



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

## **INFORME MUNDIAL**

**El impacto de programas  
de VIH no basados en los  
derechos en trabajadoras  
sexuales a nivel mundial**



## **Agradecimientos**

NSWP quisiera agradecer al *Robert Carr Civil Society Network Fund* y al Programa *Bridging the Gaps* por el apoyo financiero que hizo posible este documento.

También queremos agradecer a las siguientes personas por sus contribuciones en la preparación del proyecto:

**Global:** Gillian Galbraith, Mitch Cosgrove, Nine, Neil McCulloch; **África:** Grace Kamau Mukuhi, Daughtie Ogutu, John Mathenge, Phelister Abdallah, Penninah Mwangi; **Asia y el Pacífico:** Khartini Slamah, Nukshinaro Ao, Rena Janamnnuaysook, Chamrong Phaengnongyang, David Trynot; **Europa:** Agata Dziuban, Pye Jakobsson, Stasa Plecas, PG Macioti, Luca Stevenson, Kristina Mahnicheva, Irina Maslova, Carina Edlund, Borche Bozhinov, Shahnaz Islamova, Dinara Bakirova; **América Latina:** Cynthia Navarrete, Cida Viera, Karina Bravo, Alejandra Gil, Angela Villon; **Norteamérica y el Caribe:** Sandra KH Chu, Elya Durisin, Penélope Saunders, Cracey Fernandes, Miriam Edwards, Marcus Day.

# El impacto de programas de VIH no basados en los derechos en trabajadoras sexuales a nivel mundial



## Introducción

Las trabajadoras sexuales<sup>1</sup> conforman un grupo clave afectado por el VIH y son muchos los factores que contribuyen a su vulnerabilidad. A nivel mundial, gran parte de los programas relacionados con el VIH no toman en consideración esos factores ni hacen algo para eliminarlos. Eso solo genera, en el mejor de los casos, un respiro temporal en beneficio de algunas trabajadoras sexuales sobre otras, en vez de ayudar a empoderar a toda esa comunidad, permitiéndoles protegerse y laborar de manera segura.

Las trabajadoras sexuales corren el riesgo de exponerse al VIH debido a la criminalización, violencia, condiciones de trabajo poco seguras, violaciones de sus derechos humanos, estigma, discriminación y marginalización social. También influyen el uso de drogas y alcohol; acceso desigual a los servicios de salud adecuados (OMS et al, 2013); acceso mínimo a las herramientas de prevención del VIH (como insumos para sexo más seguro y equipos de inyección); barreras en la negociación de sexo más seguro con sus clientes; ofertas de más dinero para sexo sin protección; y, ausencia de información relacionada con el VIH dirigida a trabajadoras sexuales debido a la falta de financiamiento de programas basados en los derechos y liderados por los trabajadores sexuales.

Las estrategias para proteger a las trabajadoras sexuales del VIH (y/o al público en general) utilizadas en muchos países son contraproducentes al no tomar en cuenta sus derechos humanos y exponerlas a un mayor riesgo de salud.

Ejemplos claves son las pruebas obligatorias y forzadas para el VIH e infecciones transmitidas sexualmente (ITS); pruebas en cadena o grupos (sin privacidad); y, “programas de uso del condón en un 100%”. Esos enfoques serán analizados en mayor detalle a continuación.

**...sin tomar en cuenta  
sus derechos humanos y  
exponerlas a un mayor  
riesgo de salud.**

---

1 La versión original de este documento se refiere – en inglés- a ‘sex workers’ que incluye tanto a trabajadoras como trabajadores sexuales (mujeres, hombres y personas transgénero). Esta versión – en español – se refiere a trabajadoras sexuales cuando la versión en inglés no diferencia el género. Se utiliza el término femenino con el fin de reducir el tamaño del texto y sin intención de discriminar o excluir.

## Efectos de la criminalización

La criminalización del trabajo sexual y/o de actividades relacionadas podría afectar a las mismas trabajadoras sexuales, sus clientes y/o terceras personas que se benefician económicamente del trabajo sexual como managers, recepcionistas y hasta taxistas. Independientemente de la justificación de la criminalización, o de las personas meta de las políticas, el resultado frecuente es la violencia y acoso policial en contra de las trabajadoras sexuales. El miedo a ser detenidas y a los abusos policiales empujan a las trabajadoras sexuales a la clandestinidad, perjudica sus redes de apoyo, las expone a la violencia y les quita la posibilidad de escoger a sus clientes o negociar el uso del condón (Shannon et al, 2009). Las leyes represivas impiden que las trabajadoras sexuales laboren tanto de manera legal como segura y las obliga a escoger una de las dos vías (Stella, 2013). La costumbre de las fuerzas policiales de confiscar los condones de las trabajadoras sexuales como evidencias del trabajo sexual también las afecta negativamente e impiden la práctica de sexo más seguro (Wurth et al., 2013).

**...el resultado frecuente es la violencia y acoso policial en contra de las trabajadoras sexuales.**

Las acciones en contra del tráfico de personas, particularmente cuando las definiciones vagas de tráfico se solapan con el trabajo sexual consensual, exponen a las trabajadoras sexuales al riesgo de redadas policiales en locales de trabajo sexual que podrían conllevar al arresto, por meses, de trabajadoras sexuales inmigrantes supuestamente 'rescatadas' (Open Society Institute, 2008) o de abusos policiales como detenciones arbitrarias, extorsión, violencia física o acoso sexual (Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, Prácticas VIH/SIDA, 2011a).

Las leyes contra la vagancia, relaciones sexuales con el mismo sexo, travestismo y uso de drogas impactan particularmente a las trabajadoras sexuales de la calle, trabajadores sexuales (masculinos), trabajadores sexuales transgénero y trabajadoras sexuales que usan drogas, respectivamente.

La transmisión del VIH, así como la exposición o no revelación del estatus, están criminalizados en muchas partes del mundo. En algunos estados de los Estados Unidos el realizar trabajo sexual con el conocimiento del estatus de VIH está criminalizado – incluso si se utilizan condones o se realizan prácticas sexuales menos riesgosas con los clientes – así como es considerado un delito grave en el caso de trabajadoras sexuales que trabajan en burdeles en Nevada. Incluso en los estados en donde este no sea el caso, las trabajadoras sexuales podrían enfrentar sanciones más altas si se descubre que viven con VIH al momento de sentenciarlas por delitos relacionados con el trabajo sexual.

El entorno de criminalización impide que las trabajadoras sexuales denuncien la violencia policial por el miedo a no ser tomadas en serio, o a ser arrestadas por su oficio. Adicionalmente, eso podría impedirles el acceso a los servicios de salud y sociales por temor a ser denunciadas a las autoridades por la naturaleza de sus labores (Kurtz et al., 2005). Las repercusiones podrían incluir la pérdida de la custodia de hijos o deportación. Muchos países pueden impedir la entrada o estatus de inmigración a personas conocidas como trabajadoras sexuales (UNIFEM, 2007).

El arresto y la encarcelación podrían interrumpir el tratamiento del VIH o de otros problemas de salud de las trabajadoras sexuales, así como las obliga a estar en un entorno donde posiblemente no se consigan condones ni equipos seguros de inyección. Los antecedentes penales y/o su inclusión en listas de infractores sexuales podrían causar dificultades a las trabajadoras sexuales en el acceso a vivienda e incluso trabajos básicos (BPPP et al., 2010) forzándolas a realizar actividades contrarias a la ley.

La naturaleza clandestina del trabajo sexual en regímenes de criminalización impide que las trabajadoras sexuales se organicen colectivamente. Sin un apoyo adecuado de organizaciones que trabajan con base en los derechos, las trabajadoras sexuales tienen menos probabilidades de empoderarse y cuestionar las leyes injustas que las ponen en riesgo.

## **Elementos que impiden el acceso a los servicios de VIH**

Muchas de las barreras que impiden el acceso de las trabajadoras sexuales a los servicios de VIH están conectadas con el estigma y las medidas legales represivas. Aquellas que sí usan los servicios podrían evitar revelar su ocupación u otra información importante, debido al temor de un trato desfavorable y/o ser entregadas a las autoridades o terceras personas. Esa falta de intercambio de información relacionada con la salud tiene el potencial de menoscabar severamente la precisión del diagnóstico, la efectividad de los procedimientos de atención y los regímenes de tratamiento prescrito.

***Muchas de las barreras que impiden el acceso de las trabajadoras sexuales a los servicios de VIH están conectadas con el estigma y las medidas legales represivas.***

### **ESTIGMA Y JUICIO MORAL**

Un temor que comparten las trabajadoras sexuales, muchas veces basado en pasadas experiencias, es enfrentar la discriminación, el acoso público y las actitudes condescendientes del personal de la salud. Eso podría ser el reflejo de las creencias de algún trabajador o de una política institucional, pero en ambos casos se debe al considerar a las trabajadoras sexuales como moralmente impuras, víctimas sin agencia y/o 'vectores de enfermedades'. Las trabajadoras sexuales podrían recibir presión para abandonar el trabajo sexual, o tener que responder preguntas irrelevantes y personales sobre su labor solo para satisfacer la curiosidad de los empleados. Las actitudes problemáticas están extendidas, demostrando una falta de conocimiento de los proveedores de servicios sobre las realidades del trabajo sexual y su dependencia en mitos y estereotipos perjudiciales.

### **BARRERAS PRÁCTICAS**

Muchos de los servicios de VIH no tienen un horario flexible para atender adecuadamente las necesidades de las trabajadoras sexuales, así como sedes poco convenientes (Sex Workers Project en el Urban Justice Center, 2005). Las trabajadoras sexuales podrían ser disuadidas de utilizar los servicios cuando reconocen su falta de baja calidad, fragmentación y retrasos.

### **FALTA DE SEGURO DE SALUD O MÉDICO**

El derecho a utilizar los servicios de atención de la salud podría ser algo complicado en países que se rehúsan a reconocer al trabajo sexual como oficio. Eso puede impedir que las trabajadoras sexuales obtengan un seguro médico para garantizar el acceso a los servicios de salud y sociales de acuerdo con las leyes laborales. Los inmigrantes internacionales (que componen el 65% del trabajo sexual en Europa Occidental) no pueden obtener visas de trabajo o residencia como trabajadores sexuales. Los inmigrantes internos en Europa Oriental y Asia Central, quienes podrían migrar en sus propios países para preservar el anonimato o buscar mejores oportunidades de trabajo, están impactados por leyes que amarran el acceso de los servicios a la residencia legal en cada región en particular.

### **FALTA DE CONFIDENCIALIDAD**

Uno de los principales temores en muchas de las trabajadoras sexuales es ser entregadas a las autoridades por el trabajo sexual, estatus de inmigración, estatus de VIH y/o uso de drogas, lo que generaría repercusiones serias como cargos penales, pérdida de la custodia de hijos o deportación (PAHO, 2011; Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, Prácticas VIH/SIDA, 2011b). Se conocen casos de violación de la confidencialidad, como, por ejemplo, servicios de salud en Europa y Asia Central que han compartido detalles personales de las trabajadoras sexuales con terceras personas como policías, familiares, clientes y otras trabajadoras sexuales. Las prácticas de pruebas forzadas por parte de la policía han llevado a las trabajadoras sexuales a desconfiar aún más en los servicios de salud.

**Uno de los principales temores en muchas de las trabajadoras sexuales es ser entregadas a las autoridades por el trabajo sexual, estatus de inmigración, estatus de VIH y/o uso de drogas, lo que generaría repercusiones serias como cargos penales, pérdida de la custodia de hijos o deportación.**

### **MEDIDAS REPRESIVAS QUE IMPACTAN A LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE USAN DROGAS**

Algunas organizaciones imponen como requisito que los usuarios de los servicios deben cesar el uso de drogas antes de recibir tratamiento y apoyo (Harm Reduction International, 2013), y hay casos, tal como lo han indicado trabajadoras sexuales en Canadá, en que podrían llamar a la policía o prohibirles usar drogas. Aquellas personas en busca de tratamiento de drogas en Kazajstán, Kirguistán, Rusia y Ucrania son colocadas en un ‘registro de usuarios de drogas’ que puede generar la negación de una licencia para manejar o de algunos trabajos e incluso la pérdida de la custodia de sus hijos (Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, Prácticas VIH/SIDA, 2011; Eurasian Harm Reduction Network, 2011).

### **MEDIDAS REPRESIVAS QUE IMPACTAN A LAS TRABAJADORAS SEXUALES QUE VIVEN CON VIH**

A pesar que Ecuador no tiene leyes que prohíban ser trabajadores sexuales a las personas que viven con VIH, las tarjetas de salud son eliminadas en esos casos impidiendo la realización del trabajo sexual. La confiscación de las tarjetas de salud es una violación del procedimiento, pero el marco de derechos humanos no se honra en la práctica. Las trabajadoras sexuales podrían, como resultado, dejar de visitar los servicios de salud o mudarse a otras ciudades para continuar con el trabajo sexual.

### **Pruebas involuntarias/obligatorias**

Las pruebas obligatorias de VIH e ITS a trabajadoras sexuales toman lugar en dos tipos de circunstancias. En primer lugar, son exigidas por la policía durante redadas y operativos; y en segundo lugar, es algo necesario para realizar el trabajo sexual legalmente en países y áreas donde está regulado. Las pruebas obligatorias se realizan normalmente sin asesoramiento ni confidencialidad y los resultados podrían ser enviados sin consentimiento a las autoridades de salud y hasta publicados (Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, Prácticas VIH/SIDA, 2011b).

No hay evidencias que demuestren que las pruebas obligatorias sean efectivas en la reducción de la incidencia de VIH e ITS (Nitschke et al., 2006; Samaranayake et al., 2009; Wilson et al., 2010), y las trabajadoras sexuales destacan que esa práctica es represiva y una manera degradante de ejercer control sobre ellas. Las pruebas obligatorias menoscaban el empoderamiento y sentido de responsabilidad profesional de trabajadoras sexuales, así como perpetúan la estigmatización mediante el uso de términos como ‘vectores de enfermedad’ y ‘fuentes principales’, culpándolas en términos absolutos de la propagación del VIH y otras ITS. La creación de vínculos peligrosos entre autoridades oficiales y servicios de salud genera la desconfianza de las trabajadoras sexuales en el personal médico. La práctica de pruebas involuntarias refuerza la discriminación en contra de las trabajadoras sexuales, especialmente las que viven con VIH, en los ojos de los proveedores de servicios de salud, policía y público en general.

**La práctica de pruebas involuntarias refuerza la discriminación en contra de las trabajadoras sexuales, especialmente las que viven con VIH, en los ojos de los proveedores de servicios de salud, policía y público en general.**

#### **PRUEBAS OBLIGATORIAS IMPLEMENTADAS POR LA POLICÍA**

Veinte estados en los Estados Unidos permiten las pruebas obligatorias de personas arrestadas o sentenciadas por prostitución, solicitación o proxenetismo (Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, Prácticas VIH/SIDA, 2011b). Se han reportado pruebas obligatorias de VIH e ITS, así como algunos casos de hospitalización obligatoria para tratamiento, de trabajadoras sexuales arrestadas en Armenia, Georgia, Rusia, Tayikistán y Uzbekistán (CEEHRN, 2005). Más de 30% de las trabajadoras sexuales en Kirguistán y 25% en Ucrania han sido afectadas por estas prácticas.

En 2008, siete trabajadoras sexuales en Macedonia fueron arrestadas y obligadas a realizarse pruebas de VIH y ITS. Luego de ser diagnosticadas con Hepatitis C fueron acusadas penalmente por la supuesta transmisión de enfermedades infecciosas (Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, 2011; SWAN, 2009). En un caso muy publicitado en Grecia, 29 mujeres fueron arrestadas y objeto de pruebas involuntarias bajo la amenaza de cargos penales si salían positivas; los medios de comunicación publicaron sus imágenes e identidades sin su consentimiento.

La amenaza de pruebas forzadas y cargos penales por una supuesta transmisión de VIH y otras ITS permite que la policía realice actos de extorsión con las mismas trabajadoras sexuales o una demanda gratuita de sus servicios (o de cualquier otro tipo de servicios) (SAWN, 2009). Por eso, ya sea por la implementación de las pruebas involuntarias o su simple amenaza, las trabajadoras sexuales enfrentan violaciones de sus derechos humanos.

#### **LAS PRUEBAS OBLIGATORIAS COMO CONDICIÓN PARA REALIZAR EL TRABAJO SEXUAL**

En Letonia, la ley le exige a las trabajadoras sexuales la realización de pruebas mensuales y tener una tarjeta de salud cuando laboren; si no cumplen con esas dos condiciones el resultado es una multa administrativa, así como cargos penales en casos de varias violaciones en un año (TAMPEP, 2009; SWAN, 2009). Similarmente, las trabajadoras sexuales en algunas provincias en México enfrentan multas y dos días de prisión si no se realizan las pruebas o no tienen sus licencias obligatorias de salud – a pesar que los montos para realizarse las pruebas puede, en algunos casos, ser muy superior a las multas.

Las trabajadoras sexuales pueden ser objeto de pruebas frecuentes totalmente innecesarias y sin beneficios (Jeffreys et al., 2012). A las trabajadoras sexuales en algunas provincias en Austria se les exige realizarse pruebas semanales y reportan experiencias humillantes debido a un personal saturado de trabajo y poco sensible (Sex-Worker Forum of Vienna, Austria, 2013).

Las pruebas obligatorias que solo se enfocan en las trabajadoras sexuales absuelven de responsabilidad a los clientes a la hora de asumir prácticas de sexo más seguro. Cuando se exhorta a las trabajadoras sexuales a realizarse pruebas frecuentes, los clientes pueden interpretar que su propio riesgo es bajo y presionar a las trabajadoras sexuales a tener sexo sin protección (Sex-Worker Forum of Vienna, Austria, 2013; TAMPEP, 2009).

Hasta el 2102, las pruebas obligatorias de trabajadoras sexuales registradas en Hungría incluían un documento que las identificaba como 'prostitutas' (SZEXE, 2013). Un resultado positivo puede generar cargos penales para trabajadoras sexuales en Austria (Sex-Worker Forum of Vienna, Austria, 2013), y su exclusión de los lugares de trabajo sexual en el norte de México. Con estas dificultades, no resulta sorprendente que muchas trabajadoras sexuales no quieran registrarse. El vincular las pruebas obligatorias a un registro lleva a las trabajadoras sexuales a la clandestinidad y lejos de los servicios (ibíd.).

**Con estas dificultades, no resulta sorprendente que muchas trabajadoras sexuales no quieran registrarse.**

## **Pruebas en cadena o grupo**

La Organización para el Control Nacional del SIDA en India (NACO) implementó recientemente pruebas en grupo (o en cadena) como una vía para abordar el VIH en trabajadoras sexuales – un enfoque que no cumple con los estándares de derechos humanos.

Ese enfoque depende, en un alto grado, de la labor de los educadores entre pares en el 'mapeo' de las trabajadoras sexuales. El diseño de los programas reconoce la necesidad de ganar confianza para así obtener información sensible de comportamientos sexuales, parejas, lugares, redes y más. Sin embargo, debido a que esa confianza no es honrada, la estrategia podría percibirse como manipuladora. Los participantes en este tipo de pruebas deben dar sus nombres y direcciones, junto con otros datos, a programas de VIH que son forzados a compartir esa información con agencias gubernamentales (Dey et al., 2010). Esa violación de la privacidad es una mala práctica de salud pública (ibíd.) y amenaza a los ya marginados grupos, alejándolos de los programas de VIH. Adicionalmente, esa realidad pone en peligro las relaciones entre trabajadoras sexuales y educadores entre pares, quienes tienen poco control sobre la gerencia o confidencialidad de los datos privados que se comparten (Hickok, 2011). Como resultado, ese enfoque no solo disuade a las trabajadoras sexuales de obtener servicios sino también limita la cantidad de educadores entre pares, muchos de los cuales no se sienten cómodos con la ética de esa manera de trabajar.

Adicionalmente, la recolección de la información requerida para las pruebas en cadena es una labor bastante intensa. Los requisitos exhaustivos de NACO para monitorear y evaluar implican una cantidad de papeleo para organizaciones que ya trabajan a su capacidad máxima, menoscabando el mismo propósito del programa. Algunos educadores entre pares calificados podrían también ser excluidos debido a sus pocas habilidades de escritura. A pesar que el éxito de la educación entre pares se basa en la diversidad y confianza, el usar ese método sistemáticamente le niega oportunidades a los grupos de trabajadoras sexuales.

## Programas 100% Uso del Condón

El Programa 100% Uso del Condón (100% PUC) fue usado como piloto en Tailandia en 1989 y expandido desde esa fecha a Camboya, China, Indonesia, Miramar, Filipinas y Vietnam. Su diseño tenía como fin reducir la propagación del VIH en la población en general al obligar a las trabajadoras sexuales a usar condones y su meta era el uso “100% de las veces, en 100% de las relaciones de más riesgo y en 100% de los lugares de entretenimiento sexual” (OMS, 2004). Es importante destacar que ese programa fue creado e implementado sin consultar a las trabajadoras sexuales.

En general, el 100% PUC incluye el mapeo de las trabajadoras sexuales y sus lugares de trabajo, programas de acercamiento de salud, distribución y educación sobre condones y pruebas y vínculos a la atención (CASAM, 2008). Las trabajadoras sexuales en los burdeles deben registrarse con el gobierno, algo que incluye la presentación de fotografías e información personal (ibíd.). A pesar que las pruebas obligatorias no son parte del modelo (Rojanapithayakorn, 2003), han sido ampliamente reportadas (CASAM, 2008) y las trabajadoras sexuales son despedidas si tienen un resultado positivo de VIH u otras ITS. Eso las obliga a trabajar en un entorno de mayor riesgo (Loff et al., 2003), exacerbando su marginalización y vulnerabilidad. Las pruebas sin ética, humillantes y obligatorias también promueven la corrupción; muchos dueños de burdeles pagan sobornos a oficiales de salud o esconden a las trabajadoras enfermas de los inspectores (NSWP, 2003).

Lo que más pone en peligro la meta del uso del condón en un 100% es el hecho que no todos los gobiernos subsidian de manera constante o adecuada su suministro. Los

**Lo que más pone en peligro la meta del uso del condón en un 100% es el hecho que no todos los gobiernos subsidian de manera constante o adecuada su suministro.**

condones no siempre están disponibles y podrían ser costosos en relación a los ingresos de las trabajadoras sexuales (CASAM, 2008). Sin un adecuado suministro, el programa está destinado al fracaso y las trabajadoras sexuales terminan enfrentando penas severas incluyendo la pérdida de su sustento.

Un comité compuesto por policías y otros oficiales gubernamentales supervisan su cumplimiento – a pesar de los altos índices de acoso y abusos policiales hacia las trabajadoras sexuales en el mundo (Shannon & Csete, 2010). Los burdeles que no cumplen con las regulaciones del 100% PUC podrían ser cerrados (NSWP, 2003) y eso expone a sus dueños al riesgo de extorsión por parte de los policías.

El efecto del 100% PUC es la estigmatización de las trabajadoras sexuales al enmarcarlas como ‘vectores de la enfermedad’ que amenazan de infectar a la población en general. El uso del condón es responsabilidad única de las trabajadoras sexuales, sin que exista esa obligación en sus clientes ni en nadie más. El 100% PUC no protege a las trabajadoras sexuales ni de las infecciones transmitidas sexualmente ni del abuso policial, y muchas investigaciones han sido presentadas de manera selectiva para alegar su éxito (ibíd.).

## Lograr programas de VIH basados en derechos

Para enfrentar adecuadamente al VIH, es fundamental que los programas tomen en consideración las realidades y necesidades de las trabajadoras sexuales y reconozcan su diversidad. Si se espera que sean exitosos, los programas deben evitar imponer pruebas involuntarias y forzadas, asegurar el acceso de todas las personas (independientemente de la ocupación, nacionalidad, identidad de género, orientación sexual, uso de drogas o documentación) a servicios de salud asequibles y eficientes.

Un componente esencial de programas exitosos de VIH es la inclusión de las trabajadoras sexuales en su diseño e implementación. Mientras que el uso de educadores entre pares puede ser una vía efectiva para conectarse con la comunidad de trabajadoras sexuales, el usarlos mientras se excluye a las trabajadoras sexuales de la planificación estratégica demuestra un enfoque irrespetuoso con la población meta. Los educadores entre pares son involucrados normalmente como voluntarios en vez de como personal pagado, y no tienen la tarea de empoderar a las trabajadoras sexuales como una comunidad. Las trabajadoras sexuales deben tener un rol más prominente, reconociendo que son expertas en lo que ellas y sus colegas necesitan y deben obtener un pago adecuado.

**Las trabajadoras sexuales  
deben tener un rol más  
prominente, reconociendo que  
son expertas en lo que ellas  
y sus colegas necesitan...**

Los servicios deben cesar toda violación de los derechos de las trabajadoras sexuales a la privacidad, confidencialidad, pruebas y asesoramiento voluntario de VIH, consentimiento informado, libertad de selección y autonomía y a su integridad física, así como permitir el uso de herramientas de sexo más seguro y de reducción del daño. Esas herramientas, conjuntamente con el entrenamiento en la negociación del uso del condón con los clientes y educación sobre salud y seguridad ocupacional, deberían estar disponibles para las trabajadoras sexuales. Actualmente, algunos programas no ofrecen estas herramientas bajo el argumento que son considerados como facilitadores, promotores, y legitimadores del trabajo sexual (Levy, 2011). Adicionalmente, la promoción de abstinencia y fidelidad en vez del uso del condón es poco realista e ignora las realidades de las trabajadoras sexuales.

El prejuicio en contra de las trabajadoras sexuales y otras poblaciones marginadas debe ser abordado efectivamente. Hoy en día, tanto el personal como las instituciones muchas veces basan sus intervenciones en estereotipos sin base sobre el trabajo sexual y/o su posición moral al respecto. Las trabajadoras sexuales son vistas como individuos sobre los que 'hay que tomar acciones' 'son beneficiarias' o 'son objetos' de intervenciones en vez de actores plenos en asuntos que las afectan directamente. Los servicios deben, por el contrario, reconocerlas como seres humanos complejos que merecen respeto y tratamiento igualitario.

Los programas de 'desvío' presentados como una opción a las trabajadoras sexuales que enfrentan cargos penales son obligatorios por naturaleza, negándoles verdaderas alternativas. Los programas de colaboración con la policía para lograr el arresto de trabajadoras sexuales son especialmente dañinos dado a que las exponen a los abusos policiales y generan desconfianza en los servicios. 'John schools', una iniciativa en los EEUU para 'reeducar' a los clientes de las trabajadoras sexuales y convencerlos de no seguir pagando por sexo, es otro del tipo de programas responsables de promover mitos sobre el trabajo sexual, incluyendo su enmarcación como un vector de enfermedades (BPPP et al., 2006) que tiene repercusiones dañinas.

Los programas de VIH no deben presionar a las trabajadoras sexuales para que dejen la industria. Independientemente de si la presión es ejercida por algún empleado en específico o representa la ideología de la institución, al final impide que las trabajadoras sexuales asistan a los servicios y les exigen demandas no enfocadas en sus realidades y sin tomar en cuenta sus circunstancias y alternativas. Por el contrario, los programas deben reconocer y responder a las verdaderas necesidades de las trabajadoras sexuales.

Los programas de VIH que se enfocan en objetivos arbitrariamente definidos, como por ejemplo el aumento en el uso del condón o de las pruebas de VIH – normalmente predeterminados en los acuerdos de financiamiento – no toman en cuenta las preocupaciones más inmediatas de las trabajadoras sexuales.

Eso podría incluir barreras que enfrentan los inmigrantes en el acceso a los servicios de VIH, disponibilidad limitada de los ARV o condiciones de trabajo poco seguras que afectan la negociación del uso del condón. Los programas requieren de un enfoque holístico para así enfrentar la opresión estructural. El reconocimiento de las barreras sociales y legales que impiden un pleno disfrute de la salud por parte de trabajadoras sexuales, así como el compromiso de desmantelar esas barreras, puede dar no solo mejores resultados de salud sino también el empoderamiento de las trabajadoras sexuales.

Los programas de VIH deberían estar integrados a otros servicios relevantes para las trabajadoras sexuales, como programas de reducción del daño de las drogas y el alcohol; información y asesoría sobre operaciones de reasignación de género y terapias de reemplazo hormonal; desarrollo de espacios seguros para trabajadoras sexuales que estén escapando situaciones de violencia o se encuentren sin hogar; y mediadores culturales respetuosos de la diversidad cultural y lingüística de las trabajadoras sexuales. El ofrecimiento de espacios seguros en donde las trabajadoras sexuales pueden socializar, descansar, compartir información y apoyarse entre ellas ha demostrado que puede reducir el aislamiento. (OMS, et al, 2013).

## **Asuntos de financiamiento**

Aun cuando existen organizaciones sólidas de trabajadoras sexuales en el mundo, muchas veces estas tienen una capacidad limitada debido a un financiamiento insuficiente. Es un punto particularmente problemático porque son estas organizaciones las que han dedicado tiempo, esfuerzo y recursos importantes para lograr la confianza de las trabajadoras sexuales y su voluntad de usar los servicios de VIH a pesar de las historias de prácticas discriminatorias en su contra.

Resulta muy difícil conseguir y mantener financista públicos y privados para los programas liderados por trabajadoras sexuales (Open Society Institute, 2008). El Plan de Emergencia Presidencial para el Alivio del SIDA (PEPFAR), un donante significativo que contribuyó con 58% del gasto mundial de los programas de VIH y SIDA en 2009, requiere que los beneficiarios de financiamiento con sede fuera de los Estados Unidos firmen una declaración en contra de la prostitución. Esto ha tenido consecuencias devastadoras en los programas que tienen como meta a trabajadoras sexuales, tal como la disolución de la organización guyanesa One Love, que involucraba educadores entre pares en su enfoque (Forbes & Ray, 2013).

A nivel mundial, el financiamiento del VIH está en crisis, con compromisos cada vez menores de los donantes internacionales, limitando el ya pequeño grupo de recursos al que tienen acceso las organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales. Los gobiernos y donantes típicamente prefieren financiar programas de VIH menos controversiales, como los dirigidos a la población en general o a los jóvenes – marginalizando a las poblaciones clave afectadas como trabajadoras sexuales, personas que usan drogas y hombres que tienen sexo con hombres. Su exclusión es contraproducente en la lucha contra el VIH y SIDA.

**Los gobiernos y donantes típicamente prefieren financiar programas de VIH menos controversiales, como los dirigidos a la población en general o a los jóvenes – marginalizando a las poblaciones clave afectadas como trabajadoras sexuales, personas que usan drogas y hombres que tienen sexo con hombres.**

# Recomendaciones



## **Para organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales**

Las organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales deberían tener un enfoque fundamentado en los derechos humanos en su cabildeo e incidencia política, así como promover la solidaridad y empoderamiento comunitario. Las trabajadoras sexuales deberían recibir las herramientas necesarias para conocer y entender sus derechos, hacer análisis de políticas, formar grupos sólidos de incidencia política comunitaria y mejorar sus habilidades de comunicación.

El entrenamiento de las trabajadoras sexuales en asuntos legales, como consejeras de pruebas y educadoras entre pares, les permitirá dar una cantidad de servicios en entornos adecuados. Se deben establecer centros ambulatorios para ofrecer servicios integrales de prevención del VIH, incluyendo educación, entrenamiento, asesoría, y suministro y demostración del uso de condones. Las trabajadoras sexuales deberían recibir educación (voluntaria) para descartar ITS asintomáticas y exhortarlas a usar voluntariamente los servicios de pruebas y consejería, lo que contribuirá a la eliminación de las pruebas obligatorias. Los servicios deben ser accesibles geográficamente y las pruebas deben estar vinculadas al tratamiento.

## **Para los gobiernos y hacedores de políticas**

Para eliminar las barreras que enfrentan las trabajadoras sexuales a la hora de protegerse del VIH, se deben rechazar las leyes punitivas, incluyendo las que criminalizan el trabajo sexual y actividades relacionadas, la homosexualidad, el travestismo, la exposición, transmisión o no revelación del estatus de VIH, y el uso de drogas. También se debe rechazar toda legislación que permita las pruebas obligatorias o involuntarias de VIH e ITS y aquellas que mezclan el tráfico de personas con el trabajo sexual. Los gobiernos deben asegurarse que las leyes en contra del tráfico de personas no sean utilizadas en la práctica para prohibir el trabajo sexual o interrumpir o menoscabar los esfuerzos actuales en el tratamiento y prevención del VIH. Las trabajadoras sexuales deberían estar involucradas significativamente en las reformas legales y políticas.

**Para eliminar las barreras que enfrentan las trabajadoras sexuales a la hora de protegerse del VIH, se deben rechazar las leyes punitivas...**

Se deben establecer leyes, y promocionarlas adecuadamente, para proteger a las trabajadoras sexuales de la discriminación, estigma y violación de sus derechos, garantizándole la oportunidad de tener acceso a los servicios de salud y otros beneficios sociales. La violencia en contra de las trabajadoras sexuales no debe ser tolerada y se deben atender seriamente los reclamos en esa área.

Los servicios de salud deben ser adecuados, accesibles y aceptables para las trabajadoras sexuales, así como estar libres de estigma y discriminación.

Se debe asegurar el acceso de las trabajadoras sexuales indocumentadas a los servicios relacionados con el VIH sin generarles temor en torno a la posibilidad de reportar su estatus migratorio o de VIH a las autoridades. Los proveedores de salud deben recibir educación sobre los derechos y necesidades de las trabajadoras sexuales, incluyendo el suministro de servicios voluntarios y su derecho a la libertad de escogencia, confidencialidad y consentimiento informado. Se deben rechazar los programas obligatorios, involuntarios o forzados al igual que la presión para dejar el trabajo sexual, reducir su participación, oponerse o identificarse como persona traficada con el fin de tener acceso a los servicios. Las organizaciones lideradas por las trabajadoras sexuales deberían estar involucradas en el diseño, implementación y evaluación de los servicios de salud ofrecidos a las trabajadoras sexuales.

Los gobiernos deben apoyar y asegurar el acceso y asequibilidad de servicios psicológicos, de salud y legales para trabajadoras sexuales que han sido víctimas de la violencia, así como crear servicios sociales para ayudar a las trabajadoras sexuales a tener una vivienda estable. Se deben tomar acciones para enfrentar los problemas estructurales que contribuyen a la vulnerabilidad al VIH en el contexto del trabajo sexual, incluyendo intervenciones dirigidas a reducir la pobreza y desigualdad, crear y expandir oportunidades de empleo y asegurar la educación para todos.

Se deben entregar condones femeninos y masculinos y lubricantes, así como promocionar su uso correcto y constante. Se deben apoyar los enfoques de distribución liderados por la comunidad.

Se debe dar financiamiento a organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales y apoyar la investigación sobre trabajo sexual y VIH que tome en consideración la diversidad de esta población. La investigación debe ser diseñada en consulta significativa con las trabajadoras sexuales. Los programas liderados por trabajadoras sexuales deben recibir apoyo para educar a las autoridades encargadas de la aplicación de la ley sobre sus derechos y necesidades.

El financiamiento de iniciativas en contra del tráfico debe estar basado en las evidencias, fundamentado en los derechos humanos y contar con una consulta significativa de las trabajadoras sexuales.

**Se deben establecer leyes, y promocionarlas adecuadamente, para proteger a las trabajadoras sexuales de la discriminación, estigma y violación de sus derechos, garantizándole la oportunidad de tener acceso a los servicios de salud y otros beneficios sociales.**

## **Para los proveedores de servicios de salud y sociales**

Se deben establecer políticas y entrenamientos liderados por trabajadoras sexuales en contra del estigma, la discriminación y enfoques prejuiciados del personal hacia las trabajadoras sexuales y otros grupos marginados como personas LGBT y personas que usan drogas.

Las trabajadoras sexuales deben ser reconocidas e incluidas como socias esenciales y líderes en el diseño, planificación, implementación y evaluación de los servicios dirigidos a sus comunidades.

Los servicios deben asegurarse que sus sedes sean accesibles y adecuadas, estén abiertas a horas convenientes y la atención de salud sea asequible o gratis.

El acceso a los servicios nunca debe estar condicionado a dejar el trabajo sexual, reducir la participación, oponerse o identificarse como una persona traficada.

***Se deben establecer políticas y entrenamientos liderados por trabajadoras sexuales en contra del estigma, la discriminación y enfoques prejuiciados del personal hacia las trabajadoras sexuales y otros grupos marginados como personas LGBT y personas que usan drogas.***

# Referencias

Best Practices Policy Project (BPPP) et al., Desiree Alliance & Sex Workers Outreach Project, 2006, *Initiatives to 'End Demand' for Prostitution Harm Women and Undermine Good Programs, Factsheet*, (disponible solo en inglés) <http://www.bestpracticespolicy.org/wp-content/uploads/2012/10/finalenddemand2006.doc> (13 febrero 2014)

Best Practices Policy Project (BPPP), Desiree Alliance & Sexual Rights Initiative, 2010, *Report of The United States of America 9th Round of the Universal Periodic Review* (disponible solo en inglés)

Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN), 2005, *Sex Work, HIV and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia* (disponible solo en inglés)

Centre for Advocacy on Stigma & Marginalisation (CASAM), 2008, *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention* (disponible solo en inglés)

Dey, B., Kavi, A.R., Samson, L. & Grover, A., 2010, *Re: Concern over 'Anti-Rights' Practices in Interventions with Most At Risk Populations*, (disponible solo en inglés) <http://www.lawyerscollective.org/files/Anti%2Orights%20practices%20in%20Targetted%20Interventions.pdf> (21 febrero 2014)

Eurasian Harm Reduction Network, 2011, *HIV and the Law in Eastern Europe and Central Asia* (disponible solo en inglés)

Forbes, A. & Ray, A., 2013, *Advocates Voices: Solidarity with Sex Workers—On the Agenda or Under the Bus?*, (disponible solo en inglés) <http://betablog.org/solidarity-with-sex-workers> (29 noviembre 2013)

Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, *Prácticas VIH/SIDA*, 2011a, *Regional Issue Brief for the Caribbean Regional Dialogue of the Global Commission on HIV and the Law* (disponible solo en inglés)

Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, *Prácticas VIH/SIDA*, 2011b, *Informe sobre el Diálogo Regional de la Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho en los países de altos ingresos, Oakland, Estados Unidos, 16–17 septiembre 2011* (información en español disponible <http://www.hivlawcommission.org/index.php/hicrd-overview>) (2 Mayo 2014).

Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual (Global Network of Sex Work Projects) (NSWP), 2003, *The 100% Condom Use Policy: A Sex Workers' Rights Perspective*, (disponible solo en inglés) <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP%20position%20paper%20-%20100%20percent%20Condom%20use.pdf> (21 febrero 2014)

Harm Reduction International, 2013, *When Sex Work and Drug Use Overlap* (disponible solo en inglés)

Hickok, E., 2011, "An Interview with Activist Shubha Chacko: Privacy and Sex Workers", *The Centre for Internet & Society*, (disponible solo en inglés) [http://cis-india.org/internet-governance/blog/privacy/privacy\\_privacyandsexworkers](http://cis-india.org/internet-governance/blog/privacy/privacy_privacyandsexworkers) (21 febrero 2014)

Jeffreys, E., Fawkes, J. & Stardust, Z., 2012, "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: pp. 203–211 (disponible solo en inglés)

Kurtz, S.P., Surratt, H.L., Kiley, M.C. & Inciardi, J.A., 2005, "Barriers to Health and Social Services for Street-Based Sex Workers," *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 16: pp. 345–361 (disponible solo en inglés)

Levy, J., 2011, *Impact of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Service Provisions for Sex Workers*, (disponible solo en inglés) [http://correlation-net.org/correlation\\_conference/images/Presentations/MS4\\_Levy.pdf](http://correlation-net.org/correlation_conference/images/Presentations/MS4_Levy.pdf) (23 enero 2014)

Loff, B., Overs, C. & Longo, P., 2003, "Can Health Programmes Lead to Mistreatment of Sex Workers?", *Lancet* 361, pp. 1982–1983 (disponible solo en inglés)

Nitschke, H., Ludwig-Diouf, B., Knappik, A. & Leidel, J., 2006, "Anonyme STD-Sprechstunde versus Pflichtuntersuchung für Prostituierte - was ist effektiv in der STD-Prävention?", *Gesundheitswesen* 68, pp. 686–691 (disponible solo en inglés)

Open Society Institute, 2008, *Our Lives Matter: Sex Workers Unite for Health and Rights* (disponible solo en inglés)

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2011, *Improving Access of Key Populations to Comprehensive HIV Health Services: Towards a Caribbean Consensus* (información en español disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6728%3Aimproving-access-key-populations-comprehensive-hiv-health-services-towards-caribbean-consensus&catid=1425%3Afch-hiv-p-publications&Itemid=40316&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6728%3Aimproving-access-key-populations-comprehensive-hiv-health-services-towards-caribbean-consensus&catid=1425%3Afch-hiv-p-publications&Itemid=40316&lang=es)) (2 Mayo 2014)

Rojanapithayakorn, W., 2003, "Can Health Programmes Lead to Mistreatment of Sex Workers?," *Lancet* 362, p. 328, (disponible solo en inglés) <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2803%2913978-5/fulltext> (21 febrero 2014)

Samaranayake, A., Chen, M., Hocking, J., Bradshaw, C.S., Cumming, R. & Fairley, C.K., 2009, "Legislation Requiring Monthly Testing of Sex Workers with Low Rates of Sexually Transmitted Infections Restricts Access to Services for Higher-Risk Individuals", *Sexually Transmitted Infections* 85(7): pp. 540–542 (disponible solo en inglés)

Sex-Worker Forum of Vienna, Austria, 2013, *Austria: Discriminations Against Sex Workers in the Rights to Work and to Health – Information from Sex-Worker Forum of Vienna, Austria to the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights for the Examination of the Fifth State Party Report of Austria at the 51th Session in November 2013*, (disponible solo en inglés) [http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/AUT/INT\\_CESCR\\_NGO\\_AUT\\_14625\\_E.docx](http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CESCR/Shared%20Documents/AUT/INT_CESCR_NGO_AUT_14625_E.docx) (19 febrero 2014)

Sex Workers Project at the Urban Justice Center, 2005, *Behind Closed Doors: An Analysis of Indoor Sex Work in New York City* (disponible solo en inglés)

Sex Workers' Rights Advocacy Network (SWAN), 2009, *Arrest the Violence: Human Rights Violations against Sex Workers in 11 Countries in Central and Eastern Europe and Central Asia*, (disponible solo en inglés) <http://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/arrest-violence-20091217.pdf> (23 enero 2014)

Shannon, K., Strathdee, S.A., Shoveller, J., Rusch, M., Kerr, R., & Tyndall, M.W., 2009, "Structural and Environmental Barriers to Condom Use Negotiation with Clients among Female Sex Workers: Implications for HIV-Prevention Strategies and Policies", *American Journal of Public Health*, 99 (no. 4), pp. 659–665 (disponible solo en inglés)

Shannon, K. & Csete, J., 2010, "Violence, Condom Negotiation and HIV/STI Risk among Sex Workers", *Journal of the American Medical Association* 304, pp. 573–574 (disponible solo en inglés)

Stella, 2013, *Challenging Prostitution Laws: Bedford v Canada Fact Sheet* (disponible en inglés)

SZEXE, 2013, *Report on Violence and Discrimination against Female Sex Workers by State and Non-State Actors in Hungary: Submission to the 54th CEDAW session* (disponible solo en inglés)

TAMPEP, 2009, *Sex Work, Migration, Health: A Report on the Intersection of Legislation and Policies Regarding Sex Work, Migration and Health in Europe* (disponible solo en inglés)

Comisión Mundial sobre el VIH y el Derecho – Secretaría PNUD, 2011, *HIV and AIDS in Eastern Europe and Central Asia* (disponible solo en inglés)

UNIFEM, 2007, *A Legal Analysis of Sex Work in the Anglophone Caribbean* (disponible solo en inglés)

Wahab, S. & Panichelli, M., 2013, "Ethical and Human Rights Issues in Coercive Interventions with Sex Workers," *Affilia* 28: pp. 344–349 (disponible solo en inglés)

Wilson, D.P., Heymer, K.J., Anderson, J., O'Connor, J., Harcourt, C. & Donovan, B., 2010, "Sex Workers Can Be Screened Too Often: A Cost-Effectiveness Analysis in Victoria, Australia," *Sexually Transmitted Infections* 86(2): pp. 117–225 (disponible solo en inglés)

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2004, *Experiences of 100% Condom Use Programme in Selected Countries of Asia*, (disponible solo en inglés) [http://www.wpro.who.int/publications/docs/100\\_condom\\_program\\_experience.pdf](http://www.wpro.who.int/publications/docs/100_condom_program_experience.pdf) (21 febrero 2014)

Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para las Poblaciones, Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA, Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual (Global Network of Sex Work Projects – NSWP) y Banco Mundial, 2013, *Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes With Sex Workers: Practical Approaches From Collaborative Interventions* (disponible solo en inglés).

Wurth, M.H., Schleifer, R., McLemore, M., Todrys, K.W. & Amon, J.J., 2013, "Condoms as Evidence of Prostitution in the United States and the Criminalization of Sex Work," *Journal of the International AIDS Society* 16:18626 (disponible solo en inglés)



**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](http://www.nswp.org)

La NSWP es una empresa privada limitada sin ánimo de lucro.  
Número de Empresa SC349355

