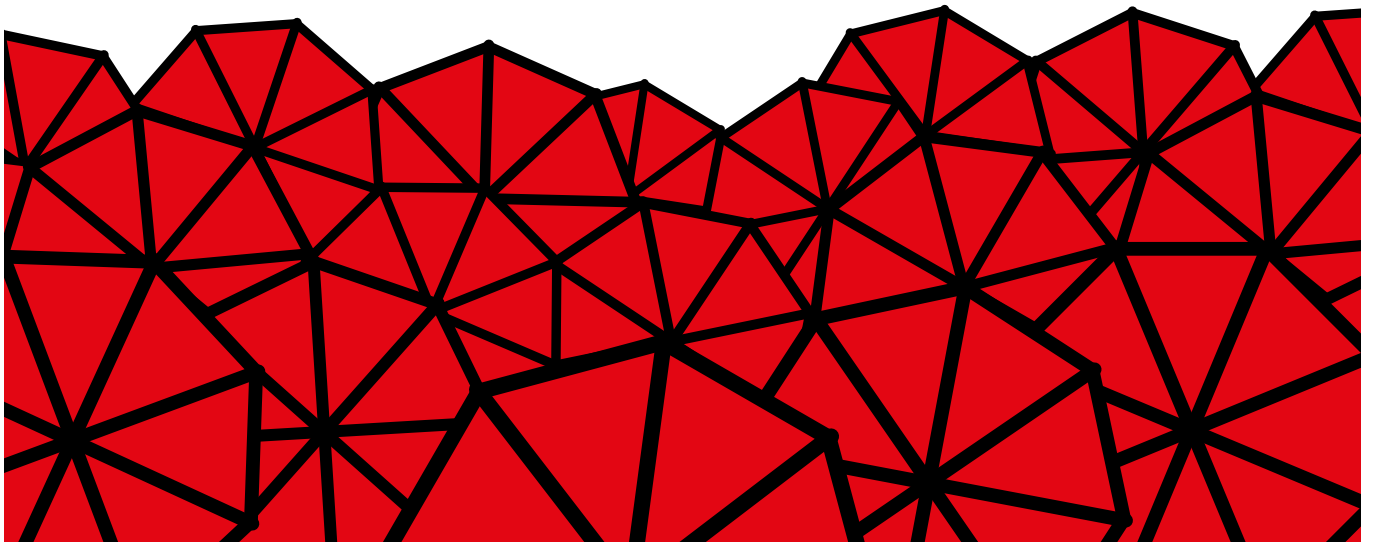




Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual
Promover los Derechos Humanos y de la Salud

**DOCUMENTO
INFORMATIVO**

Cobertura Sanitaria Universal: Poner a los últimos de primero



Cobertura Sanitaria Universal: Poner a los últimos de primero

Introducción

“La agenda 2030 nos recuerda que la única manera de asegurar que nadie quede atrás es de comenzar con los más marginalizados primero.”

ELIE BALLAN DE MCOALITION, DE PARTE DE LAS POBLACIONES CLAVE EN LAS AUDIENCIAS DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL DE LAS NACIONES UNIDAS PARA MÚLTIPLES PARTES INTERESADAS, 29 DE ABRIL DE 2019.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que todos los países demuestran cierto progreso hacia la Cobertura Sanitaria Universal (CSU). Sin embargo, un análisis de datos en materia de salud en 204 países durante el periodo 1990–2019 sirve de advertencia urgente:

“Si las tendencias actuales se mantienen, el mundo se quedará atrás en sus ambiciones de CSU para los [Objetivos de Desarrollo Sostenible]. Aunque este resultado no es inevitable, la ventanilla para la acción significativa y los cambios en los sistemas de salud se está cerrando.”²

Demasiadas personas continúan enfrentando desafíos en su acceso a la atención médica básica, especialmente en el Sur Global.

Demasiadas personas continúan enfrentando desafíos en su acceso a la atención médica básica, especialmente en el Sur Global. Las predicciones actuales advierten que 3.1 millones de personas continuarán sin una cobertura de CSU efectiva para 2023. Casi un tercio de éstas viven en Asia del Sur.³

Algunos comentaristas señalan que se han presentado oportunidades estratégicas para cambiar el statu quo. El compromiso de los gobiernos con lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), junto un enfoque incrementado sobre los sistemas de salud resilientes para combatir las pandemias globales después de la crisis del COVID-19, y recursos adicionales que pudieran estar disponibles para la salud, ofrecen una ventanilla de oportunidad para las personas que ejercen el trabajo sexual y las organizaciones que luchan por sus derechos para abogar fuertemente por las demandas de hace décadas: la salud y los derechos humanos de las personas que ejercen el trabajo sexual, la revocación de la criminalización y otras medidas legales de represión del trabajo sexual y la inclusión significativa en la planificación, el financiamiento y los servicios de la CSU. Al mismo tiempo, se han traído a la luz serias preocupaciones sobre el aparato de salud mundial más amplio, junto con la política y el financiamiento mundial. Estos incluyen temores sobre una nueva estrategia del Fondo Mundial para Combatir el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria que potencialmente pudiera desviar fondos de VIH/SIDA y la reestructuración del DFID y recortes a la cooperación del RU. Similarmente, la decisión del Presidente Trump de retirar a los EEUU de la OMS y dirigir los fondos hacia otras organizaciones mundiales de salud pública, como también incrementar las restricciones de financiamiento en base a la ideología y no la evidencia fundamentada, como la Ley Mordaza Mundial y el Compromiso de Lealtad Antiprostitución de PEPFAR, demuestran cómo las loables metas de la CSU se pueden analizar en contraposición con la compleja interacción de las políticas geopolíticas, la devastación de la pandemia de COVID-19 y el incremento en las inequidades mundiales.^{4 5 6 7}

1 “Ensuring UHC for Key Populations,” Mpact.

2 GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators, “Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019,” *The Lancet* (27 de agosto de 2020).

3 GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators, “Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019,” *The Lancet* (27 de agosto de 2020).

4 NSWP, 2020, “Nota Informativa: Desarrollo de la estrategia del Fondo Mundial.”

5 “Coronavirus: UK foreign aid spending cut by £2.9bn amid economic downturn,” BBC, 23 de julio de 2020.

6 Lawrence O Gostin et al. “US withdrawal from OMS is unlawful and threatens global and US health and security,” *The Lancet* 396 (2020).

7 NSWP, 2018, “Documento informativo: El acceso de las personas que ejercen el trabajo sexual a servicios integrales de salud sexual y reproductiva.”

...este documento destaca algunas de las consecuencias de ser marginadas durante las fases de planificación de la CSU y de los desafíos continuos que las personas que ejercen el trabajo sexual enfrentan en acceder a los servicios de salud.

Reiterando los comentarios anteriores de Ballan, este Documento informativo examina las implicaciones de la CSU para las personas que ejercen el trabajo sexual específicamente. Mediante una exploración de las experiencias actuales de las personas que ejercen el trabajo sexual con la CSU a nivel de país, este documento destaca algunas de las consecuencias de ser marginadas durante las fases de planificación de la CSU y de los desafíos continuos que las personas que ejercen el trabajo sexual enfrentan en acceder a los servicios de salud. Concluye con recomendaciones sobre cómo se puede dialogar estratégicamente con los procesos y las estructuras de la CSU.

Metodología

Este Documento informativo está basado en una investigación en profundidad realizada en siete países, una consulta virtual a nivel mundial con organizaciones miembro de la NSWP y entrevistas con informantes clave en organizaciones de salud internacionales, organizaciones lideradas por personas que ejercen el trabajo sexual y grupos de sociedad civil que trabajan temas de la CSU. La información primaria fue suplementada con un repaso de escritorio de materiales clave de CSU de la OMS, grupos de salud mundial y materiales preparatorios para la Declaración política de 2019 de la Reunión de Alto Nivel sobre CSU (la “Declaración política”).

Los consultores nacionales realizaron entrevistas y condujeron grupos focales con las personas que ejercen el trabajo sexual utilizando un cuestionario estándar y produjeron estudios de caso nacionales en México, Rusia, República Democrática del Congo (RDC), Nepal, Zambia, Zimbabue y Guyana. Se hizo una consulta virtual a nivel mundial con organizaciones miembro de la NSWP utilizando un cuestionario similar y se incluyeron respuestas de Alemania, El Salvador, México, Francia, la República de Macedonia del Norte, Senegal y República Democrática del Congo. Como resultado, la información primaria provino de países a lo largo de un espectro de progreso hacia la CSU; por ejemplo, de los países incluidos aquí, solo Francia, Alemania, Guyana, México, Rusia y Zambia tenían políticas de cobertura sanitaria universal en vigor para 2020.⁸

En total, 202 mujeres, hombres y personas transgénero que ejercen el trabajo sexual participaron en las discusiones de los grupos focales, las cuales incluyeron a personas migrantes que ejercen el trabajo sexual, personas que ejercen el trabajo sexual y viven con VIH, personas LGBT que ejercen el trabajo sexual, como también personas que ejercen el trabajo sexual y usan drogas.

⁸ “Countries with Universal Health Care 2020,” World Population Review.

La investigación se realizó entre marzo y julio de 2020 durante el contagio acelerado del COVID-19 y sus respectivas restricciones en materia de circulación, viaje y comercio en gran parte del mundo. Esto quiere decir que los investigadores enfrentaron mayores desafíos en realizar reuniones presenciales con las personas que ejercen el trabajo sexual debido a las restricciones del COVID-19, en momentos en los cuales las vidas, la seguridad y los medios de vida de las personas que ejercen el trabajo sexual estaban bajo una presión inmensa. Quisiéramos reconocer los esfuerzos adicionales y la innovación que se requirió llegar a las personas que participaron en el estudio, incluyendo a través de medios digitales y también agradecer a todos los investigadores y a las personas que participaron en el estudio por sus esfuerzos, su tiempo y su compromiso con este proyecto durante una crisis internacional.

Cobertura Sanitaria Universal

¿Qué es la Cobertura Sanitaria Universal?

En pocas palabras, la CSU se refiere a la meta mundial de proveerles a las personas todo el cuidado en materia de salud que necesitan sin generar cargas económicas innecesarias sobre el individuo.

Aunque algunos países, generalmente los países de alto ingreso, ya tienen sistemas de salud integrales y financiados con fondos públicos que cumplen con los aspectos clave de la CSU, otros están haciendo un progreso más lento hacia este ODS, incluyendo un incremento en la oferta de servicios cubiertos por el estado y la reducción de tarifas

de usuario requeridas para usar los servicios.

En muchas partes del mundo, la entrega y el acceso a servicios de salud siguen siendo muy pobres, especialmente para las poblaciones criminalizadas y marginalizadas como las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave. Esto también es cierto en los países de alto ingreso. Canadá, por ejemplo, ha reportado un progreso sustancioso hacia la CSU, pero la investigación demuestra que las personas que ejercen el trabajo sexual, las poblaciones indígenas y otros grupos marginalizados todavía enfrentan una serie de barreras al acceso a la salud.^{9 10 11}

En muchas partes del mundo, la entrega y el acceso a servicios de salud siguen siendo muy pobres, especialmente para las poblaciones criminalizadas y marginalizadas como las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave.

9 Adam Wagstaff & Sven Neelsen, "A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study," *The Lancet Global Health* 8: 1 (2020); e39–49.

10 M. Eugenia Socías, et al, "Universal Coverage without Universal Access: Institutional Barriers to Health Care among Women Sex Workers in Vancouver, Canada," *PLoS ONE*, 11:5 (2016).

11 Danielle Martin et al, "Canada's universal health-care system: achieving its potential," *The Lancet*, 391:10131 (2018), 1718–1735.

¿Y qué de las poblaciones clave?

“[L]as personas más vulnerables deben de tener acceso a los servicios de salud que necesitan sin restricciones”¹²

OMS

La OMS deja claro que las poblaciones vulnerables deben de ser de gran prioridad para la CSU y afirma que “la equidad es lo primordial” en “las intervenciones especiales para las poblaciones estigmatizadas.”

La OMS deja claro que las poblaciones vulnerables deben de ser de gran prioridad para la CSU y afirma que “la equidad es lo primordial” en “las intervenciones especiales para las poblaciones estigmatizadas.” Este abordaje fue confirmado por el Director General de la OMS en un tuit inmediatamente después de una reunión paralela durante la 72ª Asamblea de Salud Mundial.¹³

“Si la cobertura sanitaria universal se puede considerar verdaderamente universal, debe de incluir a todos, especialmente a quienes

tienen la mayor dificultad en acceder a los servicios de salud, como los migrantes, poblaciones rurales, personas encarceladas, la comunidad LGBT y personas que ejercen el trabajo sexual, usan drogas o son pobres #SaludParaTodos”¹⁴

En 2019, la OMS confirmó que quienes son más vulnerables a los malos resultados en salud son los que a menudo no tienen la capacidad de pagar por los servicios de salud:

- Al menos la mitad de la población mundial todavía no tiene plena cobertura de servicios de salud esenciales.
- Aproximadamente 100 millones de personas siguen siendo empujadas hacia la extrema pobreza (definida como recibir 1.90 USD o menos al día) porque tienen que pagar por la salud.
- Más de 930 millones de personas (aproximadamente el 12 % de la población mundial) gasta al menos 10 % de su presupuesto familiar en pagos de salud.¹⁵

A través de la ratificación oficial de los ODS en 2015, todos los países miembros de la ONU se comprometieron con la implementación de la CSU para 2030. El ODS 3 tiene que ver con “Asegur[ar] vidas sanas y promo[ver] el bienestar de todos a toda edad.” La meta 3.8 bajo el ODS3 compromete a los estados a:

“Asegurar la Cobertura Sanitaria Universal, incluyendo la protección contra riesgos económicos, el acceso a servicios de salud esenciales de buena calidad y el acceso a medicinas y vacunas seguras, efectivas y de calidad para todos.”¹⁶

En 2018, la Asamblea de la Salud Mundial aprobó una meta, que para el año 2023 mil millones de personas adicionales deberían de beneficiarse de la CSU. En 2023, una Reunión de Alto Nivel se llevará a cabo en Nueva York para revisar el progreso hacia esta meta.^{17 18}

12 “Questions and Answers on Universal Health Coverage,” OMS.

13 “Questions and Answers on Universal Health Coverage,” OMS.

14 Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus Director General de la OMS, [Twitter](#), 24 de mayo de 2019.

15 “Cobertura sanitaria universal,” OMS, 24 de enero de 2019.

16 “Sustainable Development Goals,” OMS.

17 OMS, 2018, “Proyecto de 13.º programa general de trabajo, 2019-2023,” 7.

18 Naciones Unidas, julio de 2019, “Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage,” Sección 83.

¿Qué se necesita para asegurar la CSU?

Para asegurar la CSU, la OMS destaca los siguientes elementos que deben de ser implementados:

- Un sistema de salud fuerte, eficiente y bien administrado
- Asequibilidad
- Disponibilidad de medicamentos y tecnologías esenciales
- Trabajadores de salud motivados y con buena formación
- Acciones que resuelvan los determinantes sociales de la salud

Por tanto, la CSU presenta una oportunidad importante para que los servicios de salud sean verdaderamente incluyentes y apropiados para las necesidades de las personas que ejercen el trabajo sexual y que sean diseñados en consulta con esta población y otros grupos a nivel de país. Vea la Nota Informativa de la NSWP sobre la CSU para más información sobre lo que implicaría la CSU.¹⁹

La Declaración Política

En septiembre de 2019, la Asamblea General de la ONU acordó una importante declaración política sobre la CSU, la cual describe el abordaje y los valores hacia la CSU a nivel de país. Esta incluye provisiones importantes sobre la equidad y la no discriminación:

“Reconocer que la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas deben tener acceso, sin discriminación, a una serie de servicios de salud necesarios, promotores, preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos, determinados a nivel nacional, junto con medicinas y vacunas esenciales, seguras, asequibles, efectivas y de buena calidad, al mismo tiempo que el uso de estos servicios no exponga a los usuarios a dificultades económicas, con un énfasis especial en los sectores pobres, vulnerables y marginalizados de la población;” (s. 9)

Y

“Asegurar que nadie quede atrás, con el intento de llegar a los últimos de primero, en base a la dignidad de la persona humana y reflejando los principios de equidad y de no discriminación” (s. 70)

No obstante, la Declaración final recibió una tibia acogida entre los activistas a favor de las poblaciones clave. Mientras que los activistas de VIH recibieron bien las referencias al VIH en la declaración y el reconocimiento de las diversas barreras a los cuidados de salud que enfrentan los grupos vulnerables, incluyendo el estigma y la discriminación, la omisión de las específicas poblaciones clave recibió mucha crítica y consternación. La declaración solo define

a “quienes son vulnerables o están en situación de vulnerabilidad” como “todo niño, joven, persona con discapacidad, persona viviendo con VIH/SIDA, adulto mayor, persona indígena, refugiado y persona desplazada internamente y migrante” (s.70). Igual de preocupante es que no se reconozca el impacto de gran alcance de la criminalización de las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave, incluyendo su acceso a la salud. Otras críticas contra la Declaración incluyen las cláusulas inadecuadas sobre la participación comunitaria en asegurar la CSU y el no afirmar la salud como derecho humano.^{20 21}

...no se reconozca el impacto de gran alcance de la criminalización de las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave, incluyendo su acceso a la salud.

¹⁹ NSWP, 2019, “Nota Informativa: Cobertura sanitaria universal.”

²⁰ Frontline AIDS, 2019, “Does the UN’s Universal Health Coverage declaration fail the most vulnerable people?”

²¹ “Key Populations are Left Behind in the 2019 Political Declaration on Universal Health Coverage,” Mpaact.

¿Cuáles son los mayores desafíos en asegurar la CSU?

Invisibilizar a las poblaciones clave

Los informantes clave en el estudio advirtieron que la falta de una mención explícita de las personas que ejercen el trabajo sexual, la comunidad LGBT y personas que usan drogas, como también el silencio sobre la importancia de derogar leyes criminalizadoras, socava

seriamente a la Declaración Política y pone en peligro el éxito de la CSU y de otras metas en salud. Los términos imprecisos como grupos “vulnerables” y “marginalizados” invisibiliza a las poblaciones clave y le deja mucho margen de maniobra a los gobiernos nacionales, que pueden a su vez determinar qué contienen sus “paquetes de beneficios” de CSU, ignorar sus necesidades y quedar en la inacción.

A pesar de las hostilidades sistémicas y bien documentadas que enfrentan las personas que ejercen el trabajo sexual dentro de los sistemas públicos de salud, este grupo y otras poblaciones clave regularmente quedan a un lado en las consultas durante las discusiones de estrategia nacional. Como resultado, muchas personas que ejercen el trabajo sexual dependen de servicios de salud brindados por organizaciones

nogubernamentales (ONG) financiadas por donantes extranjeros, especialmente en el Sur Global, para cumplir con sus necesidades de salud. Un número de informantes clave expresaron la preocupación que los donantes extranjeros pudieran retirarse de estos países, esperando que la CSU requiera que los gobiernos resuelvan las necesidades de salud de todas las poblaciones en sus países. Esto probablemente tendrá un impacto devastador sobre las poblaciones clave, “amenazando la disponibilidad y la calidad de servicios integrales de salud y de VIH y SIDA.” Por tanto, no solo existe un riesgo pronunciado de que las poblaciones clave sigan siendo marginalizadas, sino también que los avances importantes que se han logrado en la entrega de servicios de salud para las personas que ejercen el trabajo sexual se pongan en peligro si los papeles centrales de las organizaciones comunitarias se socavan.^{22 23}

Los términos imprecisos como grupos “vulnerables” y “marginalizados” invisibiliza a las poblaciones clave y le deja mucho margen de maniobra a los gobiernos nacionales, que pueden a su vez determinar qué contienen sus “paquetes de beneficios” de CSU, ignorar sus necesidades y quedar en la inacción.

22 INPUD, MPact, NSW, 2018, “Documento de Políticas: El impacto del estigma y la discriminación en las poblaciones clave y sus familias.”

23 PITCH, Aidsfonds, Frontline AIDS, 2019, “Towards transformative integration of the HIV/AIDS response into Universal Health Coverage: experiences from Indonesia, Kenya, Uganda and Ukraine,” p.5.

Financiando la CSU

Uno de los desafíos de la CSU es persuadir a los gobiernos nacionales que designen suficientes fondos para cumplir con las necesidades esenciales de salud de sus poblaciones dentro de la CSU. La declaración política no incluyó compromisos económicos específicos para los gobiernos, compromisos que a menudo se incluyen en otras declaraciones, a pesar de este aproximado que compartió el Banco Mundial en junio de 2019: “Para 2030, la brecha en financiamiento para la CSU en los 54 países más pobres será de \$176 mil millones al año.”²⁴

Para solventar esto, se necesita del liderazgo político de principios y de las decisiones audaces para recaudar fondos y, de gran importancia, determinar cómo los fondos serán distribuidos. Esto tendrá un impacto significativo sobre quién está incluido en la CSU y si las poblaciones criminalizadas, como las personas que ejercen el trabajo sexual, son tomadas en cuenta mientras se avanza hacia la CSU.

...las estrategias de CSU deben de basarse en sistemas de salud diversos y multisectoriales que puedan integrar y abastecer las respuestas comunitarias como componentes esenciales en vez de “opción extra.”

Para lograr ser efectivas, las estrategias de CSU deben de basarse en sistemas de salud diversos y multisectoriales que puedan integrar y abastecer las respuestas comunitarias como componentes esenciales en vez de “opción extra.” Este abordaje ha demostrado éxito en términos de programas para personas que ejercen el trabajo sexual sobre VIH y otras ITS:

“De Kenia a Ucrania, de Brasil a Tailandia, de la India a la República Dominicana, la inversión en las organizaciones de personas que ejercen el trabajo sexual, lideradas por la comunidad, ha resultado en una mejoría en el alcance, acceso, calidad de servicios, uso de servicios, uso del condón y participación de las personas que ejercen el trabajo sexual en las políticas y programas nacionales.

HERRAMIENTA DE IMPLEMENTACIÓN PARA LAS PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL²⁵

Sistemas de salud versus sistemas para la salud

La CSU requiere sistemas para la salud de gran alcance, bien administrados y eficientes, que se extiendan más allá de las instalaciones basadas en y administradas por el estado. Estos incluyen sistemas liderados por la comunidad y basados en la comunidad para la entrega, el manejo y el monitoreo de servicios de educación, prevención, apoyo y tratamiento en materia de salud.

Rico Gustav, Director Ejecutivo de la Red Mundial de Personas Viviendo con VIH (GNP+), observó que:

“Tenemos que hablar de fortalecer sistemas para la salud y no solo sistemas de salud. Simplemente fortalecer los sistemas de salud ya existentes no ayudará a las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones criminalizadas que son estigmatizadas y excluidas de los beneficios de estos sistemas de salud. Necesitamos sistemas sociales y legales robustos que respalden los derechos y la salud y a un nivel básico, no criminalicen a las poblaciones clave.”

²⁴ Banco Mundial, 2019, Financiamiento de alto rendimiento para alcanzar la cobertura universal de la salud: Impulsar un crecimiento sostenible e inclusivo en el siglo XXI”.

²⁵ OMS; UNFPA; ONUSIDA; Global Network of Sex Work Projects (NSWP); Banco Mundial; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2013, “Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas.”

La falta de reconocimiento de la importancia de los derechos humanos y de los determinantes legales en materia de salud

Aunque la Declaración Política reconoce que la salud “contribuye significativamente a la promoción y protección de los derechos humanos y de la dignidad” (s. 8), guarda silencio respecto a un abordaje basado en derechos a la salud y a la intersección entre la criminalización de las poblaciones clave y los malos resultados de salud. Menciona “los determinantes de salud en el ámbito de lo social, económico, ambiental y otros,” pero pasa por alto la importancia de las barreras estructurales y de los determinantes legales de la salud. Los vínculos entre la salud mundial y los determinantes legales de la salud son vitales.²⁶

Perdiendo el enfoque de VIH

El informe World AIDS 2020 advirtió que todas las metas mundiales en materia de VIH no se lograrían y que el objetivo final de terminar con el SIDA para el 2030 se estaba descarrilando, incluso antes del brote de la pandemia de COVID. Al mismo tiempo, la brecha financiera para las respuestas de VIH ha ido aumentando. El informe subraya la importancia de las poblaciones clave, indicando que el 62 % de

todas las nuevas infecciones adultas de VIH se encontraban entre poblaciones clave y sus parejas sexuales en 2019.

En este informe, ONUSIDA enfatiza nuevamente la importancia de una reforma legal, específicamente la despenalización del trabajo sexual como un “componente clave en el cumplimiento de derechos, salud y seguridad en el lugar de trabajo para las personas que ejercen el trabajo sexual...” como también la reducción significativa del riesgo de infección por VIH “entre un 33 y 46 % a lo largo de 10 años.”²⁷

Históricamente, algunos de los éxitos mundiales de VIH se atribuyen al financiamiento y a los programas dirigidos a una enfermedad

en particular. ONUSIDA advirtió que la integración de los servicios de VIH dentro de la CSU, especialmente la integración de fondos de donantes y del financiamiento de gobierno, no debe corroer los avances anteriores y advirtió:

“... la expansión de la cobertura sanitaria debe ser acompañada por un acercamiento comunitario intensificado, abogacía y reformas legales y políticas para asegurar que las poblaciones clave tengan un acceso significativo a servicios de calidad, culturalmente apropiados y no discriminatorios bajo la CSU.”²⁸

Similarmente, un estudio multipaís sobre la integración del VIH en la CSU indica que los riesgos incluyen servicios de salud de mala calidad (incluyendo servicios de VIH), la exclusión de grupos que no pueden acceder a un seguro de salud y la pérdida del enfoque sobre derechos humanos y el diálogo con la sociedad civil.²⁹

ONUSIDA enfatiza nuevamente la importancia de una reforma legal, específicamente la despenalización del trabajo sexual como un “componente clave en el cumplimiento de derechos, salud y seguridad en el lugar de trabajo para las personas que ejercen el trabajo sexual...”

26 Lawrence O Gostin et al., “The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development,” *The Lancet* 393:10 (2019).

27 ONUSIDA, 2020, “Global AIDS Update 2020: Seizing the Moment - Tackling entrenched inequalities to end epidemics,” p.29.

28 ONUSIDA “Strengthening and integrating comprehensive HIV responses into sustainable health systems for Universal Health Coverage,” ONUSIDA/PCB (44)/19.21, p.15.

29 PITCH, Aidsfonds, Frontline AIDS, 2019, “Towards transformative integration of the HIV/AIDS response into Universal Health Coverage: experiences from Indonesia, Kenya, Uganda and Ukraine.”

Experiencias de las personas que ejercen el trabajo sexual con la CSU

La ausencia de la consulta y del diálogo con las personas que ejercen el trabajo sexual en el desarrollo y la implementación de la CSU

“En las encuestas que identifican las necesidades de las poblaciones congoleñas en la CSU en general y las poblaciones vulnerables en particular, las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave no fueron ni consultadas ni contratadas. Es por esto que sus necesidades de CSU no han sido tomadas en cuenta en el proceso de desarrollo e implementación de la CSU.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, RDC

Las experiencias que fueron compartidas en las consultas reiteraron los desafíos que enfrentan las personas que ejercen el trabajo sexual,

La minimización de las voces de las personas que ejercen el trabajo sexual y de las organizaciones lideradas por estas mismas durante el desarrollo, planificación e implementación de la CSU es evidente...

tanto en su acceso al cuidado médico como en sus intentos de participar en temas pertinentes a sus necesidades de salud. La minimización de las voces de las personas que ejercen el trabajo sexual y de las organizaciones lideradas por estas mismas durante el desarrollo, planificación e implementación de la CSU es evidente cuando se inauguran los sistema de salud que, aunque aspiren a ofrecer cuidados asequibles y equitativos, continúan estigmatizando y discriminando a las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave. A través de sus experiencias con la exclusión sistemática

y la marginalización, algunas personas que participaron en el estudio expresaron su desilusión con los procesos de consulta:

“¿quién nos va a preguntar? no somos más que ‘prostitutas.’”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, RUSIA

En Zambia, ZASWA destacó hasta dónde había llegado su invisibilización en el desarrollo del Plan Nacional de Seguros (NHUMA, por sus siglas en inglés) y cómo las decisiones fueron tomadas en su nombre por aquellos con puestos de poder que se “consideran expertos en temas de personas que ejercen el trabajo sexual”:

“Como organización, no fuimos consultadas a tal grado que el NHIMA estaba promoviendo sus productos de seguro. Ya a ese punto, fue inútil. Además, ni siquiera fuimos invitadas directamente... eso no es diálogo y ya era muy tarde pensar en nosotras.”

ALIANZA ZAMBIANA DE PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL (ZASWA), ZAMBIA

Esta perspectiva fue compartida por la mayoría de otras organizaciones lideradas por personas que ejercen el trabajo sexual, quienes indicaron que las oportunidades para el diálogo fueron, de hecho, indirectas (a través de otras organizaciones de sociedad civil) o simbólicas (utilizadas por organizaciones más grandes y por los gobiernos para obtener financiamiento). La inclusión simbólica como “diálogo superficial” también se destaca en el Documento informativo de la NSWP dedicado a este tema.³⁰

30 NSWP, 2020, “Documento informativo: Espacios reducidos, voces silenciadas.”

El VIH como única puerta de entrada para la participación de personas que ejercen el trabajo sexual

Las oportunidades para que las personas que ejercen el trabajo sexual compartan sus insumos durante las fases de planificación de la CSU también fueron, en su mayoría, restringidas a temas de VIH y salud sexual y reproductiva, como lo hizo notar una persona que ejerce el trabajo sexual en Guyana:

“Los miembros de GSWC y de GTU que participaron en la entrevista indicaron que, a su parecer, su única inclusión en temas relacionados a la salud tenía que ver con VIH y SIDA.”

En México, el Colectivo Seres AC observó que los estados como Michoacán, Chihuahua y la Ciudad de México “... solo han participado en foros y actividades sobre prevención de ITS promovidas por los gobiernos locales/municipales...” En la República de Macedonia del Norte, la organización liderada por personas que ejercen el trabajo sexual STAR-STAR describe cómo su involucramiento en el programa de prevención de VIH financiado por el estado (Plataforma por la sostenibilidad de programas de prevención de VIH) les permitió buscar espacios y fomentar alianzas estratégicamente para promover sus necesidades de salud.

Sin embargo, en realidad, las personas que ejercen el trabajo sexual experimentan un rango diverso y complejo de problemáticas y necesidades en materia de salud, más allá de las ITS:

...las personas que ejercen el trabajo sexual experimentan un rango diverso y complejo de problemáticas y necesidades en materia de salud, más allá de las ITS.

“Después de salir de las discusiones, aprendieron que las personas que ejercen el trabajo sexual se preocupan por su salud integral y no solo el VIH.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, GUYANA

En México, donde la CSU (conocida como “Seguro Popular” o “INSABA”) ha visto un progreso notable, las personas que ejercen el trabajo sexual demostraron estas necesidades más amplias a través de sus exigencias de servicios de salud, entre ellos:

“... servicios de ginecología y urología, citas médicas por enfermedades crónicas y degenerativas” hasta “condiciones ortopédicas (por largos períodos de tiempo que las personas que ejercen el trabajo sexual permanecen de pie)” y, “servicios de salud psicológicos y médicos.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, MÉXICO

Sin embargo, cuando se ignoran estos temas, se demuestra la falta de consulta y diálogo con las personas que ejercen el trabajo sexual en la fase de desarrollo de la CSU. También señala las debilidades de la implementación de la CSU en todas las etapas. La falta de información para las personas que ejercen el trabajo sexual sobre la CSU y la falta de suficientes servicios de salud que respondan a sus necesidades revela desafíos continuos.

Las personas que ejercen el trabajo sexual en su mayoría desconocen y carecen de información sobre la CSU en sus países

“Cuando se les preguntó si tenían conocimiento de los esfuerzos gubernamentales por informarle a la población de personas que ejercen el trabajo sexual sobre la implementación de la Cobertura Sanitaria Universal en su zona, todas ellas [personas que ejercen el trabajo sexual] respondieron que NO habían visto nada así. Algunas compartieron que habían visto algunos rótulos o publicidad en medios tradicionales, como televisión, hablando de lo que era el Seguro Popular, pero que NO tienen un entendimiento profundo de su rol, sus requisitos o sus procesos.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, MÉXICO

Como resultado de su casi total exclusión de los diálogos de salud o CSU y la subsecuente inadecuada entrega de servicios, las personas que ejercen el trabajo sexual indicaron que tenían poco o nulo conocimiento de la CSU, tanto a nivel conceptual como de su implementación. Aún en los países donde la CSU está siendo implementada activamente, como en México, solo unas cuantas personas que ejercen el trabajo sexual sabían de ella y aún así, no tenía idea que estaba siendo inaugurada actualmente. Igualmente, en Rusia, la mitad de las personas que participaron en el estudio afirmaron que tenían un conocimiento muy limitado de la CSU mientras que la otra mitad se negó a contestar la pregunta, con una persona que ejerce el trabajo sexual manifestando que “este estudio no podrá cambiar nada.” Aunque esta respuesta evidencia la falta de poder y el enojo que expresan las personas que ejercen el trabajo sexual en Rusia, también refleja el cuadro más amplio de exclusión y desilusión de este grupo.

Apoyan la CSU, pero dudan de su implementación práctica

Muchas personas que ejercen el trabajo sexual están de acuerdo con el concepto de la CSU, pero les cuesta imaginar cómo esta cobertura en realidad pudiera brindar un mejor acceso a la atención médica sin incrementar su estigmatización. En Zambia, una persona que ejerce el trabajo sexual explicó, “Voy a la clínica a buscar ayuda pero dejo a un lado mi trabajo [sexual]... así no me juzgan.”

En Rusia, las personas que ejercen el trabajo sexual explicaron que, aunque les gustaría tener “servicios especiales para las personas que ejercen el trabajo sexual,” estos no se deberían de ofrecer por separado debido al riesgo de la estigmatización y de poner en peligro la confidencialidad. También argumentan que “[L]os doctores deberían de ofrecer servicios por

igual, gratis o a un costo muy bajo, a todos los ciudadanos. Los doctores deberían de respetar las normas de ética y tratar a todos los pacientes con respeto, sin importar su estatus ocupacional.” Esta declaración irónicamente reitera lo que representa la CSU a la vez que subraya los fracasos actuales en la oferta de atención médica accesible para las personas que ejercen el trabajo sexual.

Muchas personas que ejercen el trabajo sexual están de acuerdo con el concepto de la CSU, pero les cuesta imaginar cómo esta cobertura en realidad pudiera brindar un mejor acceso a la atención médica sin incrementar su estigmatización.

En México, las personas que ejercen el trabajo sexual explicaron que, aunque apoyan la CSU en principio, sentían que no se verían beneficiadas por las siguientes razones: falta de conocimiento entre las personas que ejercen el trabajo sexual sobre si la CSU había sido implementada en sus estados; desconfianza de los servicios de salud y una preferencia por la salud privada, donde sabían que podían recibir tratamiento:

“[E]n el estado donde opera el Colectivo Seres, no se han implementado estrategias para que las personas que hacen trabajo sexual conozcan del programa.”

COLECTIVO SERES, AC, MÉXICO

Estas razones también son respaldadas por los hallazgos en otros países, donde las historias de los malos tratos, de la desconfianza del personal de salud y de ser forzadas a tomar decisiones estratégicas para evitar el sistema público de salud operan paralelamente a las afirmaciones de no tener conocimiento o información sobre la CSU.

Continua dependencia en el sector privado y las ONG

La mayoría de personas que ejercen el trabajo sexual informan de su uso de los cuidados de salud en el sector privado como una estrategia para evitar el sistema de salud público en general y como consecuencia de los retos que enfrentan cuando intentan acceder a la atención médica, la cual es su derecho:

“[L]a población de personas que ejercen el trabajo sexual también prefiere comprar sus suministros de salud sexual y reproductiva (condones, lubricante etc.) u obtenerlos a través de las organizaciones de sociedad civil... Un gran número de personas entrevistadas no confía en el sector privado debido a las escaseces de medicina y suministros y a la serie de requisitos presenciales...”

COLECTIVO SERES, AC, MÉXICO

“Si necesitas acceder a servicios de salud de calidad que se entreguen usualmente sin estigma, debes tener el poder económico para podértelos costear en una instalación médica privada. ...”

Sin embargo, muchas personas que ejercen el trabajo sexual no pueden acceder a los servicios privados de salud debido a su bajo estatus económico:

“Si necesitas acceder a servicios de salud de calidad que se entreguen usualmente sin estigma, debes tener el poder económico para podértelos costear en una instalación médica privada. Esto no es posible para muchas personas que ejercen el trabajo sexual.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, GUYANA

Por tanto, estos desafíos continuos dificultan que las personas que ejercen el trabajo sexual se imaginen como la CSU pudiera conllevar a un mejor acceso y mejores cuidados, especialmente porque han tenido poca participación en las fases de planificación e implementación.

La introducción de la CSU no ha mejorado el acceso a la salud para las personas que ejercen el trabajo sexual

Las personas que ejercen el trabajo sexual dejaron claro que la criminalización impacta su acceso a la salud directamente, sin

Las personas que ejercen el trabajo sexual dejaron claro que la criminalización impacta su acceso a la salud directamente, sin importar que la CSU haya sido implementada o no.

importar que la CSU haya sido implementada o no. En los países donde el trabajo sexual está criminalizado, las personas que ejercen el trabajo sexual informan que tienen muchas menos oportunidades de participar en discusiones sobre la CSU y, por tanto, continúan enfrentando barreras de acceso y tienen pocas esperanzas de que esto mejore.

En la Ciudad de México, una persona que ejerce el trabajo sexual afirmó que sin la aprobación de “el trabajo no asalariado y la ley de reconocimiento

del trabajo sexual,” “el cuidado médico para las personas que ejercen el trabajo sexual continúa siendo deficiente.”

Mientras tanto, en países donde la atención sanitaria perennemente carece de fondos y recursos y es afectada por faltas de profesionales médicos, equipos y medicamentos, la introducción de la CSU no puede impactar a la población en general positivamente, mucho menos a las poblaciones marginalizadas y criminalizadas como las personas que ejercen el trabajo sexual.

“La falta de recursos financieros continúa socavando seriamente la implementación de las políticas de salud pública. Más de un tercio de todos los servicios de salud se pagan con fondos personales, indicando la calidad del cuidado médico y creando discrepancias sociales.”

PERSONAS QUE EJERCEN EL TRABAJO SEXUAL, REPÚBLICA DE MACEDONIA DEL NORTE

En Zambia y Zimbabue, donde la atención médica no está financiada adecuadamente y donde las zonas rurales están especialmente desabastecidas, las personas que ejercen el trabajo sexual describen cómo no tienen acceso al menos que encuentren el dinero para costearse los servicios privados:

“Muchas personas todavía compran medicamentos y servicios de salud porque a los centros de salud financiados por el gobierno se les acaban las medicinas esenciales o no tienen el inventario necesario para atender todo tipo de enfermedades.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, ZAMBIA

En la RDC, como también en México, las personas que participaron en el estudio identificaron el papel de la iglesia católica como protagonista en la implementación de la atención médica y, por tanto, también en impedir el acceso a servicios a grupos criminalizados como las personas que ejercen el trabajo sexual:

“Dado el estado dilapidado de nuestras estructuras de salud, las iglesias y los individuos se han apoderado de ellas y es por eso que las estructuras son controladas por las iglesias y lo privado y son excluidas del financiamiento público. Lastimosamente, en el momento actual, ninguna estructura del estado tiene probabilidad de funcionar sin la influencia de las iglesias, especialmente la iglesia católica.”

HOMME POUR LES DROITS ET LA SANTÉ SEXUELLE (HODSAS), RDC

Barreras multifactoriales al acceso

Las personas que ejercen el trabajo sexual también informaron que los problemas técnicos con la implementación de la CSU les impactaron de manera negativa. En Alemania, la introducción del seguro de salud como mecanismo clave de la CSU ha creado nuevas barreras al acceso. Este seguro de salud es obligatorio y requiere que las personas se inscriban proactivamente y estas pueden ser obligadas a hacer pagos retroactivos por los periodos en que no tenían cobertura de seguro. Esto desanima a quienes no han tenido seguro de salud en mucho tiempo a reincorporarse al sistema. Este sistema incluye a quienes trabajan por cuenta propia, lo cual incluye a la mayoría de personas que ejercen el trabajo sexual. Las personas migrantes que ejercen

el trabajo sexual que tienen poco de estar en Alemania y no entienden los requisitos del seguro de salud enfrentan barreras particulares a la inclusión.

En la República de Macedonia del Norte, debido a la criminalización, las personas que ejercen el trabajo sexual también caen en la categoría de personas que no tienen seguro de salud. Aún cuando las personas que ejercen el trabajo sexual tienen seguro, el estigma y la

discriminación existentes sirven de barrera al acceso. Dependen del apoyo de STAR-STAR y de organizaciones de servicio comunitario (OSC) para brindar atención en salud.

En México, la falta de reglas operativas claras en la transición del Seguro Popular al nuevo sistema nacional de salud (INSABI) ha dejado a ciertas enfermedades y condiciones sin cobertura. Esto ha:

“afectado desproporcionadamente a los grupos de alta prioridad; la tercera edad, personas con discapacidades, mujeres y personas LGBTI. Dentro de estos grupos, las personas que ejercen el trabajo sexual enfrentan mayores riesgos, no solo por la actual pandemia [de COVID], sino también por la falta de servicios médicos gratuitos y de calidad para las personas que ejercen el trabajo sexual en la mayoría del país.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, MÉXICO

Las personas migrantes que ejercen el trabajo sexual generalmente enfrentan barreras adicionales al acceso al cuidado médico, a menudo porque no tienen los documentos correctos para comprobar su estatus de residente o su derecho a trabajar en el país. La implementación de la CSU pudiera empeorar esta situación. Por ejemplo, una persona que ejerce el trabajo sexual en México observó que “...todavía no hay reglas operativas claras a nivel nacional que consideren a la población migrante dentro del nuevo esquema de salud integral del INSABI.”

Aún cuando las personas que ejercen el trabajo sexual tienen seguro, el estigma y la discriminación existentes sirven de barrera al acceso.

Asegurando que las personas que ejercen el trabajo sexual no queden atrás: ¿Qué más puede hacer este grupo?

Las personas que ejercen el trabajo sexual reconocieron las oportunidades y beneficios que traería la CSU si fuera desarrollada e implementada acorde a sus necesidades y en base a su involucramiento significativo. Sin embargo, el hecho de que las personas que ejercen

...las personas que ejercen el trabajo sexual todavía dicen que no se les está escuchando y continúan enfrentando la estigmatización y la violencia dentro del sistema de salud...

el trabajo sexual *todavía* dicen que no se les está escuchando y continúan enfrentando la estigmatización y la violencia dentro del sistema de salud nos deja la pregunta de ¿cuándo y cómo se hará que se escuchen sus voces?

“Como persona que ejerce el trabajo sexual, ¿cómo puedo influir en la atención médica en Rusia? Incluso las personas regulares no tienen esta posibilidad. Si hubiera encuestas en las que pudiera participar y decir que quisiera tener un ginecólogo que sabe de mi trabajo y no me juzgue.

También quisiera recibir las pruebas de VIH y de ITS cuando quisiera sin costo o por un costo menor.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, RUSIA

Por el contrario, hubo varios ejemplos de organizaciones lideradas por personas que ejercen el trabajo sexual que han dialogado y empujado por una mejor representación y pudieron expresar sus opiniones sobre las inquietudes específicas de las personas que ejercen el trabajo sexual. Por ejemplo, en Nepal:

“Los activistas de base junto con sus aliados y socios están constante y diplomáticamente buscando audiencias con actores estatales y no estatales de gran influencia para asegurar que se escuchen sus voces y que las intervenciones respondan a sus desafíos en materia de salud y otros derechos humanos, especialmente su derecho a la salud.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, NEPAL

En México, como parte de la Red Estatal de Derechos Humanos de la Oficina de la Fiscalía de Guanajuato, las organizaciones lideradas por personas que ejercen el trabajo sexual pudieron hacer cumplir las necesidades de esta población y de la población LGBT. Esto incluyó una capacitación para el Personal Educativo sobre “Servicios de salud inclusivos y libres de estigma y discriminación para personas que ejercen el trabajo sexual.”

“[C]on estas pequeñas participaciones pudimos trabajar la construcción de acciones, programas y servicios a favor de las personas que ejercen el trabajo sexual en el estado de Guanajuato. Hemos podido avanzar el tema del derecho a la salud y derechos humanos. Sin embargo, todavía debemos hacer mejor uso de estos espacios para que las voces de la gente sean escuchadas por sí solas.”

COLECTIVO SERES, AC, MÉXICO

Esta última frase de la cita enfatiza el hecho de que, a pesar de los ejemplos de cómo las organizaciones lideradas por personas que ejercen el trabajo sexual han navegado la exclusión y negociado proactivamente para participar en el diálogo, continúan quedando atrás. Las personas que ejercen el trabajo sexual evidentemente informan experiencias en su mayoría negativas con la CSU hasta este momento y destacan los fallos de la CSU en no brindar cuidados de salud que sean equitativos, accesibles o universales en la práctica.

Avanzando con la CSU y el trabajo sexual

En 2018, una reunión de sociedad civil sobre el VIH, la hepatitis, tuberculosis, ITS y la CSU observó incisivamente:

“El reto ahora está en revitalizar un abordaje basado en derechos humanos que considere la criminalización y la marginalización de las poblaciones clave y asegure que toda persona, en toda comunidad, tenga acceso a los servicios de salud y prevención que necesiten.”³¹

“La lógica y la obligación moral son claras. Si la Cobertura Sanitaria Universal funciona para los más pobres y marginalizados, incluyendo a las personas viviendo con VIH y otras comunidades vulnerables y clave (...), funcionará para todos.”

Este énfasis vital en los derechos humanos y en la equidad en salud también fue subrayado por el llamado de GNP+ de “Poner a los últimos de primero.” El llamado reza:

“La lógica y la obligación moral son claras. Si la Cobertura Sanitaria Universal funciona para los más pobres y marginalizados, incluyendo a las personas viviendo con VIH y otras comunidades vulnerables y clave (quienes son directa y desproporcionadamente afectadas por la enfermedad y la mala salud), funcionará para todos.”³²

Una de las barreras más grandes al éxito de la CSU es poder asegurar que los gobiernos “lleguen a los últimos de primero” y que las poblaciones clave, incluyendo a las personas que ejercen el trabajo sexual, no queden atrás debido a la criminalización, el estigma y la discriminación. Ahora les toca a los gobiernos nacionales individuales determinar sus “paquetes de beneficios” bajo la CSU e implementarlos siguiendo la línea de los compromisos de CSU antes de 2030.

³¹ OMS, 2018, “HIV, hepatitis, TB, STIs and UHC Promote health, keep the world safe, serve the vulnerable Civil society meeting | 22–23 March 2018,” p.3.

³² GNP+, 2019, “Putting the Last Mile First: Position Statement on Universal Health Coverage.”

Recomendaciones: Asegurando que las personas que ejercen el trabajo sexual no queden atrás en la CSU

“Los esfuerzos de la Secretaría [de la OMS] están enfocados en ayudarle a los estados miembro implementar la Cobertura Sanitaria Universal de manera que se ajuste mejor a las necesidades de sus poblaciones, especialmente de quienes quedan de último. Se necesita la programación basada en equidad, género y derechos para llegar a quienes tienen menos acceso a las intervenciones efectivas de salud y quienes son más impactados por las dificultades económicas.”

JUNTA DE LA OMS³³

La CSU no se logrará al menos que los determinantes legales, políticos y sociales de salud se tomen en cuenta y se logre la equidad en salud.

Es vital que la CSU adopte un abordaje basado en derechos humanos, que asegure un acceso equitativo a los servicios de salud para todos y que incluya proactivamente a las voces y a las necesidades de quienes han sido tradicionalmente desatendidos.

El derecho a la salud ha sido reconocido como un derechos humano fundamental, articulado en muchas declaraciones y convenciones internacionales. Es vital que la CSU adopte un abordaje basado en derechos humanos, que asegure un acceso equitativo a los servicios de salud para todos y que incluya proactivamente a las voces y a las necesidades de quienes han sido tradicionalmente desatendidos.

Para lograr esto, las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave necesitan urgentemente que sus aliados y socios en el sistema de la ONU, en el gobierno y en la sociedad civil más ampliamente alcen la voz, con

fuerza y claridad, para apoyar el llamado articulado en la Declaración política de “llegar a los últimos de primero” en las negociaciones e implementaciones de la CSU a nivel nacional.

Se comparten las siguientes recomendaciones para lograr esta meta:

A los entes de derechos humanos internacionales y a los gobiernos nacionales

Las siguientes demandas deben de ser incluidas en todos los documentos y marcos normativos internacionales y nacionales sobre la CSU a más tardar antes de la Reunión de Alto Nivel sobre la CSU de 2023:

- Un compromiso público y no ambiguo a la despenalización del trabajo sexual y otras poblaciones clave, como también la despenalización de la transmisión, la exposición y la no divulgación del VIH
- Una clara reafirmación de que las barreras legales y estructurales a la salud, incluyendo las leyes, políticas y prácticas punitivas, la violencia, el estigma y la discriminación, deben ser enfrentadas a través de un abordaje basado en derechos o si no, no se logrará la CSU.
- Un compromiso en invertir en los servicios de salud liderados por personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave, incluyendo el apoyo técnico y financiero y el fortalecimiento de capacidades.

³³ OMS, 2019, “Universal health coverage: moving together to build a healthier world - Report by the Director-General,” EB146/6, session 146 de la Junta Ejecutiva de la OMS.

- La inclusión de derechos de VIH y SSR claves en el paquete de beneficios de la CSU, incluyendo servicios de prevención y servicios liderados por la comunidad, con un acercamiento efectivo a los servicios de VIH diseñados por y para las poblaciones clave y personas viviendo con VIH.
- El compromiso de involucrar significativamente a personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave en la planificación de respuestas nacionales en materia de salud, en discusiones donde se decidan los “paquetes de beneficios” de la CSU y en el monitoreo de las respuestas de CSU para asegurar que exista una contraloría para los gobiernos.

A las organizaciones lideradas por personas que ejercen el trabajo sexual

- Aprender sobre la CSU y abogar por la inclusión de las personas que ejercen el trabajo sexual. Al igual que muchos activistas de VIH y personas viviendo con VIH/SIDA que se educaron sobre el tratamiento y se hicieron expertos en la transmisión, prevención y tratamiento del VIH para exigir sus derechos en salud, los activistas por los derechos de las personas que ejercen el trabajo sexual deben de manejar bien los términos, procesos, indicadores, financiamiento y modelos para poder enfrentar cualquier injusticia que se presente en la CSU.
- Participar en procesos de planificación nacional sobre la CSU en su país. Averiguar cómo su departamento de salud y otras estructuras de gobierno están discutiendo la CSU y qué oportunidades existen para la consulta y el diálogo con la sociedad civil. Asegurar que las personas que ejercen el trabajo sexual estén involucradas significativamente y representadas en estos foros.
- Unirse con otros grupos de sociedad civil a nivel local e internacional para abogar por la equidad en salud y por un abordaje basado en derechos humanos a la CSU y asegurar que las voces y las demandas de las personas que ejercen el trabajo sexual se incluyan en estos procesos.
- Un ejemplo es el Mecanismo de Participación de la Sociedad Civil (CSEM, por sus siglas en inglés) de la CSU 2030. Sus objetivos incluyen la construcción “de un movimiento de CSU amplio e

inclusivo que pueda influir en el diseño e implementación de política y facilitar la contraloría ciudadana [mientras] asegura que se haga un enfoque sistémico sobre las necesidades de las poblaciones más marginalizadas y vulnerables con tal que “nadie se quede atrás.” El CSEM y la CSU2030 deben de facilitar activamente la participación y el liderazgo robustos de personas que ejercen el trabajo sexual en estos mecanismos.³⁴

El CSEM y la CSU2030 deben de facilitar activamente la participación y el liderazgo robustos de personas que ejercen el trabajo sexual en estos mecanismos.

- Utilizar estratégicamente las oportunidades de abogacía como el Día Internacional de Cobertura Sanitaria Universal (12 de diciembre) para hacer un llamado a una participación mayor de personas que ejercen el trabajo sexual en foros de planificación y toma de decisiones de la CSU.

34 “Civil Society Engagement,” UHC2030.

Conclusión

“Creemos que la implementación de la CSU en la RDC pudiera tener efectos positivos sobre este obstáculo SI y solo SI las necesidades específicas de las personas que ejercen el trabajo sexual y otras poblaciones clave se tomen en consideración en las diversas políticas sectoriales y por el sistema de salud.”

PERSONA QUE EJERCE EL TRABAJO SEXUAL, RDC

Las personas que ejercen el trabajo sexual dejan claro que creen en los potenciales beneficios de la CSU, con tal que estén explícita y significativamente incluidas en las discusiones y planificación a todo nivel, y en la implementación de la CSU. Ahora existe una oportunidad importante no solo para motivar a los gobiernos nacionales a que incorporen a las personas que ejercen el trabajo sexual en el desarrollo

de los ‘paquetes de beneficios’ de la CSU, sino de reformar proactivamente las leyes penales y asegurar que los servicios de salud para todos sean realidad para 2030. Ciertamente, solo podremos alcanzar los ODS si ponemos “a los últimos de primero.”

...solo podremos alcanzar los ODS si ponemos “a los últimos de primero.”

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.

El término «persona que ejerce el trabajo sexual» refleja la inmensa diversidad dentro de la comunidad de personas que ejercen el trabajo sexual, lo cual incluye pero no se limita a: mujeres, hombres y personas transgénero que ejercen el trabajo sexual; lesbianas, gays y bisexuales que ejercen el trabajo sexual; trabajadores sexuales masculinos que se identifican como heterosexuales; personas que viven con VIH y otras enfermedades y ejercen el trabajo sexual; personas que usan drogas y ejercen el trabajo sexual; jóvenes (entre los 18 y los 29 años) que ejercen el trabajo sexual; migrantes documentados e indocumentados, como también personas desplazadas y refugiadas, que ejercen el trabajo sexual; personas que viven tanto en áreas urbanas como rurales que ejercen el trabajo sexual; personas con discapacidades que ejercen el trabajo sexual; y personas que hayan sido detenidas o privadas de libertad que ejercen el trabajo sexual.



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 un aliado socio de Bridging the Gaps, salud y derechos para las poblaciones clave. Este programa único abarca los retos comunes que enfrentan las personas que ejercen el trabajo sexual, las personas que usan drogas y las personas transgénero, lesbianas, gays y bisexuales en cuanto a las violaciones a sus derechos y a su acceso a los altamente necesitados servicios de VIH y salud. Para más información, visite www.hivgaps.org.