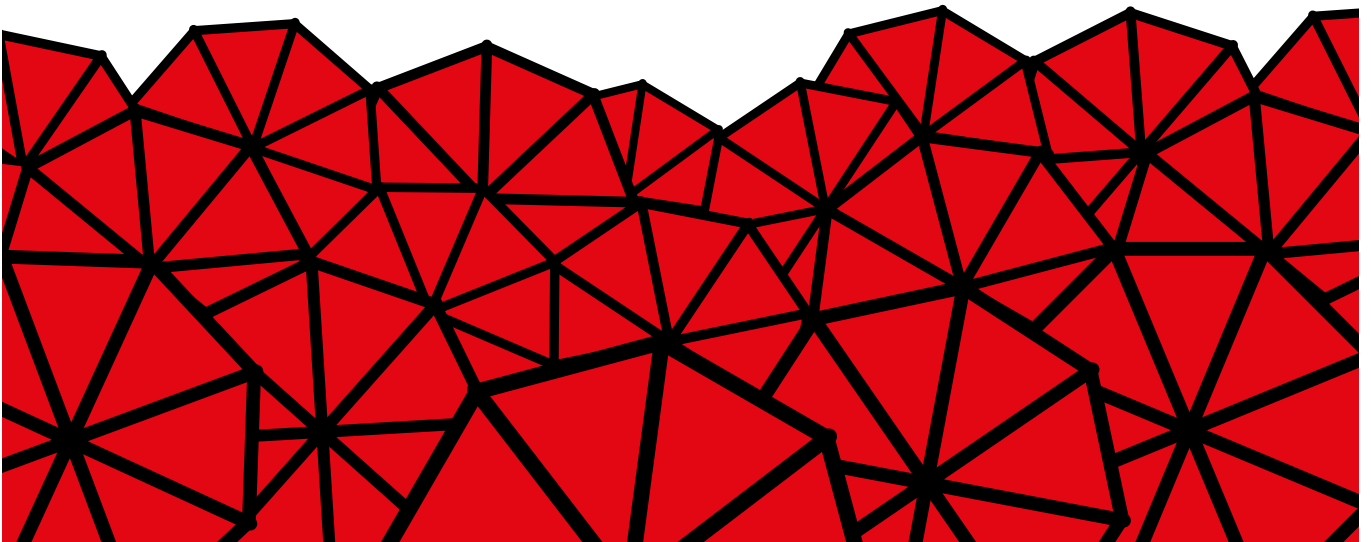




Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual
Promover los Derechos Humanos y de la Salud

**DOCUMENTO
INFORMATIVO**

El acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva



El acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva

Introducción

El acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, desde la prevención de las ITS hasta la atención postnatal, es un componente esencial de un enfoque de salud basado en derechos humanos. Sin embargo, los programas de salud pública y los formuladores de políticas rara vez han abordado las necesidades integrales de salud sexual y reproductiva (SSR) de las personas que ejercen el trabajo sexual. Debido

Debido a los enfoques abolicionistas y a la confusión popular del trabajo sexual con la trata de personas, los servicios de SSR para personas que ejercen el trabajo sexual pueden llegar a ser excluidos del financiamiento nacional e internacional de la salud y el VIH.

a los enfoques abolicionistas y a la confusión popular del trabajo sexual con la trata de personas, los servicios de SSR para personas que ejercen el trabajo sexual pueden llegar a ser excluidos del financiamiento nacional e internacional de la salud y el VIH. La Ley Mordaza (Global Gag Rule), que fue restablecida y ampliada en enero del 2017, prohíbe a las organizaciones no gubernamentales internacionales que realizan, brindan información o promueven la despenalización del aborto, recibir fondos

de salud de los Estados Unidos. El Anti-Prostitution Loyalty Oath [Compromiso de Lealtad Anti-Prostitución] del PEPFAR, el cual requiere que las organizaciones internacionales que reciben fondos para el VIH se opongan al trabajo sexual y a la trata de personas, es otra política de financiamiento que crea una barrera para el acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a los servicios de SSR.

Incluso cuando las personas que ejercen el trabajo sexual no están siendo explícitamente excluidas de la utilización de los servicios de SSR, las barreras estructurales omnipresentes, como la criminalización, el estigma y la discriminación, impiden su acceso a una atención integral basada en derechos. Dentro del paradigma de la salud pública, el considerar a las personas que ejercen el trabajo sexual como 'vectores de enfermedad' ha reforzado el estigma hacia ellas. Al mismo tiempo, ha priorizado intervenciones limitadas alrededor del VIH y las ITS; esto a costa de sus necesidades más amplias de SSR. En el sector de las ONG, el financiamiento inadecuado para la provisión de servicios y las iniciativas de empoderamiento de la comunidad han obligado a las personas que ejercen el trabajo sexual a depender de la salud pública, que a menudo es inaccesible, desarticulada y discriminatoria. Como resultado, hay muy pocos servicios de SSR disponibles para las personas que ejercen el trabajo sexual que sean integrales y compasivos. Estas deficiencias se agravan para los hombres y las personas transgénero que ejercen el trabajo sexual, que en gran medida están excluidos de la programación de SSR, lo que aumenta aún más su vulnerabilidad y marginación.

Las personas que ejercen el trabajo sexual de todos los géneros, incluyendo las que viven con VIH, tienen derecho a la misma atención de SSR que todos los demás. Sin embargo, las personas que ejercen el trabajo sexual en todo el mundo confirman las insuficiencias generalizadas en la cobertura y los tratamientos de SSR, lo que resulta en violaciones de sus derechos humanos.

Este documento explica los obstáculos que enfrentan las personas que ejercen el trabajo sexual para acceder a los servicios de SSR en múltiples entornos. También examina la calidad de los servicios de SSR disponibles, así como las diferentes necesidades de las mujeres, hombres y personas transgénero que ejercen el trabajo sexual. Finalmente, se brindan ejemplos prácticos y recomendaciones para mejorar la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de SSR para las personas que ejercen el trabajo sexual.

Marcos internacionales en torno a los derechos de SSR

El derecho a la SSR es un derecho humano fundamental. Aunque ningún instrumento de derechos humanos está dedicado específicamente a la SSR, estos derechos están protegidos en numerosos marcos

internacionales, regionales y nacionales, y están conectados a otros derechos civiles y políticos.

El derecho de todas las personas al más alto nivel posible de salud está consagrado en numerosos mandatos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos¹, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales², y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés)³. El artículo 16

de la CEDAW también reafirma el derecho de las mujeres a acceder a los servicios de atención médica, incluyendo los relacionados con la planificación familiar.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en 1994 en El Cairo, confirmó que los derechos de SSR ya estaban protegidos en los documentos nacionales e internacionales existentes. El Programa de Acción de la CIPD articuló el derecho a “decidir sobre el número de hijos, la separación entre embarazos, el momento de los mismos, disponer de la información y los medios para ello, y el derecho a alcanzar el más alto estándar de salud sexual y reproductiva”, así como el derecho a tomar decisiones reproductivas “libres de discriminación, coacción y violencia”.⁴ La Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing⁵ y la Declaración de Ammán⁶ refuerzan el compromiso de los estados de proteger y promover la SSR.

El derecho de todas las personas al más alto nivel posible de salud está consagrado en numerosos mandatos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos...

1 Asamblea general de las Naciones Unidas, 1948, “Universal Declaration of Human Rights, 15.1”

2 Asamblea general de las Naciones Unidas, 1966, “International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights,” 12.

3 Asamblea general de las Naciones Unidas, 1979, “Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women,” 10h, 11, 12, 16.

4 Fondo de Población de la ONU, 2014, “Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5-13 September 1994: 20th Anniversary Edition,” 7.3.

5 Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer, 1995, “Beijing Declaration and Platform for Action,” 93-97.

6 Onceava Conferencia Internacional del Comité Internacional de Coordinación de Instituciones Nacionales de Promoción y Protección de los Derechos Humanos, 2012, “Amman Declaration and Programme of Action,” 25-28.

...el Comité de la CEDAW pidió que se prestara especial atención a las necesidades y los derechos de salud de las mujeres que pertenecen a grupos vulnerables, incluyendo a las que están “en la prostitución”.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030 de la ONU, como lo son reducir la mortalidad materna mundial, poner fin al VIH / SIDA y garantizar el acceso universal a los servicios de SSR,⁷ aseguran que la SSR continuará ocupando un lugar prominente en la agenda internacional. La inclusión del Objetivo de Desarrollo Sostenible #5 en el Programa de

Acción de la CIPD y en la Plataforma de Acción de Beijing también garantiza una atención futura a la SSR.⁸ El Objetivo 5 abarca el logro de la igualdad de género, el empoderamiento de todas las mujeres y las niñas y el acceso universal a la SSR y los derechos reproductivos.

La ONU ha reconocido específicamente el derecho de las personas que ejercen el trabajo sexual a la SSR. En 1999, el Comité de la CEDAW pidió que se prestara especial atención a las necesidades y los derechos de salud de las mujeres que

pertenecen a grupos vulnerables, incluyendo a las que están “en la prostitución”.⁹ En el 2016, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales recomendó:

“Los Estados partes deberían tomar medidas para proteger plenamente a las personas que trabajan en la industria del sexo contra todas las formas de violencia, coacción y discriminación. Deben garantizar que tengan acceso a toda la gama de servicios de salud sexual y reproductiva”.¹⁰

Directrices internacionales para los servicios de SSR destinados a las personas que ejercen el trabajo sexual

En consulta con las organizaciones de personas que ejercen el trabajo sexual, las agencias de la ONU han desarrollado varios documentos de orientación para ayudar a los gobiernos y a los responsables de formular políticas a cumplir sus compromisos con la SSR universal. En el 2013, la OMS, el UNFPA, ONUSIDA, la NSWP, el Banco Mundial y el PNUD produjeron la *Implementación de Programas Integrales para el VIH/ITS con Personas que Ejercen el Trabajo Sexual: Acercamientos Prácticos desde Intervenciones Colaborativas*, también conocido como la “Herramienta de Implementación para las Personas que Ejercen el Trabajo Sexual” (SWIT por sus siglas en inglés).

El SWIT define la visión de lo que son los servicios integrales de SSR para personas que ejercen el trabajo sexual como parte de un enfoque dirigido por la comunidad y basado en los derechos humanos para abordar el VIH y las ITS. Según el SWIT, además de la programación de ITS y VIH, los servicios clínicos de SSR para personas que ejercen el trabajo sexual deberían incluir:

- Planificación familiar y asesoramiento para el uso de anticonceptivos
- Embarazos seguros
- Aborto y atención posterior al aborto
- Detección del cáncer del tracto reproductivo
- Atención clínica para sobrevivientes de violencia sexual
- Terapia hormonal y otras terapias de mejora de género, así como también asesoramiento para personas transgénero que ejercen el trabajo sexual¹¹

7 Asamblea general de las Naciones Unidas, 2015, “Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development,” 3.1, 3.3, & 3.7.

8 Ibid., 5.6.

9 Comité de la ONU para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer, 1999, “CEDAW General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (Women and Health),” 6.

10 Comité de la ONU de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2016, “General Comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights),” 32.”

11 OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, Banco Mundial y PNUD, 2013, “Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas,” 125.

Consultas con los miembros

Este documento informativo fue elaborado a partir de una investigación exhaustiva en diez países y de una consulta electrónica global con las organizaciones miembro de la NSWP. Los informantes clave nacionales realizaron entrevistas a profundidad y grupos focales con personas que ejercen el trabajo sexual utilizando un cuestionario estandarizado. Se llevaron a cabo estudios de casos nacionales en las Bahamas, Canadá, El Salvador, Perú, Austria, Kirguistán, Indonesia, Nepal, Namibia y Ruanda. Utilizando el mismo cuestionario, se realizó simultáneamente una consulta electrónica global con organizaciones miembro de la NSWP.

En total, 171 hombres, mujeres y personas transgénero que ejercen el trabajo sexual, incluyendo las personas migrantes, las que viven con el VIH y las que hacen parte de la población LGB, participaron en entrevistas y grupos focales en profundidad. Otras 13 organizaciones miembro de la NSWP respondieron a la consulta electrónica.

El estado de los servicios de SSR

Prestación de servicios limitada

La visión común que se tiene de las personas que ejercen el trabajo sexual como “vectores de enfermedades” dentro de los sistemas de salud pública (indicado por su énfasis en las intervenciones de VIH e ITS) ha reforzado el estigma y obstaculizado el desarrollo de programas integrales de SSR. Mientras que las personas que ejercen el trabajo sexual consideran que la programación de preservativos y lubricantes, así como también las pruebas voluntarias de VIH y de ITS son importantes, muchos participantes estiman que estos programas solos no abordan sus necesidades más amplias de SSR.

La omnipresente falta de servicios y referencias para la planificación familiar y asesoramiento para la contracepción, atención del embarazo, aborto seguro, detección del cáncer del aparato reproductor y terapia hormonal muestran

que los programas de SSR existentes no cumplen con los estándares establecidos en las pautas internacionales.

Una revisión de los programas de SSR para personas que ejercen el trabajo sexual en África confirmó el alcance limitado de los servicios de SSR, tanto en el sector privado como en el público. Si bien casi la totalidad de los 54 programas revisados abordaron el VIH y las ITS, sólo 6 ofrecieron pruebas de embarazo y solo 2 ofrecieron pruebas de subtipos de VPH. La detección y el tratamiento del cáncer cervical estaba disponible solo en 3 de los 28 países representados.¹²

La visión común que se tiene de las personas que ejercen el trabajo sexual como “vectores de enfermedades” dentro de los sistemas de salud pública ha reforzado el estigma y obstaculizado el desarrollo de programas integrales de SSR.

12 Ashar Dhana et al., “Systemic Review of facility-based sexual and reproductive health services for female sex workers in Africa,” *Globalization and Health* 10:46 (2014).

En El Salvador, el programa Clínicas de Vigilancia Centinela de ITS del Ministerio de Salud, destinado a brindar servicios esenciales de prevención, diagnóstico y tratamiento a poblaciones clave (incluyendo a las personas que ejercen el trabajo sexual y a la población LGBT) es impopular debido a deficiencias significativas.

“No hay preservativos para proporcionar como muestras. No hay suficientes medicamentos para las ITS, y no se brindan consultas para la prueba del VIH. Solo hay discriminación contra las personas que ejercen el trabajo sexual y las personas LGBTI.”

ASOCIACIÓN DE MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES LIQUIDÁMBAR, EL SALVADOR

Servicios dispersos; atención segregada

Las directrices de la OMS y la investigación comunitaria coinciden en que ofrecer servicios de salud en un solo lugar (integración de

servicios de salud) aumenta la aceptabilidad, el acceso y la posibilidad de que las poblaciones clave utilicen los servicios¹³. Sin embargo, los servicios de SSR rara vez se ofrecen de manera integrada, lo que obliga a las personas que ejercen el trabajo sexual a trasladarse a varios lugares para abordar diferentes necesidades de salud. La naturaleza segregada de la atención de SSR puede obstaculizar el que las personas utilicen los servicios y puedan cumplir con sus citas, además de generar pérdida de ingresos.

La naturaleza segregada de la atención de SSR puede obstaculizar el que las personas utilicen los servicios y puedan cumplir con sus citas, además de generar pérdida de ingresos.

“Un porcentaje muy pequeño de [las personas que ejercen el trabajo sexual] que son derivadas desde las clínicas generales hacia los centros de pruebas del VIH en realidad llegarán allí al final del día.”

AVENIR JEUNE DE L'OUEST [PORVENIR JOVEN DEL OESTE], CAMERÚN

Los servicios segregados no sólo complican el acceso a servicios individuales, sino que también impiden que se aborden problemas importantes.

“Dado que los servicios de SSR e ITS se ofrecen en diferentes lugares, las cuestiones relativas a las diferentes consultas y a la planificación familiar no son abordadas, como es el caso de las preguntas alrededor del uso de preservativos con parejas de largo plazo”.

TAIS PLUS, KIRGUISTÁN

La falta de integración de servicios de SSR y VIH puede ser particularmente dañina para las personas embarazadas que ejercen el trabajo sexual. Cuando todos los servicios de SSR no están disponibles en el mismo lugar, las personas que ejercen el trabajo sexual pueden no tener acceso a pruebas de VIH y a terapia antirretroviral durante el embarazo, lo que puede incrementar el riesgo de transmisión de madre a hijo (TMH). La falta de integración de servicios de SSR y VIH también contribuye a reducir la toma de conciencia sobre la prevención, como se observó en un estudio de personas que ejercen el trabajo sexual en Karnataka, en India. Sólo el 24.7% de las personas que ejercen el trabajo sexual informaron conocer los métodos de prevención de TMH.¹⁴

13 Organización Mundial de la Salud, 2014, “Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations.”

14 Marissa Becker et al., “The Intersection between Sex Work and Reproductive Health in Northern Karnataka, India: Identifying Gaps and Opportunities in the Context of HIV Prevention,” AIDS Research and Treatment 2012 (2012).

En regiones como el África subsahariana, el aumento de las tasas de mortalidad relacionadas con el embarazo y el VIH se ve agravado por la falta de servicios integrados de salud materna e infantil. La falta de integración no solo impide el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, sino que también margina aún más a las personas que ejercen el trabajo sexual y a sus hijos.¹⁵

Anticonceptivos, aborto y esterilización

En muchas regiones, las personas que ejercen el trabajo sexual no tienen acceso a métodos anticonceptivos adecuados. En Nepal, las personas que participaron en el grupo focal informaron que la baja calidad de los preservativos disponibles a menudo causaba dolor y malestar, por lo que eran impopulares en la comunidad local. El acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a métodos que no son de barrera, como las píldoras anticonceptivas y los dispositivos intrauterinos, es aún más limitado y depende de la cobertura del seguro médico, la disponibilidad de los servicios de planificación familiar de las ONG y otros factores.

En 66 países, concentrados en América Latina, África, el Medio Oriente y Asia y el Pacífico, el aborto está totalmente prohibido o solo está permitido en casos extremos, como salvar la vida de una mujer.¹⁶

Para las personas que ejercen el trabajo sexual, el acceso limitado a anticonceptivos, las dificultades para negociar el uso del preservativo y la vulnerabilidad a la violencia sexual pueden resultar en embarazos no deseados,¹⁷ lo que hace que el acceso al aborto seguro y la atención posterior al aborto sea una necesidad esencial de SSR. Cuando se prohíbe el aborto, se pueden utilizar proveedores de servicios ilegales, lo que aumenta el riesgo de mortalidad y problemas de salud a largo plazo.

Cuando se prohíbe el aborto, se pueden utilizar proveedores de servicios ilegales, lo que aumenta el riesgo de mortalidad y problemas de salud a largo plazo.

“En Nicaragua ... cualquier tipo de aborto es punible, y si las personas que ejercen el trabajo sexual quieren obtener uno, deben ir a clínicas clandestinas donde ponen en riesgo sus vidas y su salud”.

ASOCIACIÓN DE MUJERES LAS GOLONDRINAS, NICARAGUA

En Brasil, donde el aborto está en gran parte prohibido, un estudio con personas que ejercen el trabajo sexual que tuvieron abortos ilegales reveló altas tasas de hemorragia, infección y hospitalización. Aunque la diseminación del Misoprostol (una píldora utilizada para el aborto donde el aborto está prohibido) ha disminuido el uso de métodos más peligrosos e invasivos, la mitad de las participantes encuestadas que habían abortado ilegalmente necesitaron hospitalización para concluirlos.¹⁸

Sin embargo, incluso en países donde el aborto es legal, el alto costo del aborto y las restricciones gubernamentales y de los donantes internacionales sobre el financiamiento relacionado con el aborto hacen que sea inaccesible para muchas personas que ejercen el trabajo sexual. Para las personas que ejercen el trabajo sexual encarceladas, el derecho a decidir si quieren tener hijos y cuándo tenerlos es negado en un mayor grado.

“En prisión no es posible obtener un aborto. Sin embargo, las mujeres que han sido agredidas sexualmente por agentes penitenciarios y quedan embarazadas como resultado han sido obligadas a abortar a sus hijos no natos”.

SWOP BEHIND BARS [SWOP DETRÁS DE LAS REJAS], ESTADOS UNIDOS

15 Brian Willis et al., “Health of female sex workers and their children: a call for action,” *The Lancet* 4:7 (2016): e438-e439.

16 “Questions & Answers: Understanding the World’s Abortion Laws Map,” World Abortion Laws.

17 Rishan Weldegebreal, et al., “Unintended pregnancy among female sex workers in Mekelle city, northern Ethiopia: a cross-sectional study,” *BMC Public Health* 15:40 (2015).

18 Alberto Pererira Madeiro y Debora Diniz, “Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study,” *Ciencia & Saúde Coletiva* 20, 2 (2015): 587-93.

Además, la esterilización coaccionada y forzada sigue siendo un problema. En Teherán, Irán, a principios del 2017, un funcionario llamó a esterilizar a las personas que ejercen el trabajo sexual y a las mujeres sin hogar que usan drogas.¹⁹ La esterilización forzada y coaccionada, así como la terminación del embarazo, violan el derecho a tomar decisiones reproductivas “libres de discriminación, coacción y violencia”, que supone ser protegido por el Programa de Acción de la CIPD.

Las necesidades de los hombres que ejercen el trabajo sexual

Los hombres que ejercen el trabajo sexual se enfrentan a una doble estigmatización debido tanto a su trabajo como a lo que se considera una desviación de las normas de masculinidad. En 72 países, la criminalización de las relaciones entre personas del mismo sexo aumenta la discriminación y desalienta a los hombres que ejercen el trabajo sexual a acceder a la atención debido al temor que le tienen a

las consecuencias punitivas. Incluso en contextos menos represivos, las necesidades más amplias de SSR de los hombres que ejercen el trabajo sexual rara vez se reconocen, como lo demuestra la falta de datos epidemiológicos disponibles y la frecuente confusión de este grupo con HSH (hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres).²⁰ Como resultado, la mayoría de la programación de SSR disponible para los hombres que ejercen el trabajo sexual sigue estando limitada a los servicios de pruebas y tratamiento de VIH e ITS dirigidos a los HSH o la población en general, lo que a menudo excluye la detección de ITS rectales.²¹

...la criminalización de las relaciones entre personas del mismo sexo aumenta la discriminación y desalienta a los hombres que ejercen el trabajo sexual a acceder a la atención debido al temor que le tienen a las consecuencias punitivas.

La homofobia, el estigma y el aislamiento hacen que los hombres que ejercen el trabajo sexual sean particularmente vulnerables al VIH. No obstante, también pueden experimentar otros problemas de SSR no abordados, como la infertilidad, la disfunción eréctil, el cáncer de próstata y anal y las ITS anorrectales. Dado que muchos de estos problemas de salud ocurren más a menudo entre los hombres que viven con el VIH, la integración de los servicios de VIH con servicios más amplios de SSR podría aumentar la conciencia de la comunidad sobre los riesgos para la salud, así como también incrementar el uso de los servicios. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de atención médica no abordan adecuadamente las necesidades más amplias de los hombres dentro de su programación, y mucho menos las de los hombres que ejercen el trabajo sexual.

“En los servicios de SSR, los hombres que ejercen el trabajo sexual no tenemos ningún tipo de acceso ... porque no somos considerados dentro del sistema de atención médica ... Estamos luchando por ser incluidos en programas de atención médica específicos para nuestras actividades laborales y nuestras masculinidades. Solo podemos acceder a servicios de salud como HSH, y solo desde un enfoque patologizado del VIH / SIDA, no de forma integrada “.

ASOCIACIÓN GOOVER, ECUADOR

19 “Iran Official Calls for Sterilization for Sex Workers, Homeless Drug Addicts,” Radio Free Europe, 1 January 2017.

20 Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP por sus siglas en inglés), 2014, “The Needs and Rights of Male Sex Workers.”

21 GNP+ y NSWP, 2010, “Advancing the Sexual and Reproductive Health and Human Rights of Sex Workers Living with HIV,” 5.

Debido a la falta generalizada de servicios públicos de SSR para los hombres y, en consecuencia, para los hombres que ejercen el trabajo sexual, dicha población con frecuencia busca atención a través de programas de ONGs. Los participantes informaron que incluso estos servicios pueden ser deficientes, especialmente cuando se dirigen principalmente hacia las mujeres. En América Latina, se informó que a los hombres que ejercen el trabajo sexual comúnmente se les exige tomar las llamadas pruebas “voluntarias” de VIH para recibir preservativos gratis en los centros de servicio. Las prácticas coercitivas como estas no solo socavan el concepto de pruebas voluntarias y fomentan actitudes negativas hacia los servicios de salud; también restringen el acceso de los hombres que ejercen el trabajo sexual a suministros críticos de prevención del VIH y las ITS.

Si bien la mayoría de los hombres que ejercen el trabajo sexual brindan servicios sexuales principalmente a hombres, sus identidades personales, relaciones e interacciones a menudo son diversas, lo que refleja una variedad de matices socioculturales.²² Como consecuencia, los programas de salud para HSH no satisfacen las necesidades

...la intersección entre la fobia contra las personas que ejercen el trabajo sexual y la homofobia excluye aún más a esta población de la atención médica dirigida al público en general.

específicas de los hombres que ejercen el trabajo sexual. Al mismo tiempo, la intersección entre la fobia contra las personas que ejercen el trabajo sexual y la homofobia excluye aún más a esta población de la atención médica dirigida al público en general. En consecuencia, los hombres que ejercen el trabajo sexual rara vez revelan su trabajo y orientación sexual en entornos de atención médica.

Al carecer de acceso a asesoramiento médico y tratamientos adecuados, los hombres que ejercen el trabajo sexual pueden llegar a automedicarse para problemas tales como la disfunción sexual, lo que conlleva riesgos de salud a largo plazo.

Las necesidades de las personas transgénero que ejercen el trabajo sexual

Las personas transgénero que ejercen el trabajo sexual enfrentan niveles muy altos de estigma y discriminación. Experimentan tasas particularmente altas de violencia sexual, lo que está vinculado a una mayor vulnerabilidad al VIH y a las ITS.²³ Sin embargo, existen muy pocos servicios de SSR transespecíficos en todo el mundo, y a pesar de su gran carga viral, las personas transgénero siguen estando insuficientemente representadas en las estrategias nacionales de VIH.²⁴ La exclusión de las personas transgénero de las estimaciones de vigilancia del VIH, donde a menudo se clasifican incorrectamente como “HSH”, agrava este problema. Si bien la SSR de las personas transgénero y cisgénero que ejercen el trabajo sexual necesita trasladarse de muchas maneras, el SWIT ha identificado terapias, asesoramientos y derivaciones relacionadas con la terapia hormonal y otros tratamientos que afirman el género como servicios esenciales de SSR transgénero.

22 Stefan Baral et al. “Male Sex Workers: Practices, Contexts, and Vulnerabilities for HIV Acquisition and Transmission,” *The Lancet* 385,9964 (2015): 260-273.

23 Deepika Ganju y Niranjana Saggurti, “Stigma, violence and HIV vulnerability among transgender persons in sex work in Maharashtra, India,” *Culture, Health & Sexuality* 19, 8 (2017): 903-917.

24 ONUSIDA, 2014, “The Gap Report 2014: Transgender People.”

Los participantes de la consulta constantemente informaron sobre servicios y productos básicos de SSR insuficientes para las personas transgénero que ejercen el trabajo sexual, agravados por los altos niveles de estigma y discriminación de los proveedores. Varios participantes agregaron que muchas personas transgénero ingresan al trabajo sexual para pagar los tratamientos y procedimientos que afirman el género. Esto nos indica lo esenciales y al mismo tiempo inaccesibles que son estos servicios.

“Las necesidades de las personas transgénero no se satisfacen en las clínicas [de salud pública]”.

PERSONA TRANSGÉNERO QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, LAS BAHAMAS

Los participantes de los grupos focales en Las Bahamas informaron que el sistema nacional de salud pública no incluye la terapia de reemplazo hormonal ni asesoramiento para personas transgénero. Los miembros de la NSWP en El Salvador, Ruanda, Namibia, Kirguistán, Canadá, Indonesia, Perú, Montenegro, Bélgica, México, Ecuador y Nicaragua

también informaron sobre servicios inadecuados para personas transgénero, lo que demuestra que a escala global, las necesidades de SSR de las personas transgénero no se satisfacen.

Si bien algunos programas integrales de salud pública para personas transgénero se han establecido en algunas partes del mundo, estos son una excepción. Las personas transgénero que ejercen el trabajo sexual usualmente acceden a servicios de SSR dirigidos a la población en general. En el caso de estar disponibles, pueden

acceder a los servicios dirigidos a las personas cisgénero que ejercen el trabajo sexual. Sin embargo, con frecuencia encuentran un trato degradante al utilizar ambos servicios. Tales experiencias negativas pueden disuadirlas de seguir con sus tratamientos o buscar atención en el futuro.

“... El doctor ... levantó mi suéter y notó que no tenía senos. Ella comenzó a decirme que mi estilo de vida estaba equivocado. Nací hombre y por eso debería ser un hombre. No debería usar faldas ni usar maquillaje ... Después de ese incidente, realmente tengo miedo de ir a una clínica”.

PERSONA TRANSGÉNERO QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, KIRGUISTÁN

Al carecer de servicios de SSR específicos, asequibles y accesibles, muchas personas transgénero que ejercen el trabajo sexual se automedican.

“Porque no tengo el dinero, siempre le pido a mi amiga que obtenga contraceptivos de la clínica [para mí], me los tomo como hormonas”.

PERSONA TRANSGÉNERO QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, NAMIBIA

“Nosotras, las mujeres trans ... tenemos que comprar jeringas utilizadas por los veterinarios para inyectarnos hormonas, ya que en nuestro país, en nuestra región, no hay tratamiento hormonal”.

PERSONA TRANSGÉNERO QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, PERÚ

...con frecuencia encuentran un trato degradante al utilizar ambos servicios. Tales experiencias negativas pueden disuadirlas de seguir con sus tratamientos o buscar atención en el futuro.

La terapia hormonal administrada sin supervisión médica adecuada puede causar efectos secundarios graves, como tromboembolias, disfunción hepática, cáncer de mama y enfermedad arterial coronaria.

La terapia hormonal administrada sin supervisión médica adecuada puede causar efectos secundarios graves, como tromboembolias, disfunción hepática, cáncer de mama y enfermedad arterial coronaria.²⁵ Los riesgos de transmisión del VIH y de hepatitis C también aumentan cuando los suministros de inyección se reutilizan y se comparten.

Mientras que los Ministerios de Salud de algunos países, como el de Perú, recientemente han desarrollado protocolos para abordar las necesidades de salud de las personas transgénero (con mayor frecuencia las mujeres transgénero), su enfoque principal en abordar la epidemia del VIH no ayuda a garantizar una respuesta holística, basada en derechos humanos.

Barreras para acceder a los servicios de SSR

La consulta de los miembros de la NSWP confirmó que, aparte de las intervenciones relacionadas con el VIH y las ITS, la mayoría de los servicios de SSR disponibles en el ámbito de la salud pública, para las personas que ejercen el trabajo sexual, son los que se le ofrecen a la población general. Si bien la mayoría de los participantes prefirieron los servicios proporcionados por ONGs, debido a la falta de fondos, generalmente son derivados a clínicas gubernamentales donde pueden enfrentar estigma y un trato por debajo del promedio. Si bien las clínicas privadas a menudo ofrecen una atención de SSR de mayor calidad, sus altos costos las hacen inaccesibles para la mayoría de las personas que ejercen el trabajo sexual.

Concientización sobre los servicios de SSR

En algunos entornos se informó de la falta de conocimiento básico de SSR, lo que indica una necesidad crucial de programación educativa para las personas que ejercen el trabajo sexual. El 97% de las 217 personas que ejercen el trabajo sexual encuestadas por LIQUIDÁMBAR, en El Salvador, declararon que “no estaban familiarizadas” con el tema de la SSR. Esta falta de conocimiento puede tener un impacto negativo en la salud de las personas que ejercen el trabajo sexual, particularmente en contextos de epidemia de VIH concentrada.

“[Muchas] personas que ejercen el trabajo sexual piensan que el cáncer de cuello uterino no se puede detectar con anticipación y no están muy conscientes del tratamiento de la enfermedad cervical ... Han visto que muchas personas que ejercen el trabajo sexual han muerto a causa del cáncer de cuello uterino”.

JAGRITI MAHILA MAHASANG, NATIONAL NETWORK OF FEMALE SEX WORKERS [RED NACIONAL DE MUJERES QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL], NEPAL

Algunos participantes de los grupos focales agregaron que el bajo conocimiento de SSR de la población general a menudo afecta a las personas que ejercen el trabajo sexual ya que tienen la tarea de educar a sus clientes sobre prácticas de sexo seguro. Dicha realidad destaca la necesidad de una mayor programación educativa de SSR para el público en general.

25 Ver nota de pie de página 11 a 125.

La criminalización directa e indirecta del trabajo sexual sigue siendo una de las mayores barreras para el acceso a la SSR...

Criminalización

La criminalización directa e indirecta del trabajo sexual sigue siendo una de las mayores barreras para el acceso a la SSR de las personas que ejercen el trabajo sexual, así como un determinante estructural de la violencia, la discriminación y la transmisión del VIH.²⁶ Leyes adicionales que criminalizan la exposición al VIH, la no divulgación y la transmisión; las actividades sexuales entre personas del mismo sexo y la sodomía pueden disuadir aún más a las personas que ejercen el trabajo sexual de buscar atención de SSR por temor a represalias legales.

“Tarde, una noche, fui arrestada por dos oficiales de la policía que me pidieron que tuviera sexo con ellos para ser liberada. Cuando me negué, uno de ellos me forzó y me violó. No tenía dónde reportar [la violación] ya que el trabajo sexual es ilegal según el código penal de Ruanda. Debido a esto, ni siquiera pude obtener la profilaxis posterior a la exposición que se ofrece a todas las víctimas de violación. Afortunadamente, no quedé embarazada ... pero la prueba del VIH salió positiva”.

MUJER QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, RUANDA

Otros impactos de la criminalización, como la confiscación de preservativos como evidencia de trabajo sexual por parte de la policía, también desalientan la utilización de los servicios de SSR al mismo tiempo que aumentan la vulnerabilidad de las personas que ejercen el trabajo sexual al VIH y las ITS. Por ejemplo, en Kirguistán, las redadas policiales persistentes han obligado a muchas personas que ejercen el trabajo sexual en la calle a esconderse, lo que resulta en una reducción del doble del uso de servicios de SSR para esta población.

Documentación y seguro de salud

Dado que la mayoría de los servicios de SSR disponibles para las personas que ejercen el trabajo sexual se ofrecen dentro de los sistemas públicos de atención médica, el requisito de poseer una residencia oficial y un seguro de salud nacional válido reduce aún más el acceso a la SSR, particularmente para las personas migrantes que ejercen el trabajo sexual. En contextos criminalizados, es casi imposible que las personas que ejercen el trabajo sexual proporcionen la prueba necesaria de ingresos o empleo para obtener un seguro de salud. En Kirguistán, donde muchas personas que ejercen el trabajo sexual carecen de pasaportes y documentos de registro, el personal médico niega rutinariamente los servicios de ginecología y la atención del embarazo. Como resultado, muchas personas que ejercen el trabajo sexual solo buscan atención de SSR en casos de emergencia. Según lo explicado por la organización de personas que ejercen el trabajo sexual Juventas, en Montenegro:

“En Montenegro, alrededor del 50% de las personas que ejercen el trabajo sexual viven y trabajan ilegalmente... Por lo tanto, no tienen ningún derecho a utilizar los servicios de atención médica, excepto en caso de emergencia. Tampoco tienen seguro de salud en sus países de origen y no tienen la posibilidad de obtener un seguro de salud para extranjeros”.

26 Kate Shannon, et al., “Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants,” *The Lancet* 385, 9962 (2015): 55–71.

Pruebas obligatorias y tratamientos

Las políticas obligatorias de pruebas y tratamientos de VIH/ITS violan los derechos humanos de las personas que ejercen el trabajo sexual y fomentan la desconfianza hacia los sistemas de salud. Dichas políticas están presentes en muchos países del mundo, independientemente de que el trabajo sexual sea legal o criminalizado.

La investigación ha demostrado que las pruebas obligatorias o realizadas bajo coacción no reducen la transmisión del VIH entre las personas que ejercen el trabajo sexual o la población en general.²⁷

En Austria, para trabajar legalmente, las personas que ejercen el trabajo sexual deben someterse semanalmente a pruebas de detección de ITS y trimestralmente a pruebas de VIH en centros médicos estatales. El incumplimiento

de estas regulaciones puede resultar en multas administrativas, pérdida de registro o, en el caso de trabajadores migrantes, la deportación.²⁸ Incluso donde la legislación nacional alrededor de las pruebas obligatorias no existe, las personas que ejercen el trabajo sexual aún pueden ser sujetas a estas prácticas. Por ejemplo, en las regiones fronterizas de Perú, las evaluaciones de salud obligatorias para personas de países vecinos afectan a las personas migrantes que ejercen el trabajo sexual. En Canadá, se observó que algunos espacios de trabajo en el interior también requieren controles de salud como condición previa para el empleo.

Todos los participantes del grupo focal coincidieron en que las pruebas obligatorias son un mecanismo de control, y no un servicio de SSR que brinda apoyo. También consideraron que tales políticas perpetúan el estigma e intensifican el temor de obtener un diagnóstico positivo. Los participantes del grupo focal en Canadá concordaron en que la ausencia de legislación alrededor de las pruebas obligatorias les procura un sentido de agencia sobre su propia salud sexual.

Leyes de consentimiento y notificación

Las leyes que requieren la notificación, presencia y consentimiento de la pareja o de los padres restringen aún más la autonomía y la privacidad de las personas que ejercen el trabajo sexual cuando acceden a los servicios de SSR. En Ruanda, por ejemplo, los proveedores de atención médica a menudo requieren que ambos miembros de la pareja estén presentes para los servicios de planificación familiar. Los requisitos de consentimiento parental desalientan a los jóvenes menores de 18 años que venden sexo a acceder a suministros vitales de prevención de SSR, pruebas de VIH, exámenes y servicios de aborto, ya que muchos de ellos están separados de sus familias o simplemente no desean revelar su ocupación.²⁹

27 Elena Jeffreys, et al., "Mandatory Testing for HIV and Sexually Transmissible Infections among Sex Workers in Australia: A Barrier to HIV and STI Prevention," *World Journal of AIDS* 2 (2012): 203-211.

28 Sex-Worker Forum of Vienna, Austria, 2013, "Shadow Report on Persistent and Systemic Violations of Article 6 CEDAW by Austria."

29 Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, 2016, "Personas Jóvenes que Ejercen Trabajo Sexual."

Barreras logísticas

Muchas de las personas que ejercen el trabajo sexual consultadas también mencionaron horarios de apertura inflexibles, ubicaciones inconvenientes, largos tiempos de espera y la escasez de servicios gratuitos como obstáculos adicionales para acceder a los servicios estatales de SSR. Estas barreras se ven agravadas en el caso de las personas que residen fuera de las principales ciudades y en contextos con menos recursos. En Camerún, por ejemplo, se observó que algunos establecimientos de salud poseen solo equipo médico rudimentario. En otros casos, las clínicas pueden estar mal diseñadas, lo que resulta en violaciones a la confidencialidad. Como describió una trabajadora sexual en Indonesia:

...también mencionaron horarios de apertura inflexibles, ubicaciones inconvenientes, largos tiempos de espera y la escasez de servicios gratuitos como obstáculos adicionales para acceder a los servicios estatales de SSR.

“Recibo mis resultados en la esquina de la sala y tengo miedo de que los demás escuchen algo sobre mí ... cuando utilizamos APV [asesoramiento y pruebas voluntarias] en estas instalaciones, deberían de dividir la sala ... no darnos los resultados en la esquina de una habitación abierta donde otros pueden escuchar”.

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, INDONESIA

Estigma y discriminación

“No hay servicios sexuales y reproductivos que proporcionen atención médica sin prejuicios y compasivos a las personas involucradas en la industria del sexo”.

COYOTE RHODE ISLAND, ESTADOS UNIDOS

Debido a las actitudes de la sociedad hacia la sexualidad, la planificación familiar y la paternidad, acceder a los servicios de SSR puede ser altamente estigmatizante, exponiendo a las personas a la discriminación. Por ejemplo, en las zonas rurales de Kirguistán, se observó que muchas personas que ejercen el trabajo sexual tienen miedo de que las vean dirigiéndose al ginecólogo local por temor a las repercusiones sociales.

“Si una mujer soltera visita al ginecólogo, significa que está teniendo contacto sexual fuera del matrimonio, se les juzga con base en creencias religiosas y patriarcales”.

TAIS PLUS, KIRGUISTÁN

Los encuestados en esta consulta también informaron que el estigma generalizado asociado con su posición de personas que ejercen el trabajo sexual, así como la discriminación basada en los proveedores, es un obstáculo adicional para acceder a los servicios de SSR. Las personas que ejercen el trabajo sexual que enfrentan múltiples niveles de marginación, como los hombres, las personas transgénero, las que usan drogas, las personas migrantes, los jóvenes y las personas que viven con el VIH, se encuentran con niveles aún mayores de estigma y discriminación.

Tras la divulgación de su profesión a los proveedores de atención médica, muchas personas que ejercen el trabajo sexual informaron cambios en las actitudes del personal y una disminución en la calidad de la atención.

Se informó de una fuerte discriminación en los entornos públicos de SSR, donde la mayoría del personal médico no ha sido sensibilizado ni capacitado sobre las necesidades de salud de las personas que ejercen el trabajo sexual. Tras la divulgación (o descubrimiento) de su profesión a los proveedores de atención médica, muchas personas que ejercen el trabajo sexual informaron cambios en las actitudes del personal y una disminución en la calidad de la atención. Revelar o ser descubierto como LGBT puede agravar la discriminación de los proveedores en contextos de homofobia y transfobia generalizada.

“El acceso para mí es el mismo que para las personas que no están relacionadas con el trabajo sexual, pero el tratamiento / atención que recibo se ve afectado por el hecho de que comparta mi profesión o no”.

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, CANADÁ

“Fui a urgencias con mucho dolor abdominal y me negaron los servicios porque era una persona que ejerce el trabajo sexual. Me dijeron que tenían que terminar con el resto de sus pacientes antes de brindarme asistencia”.

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, PERÚ

En otros casos, los servicios fueron retenidos por completo. El riesgo de negación del servicio puede ser particularmente alto para las personas que ejercen el trabajo sexual que usan sustancias.

“Los proveedores de atención médica me enviaron de regreso varias veces cuando fui a la planificación familiar, porque la mayoría de las veces estaba borracha y era una persona que ejerce el trabajo sexual muy conocida. Me dijeron que cambiara la persona que soy, que solo así podría recibir ayuda”.

MUJER QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, NAMIBIA

Como resultado, pocas personas que ejercen el trabajo sexual divulgan su profesión a proveedores médicos, y algunas pueden evitar por completo el contacto con el sistema de salud. En Ruanda, la mayoría de los participantes del grupo focal que no utilizaron los servicios de SSR revelaron que era por miedo a que se les tildara de “indaya” o persona que ejerce el trabajo sexual, “uno de los peores insultos en la sociedad local”.

Intervenciones lideradas por la comunidad

Los modelos de empoderamiento de la comunidad, como la sensibilización, los centros de acogida dirigidos por la comunidad, el trabajo comunitario y el trabajo de abogacía, mejoran los resultados de salud y fomentan los comportamientos de prevención. La OMS ha considerado que el empoderamiento de la comunidad es una medida “absolutamente necesaria” para mejorar las condiciones de vida y de trabajo de las personas que ejercen el trabajo sexual y corregir las violaciones de los derechos humanos.³⁰ Las intervenciones dirigidas por personas que ejercen el trabajo sexual forman parte de una respuesta integral de SSR y los participantes de esta consulta confirmaron su importancia citando varios ejemplos de sus comunidades locales.

30 OMS, UNFPA, ONUSIDA y NSWP, 2012, “Prevention and Treatment of HIV and Other Sexually Transmitted Infections for Sex Workers in Low- and Middle-Income Countries: Recommendations for a Public Health Approach,” 19-20.

Las personas que ejercen el trabajo sexual pueden cumplir numerosas funciones en las intervenciones de SSR dirigidas por la comunidad, que incluyen servir como educadoras y consejeras entre pares, desarrollar e implementar capacitaciones y crear redes de derivación. También pueden tener experiencia y calificaciones como trabajadoras de salud y gerentes de programas. No se les debe limitar en los roles que desempeñan.

En Nepal, los participantes de los grupos focales acreditaron sus conocimientos de SSR en presencia de educadores locales y consejeros que operan a través de organizaciones comunitarias.

“Uno de los educadores de la comunidad ... me proporcionó información sobre sexo seguro y pruebas y asesoramiento sobre el VIH. Sentí que estaba en alto riesgo, así que fui con [ella] al centro APV [asesoramiento y pruebas voluntarias]. Estoy tan feliz de que el consejero me haya proporcionado más información sobre prácticas sexuales más seguras. Ahora estoy usando preservativos... así evito quedar embarazada y contraer el VIH”.

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, NEPAL

Ante la discriminación de los proveedores de servicios de salud, los trabajadores sociales de las organizaciones dirigidas por personas que ejercen el trabajo sexual también pueden facilitar el acceso a una atención de salud de mayor calidad.

“Asisto a las citas de mi médico con un trabajador social, porque toman al trabajador social más en serio que a mí”.

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, CANADÁ

Para las personas que ejercen el trabajo sexual que se encuentran en situaciones críticas, las organizaciones comunitarias pueden servir como línea de vida:

“Cuando estaba dando a luz a mi bebé, los proveedores de atención médica no querían brindarme servicios porque era negra. Así que llamé a la Asociación de Mujeres que Ejercen el Trabajo Sexual para que mi bebé naciera”.

MUJER MIGRANTE QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, PERÚ

...las personas que ejercen el trabajo sexual deberían participar significativamente en la capacitación y sensibilización del personal de atención médica para reducir el estigma y aumentar la calidad de los servicios.

Muchos participantes en la consulta enfatizaron en que las personas que ejercen el trabajo sexual deberían participar significativamente en la capacitación y sensibilización del personal de atención médica para reducir el estigma y aumentar la calidad de los servicios. En Kenia, el Bar Hostess Empowerment and Support Programme [Programa de Empoderamiento y Apoyo para Anfitrionas de Bares] organiza regularmente capacitaciones para trabajadores de la salud y brinda servicios gratuitos de VIH e ITS a través de sus propios centros de bienestar. Han obtenido resultados positivos a través de este trabajo.³¹

31 Open Society Foundations, 2016, “No Turning Back: Examining Sex Worker-Led Programs that Protect Health and Rights,” 9.

En Alemania, en el 2017, la organización liderada por personas que ejercen el trabajo sexual Berufsverband erotische und sexuelle Dienstleistungen e.V. (BesD e.V.) colaboró con ginecólogos para desarrollar y lanzar la campaña “Red Stiletto Shoe”, con el objetivo de aumentar el conocimiento y el acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a los servicios vitales. Como parte de esta campaña, los profesionales de salud que ofrecen servicios ginecológicos integrales y sin prejuicios a las personas que ejercen el trabajo sexual pueden identificarse colocando una etiqueta con un zapato rojo de tacón alto en el área de entrada de su consultorio.

Varios participantes del grupo focal agregaron que mientras más personas que ejercen el trabajo sexual participen en las operaciones clínicas, es más probable que la comunidad acepte estos servicios. Un caso ejemplar de participación directa por parte de las personas que ejercen el trabajo sexual en los servicios de salud es el de Ashodaya Samithi, una organización localizada en Mysore, India. La organización apoyó a 12 personas que ejercen el trabajo sexual para completar la capacitación formal de enfermería y obtener empleo en una clínica local.³²

El impacto del financiamiento

Dado que las organizaciones comunitarias y otras ONG desempeñan un papel clave en la facilitación del acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a los servicios de SSR, la disponibilidad de fondos sigue siendo algo muy importante a tomar en cuenta. Sin embargo, se invierten muy pocos recursos para garantizar los derechos de las personas que ejercen el trabajo sexual en todo el mundo, y aún menos se otorgan directamente a las organizaciones dirigidas por personas

que ejercen el trabajo sexual.³³ Debido a estas limitaciones, las intervenciones de SSR para personas que ejercen el trabajo sexual suelen ser localizadas y de pequeña escala. Para ampliar la programación de SSR, se deben garantizar mayores recursos y la cooperación entre las organizaciones lideradas por la comunidad, los gobiernos y los donantes.

En Kirguistán, el apoyo del Fondo Mundial que recibieron del 2004 al 2015 permitió a las organizaciones comunitarias como Tais Plus

establecer vínculos con médicos y unidades médicas amigables con las personas que ejercen el trabajo sexual. Los servicios ya no son financiados por el Fondo Mundial, sin embargo, las conexiones con médicos y clínicas se han mantenido para las referencias de tratamiento de SSR. Si bien este ejemplo resalta la inestabilidad de los arreglos de financiamiento, también afirma la capacidad de los modelos de participación comunitaria para sustentar un cambio positivo.

Para ampliar la programación de SSR, se deben garantizar mayores recursos y la cooperación entre las organizaciones lideradas por la comunidad, los gobiernos y los donantes.

³² Ver nota de pie de página 11 a 121.

³³ Red Umbrella Fund, Mama Cash y Open Society Foundations, 2014, “Funding for sex worker rights: Opportunities for foundations to fund more and better.”

...sin mayores inversiones en modelos de empoderamiento de la comunidad, el acceso a servicios integrales de SSR para las personas que ejercen el trabajo sexual seguirá siendo un ideal distante.

Por un lado, está claro que las organizaciones comunitarias no pueden asumir la plena responsabilidad de asegurar que se satisfagan las diversas necesidades de SSR de las personas que ejercen el trabajo sexual. Esto no es posible dada la gran demanda de servicios clínicos especializados y la exclusión generalizada de las personas que ejercen el trabajo sexual de las profesiones de salud. Por otro lado, es igualmente evidente que sin mayores inversiones en modelos de empoderamiento de la comunidad, el acceso a servicios integrales de SSR para las personas que ejercen el trabajo sexual seguirá siendo un ideal distante.

Recomendaciones

En el curso de esta consulta, los participantes describieron las siguientes diez recomendaciones para mejorar el acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a servicios integrales de SSR.

- **Despenalizar el trabajo sexual, la transmisión del VIH y la actividad sexual entre personas del mismo sexo, y despatologizar las identidades transgénero.** La criminalización y la patologización no solo disuaden a las personas que ejercen el trabajo sexual de buscar servicios vitales de SSR debido a las posibles repercusiones legales, sino que también refuerzan el estigma y la discriminación en los entornos de atención médica.
- **Eliminar las barreras de acceso a los sistemas de salud pública para las personas migrantes que ejercen el trabajo sexual, así como para las personas que no pueden proporcionar una prueba formal de ingresos o empleo.** Estas restricciones impiden que las personas que ejercen el trabajo sexual accedan a los servicios de SSR de rutina, haciéndolas depender de una programación limitada dirigida por ONGs y por los servicios de la sala de emergencias.
- **Eliminar las políticas obligatorias y coercitivas de detección y tratamiento del VIH y las ITS.** Estas prácticas violan el derecho fundamental de las personas que ejercen el trabajo sexual a acceder a servicios de SSR libres de violencia o coacción. Crean desconfianza hacia los sistemas de salud y reducen el acceso a servicios esenciales de prevención y tratamiento.
- **Abordar el estigma y la discriminación que las mujeres, hombres y personas transgénero que ejercen el trabajo sexual experimentan de los principales servicios de SSR.** Cuando las personas que ejercen el trabajo sexual acceden a los servicios de SSR para la población en general, a menudo se encuentran con estigma y discriminación, violaciones de la confidencialidad y trato injusto. Se requiere una sensibilización y capacitación exhaustiva a largo plazo para que los servicios de SSR sean accesibles para las personas que ejercen el trabajo sexual. Mientras tanto, se debe desarrollar un sistema de quejas y reparación con la comunidad de personas que ejercen el trabajo sexual para abordar de manera efectiva los abusos.

- **Aumentar el financiamiento y el apoyo para servicios y programas integrales de SSR diseñados para satisfacer las necesidades de las personas que ejercen el trabajo sexual de todos los géneros.**
- **Fomentar un enfoque holístico de los servicios integrales de SSR para personas que ejercen el trabajo sexual, que vaya más allá de las pruebas y el tratamiento del VIH y las ITS.** Los servicios integrales de SSR, según se define en el SWIT, deben ser accesibles para las personas que ejercen el trabajo sexual de todos los géneros, teniendo en cuenta las prioridades y objetivos divergentes asociados con las actividades laborales y la vida privada. Los programas centrados exclusivamente en el VIH y las ITS refuerzan la patologización de las personas que ejercen el trabajo sexual al mismo tiempo que desvían la atención de sus necesidades de salud integral.
- **Garantizar el acceso a servicios de aborto y atención posterior al aborto seguros, legales y asequibles.** Las políticas de aborto restrictivas pueden obligar a las mujeres a emplear métodos de interrupción de embarazo informales e inseguros, con un gran riesgo para su salud.
- **Integrar la atención de SSR con los servicios de VIH e ITS, siguiendo el modelo de “ventanilla única”.** Al integrar los servicios integrales de SSR con los programas existentes de VIH e ITS, se puede ofrecer un espectro más amplio de atención en un solo lugar, reduciendo las barreras logísticas para que los servicios sean utilizados.
- **Promover la programación educativa de SSR para las personas que ejercen el trabajo sexual y sus clientes.** La falta de conocimiento de SSR pone en peligro la salud de las personas que ejercen el trabajo sexual y puede evitar que utilicen los servicios de SSR disponibles. El baja conocimiento de SSR entre la población en general también puede recargar a las personas que ejercen el trabajo sexual con la tarea de educar a sus clientes sobre prácticas de sexo seguro.
- **Priorizar los fondos para modelos de empoderamiento comunitarios de servicios de SSR.** Las intervenciones benéficas dirigidas por la comunidad pueden incluir programas de extensión, centros de acogida y capacitaciones de sensibilización para el personal médico desarrollado e implementado por las personas que ejercen el trabajo sexual. Las organizaciones de personas que ejercen el trabajo sexual también pueden asociarse con profesionales de la salud para formar redes de médicos amigables para referencias de tratamiento.

Conclusión

No existe una solución universal para garantizar el acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a servicios integrales de SSR. Sin embargo, diversas personas que ejercen el trabajo sexual que participaron en esta consulta estuvieron de acuerdo unánimemente: los servicios de SSR en sus comunidades no brindan atención integral, integrada y sin prejuicios. Como resultado, las personas que ejercen el trabajo sexual no pueden ejercer su derecho a la SSR, protegido en numerosas convenciones internacionales. Debido a la discriminación generalizada, pueden sufrir nuevas violaciones de derechos humanos por parte de profesionales médicos.

Si bien las ONG suelen ofrecer atención de VIH e ITS de mayor calidad y sin prejuicios, las ONG no pueden compensar las deficiencias y desigualdades que las personas que ejercen el trabajo sexual encuentran en los establecimientos de salud pública. Por lo tanto, los responsables

de la formulación de políticas y las instituciones gubernamentales deben hacer más para cumplir sus compromisos con el acceso universal a los servicios de SSR. Estos esfuerzos deben apuntar a las barreras estructurales de criminalización, estigma y discriminación que excluyen a las personas que ejercen el trabajo sexual de los sistemas de salud pública. El financiamiento para intervenciones de empoderamiento de la comunidad (tanto por donantes internacionales como por instituciones estatales) también es necesario para aumentar la calidad y el uso de los servicios de SSR.

...esfuerzos deben apuntar a las barreras estructurales de criminalización, estigma y discriminación que excluyen a las personas que ejercen el trabajo sexual de los sistemas de salud pública.

La Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual utiliza una metodología que garantiza que las voces de las bases (personas que ejercen el trabajo sexual y de las organizaciones que dirigen) sean escuchadas. Los documentos informativos exponen los problemas que enfrentan las personas que ejercen el trabajo sexual a nivel local, nacional y regional mientras trabajamos en identificar las tendencias a nivel mundial.

La Secretaría de la NSWP gestiona la producción de los documentos informativos y coordina las consultas entre sus miembros para documentar los hechos. Para llevarlo a cabo, la NSWP contrata a:

- Consultores Mundiales para realizar la investigación documental, coordinar y recolectar las aportaciones de los Consultores Regionales y redactar los documentos informativos a nivel global.
- Consultores Regionales para coordinar las aportaciones de los Informantes Nacionales Clave y elaborar los informes regionales, incluidos los estudios de caso.
- Informantes Nacionales Clave, identificados por las redes regionales para recabar información y documentar los estudios de caso.



Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual
Promover los Derechos Humanos y de la Salud

The Matrix, 62 Newhaven Road
Edinburgh, Scotland, UK, EH6 5QB
+44 131 553 2555
secretariat@nswp.org
www.nswp.org/es

La NSWP es una compañía limitada privada sin ánimo de lucro.
Num. De Cía. SC349355

PROYECTO APOYADO POR:

BRIDGING THE GAPS
Health and rights  for key populations

 **ROBERT
CARR
FUND**
for civil society
networks

La NSWP es parte de *Bridging the Gaps* – salud y derecho para las poblaciones clave. Juntos con más de 100 organizaciones locales e internacionales nos hemos unido con una misión: conseguir acceso universal a la prevención, tratamiento, cuidado y apoyo de VIH/ITS para las poblaciones clave, incluyendo a las personas que ejercen el trabajo sexual, LGBT y personas que consumen drogas.

Ve a: www.hivgaps.org para más información.