos y lesiones en la piel por dicha causa**

El Km 108 no dispone de agua potable ni desagüe, ni de un sistema de recojo de basura. Estas condiciones favorecen a la proliferación de

estos insectos, que son vectores de enfermedades como la malaria, el dengue o la fiebre amarilla.

Datos de la vigilancia epidemiológica (ASIS Madre de Dios) reportaron para el 2016 un total de 364 casos de dengue en la región. Esta distribución se concentra particularmente en el corredor minero, integrado por Tambopata (51% de los casos), Las Piedras (12.3%) e Inambari, (9%). Asimismo, se ha establecido que La Pampa es una zona de alto riesgo para la malaria y la fiebre amarilla, debido a la concentración de personas en el primer caso, y a la absorción de migrantes sin vacuna, en el segundo.

Aunque las campañas no detectaron casos, a partir de las respuestas obtenidas es posible determinar que la picadura de los zancudos, las heridas y las alergias que estos producen constituyen un problema y una preocupación general para todas las mujeres, sin diferencias. Tanto las mujeres del grupo de control, como las explotadas laboral y sexualmente, se quejan del mismo problema. Cuando se les preguntó adónde habían acudido a atenderse, la mayoría (17) declaró haber ido a una farmacia y gastado en la atención entre 10 y 40 soles.

#### 4.2.5 La salud mental en la frontera

Un estudio sobre la situación de la salud mental en el Perú (Saavedra, 2012)<sup>11</sup> indica que Puerto Maldonado es una de las cinco ciudades con mayor incidencia de enfermedades mentales en el país. Entre los problemas psiquiátricos más frecuentes están la depresión clínica y la dependencia al alcohol. El 2012, la DIRESA identificó el abuso de este último como uno de los cinco principales problemas de salud en la región. (Mujica, 2014)

---

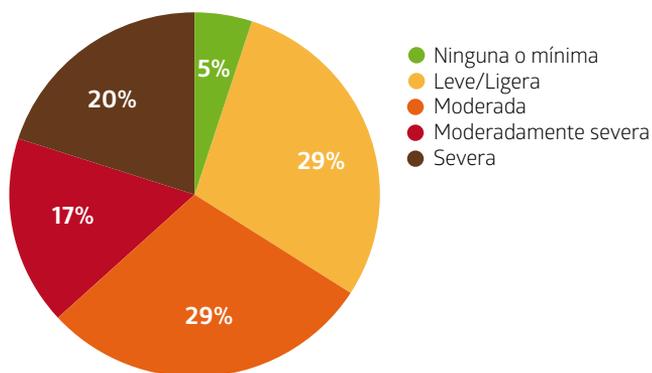
**11** SAAVEDRA, J. y UCHOFEN-HERRERA, V. Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. *Rev. perú. med. exp. salud pública*[online]. 2016, vol.33, n.4, pp. 785-793. ISSN 1726-4634. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.334.2566>.

Más allá de esta publicación, el Estado básicamente no sabe cuál es el estado de la salud mental de las y los ciudadanos en Madre de Dios, y mucho menos tiene una idea de cuál es la situación epidemiológica en el Km 108. La prevalencia de las enfermedades mentales no se encuentra recogida en los análisis de la salud, mientras la región tampoco ofrece ni infraestructura ni cobertura para los problemas de salud mental.

## DEPRESIÓN

La depresión es un problema común a todas las mujeres de La Pampa. Aplicado el test PHQ-9 a una muestra de 83 mujeres que asistieron a las campañas de salud, se obtuvo que aproximadamente el 40% de las encuestadas tienen problemas de depresión que requerirían atención tanto de psicofármacos como de psicoterapia. Los resultados señalan que solo el 5% de la muestra tiene signos mínimos de depresión, mientras el 29% presenta síntomas de depresión leve y otro 29%, de depresión moderada. Finalmente, se encontró una cifra alarmante de 17% de personas con sintomatología moderadamente severa, y otro 20% con depresión severa. Cabe resaltar que la totalidad de personas señaló no haber asistido a ningún profesional para atender sus malestares. Comentaron que las distancias eran demasiado largas, que no conocen quién podría atenderlas, o que las postas a las que van no cuentan con el personal capacitado (psiquiatras y psicólogos).

**GRÁFICO N° 8**  
**La depresión en el KM 108**



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Como se verá en el Capítulo 6, las diversas formas de explotación tienen un impacto, también diferenciado en la incidencia de la depresión en el Km 108.

## ALCOHOLISMO

Se encontró un consumo muy alto de alcohol entre todas las mujeres, aun entre aquellas que no están explotadas sexualmente, las que son amas de casa y las que son explotadas solo laboralmente. Casi el 90% de las mujeres del grupo de control consume entre media y seis botellas de cerveza de 620 ml al día, mientras los centros de salud de La Pampa, y aun los de Puerto Maldonado, están muy lejos de ofrecer atención especializada, y más lejos aún de estar capacitados para el tratamiento de adicciones u otras condiciones que la acompañan, como la depresión.



# CAPÍTULO 5

---

## LA COBERTURA DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE MARGEN DEL ESTADO

---

# CAPÍTULO 5

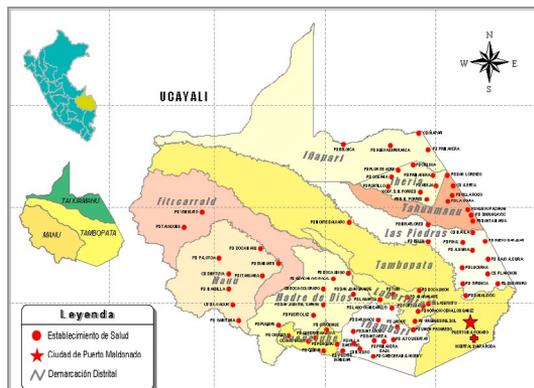
## LA COBERTURA DE LA SALUD EN CONTEXTOS DE MARGEN DEL ESTADO

### 5.1 LA INFRAESTRUCTURA COMO FRONTERA: LOS CENTROS DE SALUD DE LA PAMPA

La red de centros de salud en la Pampa es parte del “aparato estatal” (Abrams, 1998) que marca físicamente los márgenes del Estado y dibuja en el mapa las líneas punteadas que lo separan del territorio liberado de los campamentos de la minería ilegal.

Dadas las características de distribución poblacional y de su red vial, desde el 2002 Madre de Dios cuenta con una sola red y 10 microrredes, a través de las cuales, se distribuyen los establecimientos de salud en los 11 distritos de la región. Tal como se puede ver en el gráfico, la concentración es mayor en la zona sur, asociada principalmente a las zonas de carreteras y los ríos.

**GRÁFICO Nº 9**  
**Cobertura y organización de los establecimientos de salud en Madre de Dios**



Fuente: Datos del trabajo de campo.

Cada microrred, agrupa a un promedio de 12 establecimientos de salud, a excepción de la microrred Independiente, ubicada en la ciudad de Puerto Maldonado, que tiene como único establecimiento al Hospital Santa Rosa. Ésta, en realidad, no es reconocida como una red de salud, sino como una unidad ejecutora, según lo expresado por algunos funcionarios consultados en el marco de esta investigación. En función al ordenamiento administrativo del Ministerio de Salud<sup>12</sup>, los establecimientos de salud están catalogados por niveles, con base a criterios que incluyen: a) el nivel de estructura; cantidad y grado de capacitación de sus recursos humanos; b) la capacidad para resolver los problemas de salud; y c) la oferta disponible para atender el volumen de necesidades de salud de la población. El 86% de los establecimientos que operan en la región son de baja complejidad (Nivel I-1 y I-2) y sus alcances son bastante limitados, especialmente por la ausencia de métodos diagnósticos y el acceso a medicamentos. Solo cinco establecimientos en Madre de Dios corresponden al Nivel I-3, que incluye un número mayor de posibilidades para el tratamiento de las enfermedades. Solo hay dos establecimientos en el Nivel II-1 y II-2, que ofrecen hospitalización.

Construidos a pocos metros de la Carretera Interoceánica, en sus mismos derechos de vía, o en las riberas del río Inambari, en La Pampa, entre los kilómetros 98 y 127 existen siete establecimientos de salud pertenecientes a la microrred de Mazuko. Estos son: Alto Libertad, Cabecera Malinowski, Primavera Baja, Puente Inambari, Santa Rita, Sarayacu y Jayave, (Mujica, 2014). Sus funciones pasan por la atención ambulatoria de pacientes y la satisfacción de las necesidades de salud más básicas, con muy baja capacidad de resolución y un alcance sumamente limitado para cubrir las necesidades de la población. A partir de ellos, se organizan campañas móviles que incursionan hacia zonas que el Estado ya no controla mediante “acciones extra murales”, “estrategias de promoción de la salud” y “prevención de riesgos” (MINSA, 1997). Se trata de actividades estandarizadas, que se ejecutan

---

**12** Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 0021 MINSA/DGSP Categorías de Establecimientos del Sector Salud, 2004.

en el marco de las intervenciones sanitarias, que siendo idénticas las unas con las otras, “orquestan numerosos contextos locales” (Heyman, 1995: 262) y expresan la debilidad de los argumentos con que el Estado pretende hacer frente a contextos sanitarios dispersos, complejos y diversos. Son también la expresión de la ausencia de garantías para el derecho a la salud de la ciudadanía.

Los centros de salud más cercanos al Km 108 son el puesto de Alto Libertad, de Nivel I – 1, ubicado en el Km 98, y el puesto de Primavera Baja, de Nivel I-1, ubicado en el Km 119. La jurisdicción territorial del primero alcanza hasta el Km 108, y está ubicado a 10 minutos de camino en los colectivos que cubren la ruta entre Puerto Maldonado y Mazuko, el único transporte público de la zona. El puesto de salud de Alto Libertad cuenta con tres profesionales médicos cirujanos, dos obstetras, un odontólogo, tres enfermeras, tres técnicos de enfermería y un biólogo. Este establecimiento cuenta con un pequeño laboratorio, donde se realizan diagnósticos de TBC y hepatitis, y se aplican pruebas rápidas de sífilis, VIH y dengue. El puesto de salud Primavera Baja está ubicado a 25 minutos de La Pampa en transporte colectivo. Este establecimiento solo cuenta con tres profesionales: una obstetra, una enfermera y un técnico sanitario. Se registra un tercer establecimiento relativamente cercano: el puesto de salud Sarayacu, ubicado a la altura del Km 110, a 20 minutos del 108, pero alejado de la carretera Interoceánica. Por contar con una trocha como único acceso, su uso se hace poco viable.

## **5.2 LAS CAMPAÑAS DE SALUD DE LA DIRESA**

La atención de salud en las zonas que el Estado no controla, como el Km 108, suele ocurrir mediante la Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED), campañas móviles que, en La Pampa, incursionan en los campamentos, previo acuerdo con líderes y las organizaciones que controlan los territorios liberados. Una obstetra relata su experiencia en una de esas campañas:

*[...] mi primer trabajo fue en un equipo itinerante, en diferentes rutas, sobre todo en los lugares con minas, porque eran lugares de alto riesgo. La primera ruta que me tocó fue justamente La Pampa. En La Pampa hemos estado, por lo menos... ¿cuántos días? Quince días, desde las 7 de la mañana hasta las 7 de la noche, haciendo la atención integral. [...] Al día se intervenía por lo menos a 20 mujeres [...] se captaba a varias mujeres gestando, y luego esa relación siempre quedaba para hacer el seguimiento. Y ¿qué pasaba? Salud iba a hacer el seguimiento y ya no las podía encontrar. Migran.*

Si bien las campañas móviles son una estrategia bastante aceptada por los centros poblados y el personal que trabaja en el Km 108, y personas de toda condición suelen participar (mujeres víctimas de explotación laboral, sexual, posibles tratantes, comerciantes y amas de casa), sus resultados no son convincentes y la asignación presupuestal tampoco es la mejor. Al respecto, una de las coordinadoras de la estrategia manifestó:

*El personal de salud de Primavera Baja, de Alto Libertad, no cuenta con presupuesto para trasladar la camilla y todos los equipos que se requieran. Nosotros como DIRESA no contamos con un presupuesto [...] porque normalmente quien debe hacer esas campañas integrales son los establecimientos que están en la jurisdicción. Y no lo hacen muchas veces porque se ven limitados por los gastos que ocasiona el trasladar los equipos, la camilla, las carpas, y todo eso. Entonces, programar una atención integral tendría que ser desde la DIRESA. La DIRESA tendría que trasladar el personal para allá. Eso originaría que a ese personal, que van médicos, enfermeras, se les tiene que pagar un viático. Porque en sí no deberían movilizarse con 20 o 30 soles, sino con un viático completo de 180 soles, o 90 soles, según sea el caso.*

### 5.3 EL DESPOJO FINANCIERO DEL DERECHO A LA SALUD EN LA PAMPA

De manera pasiva, el Estado peruano castiga la migración hacia Madre de Dios eliminando el sustento financiero del derecho a la salud. El acceso al SIS restringido por el lugar de residencia que aparece en el DNI continúa vetando del derecho a la salud a la población de La Pampa, como se ya se había constatado en el estudio previo de PROMSEX, donde se aborda el derecho a la salud (Mujica, 2014).

En las campañas de salud, el 62.38% de las mujeres afirmó contar con el seguro, pero, al contrastar los números de DNI de las participantes con el Padrón General de Hogares (PGH) del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)<sup>13</sup>, se encontró que 65 de un total de 116 no habrían podido acceder a la cobertura en el momento de la encuesta, fuera porque no contaban con la Clasificación Socioeconómica (CSE) respectiva, o porque ésta necesitaba ser actualizada.

**TABLA Nº 13**  
**Estatus del DNI de las participantes**

Criterios	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres sin referencias de DNI, o con un número que no le corresponde	15	12
Mujeres con DNI no calificado para el SIS	65	56
Mujeres habilitadas para usar el SIS	36	31
Total	116	100

Fuente: Datos del trabajo de campo.

**13** Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. <http://www.consultacse.sisfoh.gob.pe/cse/>

Así, solo el 31% de las mujeres participantes en las campañas de salud estaban habilitadas para acceder al seguro integral, mientras que cerca del 70% se encontraban financieramente desprotegidas.

## **5.4 EL MURO TRANSPARENTE: LA INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS PACIENTES EN LA PAMPA**

Es en el trato cotidiano que se renuevan las fronteras entre la comunidad, el Estado y La Pampa. En la interacción entre las personas usuarias y el personal de salud parecen reproducirse los márgenes del Estado, donde se excluye y se diferencia a los sujetos marginales de territorios liberados, como el Km 108, de las y los ciudadanos que viven en los centros poblados a los que se adscriben estos establecimientos de salud.

En los dos establecimientos cercanos a La Pampa, Alto Libertad y Primavera Baja, solo hay un profesional nombrado<sup>14</sup>. El resto del personal está conformado por trabajadores temporales que usualmente tienen un contrato CAS<sup>15</sup> y ninguno está capacitado para brindar atención médica en contextos de frontera tan conflictivos como el de La Pampa.

---

**14** Madre de Dios es la región que menos profesionales de salud tiene en el Perú. Mientras que a nivel nacional hay un 1.1 médicos por cada 1000 habitantes, en Madre de Dios solo hay 0.61. Lo mismo ocurre con otros profesionales, como enfermeras/os (0.87/1000 hab.), obstetras (0.60/1000hab.), odontólogos/as (0.23/1000 hab.) y psicólogos/as (0.10/1000 habitantes) que en un 83% de los casos tienen contratos temporales, causa de una alta rotación del personal, que constituye uno de los principales motivos de queja de los usuarios del servicio. (ASIS Madre de Dios, Dirección Regional de Salud 2016)

**15** El Contrato Administrativo de Servicios es un contrato laboral que se supone de corto plazo, que solo se aplica desde el Sector Público. Flexibiliza la obligación del empleador, que es el Estado y no reconoce derechos laborales. Esta modalidad de contratación entró en vigencia el 29 de Junio de 2008 y es seriamente criticado por la indefensión en que coloca a las y los trabajadores.

El 17% de los médicos, enfermeras, odontólogos, psicólogos, asistentes sociales, y químicos farmacéuticos que trabajan en Madre de Dios se encuentran haciendo el SERUM (Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud) (ASIS Madre de Dios, 2016). Es decir, son jóvenes que están por terminar sus estudios universitarios, que se encuentran pagando su “derecho de piso” en los puestos de salud más difíciles, y que al cabo de un año abandonarán el lugar. Son pocos los profesionales de salud en La Pampa que superan los dos años asignados a estos centros. Esto supone un gran obstáculo para desarrollar estrategias de intervención en salud en el mediano y largo plazo.

Si bien los centros de salud están diseñados para que su personal se integre en la vida comunitaria de los centros poblados, dadas las deficientes condiciones laborales y la precaria infraestructura de los establecimientos, sería un error asumir que las y los operadores de campo implementan las políticas del sector, toman decisiones y ejercen poder sobre la población, la cual sería un recipiente subordinado de las políticas públicas en salud. “La sobrecarga de casos, la escasez de recursos y la necesidad de protegerse”(Heyman, 1995: 264), dificultan la consecución de las metas de las políticas públicas. Además, un abismo social distancia al personal de salud de las y los usuarios de los campamentos, y el miedo estaría llevando a los primeros a reproducir en la interacción cotidiana con las y los pacientes la misma frontera que separa al Estado de los campamentos. Es posible inferir que un abismo social aleja al personal de salud de los pacientes en La Pampa. Día a día, estos profesionales deben enfrentarse a la inseguridad de la zona, de manera que para ellos los pacientes están muy lejos de ser tales. “La gente es un poco agresiva”, refiere la doctora Emperatriz Morales, directora de la DIRESA-MDD, quien sostiene que:

*Ellos atienden solamente en sus puestos fijos, en el Km 98, y otros puestos más arriba y abajo. [...] (Al personal de salud) los insultan, a veces, hasta con pistola en la mano quieren hacerse atender, a la fuerza, cuando la gente normalmente va a atender. Por eso tengo personas que han renunciado, porque constantemente hay balaceras ahí en La Pampa. Dos*

*veces seguidas el médico que estuvo en Alto Libertad renunció porque dijo no, yo no me puedo quedar acá. Mi vida corre peligro y renunció y se fue [...] tienen temor de trabajar allí. Y nos están pidiendo que nosotros pongamos seguridad 24 horas para poder trabajar. Pero nosotros no tenemos el presupuesto para contratar seguridad. [...] Igual siguen atendiendo a todos los que llegan allí: heridos, hombres sobre todo, que llegan con heridas, baleados. Mujeres casi muy poco he visto.*

Las campañas móviles de salud se enfrentan a dificultades similares. Aún estando en la misma carretera, se trata de un territorio que el Estado no es capaz de controlar, y campañas como las que sirvieron para el recojo de los datos de esta investigación tuvieron que solicitar la autorización de quienes sí controlan el Km 108.

*Pasadas las cinco, seis de la tarde, ellos (la Asociación de Bares de La Pampa), ya no garantizan la integridad física del personal [...], pasadas esas horas hay peleas, hay problemas [...] Y el personal muchas veces no acude, o no quiere apoyar, porque previamente uno le consulta, se les habla, La Pampa, y dicen, no, allí disparan, allí matan. No se les brinda la seguridad del caso. Se tendría que coordinar con la Policía para, de alguna manera, velar por la integridad física. Pero, también, meter policías allí es provocar a los dueños de los bares. (Y la gente) no se acercaría a atenderse, tampoco. (Funcionaria de la DIRESA)*

#### **5.4.1 Víctima, paciente y presunta criminal**

Al otro lado de los márgenes, desde los territorios liberados de La Pampa, la historia que cuentan las mujeres, y en especial las víctimas, es distinta.

Sin desconocer el grave problema de seguridad que existe en el Km 108, o precisamente por esa razón, la PNP y el Ministerio Público se han visto involucrados en la detención arbitraria e indiscriminada de

trabajadoras sexuales en particular durante operativos de interdicción que suelen captar un alto interés mediático. Es esta la ruta por la que el Estado peruano terminará tratando como criminales a posibles víctimas de explotación laboral y sexual, e incluso de trabajo forzoso, y castigándolas, en consecuencia.

El caso de MGB se atendió en la primera campaña de salud. MGB era una víctima de explotación sexual y trabajo forzoso. Tenía tres hijos, pero había salido embarazada seis veces. Su primer niño lo tuvo a los 18 años. Tiene una pareja que la amenaza y la golpea. Llevaba un mes viviendo en La Pampa, compartiendo su habitación con otras chicas, en el prostibar donde fue explotada sexualmente. Allí también la habían castigado con maltratos psicológicos y multas económicas. Imposibilitada de salir del local, trabajaba los siete días de la semana como dama de compañía, sin ningún día de descanso. Fumaba, en promedio, cuatro cigarrillos diarios, y bebía con los mineros una caja diaria de cerveza. Presentaba un cuadro depresivo severo, pero no había recibido ningún tratamiento para su depresión, ni para su alcoholismo. “¿Necesitas ayuda con los sentimientos que tienes?”, le preguntaron a MGB en el módulo de entrega de medicamentos de la campaña, en el que se efectuaron los tests de despistaje de depresión. La pregunta era parte del instrumento. “Sí”, respondió, MGB.

Cuatro meses después volvimos a encontrar a MGB, esta vez en el penal de San Francisco de Puerto Maldonado, procesada por trata de personas y secuestro agravado, mientras purgaba 9 meses de prisión preventiva.

El caso de MGB nos devuelve al punto de partida: ¿cuántas de las mujeres internadas en este penal son realmente víctimas y no delinquentes?, ¿de qué manera se atienden las necesidades de salud de las mujeres internas en el penal de San Francisco de Puerto Maldonado?, ¿cuántas de ellas son, además de víctimas, presuntas criminales? Esta es una incógnita ineludible que futuros estudios tendrán que despejar.

#### 5.4.2 Amenazas a la salud de las víctimas en los regímenes carcelarios de los centros de atención residencial

La situación de las víctimas rescatadas por el Estado parece ser incluso peor que las de aquellas que terminaron en el penal de San Francisco. Aunque el foco del estudio no ha pasado por los servicios de atención que ofrece el Estado para las víctimas de trata de personas que no sean los de salud, múltiples reportes hablan de la revictimización y criminalización de las mujeres que huyeron o fueron rescatadas de los prostibares de La Pampa, sea por la Policía, las instituciones que participan en los procesos judiciales y, muy particularmente, por los centros de atención residencial.

Dos informes de la Defensoría del Pueblo y la tesis de una investigadora académica independiente (McCoy, 2015) han reportado múltiples violaciones a los derechos humanos de las víctimas en los Centros de Atención Residencial (CAR), adscritos al Ministerio de la Mujer, en los que se acoge a las adolescentes que fueron víctimas de trata de personas. A estas menores de edad se les arrebató el derecho a decidir si quieren recibir o no albergue, o si están o no de acuerdo con su internamiento en uno de estos centros. Los CAR parecen tener un espíritu penitenciario, que vuelve a privar de su libertad a las víctimas. La misma idea de “fuga” de un CAR apunta hacia eso. En estas instituciones se imponen normas disciplinarias cuyo incumplimiento –como en los prostibares o en las tiendas donde las mujeres son explotadas laboralmente– deviene en castigos que van desde la privación del alimento al maltrato físico. También se han reportado casos de violaciones sexuales de menores perpetradas por el personal masculino de los CAR.

De esta manera, la institucionalización de las víctimas no parece ser otra cosa que la fase final de su criminalización. Esta situación se condice con la situación de excepción que vive Madre de Dios –en particular en los campamentos mineros– y con la eliminación de derechos de las personas propia de ese contexto.

Se destaca que el Estado peruano haya tomado medidas para mejorar

la calidad de vida de los menores de edad en abandono, en la idea de garantizar el pleno ejercicio de sus derechos y priorizar el derecho de vivir, crecer y desarrollarse en el seno de su familia aprobando. A fines de 2016 se aprobó el Decreto Legislativo N°1297 (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos: 2016) que propone un nuevo sistema de protección integral a niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Se espera que, en la práctica, estas medidas aplaquen las consecuencias en la salud, y en particular en la salud mental, que parecen haber tenido las anteriores políticas, más parecidas a las de un estado policial que a un estado de derecho. Los impactos de dichas políticas están todavía por estudiarse y documentarse.

## **5.5 OFERTAS LOCALES DE SALUD: LAS FARMACIAS CLANDESTINAS**

Las farmacias juegan un rol importante para las mujeres del Km 108. Las farmacias y boticas, como la mayor parte de los negocios de La Pampa, son clandestinas. No tienen licencia de funcionamiento y, en todos los casos, compran medicamentos del mercado negro. “Tenemos algunas boletas que incautamos en los operativos”, dice la doctora Rosario Castillo, jefa de la DIREMID. “Algunos de ellos (los responsables de estos establecimientos) refieren que compran (las medicinas) en algunas boticas de Arequipa, y Cusco [...], como tenemos tan cerca Puno, Juliaca, es probable que todo proceda de allí, también.” En los últimos cinco años, estas farmacias y boticas han estado sujetas a tan solo dos operativos de fiscalización de la DIREMID, uno en el 2012, y otro en el 2014. Castillo explica:

*Nosotros hemos coordinado con Lavado de Activos y hemos ingresado a La Pampa con la Policía, digamos, de avanzada, porque no es una [zona] segura. Hemos entrado a hacer operativos dos veces. Las dos veces hemos decomisado, hemos quitado, incluso hasta ahora los fiscales no se pronuncian. Uno de ellos nomás, creo, está en juicio, pero lo demás no se sabe qué hay. La procedencia de los medicamentos definitivamente*

*es ilegal también. Si no tienen autorización, ¿de dónde van a comprar?*

Como resultado de las pocas fiscalizaciones realizadas, se ha determinado que existe la venta de una gran cantidad de medicamentos adulterados. Una de sus rutas hacia Lima, precisamente, pasa de Brasil hacia Madre de Dios. (Espejo, 2009)

Las farmacias con licencia en Puerto Maldonado, además, tampoco garantizan un buen expendio de medicamentos. Aun cuando la ley señala que cada farmacia debería contar con un químico farmacéutico, la norma no se cumple. En la región no hay suficientes profesionales en este rubro, por lo que muchos de estos negocios simulan su presencia para cumplir con los requisitos de ley trayendo temporalmente a químicos farmacéuticos de otras regiones.



# CAPÍTULO 6

---

## CONCLUSIONES

---

# CAPÍTULO 6

## CONCLUSIONES

### **PRIMERO: LA TRATA DE PERSONAS Y OTRAS FORMAS DE EXPLOTACIÓN EN LA PAMPA**

En esta investigación se ha querido ampliar la comprensión del fenómeno de la trata de personas aplicando teorías y enfoques etnográficos que iluminan aspectos que la exclusiva aplicación del Protocolo de Palermo había dejado a la sombra. Esto supuso un esfuerzo, desde la antropología política, por mirar los contextos de frontera en los que las personas se encuentran cotidianamente con el Estado, y analizar la relación que las personas usuarias entablan con el personal de salud de las postas. La investigación, además, encontró un segundo aliento en los aportes de la antropología de la esclavitud y en el énfasis que ella pone sobre los roles de parentesco. A partir del número de embarazos y de hijos que tienen las mujeres del Km 108, así como de su situación sentimental –si están involucradas o no en una relación de pareja, y si son víctimas o no de violencia por parte de la misma– fue posible contribuir a una mejor definición de los perfiles de las víctimas en La Pampa.

Los datos que arrojaron las encuestas apuntan a que las mujeres víctimas de trabajo forzoso, o aquellas que viven directamente situación de esclavitud, son las más reacias a tener hijos y, por lo tanto, las menos propensas a refugiarse en el seno de una familia. Las mujeres de estos dos grupos, sobre todo aquellas que son explotadas sexualmente, tienen más altos niveles de educación y están mejor conectadas al mercado. Son estas mismas características, sumadas a la falta de oportunidades de educación y empleo en las regiones de origen de las mujeres del Km 108, las que estarían forzándolas a migrar y a caer en redes de trata que tienen a La Pampa como destino.

En el otro extremo del espectro, encontrar en el Km 108 a mujeres que no son víctimas de explotación –un hallazgo en sí mismo–, sirvió como referencia para confirmar esta primera conclusión. Las mujeres del grupo

de control, en su gran mayoría amas de casa, son las más prolíficas, es decir que han formado lazos familiares más fuertes, pero son también las que están peor conectadas con el mercado de trabajo y las que menos instrucción formal han recibido. Es posible entonces postular, si no como conclusión, sí como hipótesis de futuras investigaciones, que el rol tradicional de las mujeres en las familias constituiría un factor que las protegería de la trata de personas. Una protección relativa, puesto que viene aunada con la exclusión de la educación y el mercado.

Así, la significativa presencia de mujeres que llegan a La Pampa, ya sea por engaños, forzadas, o de manera voluntaria (en los casos de retorno, especialmente), y que se involucran en actividades que las someten y explotan, no estaría explicada necesariamente por la pobreza –aunque esta no deje de ser un factor importante–, sino por la estructura familiar de las víctimas, el rol que juegan las mujeres en ella, la situación de las familias en el mercado, y los problemas estructurales de desempleo que existen en el sur del Perú.

### **El Protocolo de Palermo versus la explotación laboral y sexual**

Las definiciones operativas del Protocolo de Palermo, así como las conductas que caracterizan a la trata de personas según la ley peruana, resultan limitadas para describir las evidentes condiciones de explotación y esclavitud en las que se encuentran las mujeres encuestadas en La Pampa. Como se indicó anteriormente, de acuerdo a la ley peruana, la configuración del delito de trata de personas requiere tres elementos: los medios, las conductas y la finalidad. Esta última no debe concretarse necesariamente para que el hecho pueda tipificarse como trata de personas. Así, el énfasis de la ley está puesto en la migración o el traslado de personas, en particular de menores de edad.

En La Pampa, sin embargo, este es no el problema. Una simple visita al Km 108 basta para comprobar la explotación a la que están sujetas estas mujeres, mientras que conductas como la captación, el traslado y aún la acogida, siendo hechos ocurridos en el pasado, son más difíciles de probar. Existen, no obstante, mecanismos legales alternativos que

pueden utilizarse para la identificación de las víctimas y el abordaje de situaciones delictivas como las que usualmente ocurren en el Km 108. Es cuestión de poner estos mecanismos a trabajar.

Se ha identificado a mujeres explotadas laboralmente, entendida la explotación laboral como la actividad económica que sobrepasa el número de horas de trabajo que la ley establece como máximo. Se trata de largas jornadas laborales que las exponen a un agotamiento crónico de su salud.

Se ha identificado a damas de compañía que, más allá de si son forzadas o si ejercen libremente la prostitución, son explotadas sexualmente por los propietarios de los prostibares, también mediante largas jornadas de trabajo, y a través de un alto consumo de alcohol con los clientes habituales de estos sitios. Recientemente, la aprobación del D.L.<sup>16</sup> 1323

---

#### **16** Artículo 153-B.- Explotación sexual

El que obliga a una persona a ejercer actos de connotación sexual con la finalidad de obtener un aprovechamiento económico o de otra índole, es reprimido con pena privativa de libertad no menor de diez ni mayor de quince años.

Si el agente comete el delito mediante engaño, manipulación u otro condicionamiento se aplicará la misma pena del primer párrafo.

El consentimiento brindado por el niño, niña o adolescente carece de efectos jurídicos.

La pena privativa de libertad es no menor de quince ni mayor de veinte años, cuando:

1. El agente tiene a la víctima bajo su cuidado o vigilancia por cualquier motivo, o mantiene con ella un vínculo de superioridad, autoridad, poder u otro que la impulse a depositar su confianza en él.
2. La víctima tiene entre catorce y menos de dieciocho años de edad.
3. El agente comete el delito en el ámbito del turismo, en el marco de la actividad de una persona jurídica o en el contexto de cualquier actividad económica. La pena privativa de libertad es no menor de veinte ni mayor de veinticinco años, cuando:
  1. El agente es ascendiente o descendiente por consanguinidad, adopción o por afinidad; pariente colateral hasta el cuarto grado de

“Que fortalece la lucha contra el feminicidio, la violencia familiar y la violencia de género” (emitido en enero de 2017, dos meses después del inicio de esta investigación), ha modificado el artículo 153-B del Código Penal y definido a la explotación sexual como delito.

## El tiempo de residencia de las víctimas en La Pampa

La investigación logró identificar a víctimas de explotación sexual y de trabajo forzoso, explotadas tanto laboral como sexualmente, privadas de su libertad o sujetas a los castigos y a las multas económicas de sus empleadores. Los resultados de esta investigación permiten suponer que el tiempo de permanencia de las víctimas de trata de personas sería menor del que se suponía anteriormente (Mujica, 2014). En el Km 108 se encontró que casi la totalidad de las mujeres víctimas de explotación sexual, trabajo forzoso y esclavitud, tenían tres meses o menos viviendo en La Pampa. Por el contrario, solo se encontraron tiempos de residencia por encima de los seis meses en las mujeres del grupo de control, no sujetas a ningún tipo de explotación, y en algunas mujeres explotadas laboralmente. Se trata de un aspecto que valdría la pena continuar explorando.

---

consanguinidad o adopción, o segundo grado de afinidad.

2. La explotación es un medio de subsistencia del agente.

3. Existe pluralidad de víctimas.

4. La víctima tiene discapacidad, es menor de catorce años de edad, adulta mayor, padece de una enfermedad grave, pertenece a un pueblo indígena o presenta cualquier situación de vulnerabilidad.

5. Se produzca una lesión grave o se ponga en peligro inminente la vida o la salud de la víctima.

6. Se derive de una situación de trata de personas.

Si se produce la muerte de la víctima, la pena privativa de libertad es no menor de veinticinco ni mayor de treinta años. En todos los casos se impondrá además la pena de inhabilitación conforme al artículo 36 incisos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10 y 11. (\*) .

## **SEGUNDO: LOS IMPACTOS DE LAS DIVERSAS FORMAS DE EXPLOTACIÓN EN LA SALUD DE LAS MUJERES**

En el Km 108 de la Carretera Interoceánica existen condiciones ambientales y epidemiológicas que son comunes a todos los habitantes: las condiciones climáticas (el sol, el calor, la humedad, los friajes), la degradación ambiental ocasionada por la minería (la deforestación y remoción de grandes cantidades de tierra, la contaminación por mercurio de cuerpos de agua y de peces, parte sustancial de la dieta amazónica), la inexistencia de sistemas de agua y saneamiento y la precaria infraestructura en general, pero de salud en particular, que a duras penas se mantiene en pie en el lugar. O, como se vio anteriormente, la enorme inseguridad del lugar, con homicidios, accidentes de trabajo y de tránsito, y desapariciones cuyo subregistro apunta a problemas de salud pública de proporciones. Todas estas condiciones tienen una influencia directa en la prevalencia de enfermedades en la zona.

No obstante, un ambiente común no necesariamente produce los mismos impactos en la salud de todas las personas. De hecho, las mujeres del grupo de control y las víctimas de explotación sexual, explotación laboral, trabajo forzoso y esclavitud presentan perfiles sanitarios que pueden ser segmentados y diferenciados. La explotación laboral y sexual, así como el trabajo forzoso y la esclavitud parecen tener consecuencias específicas sobre la salud, que dependen del tipo de labor a la que se haya destinado a la víctima. De esta manera, es natural pensar que las víctimas de explotación sexual presenten tasas de infecciones de transmisión sexual más altas que las demás, o que aquellas que son explotadas laboralmente sean más propensas a lesiones óseas y musculares, o a quemaduras, agotamiento y deshidratación. Veamos qué fue lo que se encontró.

### **El impacto de la explotación en los problemas respiratorios**

Estudios sobre la prevalencia de enfermedades entre las víctimas de trata de personas (Turner-Moss et al, 2014) demuestran que los resfriados

y las afecciones al sistema respiratorio suelen ser comunes entre ellas, debido a que las condiciones de maltrato, el estrés, y el contexto de explotación tienen un impacto directo en su sistema inmune y las hacen más propensas a contraer este tipo de dolencias. Los datos obtenidos por las campañas de salud apuntan a que esto sucede en el caso del Km 108.

La percepción de haber sufrido problemas respiratorios en los 30 días previos a las campañas de salud aumenta dramáticamente de un 11.36% entre las mujeres del grupo de control, no sometidas a ningún tipo de explotación, a un 39.43% en las mujeres que son explotadas laboralmente. Y vuelve incrementarse hasta un 50% entre las mujeres que son explotadas sexualmente y son víctimas de trabajo forzoso, para llegar al pico del 54.55% entre las mujeres en situación de esclavitud.

### **La explotación y su impacto en el número de embarazos y abortos.**

De acuerdo con la teoría antropológica (Meillasoux, 1990), si algo define a la esclavitud es la imposibilidad de formar lazos de parentesco o cumplir roles (como el materno o de pareja), salvo aquellos que unan al individuo con su explotador. La definición de nuestra muestra de víctimas esclavizadas supuso que se consideraría como tales a aquellas mujeres que, siendo ya víctimas de trabajo forzoso, no hubieran conformado una pareja (o si la conformaron, sufrirían además violencia doméstica) y no hubieran salido embarazadas ni tenido hijos estando ya en el Km 108. Así, por definición, como resultado del análisis, necesariamente las mujeres en situación de esclavitud iban a tender a tener menos hijos, o a no tenerlos en lo absoluto.

Este aspecto de la teoría parece confirmarse con la regresión en el porcentaje de mujeres que tiene cero hijos, entre el grupo de control y las víctimas de trabajo forzoso. Menos del 10% de las mujeres del grupo de control no ha tenido ni tiene hijos. El porcentaje de mujeres con cero hijos aumenta hasta el 22% entre las mujeres que son explotadas laboralmente, vuelve a aumentar, esta vez de forma dramática, hasta

casi el 57% entre las mujeres a las que se explota sexualmente, y alcanza su pico con las víctimas de trabajo forzoso, entre las que el 60% no tiene hijos.

Pero la teoría etnográfica también sostiene que, a diferencia de las mujeres libres, las esclavas no son valoradas por su sexualidad. No es la posibilidad de ser madres lo que los explotadores buscan en las mujeres que esclavizan. Inversamente, la teoría postulada por Meillasoux también se confirmaría entre los cuatro primeros grupos de análisis. El 91.43% de las mujeres del grupo de control (es decir, las mujeres libres de explotación) tiene por lo menos un hijo. Este porcentaje baja al 77.78% entre las mujeres que son explotadas laboralmente, vuelve a reducirse al 43.33% entre las mujeres que son explotadas sexualmente, y alcanza su punto más bajo entre las víctimas de trabajo forzoso, con un 40% de mujeres que tiene uno o más hijos.

Queda por explorar para futuras investigaciones qué relación existe entre el número de hijos de estos grupos de análisis y características como, por ejemplo, la edad (las mujeres del grupo de control tenían un promedio de edad mayor) o el nivel educativo de las mujeres (las explotadas sexualmente y víctimas de trabajo forzoso habían recibido mayor instrucción formal que las mujeres del grupo de control y aquellas que son explotadas laboralmente).

### **Impactos diferenciados de la explotación en la salud mental: depresión y alcoholismo**

Estudios en otras latitudes han determinado que la trata de personas está asociada a síntomas del sistema nervioso central (dolores de cabeza, mareos, pérdida de memoria, etc.). Particularmente la depresión, la ansiedad y la hostilidad son síntomas frecuentemente detectados entre las sobrevivientes de este delito. Las víctimas de trata de personas suelen sufrir desvaríos, desórdenes de ansiedad y de humor, incluyendo ataques de pánico, trastornos obsesivo compulsivos, depresiones severas, así como adicciones a las drogas y al alcohol. Según las investigaciones abajo citadas, existe también

una correlación entre la disociación de la realidad (disrupción de las funciones integradas de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción) y la trata de personas. (Buller, Stoklosa y Zimmerman, 2015), (Turner-Moss y Zimmerman et al, 2014), (Hossain, Morrison et al, 2006), (Watts y Zimmerman, 2003).

### **a) Depresión**

Si bien para el diagnóstico de la depresión y de otras manifestaciones de salud mental asociadas a la trata de personas se sugiere que los síntomas se expresen por lo menos a lo largo de un mes, en este estudio se ha querido echar un vistazo al estado de la salud mental de las mujeres de La Pampa mediante un test rápido de desórdenes de ansiedad y depresión.

Se encontró que la depresión es un problema común a todas las mujeres en La Pampa, pero que su prevalencia varía según el tipo de explotación (laboral o sexual), y que se acentúa según se pasa de la explotación a formas esclavistas del trabajo forzoso y a la esclavitud propiamente dicha.

Los datos apuntan hacia tres tendencias. La primera, que no existen grandes diferencias en la incidencia de la depresión entre las mujeres del grupo de control y las mujeres que son explotadas laboralmente. La segunda, que existen diferencias en las frecuencias de casos depresivos entre mujeres explotadas laboralmente y aquellas que son explotadas sexualmente, siendo estas últimas bastante más propensas a generar cuadros depresivos moderadamente severos (27.27%) y severos (30.3%). Es importante notar que la presencia de la depresión se incrementa según se endurecen las condiciones de la explotación y se pasa al trabajo forzoso y la esclavitud. En estos casos la depresión severa alcanza al 42.86% y al 50% de las mujeres encuestadas, respectivamente.

**TABLA Nº 14**  
**Depresión por grupos de análisis**

Severidad de la depresión	Grupo de control		Explotación laboral		Explotación sexual		Trabajo Forzoso		Esclavitud	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguna o mínima	4	6.15	0	0.00	1	3.03	0	0.00	0	0.00
Leve o ligera	18	27.69	7	41.18	4	12.12	2	14.29	0	0.00
Moderada	18	27.69	5	29.41	9	27.27	3	21.43	2	20.00
Moderadamente severa	12	18.46	2	11.76	9	27.27	3	21.43	3	30.00
Severa	13	20.00	3	17.65	10	30.30	6	42.86	5	50.00
<b>% Total</b>	<b>65</b>	<b>100.00</b>	<b>17</b>	<b>100.00</b>	<b>33</b>	<b>100.00</b>	<b>14</b>	<b>100.00</b>	<b>10</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Datos del trabajo de campo.

## **b) Alcoholismo**

El consumo de alcohol está generalizado en el Km 108, aun entre las mujeres que no están sujetas a ningún tipo de explotación, como las amas de casa, por ejemplo. Tal como se adelantó, casi el 90% de las mujeres del grupo de control consumen entre media y seis botellas de cerveza de 620ml al día.

Pero el consumo de cerveza aumenta considerablemente entre las mujeres que son explotadas sexualmente, o son víctimas de trabajo forzoso y esclavitud. El 33% de las mujeres explotadas sexualmente consume más de media caja diaria de cervezas. Este porcentaje aumenta al 46.15% y al 50% entre las mujeres que son víctimas de trabajo forzoso y esclavitud.

## **TERCERO: FRONTERA, LEGIBILIDAD Y EXCLUSIÓN EN EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES DEL KM 108**

La Pampa como espacio de frontera y como zona de excepción ha configurado un territorio que se articula en torno a unas normas (los horarios de las mujeres en los prostibares, por ejemplo) que regulan intercambios económicos que, a su vez, se sustentan en deudas, promesas de pago, multas, castigos y recortes a la libertad, así como en las jerarquías (y el enroque) entre aquellos que operan como tratantes y quienes son explotados laboral o sexualmente. Las interdicciones no cumplen la función de consolidar el control del Estado sobre el territorio mediante la instalación de una fuerza militar y policial permanente, ya que los efectivos de seguridad se retiran pocas horas después de realizado el operativo. Con ello no solo devuelven el control del territorio a la minería ilegal, sino que dispersan a los mineros y los empujan hacia las profundidades de la Reserva Nacional del Tambopata. Como consecuencia, hoy es más difícil que hace diez años que cualquiera de los servicios de salud del Estado llegue hasta estos lugares recónditos y atienda en sus cercanías a las personas más vulnerables.

La organización geográfica de los servicios de salud no está adaptada a las necesidades de la población en La Pampa, ni garantiza siquiera su mínimo alcance en términos de cobertura. La distribución de los centros de salud y los niveles de atención parecen responder, antes que a la realidad sanitaria de la zona, a la estructura burocrática y jerárquica del Estado peruano y a una estrategia rígida de intervención en las regiones. De hecho, estas postas de atención médica son algunos de los pocos marcadores físicos de la frontera entre el Estado y las zonas liberadas de los campamentos, únicamente rota por las campañas móviles de salud organizadas por equipos de AISPED (Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas). Sin embargo, se percibe que la AISPED, en el marco en que se han desarrollado las campañas, no es tampoco una respuesta adecuada a la realidad de la zona. El perfil sanitario de las víctimas exige la presencia de servicios con una gama mayor de atenciones, incluida la de salud mental. En este sentido, las personas han suplido la ausencia de servicios médicos de manera muy práctica, pero también precaria, mediante la compra de medicamentos no controlados en farmacias clandestinas.

Así, pues, se propone que la frontera, y el estado de excepción de facto que se ha impuesto en la zona estaría situando al otro lado de la ley a un número indeterminado de posibles pacientes y propiciando que el conjunto de centros de salud acantonados en la Carretera Interoceánica los discrimine en los hechos, al no tener la voluntad ni la capacidad de brindarles atención, lo que constituye una vulneración de su derecho a la salud.

### **El derecho a la salud como cobertura segmentada del servicio**

En el Km 108 no es necesariamente la cercanía geográfica entre la oferta de salud y las personas usuarias lo que determina el acceso al servicio público. Las encuestas aplicadas durante las campañas de salud no arrojaron ninguna entrada respecto al uso de los puestos de salud de Puente Inambari, Sarayacu, Jayave o Cabecera Malinowski, ubicados en la misma jurisdicción de La Pampa. Y si bien los establecimientos de Alto Libertad, Primavera Baja y Santa Rita aparecen como los

más utilizados, la carretera Interoceánica facilita la movilidad de las personas hacia los centros de salud de Mazuko, así como a la diversidad de servicios ofertados en Puerto Maldonado. La microrred de Mazuko y las microrredes de Jorge Chávez y Nuevo Milenio en Puerto Maldonado, tanto como el mismo Hospital de Santa Rosa, estarían absorbiendo una buena parte de las demandas de atención de las y los habitantes de La Pampa. Muchas de las personas usuarias también se atienden en los hospitales y centros de salud de sus regiones de origen.

Por el contrario, la dinámica del uso del servicio depende de dos factores: qué mujeres usan estos servicios, y para qué. El acceso a los servicios de salud del Estado disminuye según las mujeres pasan de la explotación laboral a la esclavitud, mientras aumenta el porcentaje de mujeres que se atienden en clínicas privadas o en farmacias.

#### **a) Cobertura y uso de los centros de salud de La Pampa**

Los centros de salud de la zona discriminan muy claramente a las mujeres del grupo de control, que tienen tiempo asentadas en la zona, que viven con sus familias, no son víctimas de explotación y habitualmente tienen acceso a estas postas médicas, de aquellas que, de una u otra forma, se encuentran explotadas. Así, el 20.45% de mujeres del grupo de control atendieron su última dolencia en un centro de salud de la zona, a los que por lo general acuden para tratarse toda clase de dolencias: dengue, hipertensión, embarazos y partos, y síntomas generales, entre las más comunes. La cuarta parte de las mujeres del grupo de control que sufrieron alguna enfermedad al estómago visitaron los centros de salud de la zona para recibir tratamiento, así como el 20% de este grupo afectado por alguna enfermedad respiratoria, y el 16.67% con enfermedades del aparato urinario y reproductivo.

La explotación laboral recorta significativamente el derecho de acceso a los servicios de salud del Estado, que entre las mujeres inmersas en esta condición baja al 8.82%. Las mujeres en condición de esclavitud no acceden en lo absoluto a los centros de salud.

### **b) Cobertura y uso del Hospital de Santa Rosa en Puerto Maldonado**

Las mujeres del grupo de control son las que dan mayor uso al Hospital de Santa Rosa y las únicas que registran acceso a varios centros de salud en Puerto Maldonado. Al Hospital de Santa Rosa acudieron principalmente a dar a luz o para controlarse los embarazos, también para intervenciones quirúrgicas, como fue el caso de una de las participantes. Solo el 1.47% de las mujeres explotadas laboralmente usan el Hospital de Santa Rosa, en este único caso para tratarse dolencias al estómago. No se registra el acceso a centros de salud en Puerto Maldonado entre estas mujeres. Las víctimas de explotación sexual rara vez acuden a este hospital (2.33% de los casos). Entre las mujeres en situación de trabajo forzoso y en situación de esclavitud no se ha identificado uso alguno de los servicios de salud del Estado ni alrededor de La Pampa ni en la ciudad de Puerto Maldonado.

### **c) El uso de las farmacias en el Km 108**

El uso de las farmacias en el Km 108 sigue una tendencia inversa a la cobertura de los centros de salud del Estado, en los que la atención aumenta según disminuyen las condiciones de explotación y esclavitud. En el caso de las farmacias, por el contrario, su uso se incrementa según recrudece la explotación.

Mientras un 25% de las mujeres del grupo de control acuden a las farmacias, las que están explotadas sexualmente lo hacen en un 37.21%, las que se encuentran en trabajo forzoso en 50%, y las mujeres en esclavitud en 54.55%. En el caso de estas últimas, el mayor acercamiento a las farmacias se debe posiblemente a que no tienen días de descanso o a que sus horarios son tan extendidos en el día y la noche que no tienen tiempo para acudir a un centro de salud.

**TABLA Nº 15**  
**Servicios de salud utilizados por las mujeres del Km 108**

%	Total de mujeres	Grupo de control	Explotación laboral	Trabajo Forzoso	Esclavitud
Centro de salud en Puerto Maldonado	2.91	4.55	0	0	0
Hospital de Santa Rosa	2.91	4.55	1.47	0	0
Centro de salud del Estado en otra región	9.71	11.36	7.35	18.75	27.27
Clínica privada	12.62	15.91	8.82	6.25	0
Centro de salud de la zona	14.56	20.45	8.82	6.25	0
Farmacias	41.75	25	44.12	50	54.55
No se atendió	15.53	6.82	19.12	18.75	18.18

Fuente: Datos del trabajo de campo.

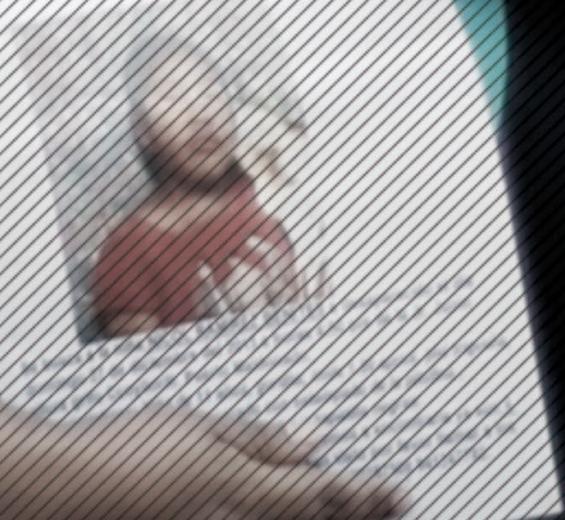
**TABLA Nº 16**  
**Atención de problemas respiratorios y digestivos en las farmacias, por grupos de análisis**

%	Grupo de control	Explotación laboral	Explotación sexual	Trabajo Forzoso	Esclavitud
CAMBIAR	40	65.22	61.11	62.5	66.67
VER PIES DE PAG	28.57	36.36	22.22	33.33	50

Fuente: Datos del trabajo de campo.



SE BUSCA





# CAPÍTULO 7

---

## RECOMENDACIONES

---

# CAPÍTULO 7

## RECOMENDACIONES

### 7.1. RECOMENDACIONES GENERALES

#### Recuperación e institucionalización del espacio

El Estado tiene que asentarse en el lugar y controlar las vías de acceso a los campamentos, las trochas y los caminos abiertos por los mineros, así como apoyar a las asociaciones de agricultores que todavía cultivan en el lugar, y generar sucesivas líneas de defensa ante el avance de la minería ilegal. Asimismo, debe recuperar el libre tránsito de las personas por las vías de comunicación secundarias y las trochas que se adentran hacia los campamentos, hoy usualmente asoladas por bandas de asaltantes. Y, en particular, debe recuperar el libre tránsito de mujeres y hombres que se encuentran en situación de trabajo forzoso y esclavitud.

La recuperación y el fortalecimiento de (todas) las instituciones en la zona es indispensable para comenzar a garantizar los derechos de la población asentada en La Pampa, entre ellos el derecho a la salud.

#### Creación de oportunidades locales e inversión en la garantía de los derechos ciudadanos en los lugares de origen de las mujeres

Es necesario desarrollar estímulos regionales para que la masa poblacional potencialmente migrante hacia Madre de Dios, sobre todo las y los jóvenes, permanezca en sus lugares de origen. Eso supone la creación de oportunidades de educación técnica y superior y de empleo en las zonas altoandinas de Cusco y Puno, por ejemplo. Como alternativas posibles podrían mencionarse esquemas municipales de empleo temporal para jóvenes y programas de vacaciones útiles en las escuelas durante los meses del verano, época en la que la migración hacia Madre de Dios, aumenta.

Medidas como las mencionadas ayudarían enormemente a prevenir que personas jóvenes, particularmente mujeres, migren o caigan en redes de trata de personas y acaben siendo explotadas sexualmente en los prostibares del Km 108.

## **7.2 RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS**

### **Cambio en el énfasis de las leyes y en las acciones del Estado**

Se requiere cambiar el énfasis de la Ley contra la trata de personas, actualmente centrado en la captación o el traslado. Es necesario que la norma atienda la situación de explotación de las víctimas, fácilmente comprobable en el Km 108, y que se empleen otras alternativas y recursos legales para combatir el delito, en particular la explotación y el trabajo forzoso. Entendemos que girar la atención a la explotación es lo que se ha querido lograr con el D.L. 1323, que modifica el artículo 153-C del Código Penal peruano: Esclavitud y otras formas de explotación. “El que obliga a una persona a trabajar en condiciones de esclavitud o servidumbre”, comienza el artículo. Pero luego, no precisa cuáles son esas condiciones de esclavitud o de servidumbre, ni qué características diferencian a la esclavitud del trabajo forzoso. La acción del Estado para enfrentar las situaciones de trata de personas y la persecución de este delito persiste en la modificación del Código Penal, mientras deja intocadas las causas estructurales que justamente propician las situaciones de esclavitud. Un ejemplo de ello es la incapacidad del gobierno central y de los gobiernos regionales de garantizar los derechos de ciudadanas y ciudadanos, en particular el derecho de las mujeres a la salud.

### **Adecuación de la estrategia de salud del Estado a las características de la población en La Pampa**

Los equipos itinerantes de AISPED no son suficientes para asegurar la cobertura en salud de zonas como el Km 108. Es necesario desarrollar estrategias de salud adecuadas al (ya no tan) nuevo contexto de la minería y la explotación sexual en La Pampa. Estas estrategias deben

apuntar, en primer lugar, a mejorar sustancialmente la capacidad para leer las necesidades de salud de la zona y, en el caso de las mujeres, diferenciar los acentos que diversos tipos de explotación ponen a estas necesidades. Ello supone mejorar la cobertura del SIS e invertir en infraestructura y equipos para los centros de salud dispuestos a lo largo de la Interoceánica, además de contratar a personal capacitado.

**a) Aprender a interpretar los contextos y las condiciones laborales de las personas.**

El Estado debe estar en la capacidad de identificar y responder de manera específica a los riesgos a la salud y a la incidencia diferenciada de enfermedades entre diversos grupos poblacionales, sobre todo de aquellos en riesgo. En tal sentido, el diseño de las encuestas para este estudio, la construcción de indicadores fáciles de usar para la detección de personas explotadas laboral y sexualmente y para la identificación de víctimas de trata de personas en la modalidad de trabajo forzoso, pueden servir como punto de partida.

**b) Mejorar la cobertura del SIS.**

Promsex insiste en la necesidad de garantizar que las personas migrantes no pierdan la cobertura del SIS cuando se produce la migración entre regiones. Ello se puede lograr asegurando el acceso universal al SIS, independientemente de la región de origen, o fomentando campañas conjuntas con el RENIEC para que estas personas actualicen los datos de su domicilio en el DNI, si es que están pensando migrar o si han migrado ya. Si bien la cobertura del SIS ha aumentado significativamente en Madre de Dios durante los últimos dos años, en los que se ha triplicado la población atendida, (ASIS Madre de Dios 2016) este avance no incorpora a La Pampa, probablemente debido a su condición de asentamiento ilegal.

### **c) Inversión en infraestructura**

El Ministerio de Salud ha comprometido una inversión de 246 millones de soles para el fortalecimiento del Hospital Regional y la construcción del Hospital estratégico San Martín de Porres de Iberia. Sin embargo, esta inversión estratégica requiere operacionalizarse con indicadores de resultados claros que den cuenta el mayor uso de los servicios y una población programada más acorde a la realidad.

### **d) Contratación de personal capacitado**

Se requiere la contratación de personal capacitado para atender a una población que ha crecido exponencialmente en zonas mineras como La Pampa. El personal destinado a los centros de salud esa zona tiene que estar entrenado para desenvolverse en contextos de alta inseguridad y lidiar con pacientes potencialmente agresivos, evitando en todo momento estigmatizar a las personas que acuden a los establecimientos o reproducir en el trato cotidiano la frontera que separa al Estado de los campamentos. Las remuneraciones de este personal médico capacitado deberían estar ajustadas a sus calificaciones.

### **El Estado tiene la obligación de atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres en La Pampa**

Para comenzar, deben intensificarse las campañas públicas que promueven el uso de anticonceptivos, y en particular, del condón. La DIRESA debería contar con los recursos suficientes, además, para supervisar los prostibales y evitar que su salud se vea expuesta a mayor riesgo, lo que implica una tarea educativa sobre el uso del condón que no solo incluya a las mujeres, sino también a los hombres. Un concepto clave que debería difundir entre las mujeres es el de la doble protección, es decir, no solo protegerse del embarazo no deseado, sino también de las infecciones de transmisión sexual.

La práctica del aborto está generalizada en el Km 108. Sin embargo, pareciera que las mujeres prefieren atenderlos en clínicas privadas, o

no atenderlos en absoluto, que acudir a un centro de salud del Estado. La situación del aborto en Madre de Dios necesita, en primer lugar, ser evitada mediante un uso más efectivo de métodos de anticoncepción y, en segundo lugar, sincerarse. El Estado tiene la obligación de proteger la salud de las mujeres, también de las que abortan. Por su parte, ellas tienen el derecho a atenderse –y a no ser discriminadas ni estigmatizadas– en los centros de salud.

Además de identificar y eliminar las barreras con las que las mujeres se estarían encontrando para atender casos de aborto, el Estado debe ampliar la provisión de medicinas a los centros de salud que se encuentran en las cercanías del Km 108, para que las mujeres accedan a medicamentos seguros y de calidad, incluido el misoprostol. Al mismo tiempo debe fiscalizar a las farmacias que no cumplen con las regulaciones y erradicar el contrabando de medicamentos.

### **El Estado tiene la obligación de atender la salud mental y el alcoholismo**

El abordaje de estos problemas debe priorizar a las víctimas de explotación, trabajo forzoso y esclavitud. El Estado ha abandonado la atención de la salud mental en Madre de Dios, según se desprende del Informe Defensorial N° 140 (Defensoría del Pueblo, 2008) que situó a esta región como una de las siete del país (junto con Amazonas, Ayacucho, Huancavelica, Pasco, Tumbes y Ucayali) que no contaba con un médico psiquiatra en sus establecimientos de salud. Este abandono se hace todavía más patente en La Pampa.

### **Restitución y reparación de derechos**

El Estado tiene que hacer un mayor esfuerzo por reparar y restituir los derechos de las víctimas, en particular de aquellas de trata de personas, que viven forzadas a trabajar o que están sujetas a condiciones esclavistas de trabajo, con la libertad suprimida o gravemente recortada. Esto pasa no solo por liberar a las víctimas de sus explotadores, sino también por evitar a toda costa la revictimización y la

estigmatización de aquellas que fueron rescatadas o que pudieron huir de sus explotadores. Asimismo, se requiere mejorar sustancialmente las prácticas de atención en los servicios que les ofrece el Estado, en particular los centros de atención residencial. Se espera que la nueva legislación contribuya con ello.

# BIBLIOGRAFÍA

Abrams, P. (1988). "Notes on the Difficulty of Studying the State". *Journal of Historical Sociology*, 1(1), 58–89.

A. C. A. (2016). "MAAP #50: La minería aurífera deforestó 12500 hectáreas en la Amazonía peruana Sur en los últimos 4 años". Disponible en: <http://maaproject.org/acerca-d-maap/> [Última consulta: 26/01/2017]

Agamben, G. (1998). *Homo sacer. Sovereign Power and Bare Life*. Stanford: Stanford University Press.

Aguirre, D. (2016). "Cayó en operativo mayor PNP que integraba una red criminal de secuestros y extorsiones". En: *LaRepública.pe*. Disponible en: <http://larepublica.pe/impres/politica/811174-cayo-en-operativo-mayor-pnp-que-integraba-una-red-criminal-de-secuestros-y-extorsiones> [Última consulta: 14/11/2016]

Arriarán, G. (2000). *Sujeto a la antropología*. Tesis de licenciatura. Lima: PUCP.

Arriarán, G. (2005), (inédito). "Un infierno mejor para las futuras generaciones. El ecoturismo en una comunidad de la Amazonía peruana".

Arriarán, G., y Gómez, C. (2007). "Entre el oro y el azogue. La nueva fiebre del oro y sus impactos en los ríos Tambopata y Malinowski". *Sepia*, 12, 141-181.

Arriarán, G. (2014). "Madre de Dios: de la frontera a la excepción". En: *LaMula.pe*. Disponible en: <https://redaccion.lamula.pe/2014/05/29/madre-de-dios-de-la-frontera-a-la-excepcion/gabrielarriaran/> [Última consulta: 14/11/2016]

Arriarán, G. (2016b). "Entre la justicia y el escándalo" En: *Convoca.pe* Disponible en: <http://www.convoca.pe/especiales/juegosdelpoder/entre-la-justicia-y-el-escandalo> [Última consulta: 23/11/2016]

Bardales Mendoza, O. (2014). *Lineamientos éticos para las investigaciones en violencia familiar y sexual*. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

Barrantes, C. (2015). *Madre de Dios La ruta del oro: entre el cielo y el*

infierno Estudio sobre la trata de adolescentes con fines de explotación sexual. Lima: Terre des Homes.

Buller, A. M., Stoklosa, H., & Zimmerman, C. (2015). Multi-country Findings on the Health Risks and Consequences of Migrant and Trafficked Workers. International Organization for Migration (IOM).

Camino, L. (2007). Situación y vías de desplazamiento de menores implicados en la trata de personas: Cuzco y Madre de Dios. Lima: UNICEF.

CHS-Alternativo. (2012). La trata de personas en la región de Madre de Dios. Lima.

CHS-Alternativo. (2016). Rutas de la trata en la Amazonía peruana. Lima.

Damonte, G. (2016a). "The "Blind" State: Government Quest for Formalization and Conflict Among Small-Scale Miners in the Peruvian Amazon". *Antipode*, 0(0), 1-21.

Cuesta, O. Investigaciones sobre trata de personas y explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes. Propuestas de sensibilización para la prevención y medios de comunicación. [S.l.], v. 12, n. 23, mar. 2015. ISSN 2422-409

Damonte, G. (2016b, inédito). "Playing at the margins of the State: small-scale miners and the State governance quest in the Peruvian Amazon.

Defensoría del Pueblo. (2008). Informe Defensorial N° 140. Salud Mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima.

Das, V., y Poole, D. (2004). *Anthropology in the Margins of the State*. Santa Fe: School of American Research Press.

Department of State (2017). *Trafficking in persons report*. Washington. Julio de 2015.

DIRESA (2014). *Análisis de la situación de salud*. Puerto Maldonado: Gobierno Regional de Madre de Dios.

DIRESA (2016). *Análisis de la situación de salud*. Puerto Maldonado: Gobierno Regional de Madre de Dios.

Espejo, K. (2009). "Incautan 194 mil remedios adulterados". Lima: La República, 11/09/2009.

Heyman McC., J. (1995). "Putting Power in the Anthropology of

Bureaucracy: The Immigration and Naturalization Service at the Mexico-United States Border. *Current Anthropology*, 36(2), 261–287.

Hidalgo, M. E. (2013). "Viaje al fondo de La Pampa, el reino de la minería ilegal". Lima. Disponible en: <http://larepublica.pe/17-09-2013/viaje-al-fondo-de-la-pampa-el-reino-de-la-mineria-ilegal> [Última consulta: 14/11/2016]

Hirmas, M. et al (2013). "Barreras y facilitadores de acceso a la atención de la salud: una revisión sistemática cualitativa". *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), 223–9.

Hossain, M, y Morison, L., et al (2006). Stolen smiles: a summary report on the physical and psychological health consequences of women and adolescents trafficked in Europe. The London School of Hygiene & Tropical Medicine.

INEI (2012). Encuesta demográfica y de salud familiar 2012. Departamento de Madre de Dios.

INEI (2015). Perú Encuesta Demografica y Salud Familiar.

Kara, S. (2011). "Designing More Effective Laws Against Human Trafficking". *Journal of International Human Rights*, 9(2), 123–147.

Kroenke K, Spitzer R L, Williams J.B (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606-613.

McCoy, E. (2015). "De la explotación a la revictimización: análisis de la respuesta institucional del Estado peruano para la recuperación de menores de edad víctimas de explotación sexual comercial" Tesis para optar el grado de Magíster en Sociología. PUCP.

Meillasoux, C. (1990). *La antropología de la esclavitud. El vientre de hierro y oro*. Madrid: Siglo XXI Editorial.

Ministerio de Salud. Norma Técnica N°0021 MINS/DGSP Categorías de Establecimientos del Sector Salud, 2004.

Ministerio de Salud. Monitoreo de Determinantes Sociales. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2011.

Mujica, J. (2014). Elementos comparados del impacto de la trata de personas en la salud de víctimas adolescentes en el contexto de la minería ilegal del oro en Madre de Dios. Lima: Promsex.

Movimiento El Pozo (2005). Trata de mujeres para fines sexuales comerciales en el Perú. (OIM, Ed.). Lima: Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

Observatorio de la Criminalidad del Ministerio Público. (2015). Cifras estadísticas. Trata de personas 2009–2015. Disponible en: <http://portal.mpfm.gob.pe/boletininformativo/infotratadepersonas>. [Última consulta: 14/11/2016]

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2015). Lo que necesitas saber sobre el trabajo forzoso. Una guía de apoyo para el servidor público (Primera ed). Lima: Oficina de la OIT para los Países Andinos.

Pachas, V. H. (2012). El sueño del corredor minero: cómo aprender a vivir contigo y sin ti. Cusco: Centro Bartolomé de las Casas.

Saavedra, J. y Uchofen-Herrera, V. Percepciones sobre la atención de salud en personas con problemas autoidentificados de salud mental en zonas rurales del Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica*[online]. 2016, vol.33, n.4, pp. 785-793. ISSN 1726-4634. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2566>.

Soria, S. (2009). Las rutas de la trata de personas desde sus víctimas. Tierra de Hombres. Lima.

Tanahashi T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.*1978; 56(2):295–303.

Trouillot, M. (2001). "The Anthropology of the State in the Age of Globalization. Close Encounters of the Deceptive Kind". *Current Anthropology*, 42(1), 125–138.

Turner-Moss, E., Zimmerman, et al (2014). "Labour exploitation and health: a case series of men and women seeking post-trafficking". *Journal of Immigrant and Minority Health Center for Minority Public Health*, 16(3), 473–80. <http://doi.org/10.1007/s10903-013-9832-6>.

Vallejo Rivera, E. (2014). Implicancias de la minería informal sobre la salud de mujeres y niños en Madre de Dios. Lima: Sociedad Peruana de Derecho Ambiental.

Vera, E. (2017). "Fuego y horror en las fosas clandestinas en La Pampa". Disponible en: <http://elcomercio.pe/peru/madre-de-dios/fuego-horror-fosas-clandestinas-pampa-cronica-142841> Última consulta: 28/06/2017]

Verité (2013). Risk Analysis of Indicators of Forced Labor and Human Trafficking in Illegal Gold Mining in Peru. Disponible en: [https://www.verite.org/wp-content/uploads/2016/11/Indicators-of-Forced-Labor-in-Gold-Mining-in-Peru\\_0.pdf](https://www.verite.org/wp-content/uploads/2016/11/Indicators-of-Forced-Labor-in-Gold-Mining-in-Peru_0.pdf) [Última consulta: 14/12/2016].

Watts, C., Zimmerman, C. (2003). WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women. Organización Mundial de la Salud.

Wood, E. J. (2006). "The ethical challenges of field research in conflict zones". *Qualitative Sociology*, 29(3), 373–386.

## TRATADOS INTERNACIONALES Y CONVENCIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. [Última consulta: 26/01/2017]

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General 14. Disponible en: [https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos\\_hum\\_Base/CESCR/00\\_1\\_obs\\_grales\\_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14](https://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14) [Última consulta: 26/01/2017]

UNODC. (2000). Protocolo para prevenir y sancionar la trata de personas, especialmente de mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la delincuencia organizada internacional. Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Disponible en: [http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ProtocolTraffickingInPersons\\_sp.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ProtocolTraffickingInPersons_sp.pdf) [Última consulta: 27/01/2017]

## LEYES

Congreso Constituyente Democrático (1993). Constitución Política del Perú.

MINSA. (1997). Normas técnicas para el mantenimiento y conservación de la infraestructura física de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ogdn/>

cd1/pdf/NLS\_22/Norma%20Mantenimiento%20Primer%20Nivel.pdf  
[Última consulta: 27/01/2017]

Ley N°. 27806. Ley de transparencia y de acceso a la información pública. Publicada el 13 de julio de 2002. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/PT16/BASELEGAL/ley27806.pdf> [Última consulta: 28/06/2017]

Decreto de Urgencia 012-2010 “Declara de interés nacional el ordenamiento minero en el departamento de Madre de Dios”. Publicado el 18 de febrero de 2010. Disponible en: [http://www.minam.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/decreto\\_de\\_urgencia\\_-\\_madre\\_de\\_dios\\_-\\_012-2010.pdf](http://www.minam.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/decreto_de_urgencia_-_madre_de_dios_-_012-2010.pdf) [Última consulta: 28/06/2017]

Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Publicada el 11 de agosto de 2011. Disponible en: [http://trabajo.gob.pe/archivos/file/SNIL/normas/2011-08-20\\_29783\\_1669.pdf](http://trabajo.gob.pe/archivos/file/SNIL/normas/2011-08-20_29783_1669.pdf) [Última consulta: 28/06/2017]

Decreto Legislativo N° 1100 “Que regula la interdicción de la minería ilegal en toda la república y establece medidas complementarias”. Publicado el 18 de febrero de 2012. Disponible en: <http://www.minam.gob.pe/wp-content/uploads/2013/06/DL-1100.pdf> [Última consulta: 28/06/2017]

Decreto Legislativo N°1297 Para la protección de niñas, niños y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos. Publicado el 2 de octubre de 2016. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/decreto-legislativo-para-la-proteccion-de-ninas-ninos-y-ado-decreto-legislativo-n-1297-1468962-4/> [Última consulta: 29/06/2017]

Decreto Legislativo N° 1323 Decreto Legislativo que Fortalece la Lucha contra la Femicidio, La Violencia Familiar y la Violencia de Género. Publicado el 5 de enero del 2017. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-fortalece-la-lucha-contr-la-feminic-decreto-legislativo-n-1323-1471010-2/> [Última consulta: 28/06/2017]

## SENTENCIAS

Corte IDH (2006). Caso De Las Masacres De Ituango Vs. Colombia.

# ANEXO 1

## ELEMENTOS DEL DELITO DE LA TRATA DE PERSONAS

---

De acuerdo con la Ley peruana, para que se configure el delito de trata de personas se requiere la confirmación de dos de estos tres elementos: los medios, las conductas y la finalidad.

### LOS MEDIOS

Los medios son mecanismos de control que utilizan los tratantes para facilitar las conductas de captación, transporte, traslado, acogida, retención y lograr el consentimiento de la víctima. Entre ellos se encuentra la violencia, las amenazas, la privación de la libertad, el fraude, el abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, etc. Más específicamente, los tratantes, para mantener bajo control a sus víctimas, suelen retenerles los documentos de identidad, impedir que se comuniquen con familiares u otros miembros de su comunidad, limitarles el contacto con otras personas, endeudarlas o controlar el dinero de las víctimas, etc.

### LAS CONDUCTAS

Existen tres conductas habituales en la trata de personas: la captación, el transporte, la acogida. La captación es el reclutamiento de la víctima, la más común en La Pampa es la falsa oferta de empleo. El transporte implica el desplazamiento de la víctima de su entorno original al lugar donde será explotada. La acogida es la recepción de la víctima en el lugar de su explotación.

## LA FINALIDAD

La finalidad es el tipo de explotación al que se someterá a la víctima: laboral, sexual, mendicidad, extracción y tráfico de órganos, o la venta de niños en redes clandestinas de adopción.

Es importante remarcar que, para la ley, la finalidad de la explotación no debe necesariamente concretarse y que basta que se comprueben algunas de las conductas señaladas anteriormente, para que pueda tipificarse el hecho el delito de la trata de personas.

## ANEXO 2

### MARCO NORMATIVO PERUANO CON RELACIÓN A LA TRATA DE PERSONAS

---

El marco regulatorio de la política anti trata se encuentra ya definido por la Constitución.

Los principales instrumentos nacionales con relación a la trata de personas son:

**Reglamento de la Ley N°28950, Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes. Decreto Supremo N° 001-2016-IN.**

Establece un marco normativo adecuado frente a la lucha contra la Trata de Personas y el tráfico Ilícito de Migrantes. Además, se precisa la responsabilidad de cada una de las instituciones del Estado involucradas.

**Protocolo intrasectorial para la atención a víctimas de trata de personas del ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables – MIMP. Resolución Ministerial N°203-2014-MIMP.**

Orienta las acciones del MIMP para una atención oportuna y eficiente de las víctimas de trata de personas, con el fin de garantizar su protección y recuperación.

**Protocolo del Ministerio Público para la atención de las víctimas del Delito de Trata de Personas. Resolución de la Fiscalía de la Nación N°257-2014-MPFN.**

Establece un flujograma general de atención a las víctimas de trata de personas que garantice la protección de las mismas y evite la revictimización.

**Protocolo para la Atención y Protección de Víctimas y Testigos del delito de Trata de Personas por parte de la Policía Nacional del Perú. Resolución Ministerial N°1305-2013-IN-DGSD.**

Establece una ruta de atención y los roles y funciones de la Policía Nacional en la protección a víctimas del delito de trata de personas.

**Ley que perfecciona la tipificación del delito de Trata de Personas. Ley 30251**

Mejora la tipificación del delito para evitar la impunidad del mismo.

**Ley N°28950, Ley contra la Trata de Personas y el Tráfico Ilícito de Migrantes.**

Tiene como objetivo sancionar y prevenir el delito de Trata de Personas, así como asegurar la protección de las víctimas y colaboradores en el proceso.

**Resolución de Fiscalía de la Nación N°1430-2012-MP-FN, Guía Médico Legal, Evaluación Física de la Integridad Sexual.**

Regula y uniformiza los procedimientos médicos legistas correspondientes a los casos de atención, para asegurar su eficacia.

**Protocolo Intersectorial para la Prevención y Persecución del Delito y la Protección, Atención y Reintegración de Víctimas de Trata de Personas. Decreto Supremo N° 005-2016-IN.**

Cuyo objetivo es precisar las responsabilidades de cada una de las instituciones involucradas y generar una mejora en la articulación interinstitucional en el trabajo de prevención, persecución, protección y reintegración de las víctimas de trata de personas.

**PROMSEX**

CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA  
DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



**anesvad**  
por el derecho a la salud

[www.promsex.org](http://www.promsex.org)

[www.anesvad.org](http://www.anesvad.org)

*Con el apoyo financiero de:*



**Canada**

