



Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo:

ENFOQUES PRÁCTICOS BASADOS EN INTERVENCIONES COLABORATIVAS

Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo:

ENFOQUES PRÁCTICOS BASADOS EN INTERVENCIONES COLABORATIVAS

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas.

1.Prostitución. 2.Infecciones por VIH – prevención y control. 3.Enfermedades de Transmisión Sexual. 4.Parejas Sexuales. 5.Sexo Inseguro. 6.Conducta Sexual. 7.Programas Nacionales de Salud. I.Organización Mundial de la Salud. II.UNFPA. III. ONUSIDA. IV.Banco Mundial. V.Global Network of Sex Work Projects (NSWP).

ISBN 978 92 4 350618 0

(Clasificación NLM: WC 503.7)

© Organización Mundial de la Salud, 2015

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS (www.who.int) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Portada: PJ Starr

Diagramación: L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suiza.

La presente traducción (al español) estuvo a cargo del Banco Mundial.

Índice

Agradecimientos	vii
Siglas y abreviaturas	x
Glosario	xii
Introducción	xiv
Capítulo 1 Empoderamiento comunitario	1
1.1 Introducción	4
1.2 Elementos clave del empoderamiento comunitario	5
1.2.1 Trabajando con las comunidades de personas trabajadoras del sexo	7
1.2.2 Fomentar la participación dirigida por las propias personas trabajadoras del sexo	8
1.2.3 Capacitación del colectivo de personas trabajadoras del sexo	9
1.2.4 Adaptarse a las necesidades y a los contextos locales	10
1.2.5 Promover un entorno basado en los derechos humanos	11
1.2.6 Fortalecer los sistemas comunitarios (fortalecer el colectivo)	12
1.2.7 Adaptar las políticas y crear entornos propicios	14
1.2.8 La sostenibilidad de los movimientos	16
1.3 Dar seguimiento al progreso realizado	16
1.4 Recursos y literatura complementaria	18
Capítulo 2 Abordar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo	19
2.1 Introducción	22
2.1.1 Contextos de la violencia	24
2.1.2 Valores y principios para dar respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo	25
Valores fundamentales	25
Principios que deben regir los programas	25
2.2 Intervenciones y estrategias alentadoras	26
2.2.1 Empoderar a las comunidades	26
2.2.2 Fortalecer la las capacidades de las personas trabajadoras del sexo	26
2.2.3 Promover reformas	28
2.2.4 Fomentar la responsabilidad de las fuerzas policiales	30
2.2.5 Promover la protección y la seguridad de las personas trabajadoras del sexo	31
2.2.6 Proporcionar servicios de salud a las personas trabajadoras del sexo que son víctimas de la violencia	33
2.2.7 Proporcionar servicios de apoyo psicosocial, jurídico y otros	34
2.3 Gestión, seguimiento y evaluación	37
2.4 Recursos y literatura complementaria	39
Capítulo 3 Servicios dirigidos por la comunidad	41
3.1 Introducción	44
3.2 La sensibilización dirigida por la comunidad	45
3.2.1 ¿Qué hacen los trabajadores de sensibilización comunitaria?	46
3.2.2 Pasos para la implementación de la sensibilización dirigida por la comunidad	47

A. Mapear la comunidad y diseñar con sus miembros la estrategia de sensibilización .	47
B. Reclutar y capacitar a los trabajadores de sensibilización comunitaria	51
C. Implementar y gestionar la sensibilización.	55
D. Fomentar las oportunidades de liderazgo para los trabajadores de sensibilización comunitaria	62
3.3 Espacios seguros (centros de acogida).	63
3.3.1 Establecer espacios seguros.	64
Configuración del local	64
Manejo del espacio	65
3.3.2 Otras actividades realizadas en el espacio seguro	66
3.4 Mejoramiento de la calidad dirigido por la comunidad.	67
3.4.1 Comités comunitarios	67
3.4.2 Otros enfoques dirigidos por la comunidad que refuerzan la calidad de los servicios clínicos	69
3.4.3 Aseguramiento de la calidad comunitaria en el seguimiento y la evaluación	69
Seguimiento de la calidad de la implementación de los servicios comunitarios	69
Seguimiento del acceso comunitario a servicios y de la autonomía comunitaria	72
3.5 Recursos y lecturas complementarias	73
Capítulo 4 Promoción del uso del condón y de lubricantes	75
4.1 Introducción.	78
4.2 Pasos efectivos para programas del uso del condón.	79
4.2.1 Establecer el abastecimiento de condones y lubricantes masculinos y femeninos accesible a las personas trabajadoras del sexo	82
4.2.2 Promoción a varios niveles de los condones y lubricantes masculinos y femeninos	84
Promoción del uso del condón dirigida por la comunidad	84
Desestigmatizar el uso del condón entre la sociedad en general	87
4.2.3 Crear un entorno propicio para los programas del uso del condón	88
4.2.4 Aspectos específicos a tener en cuenta en los programas del uso del condón	90
A. Programas del uso del condón con hombres y transgéneros trabajadores del sexo	90
B. Estrategias de negociación del uso del condón.	90
C. Programas del uso del condón con los clientes de las personas trabajadoras del sexo.	90
D. Programas de mercadeo social del condón con personas trabajadoras del sexo.	91
4.3 Gestión de programas de promoción del uso del condón.	92
4.3.1 Roles y responsabilidades en los programas del uso del condón	92
4.3.2 Seguimiento de programas.	92
4.3.3 Evaluación	92
4.4 Recursos y lecturas complementarias	95
Capítulo 5 Servicios clínicos y de apoyo.	97
5.1 Principios operativos para los servicios clínicos y de apoyo	100
5.1.1 Prestación de servicios y coordinación.	100
5.2 Asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH	102
5.2.1 Introducción.	102
5.2.2 Tipos de asesoramiento, pruebas de VIH y prestación de servicios	102
5.2.3 Actividades esenciales para los servicios de APV para las personas trabajadoras del sexo.	103
A. Preparación	103
B. Prestación de servicios de APV	104
C. Seguimiento	105
5.2.4 Aseguramiento de la calidad de los servicios.	106

5.2.5	El APV voluntario efectuado por trabajadores de sensibilización comunitaria y asesores no profesionales.	106
5.3	Tratamiento antirretrovírico.	107
5.3.1	Introducción.	107
5.3.2	Definiciones y prerequisites esenciales de los servicios del TAR.	108
5.3.3	Consideraciones específicas sobre el TAR para personas trabajadoras del sexo	108
	Servicios de TAR específicos a personas trabajadoras del sexo	109
	Apoyo comunitario para el TAR.	110
	Educación sobre el tratamiento.	111
	Profilaxis previa a la exposición.	111
5.4	La tuberculosis y las personas trabajadoras del sexo	111
5.5	Servicios complementarios para las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables	113
5.5.1	Introducción.	113
5.5.2	Terapia de sustitución de opiáceos	113
5.5.3	Programas de distribución de agujas y jeringuillas	114
5.5.4	Otras consideraciones.	114
5.6	Servicios de ITS.	115
5.6.1	Introducción.	115
5.6.2	Servicios clínicos de ITS para personas trabajadoras del sexo.	115
	A. Diseño de los servicios clínicos de ITS.	116
	B. Implementación y gestión de servicios clínicos de ITS	118
	C. Tratamiento preventivo periódico	124
	D. Hepatitis vírica	125
5.7	Satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas trabajadoras del sexo	126
5.7.1	Introducción.	126
5.7.2	Planificación familiar y asesoramiento sobre la anticoncepción.	127
	Anticoncepción de emergencia.	127
	Embarazo sin riesgos.	127
	Aborto y atención postaborto	127
5.7.3	Tamizado del cáncer cérvico-uterino	128
5.7.4	Tamizado de otros tipos de cáncer	128
5.7.5	Atención clínica para víctimas de agresión sexual	128
5.8	Salud mental	129
5.9	Recursos y lecturas complementarias	129
Capítulo 6	Gestión de programas y fortalecimiento de la capacidad organizativa	133
Parte I:	Gestión del programa	136
6.1	Introducción.	136
6.2	La planificación e implementación de un programa de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo	138
6.2.1	Definir el programa y los estándares	138
6.2.2	Establecer un sistema de seguimiento de datos para la gestión.	141
6.2.3	Planificar la evaluación del programa	149
6.2.4	Definir la estructura de gestión.	150
6.2.5	Priorizar	152
6.2.6	Implementar el programa por etapas	153
6.2.7	Establecer un sistema de supervisión	159
6.2.8	Asegurar gradualmente la plena participación de las personas trabajadoras del sexo	160
6.3	Fortalecimiento de las capacidades y conocimiento del programa	162

6.4 Formación y fortalecimiento del personal	163
--	-----

Parte II: Fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones de personas

trabajadoras del sexo	164
6.5 Introducción	164
6.6 Crear una organización registrada	165
6.7 Fortalecimiento de las capacidades organizativas	166
6.7.1 Gobernabilidad	167
6.7.2 Gestión de proyectos	167
6.7.3 Movilización de recursos	167
6.7.4 Creación de redes	168
6.8 Recursos y lecturas complementarias	169

Agradecimientos

Esta herramienta fue elaborada por personas trabajadoras del sexo, directores de programas, investigadores y asociados para el desarrollo quienes, en colaboración con un grupo de coordinación, participaron en la investigación, redacción y revisión del documento. A continuación se agradece a todos los que colaboraron con su tiempo y conocimientos, así como a las organizaciones que contribuyeron con ejemplos de casos.

Yadira Almodóvar-Díaz, Management Sciences for Health, Estados Unidos.
Camille Anoma, Espace Confiance, Costa de Marfil.
John Anthony, Programa Nacional de Control del SIDA y las ETS, Kenia.
George Ayala, *The Global Forum on MSM & HIV* (Foro Global sobre HSH y el VIH), Estados Unidos.
Annabel Baddaley, sede de la Organización Mundial de la Salud.
Parinita Bhattacharjee, Universidad de Manitoba/Gobierno de Kenia.
Nisha Bin Ayub, Fundación *PT/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual*, Malasia.
James Blanchard, Universidad de Manitoba, Canadá.
Aleksandar Bodiroza, Oficina regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para los Estados Árabes.
Borche Bozhinov, STAR-STAR/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Macedonia.
Nathalie Broutet, sede de la Organización Mundial de la Salud.
Kholi Nomsa Buthelezi, Sisonke/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Sudáfrica.
Julia Cabassi, Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico.
Anna-Louise Crago, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Canadá.
Joanne Csete, Fundación *Open Society*, Estados Unidos.
Anjana Das, FHI 360, India.
Michele Decker, Facultad Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos.
Bidia Deperthes, sede del Fondo de Población de las Naciones Unidas.
Gaston Djomand, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos.
Fatou Drame, Enda Santé, Senegal.
Virginie Ettiégne-Traoré, FHI 360/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Ghana.
Gloria Gakii Kimani, Proyecto *Sex Workers Operation* (SWOP), Kenia.
Haileyesus Getahun Gebre, sede de la Organización Mundial de la Salud.
Sarah Gill, Sociedad Interactiva *Moorat* /Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Pakistán.
Kimberly Green, FHI 360, Ghana.
Mauro Guarinieri, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, Suiza.
Pato Hebert, *The Global Forum on MSM & HIV* (Foro Global sobre HSH y el VIH), Estados Unidos.
Richard Howard, Oficina regional de la Organización Internacional del Trabajo para Asia y el Pacífico.
Andrew Hunter, Red de Trabajadores Sexuales para Asia y el Pacífico/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Tailandia.
Pye Jakobsson, RiksOrganisationen för Sex- och ErotikArbetare (ROSE Alliance)/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Suecia.
Surang Janyam, fundación Service Workers in Group (SWING), Tailandia.
Caitlin Kennedy, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Estados Unidos.
Deanna Kerrigan, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Estados Unidos.
Yves Lafort, International Centre for Reproductive Health (Centro Internacional para la Salud Reproductiva), Bélgica.
Anne Lancelot, Population Services International, Birmania.
Carlos Laudari, Pathfinder International, Brasil.
Annie Madden, *International Network of People who Use Drugs* (Red Internacional de Personas que Usan Drogas), Australia.

John Mathenge, *Health Options for Young Men on HIV, AIDS and STIs* (HOYMAS) (Opciones de Salud para Hombres Jóvenes en relación con el VIH, el SIDA y las ITS)/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Kenia.

Bradley Mathers, Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia.

Neil McCulloch, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Reino Unido.

Jessie Mwambo, Universidad de Muhimbili, Tanzania.

Penninah Mwangi, *Bar Hostess Empowerment and Support Programme* (BHESP) (Programa de Empoderamiento y Apoyo para Camareras de Barra)/*Kenya Sex Workers Alliance* (Alianza de Trabajadores Sexuales de Kenia)/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Kenia.

Daisy Namakula Nakato, *Women's Organization Network for Human Rights Advocacy* (WONETHA) (Organización de Mujeres para la Promoción de los Derechos Humanos)/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Uganda.

Aldo Napitu, Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI)/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Indonesia.

Cynthia Navarrete Gil, Asociación en Pro Apoyo a Sexo Servidores (APROASE), México.

Elizabeth Ngugi, Universidad de Nairobi, Kenia.

Dasha Ocheret, *Eurasian Harm Reduction Network* (Red Euroasiática de Reducción de Daños), Lituania.

Daughtie Ogutu, *African Sex Worker Alliance* (Alianza Africana de Trabajadores Sexuales)/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Sudáfrica/Kenia.

Ifeanyi Okekearu, *Society for Family Health* (Sociedad para la Salud Familiar), Nigeria.

Aarthi Pai, *National Network of Sex Workers* (Red Nacional de Trabajadores Sexuales), India.

Freddy Pérez, Organización Panamericana de la Salud, Estados Unidos.

Annah Pickering, *New Zealand Prostitutes Collective* (NZPC) (Colectivo de Prostitutas de Nueva Zelanda)/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Nueva Zelanda.

Angela Pires Pinto, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Brasil.

Parimi Prabhakar, *India HIV/AIDS Alliance* (Alianza de la India para el VIH/SIDA), India.

Aliya Rakhmetova, *Sex Workers' Rights Advocacy Network Foundation* (SWAN) (Fundación Red de Defensa de los Derechos de los Trabajadores Sexuales), Hungría.

Manjula Ramaiah, Ashodaya Samithi/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, India.

Sushena Reza Paul, Universidad de Manitoba, India.

Anastacia Ryan, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Reino Unido.

Anna Semina, Dignity/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Tayikistán.

Meena Seshu, Sampada Grameen Mahila Sanstha (SANGRAM), India.

Kate Shannon, Universidad de la Columbia Británica, Canadá.

Donna Sherard, Population Services International, Estados Unidos.

Kenneth Sklaw, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Estados Unidos.

Tim Sladden, Oficina regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para Europa Oriental y Asia Central.

Taweessap Siraprapasiri, Ministerio de Salud Pública, Tailandia.

Miriam Taegtmeier, Facultad de medicina tropical de Liverpool, Reino Unido.

Anja Teltschik, *International HIV/AIDS Alliance* (Alianza Internacional de VIH/SIDA), Reino Unido.

Rachel Thomas, Fundación Open Society, Estados Unidos.

Marija Tosheva, *Healthy Options Project Skopje* (HOPS) (Proyecto Opciones de Salud de Skopje), Macedonia.

Tracey Tully, Red de Trabajadores Sexuales para Asia y el Pacífico/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Tailandia.

Lander van Ommen, Embajada del Reino de los Países Bajos, Ghana.

Marco Vitoria de Ávila, Sede de la Organización Mundial de la Salud.

Beatrijs Vuylsteke, Instituto de Medicina Tropical, Bélgica.

Stefan Wiktor, sede de la Organización Mundial de la Salud.

Kay Thi Win, Programa *Targeted Outreach* (TOP, por sus siglas en inglés) (Sensibilización con objetivo)/Red de Trabajadores Sexuales para Asia y el Pacífico/Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Birmania.

Peter Wondergem, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Ghana.

Jason Wright, *International HIV/AIDS Alliance* (Alianza Internacional de VIH/SIDA), Estados Unidos.

Zhao Pengfei, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para el Pacífico Occidental.

Grupo de coordinación

Avni Amin, sede de la Organización Mundial de la Salud.

Gillian Anderson, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos.

James Baer, AIDSTAR-Two/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (consultor), Reino Unido.

Rachel Baggaley, sede de la Organización Mundial de la Salud.

Clancy Broxton, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Estados Unidos.

Jennifer Butler, sede del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Alison Crocket, sede del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV/SIDA.

Gina Dallabetta, Fundación Bill y Melinda Gates, Estados Unidos.

Elizabeth Marum, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Zambia.

Ruth Morgan Thomas, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, Reino Unido.

Tonia Poteat, *Office of the U.S. Global AIDS Coordinator* (Oficina del Coordinador Global del SIDA), Estados Unidos.

Michelle Rodolph, sede de la Organización Mundial de la Salud (consultora).

Annette Verster, sede de la Organización Mundial de la Salud.

Tisha Wheeler, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Estados Unidos.

Teodora Elvira Wi, sede de la Organización Mundial de la Salud.

Varios de los contribuyentes participaron en una reunión de consenso que se llevó a cabo en Accra (Ghana) en mayo de 2013, con el fin de revisar y perfeccionar el borrador de este instrumento. Agradecemos a Henry Nagai, director de la oficina de FHI 360 en Ghana, y a sus colegas por la organización hábil y eficaz de la reunión, y a Bernard Coquelin, representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Ghana, por su generosidad en la apertura de la reunión.

La elaboración de este instrumento contó con el apoyo de la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la Oficina del Coordinador Global del SIDA de los Estados Unidos, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud.

Este instrumento fue editado por James Baer, corregido por Alison Ellis (consultora de Management Sciences for Health), y L'IV Com Saràl estuvo a cargo del diseño gráfico. Carmen Figueroa, Rafael Mazín y Isabel Holgado Fernandez se encargaron de revisar la traducción.

Siglas y abreviaturas

AfriCASO	<i>African Council of AIDS Service Organizations</i> (Consejo Africano de Organizaciones de Servicios para el SIDA).
APCASO	<i>Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations</i> (Consejo Regional de Organizaciones de Servicios para el SIDA para Asia y el Pacífico).
APNSW	<i>Asia Pacific Network of Sex Workers</i> (Red de Trabajadores Sexuales para Asia y el Pacífico).
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias (de VIH).
ARV	Antirretrovíricos.
BHESP	<i>Bar Hostess Empowerment and Support Programme</i> (Programa de Empoderamiento y Apoyo para Camareras de Barra).
BOCONGO	<i>Botswana Council of Non-Governmental Organizations</i> (Consejo de Organizaciones No Gubernamentales de Botsuana).
DIFFER	<i>Diagonal Interventions to Fast Forward Enhanced Reproductive Health</i> (Intervenciones Diagonales para Acelerar la Mejora de la Salud Reproductiva).
DOTS	Tratamiento de corta duración directamente observado.
GRADE	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i> (Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones).
HOPS	<i>Proyecto Health Options Skopje</i> (Opciones de Salud de Skopje).
HOYMAS	<i>Health Options for Young Men on HIV, AIDS and STIs</i> (Opciones de Salud para Hombres Jóvenes en Relación con el VIH, el SIDA y las ITS).
ITS	Infecciones de transmisión sexual.
KASH	<i>Keeping Alive Societies' Hope</i> (Mantener Viva la Esperanza de la Sociedad).
KHPT	<i>Karnataka Health Promotion Trust</i> (Fideicomiso de Karnataka para la Promoción de la Salud).
LDSS	Jeringuilla de bajo volumen muerto
LMIS	<i>Logistics management information system</i> (Sistema Informático de Gestión Logística).
NAAT	Prueba de amplificación del ácido nucleico.
NANGOF	<i>Namibia NGO Forum</i> (Foro de las ONG de Namibia).
NASCOP	<i>National AIDS & STI Control Programme</i> (Programa Nacional de Control del SIDA e ITS).
NHOCAT	<i>National Harmonized Organizational and Capacity Assessment Tool</i> (Instrumento Nacional Armonizado de Evaluación Organizacional y de Capacidad).
NSWP	<i>Global Network of Sex Work Projects</i> (Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual).
NZPC	<i>New Zealand Prostitutes Collective</i> (Colectivo de Prostitutas de Nueva Zelanda).
OBC	Organización basada en la comunidad.
OG	Organización gubernamental.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización no gubernamental.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
OSC	Organización de la sociedad civil.
PADEF	<i>Partnership Assessment and Development Framework</i> (Marco de Desarrollo y Evaluación de las asociaciones).
PAJ	Programa de agujas y jeringuillas.
PEP	Profilaxis de post-exposición.
PLACE	<i>Priorities for Local AIDS Control Efforts</i> (Prioridades de Control Local del SIDA).
PPT	Tratamiento preventivo periódico.

PrEP	Profilaxis previa a la exposición.
PSI	<i>Population Services International</i> (Servicios Internacionales a la Población).
SACA	<i>State Agency for the Control of HIV/AIDS</i> (Agencia Estatal de Control del VIH/SIDA).
SANGRAM	Sampada Grameen Mahila Sanstha
SHARPER	<i>Strengthening HIV and AIDS Response Partnership with Evidence-based Results</i> (Fortalecimiento de las Asociaciones en la Respuesta al VIH/SIDA con Resultados Basados en Datos Objetivos).
SHiPS	<i>Strengthening HIV Prevention Services</i> (Fortalecimiento de los Servicios de Prevención del VIH).
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SMS	<i>Short Message Service</i> (Mensaje de texto).
SSR	Salud sexual y reproductiva.
SWEAT	<i>Sex Worker Education and Advocacy Task Force</i> (Equipo de Fomento de la Educación y la Defensa de los Trabajadores Sexuales).
SWING	<i>Fundación Service Workers in Group</i> (Trabajadores sociales en grupo).
TAR	Tratamiento antirretrovírico.
TB	Tuberculosis.
TOP	Programa <i>Targeted Outreach</i> (Sensibilización con objetivo).
TPI	Terapia preventiva con isoniazida.
TRH	Terapia de reemplazo hormonal.
TSO	Terapia de sustitución de opiáceos.
UBRAF	<i>Unified Budget, Results and Accountability Framework</i> (Marco de Presupuesto Unificado, Resultados y Responsabilidad).
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
VAMP	Veshya Anyay Mukti Parishad.
VHB	Virus de la hepatitis B.
VHC	Virus de la hepatitis C.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VHP	Virus del papiloma humano.

Glosario

Agencia: El término se utiliza con dos significados distintos: por un lado, define a una organización. Por otro, el término se refiere al poder y a la capacidad de elección y control que la persona trabajadora del sexo tiene para actuar por sí misma. En aquellos capítulos donde el término se utiliza en su segunda acepción, la definición se recoge a pie de página solo la primera vez que aparece.

Comunidad: En la mayoría de los contextos a los cuales se hace referencia, el término «comunidad» se refiere a una colectividad de personas trabajadoras del sexo y no a las agrupaciones geográficas, sociales o culturales más amplias de las cuales podrían formar parte. Por lo tanto, la «sensibilización comunitaria» hace referencia a la sensibilización de las personas trabajadoras del sexo, las «intervenciones dirigidas por la comunidad» son intervenciones iniciadas por ellas mismas y el término «miembros de la comunidad» se refiere a las propias personas trabajadoras del sexo.

Encuesta sobre valores y preferencias: Una reunión de consenso mundial realizada por la NSWP con diferentes personas trabajadoras del sexo como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*. Este instrumento se refiere al informe de la reunión de consenso *Female, Male and Transgender Sex Workers' Perspectives on HIV & STI Prevention and Treatment Services* con la expresión «encuesta sobre valores y preferencias».

Espacio seguro (centro de acogida): Lugar donde las personas trabajadoras del sexo se reúnen para relajarse, conocer a otros miembros de la comunidad y llevar a cabo eventos sociales, reuniones o capacitaciones. Consultar el capítulo 3, sección 3.3 para más detalles.

Las personas trabajadoras del sexo de «establecimiento» trabajan en una variedad de lugares cerrados, en sus domicilios y en otros establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual: prostíbulos, casas de huéspedes, bares, clubes, entre otros.

Fortalecimiento de las capacidades: En el capítulo 6 se utiliza el término «fortalecimiento de la capacidad organizativa». Sin embargo, «desarrollo de capacidades», «desarrollo organizativa» u otros términos servirían igualmente.

Organización implementadora: Organización que implementa una intervención de prevención para personas trabajadoras del sexo. Esta puede ser una organización gubernamental, no gubernamental, basada en la comunidad o dirigida por la misma, y puede funcionar a nivel estatal, regional o local. A veces una organización no gubernamental presta servicios a través de subunidades en varias ubicaciones dentro de un área urbana, y en este caso, cada una de esas subunidades también se puede considerar una organización implementadora.

Recomendaciones 2012: *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.

Trabajador de sensibilización comunitaria: En este instrumento, la expresión «trabajador de sensibilización comunitaria» se usa para referirse a una persona trabajadora del sexo que sensibiliza a sus pares, y que en general no forma parte del personal de tiempo completo de una intervención para la prevención del VIH (el personal de tiempo completo se puede referir como «trabajador de sensibilización del personal» o simplemente como «trabajador de sensibilización»). Los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ser conocidos por otros términos como «educadores inter pares», «trabajadores de sensibilización inter pares» o también como «trabajadores de sensibilización». Sin embargo, los términos «comunitario» o «pares» no deben entenderse ni utilizarse para referirse a que estas personas son menos calificadas o menos capacitadas que los trabajadores de sensibilización que forman parte del personal.

Personas trabajadoras del sexo: Mujeres, varones y transexuales adultos y jóvenes (mayores de 18 años) que reciben de forma habitual u ocasional dinero o bienes a cambio de servicios sexuales» (*Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual*, actualizada en 2012). El trabajo sexual puede presentar distintos grados de «formalidad» u organización. Es importante destacar que el trabajo sexual implica relaciones sexuales consentidas entre adultos, relaciones que adoptan muchas formas que varían entre los distintos países y comunidades dentro de ellos. Esta publicación no aborda la problemática de los niños y niñas que son víctimas de la explotación sexual, es decir, de personas menores de 18 años.



Introducción

Introducción

Las personas trabajadoras del sexo figuran entre las poblaciones más afectadas por el VIH desde el comienzo de la epidemia hace más de 30 años. Tanto en las epidemias concentradas como en las generalizadas, la prevalencia de VIH es considerablemente mayor entre las personas que ejercen el trabajo sexual que entre la población general. Existen numerosas razones para esto, incluyendo el tipo de trabajo que realizan, las condiciones laborales inseguras, las barreras para la negociación de un uso sistemático del condón y la falta de acceso a servicios de salud adecuados. Además, muchas veces las personas trabajadoras del sexo apenas tienen control sobre los factores citados a causa de su marginación social y la criminalización de su entorno laboral. En algunos casos, la violencia, el consumo de alcohol y de drogas pueden aumentar aún más los riesgos y su vulnerabilidad.

La respuesta al VIH ha cambiado considerablemente en las últimas tres décadas, particularmente en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Lo que sigue faltando es una respuesta respetuosa y comprensiva de las poblaciones marginadas y vulnerables, que incluya a las personas trabajadoras del sexo. Esto se ve en incontables casos individuales, así como en las leyes, las políticas y los reglamentos discriminatorios, incluyendo aquellos que prohíben a las personas trabajadoras del sexo ambulantes, a las personas indocumentadas y las emigrantes el poder recibir medicamentos vitales.

Por lo tanto, todas las personas trabajadoras del sexo tienen el derecho humano fundamental de disfrutar de la más alta calidad posible en materia de salud. Esto significa que los proveedores de atención a la salud tienen la obligación de suministrar los servicios adecuados a dicho colectivo, independientemente del estado legal del trabajo sexual y de las personas que lo realizan. Por consiguiente, en virtud de los principios de salud para todos y los derechos humanos fundamentales, los profesionales de salud, responsables de programas y funcionarios nacionales deben asegurarse que todas las personas trabajadoras del sexo tengan un acceso pleno, igualitario y adecuado a los métodos y productos de prevención y a los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH.

El propósito de la publicación

En el 2012 la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, en sus siglas en inglés), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP, en sus siglas en inglés) publicaron un documento de orientación denominado *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública*¹ (referido aquí como «*Recomendaciones 2012*»), que proporciona recomendaciones técnicas sobre intervenciones eficaces para la prevención y el tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Estas recomendaciones han sido resumidas al final de la introducción.

Tras la publicación de las *Recomendaciones 2012*, algunas partes interesadas solicitaron indicaciones sobre cómo aplicarlas. Esta publicación responde a esa necesidad, ofreciendo consejos prácticos sobre la aplicación de los programas de respuesta al VIH y las ITS para los diferentes colectivos en el trabajo sexual. Contiene ejemplos de buenas prácticas del mundo entero, con la finalidad de apoyar los esfuerzos en la planificación de programas y servicios; también describe los asuntos que deben ser tomados en consideración y cómo superar las dificultades.

¹ *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.

Esta herramienta es el fruto de la colaboración estrecha entre personas trabajadoras del sexo, profesionales de la salud, investigadores, funcionarios gubernamentales y organizaciones no gubernamentales (ONG) provenientes del mundo entero, y de la colaboración de Naciones Unidas y algunos socios para el desarrollo de los Estados Unidos. La herramienta sigue los lineamientos de las *Recomendaciones 2012*. También incluye un dictamen mundial llevado a cabo con personas trabajadoras del sexo por la NSWP como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*. Este dictamen se identifica aquí como la «encuesta de valores y preferencias».²

Definición de personas trabajadoras del sexo

La expresión personas trabajadoras del sexo incluye a «mujeres, varones, transexuales adultos y jóvenes (mayores de 18 años) que reciben de forma habitual u ocasional dinero o bienes a cambio de servicios sexuales».³ El trabajo sexual puede presentar distintos grados de «formalidad» u organización. Es importante destacar que el trabajo sexual implica relaciones sexuales consentidas entre adultos, relaciones que adoptan muchas formas y varían entre los distintos países y las propias comunidades. Esta publicación no aborda la problemática de los niños y niñas que son víctimas de la explotación sexual, o sea de personas menores de 18 años.

Cómo utilizar este instrumento

Esta herramienta está diseñada para su uso por funcionarios nacionales de salud pública, responsables de programas contra el VIH/SIDA y las ITS, organizaciones no gubernamentales (ONG) —entre ellas organizaciones comunitarias y de la sociedad civil— y profesionales de la salud. Esta herramienta también puede ser de interés para los organismos internacionales de financiación, los responsables de políticas sanitarias y los defensores de derechos.

Los autores reconocen que esta herramienta tal vez no pueda ser consultada en su totalidad. Por lo tanto, se insta al lector a hojear todos los capítulos en vez de sólo concentrarse en aquellos que puedan ser de interés inmediato. Esto permitirá entender cómo los diferentes aspectos analizados contribuyen a la elaboración de programas integrales para las personas trabajadoras del sexo.

Cada capítulo aborda explícita o implícitamente una o más de las *Recomendaciones 2012*. Los primeros tres capítulos se dedican a los enfoques y principios en la elaboración de programas dirigidos por la comunidad de personas trabajadoras del sexo. Estos enfoques dirigidos por la comunidad son en sí mismos intervenciones esenciales. Los capítulos 4 y 5 describen la implementación de las intervenciones de atención a la salud recomendadas para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH. El capítulo 6 aborda la gestión de programas y el fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones de personas trabajadoras (véase la figura 1).

² *Female, Male and Transgender Sex Workers' Perspectives on HIV & STI Prevention and Treatment Services*. Edinburgo, Reino Unido: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, 2011.

³ *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, actualizado en el 2012.

Figura 1. La estructura del instrumento



Capítulo ① Empoderamiento comunitario es el fundamento de esta herramienta. Este capítulo describe cómo el empoderamiento de la comunidad de personas trabajadoras del sexo es tanto una intervención en sí misma, a la vez que un elemento esencial para la planificación, la aplicación y el seguimiento eficaz de todos los aspectos de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH y las ITS.

Capítulo ② Abordar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo se centra en una de las necesidades más urgentes de este colectivo social: que se les proteja de la violencia, la discriminación, el abuso y otras formas de violaciones de sus derechos humanos. La eficacia de las intervenciones de prevención del VIH/ITS a menudo se ven comprometidas cuando las intervenciones para hacer frente a la violencia no se aplican simultáneamente.

Capítulo ③ Servicios dirigidos por la comunidad: Al igual que el empoderamiento comunitario, un enfoque dirigido por la comunidad para la planificación, la prestación y el seguimiento de los servicios para las personas trabajadoras del sexo es esencial para que los programas sean más eficaces y sostenibles. Este capítulo describe los principios de los servicios dirigidos por la comunidad y demuestra cómo se aplican en la participación, los espacios seguros (centros de acogida) y la supervisión del programa.

Capítulo ④ Promoción del uso del condón y lubricantes presenta una descripción detallada sobre la planificación e implementación del suministro de condones masculinos y femeninos así como lubricantes, utilizando los enfoques descritos en los capítulos anteriores. Este capítulo trata la planificación y gestión de abastecimientos adecuados, la promoción a varios niveles de los productos y la creación de un entorno propicio.

Capítulo ⑤ Servicios clínicos y de apoyo presenta descripciones detalladas de intervenciones fundamentales de prevención, tratamiento y atención, incorporando los enfoques descritos en capítulos anteriores. Los servicios descritos incluyen asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH, tratamiento antirretrovírico, tratamiento de ITS y co-infecciones – como la tuberculosis y la hepatitis viral – así como otros servicios, como los destinados a la salud sexual y reproductiva, la reducción de daños para personas trabajadoras del sexo que se inyectan drogas, los cuidados post-violación y los de salud mental.

Capítulo ⑥ Gestión de programas y fortalecimiento de la capacidad organizativa proporciona una guía práctica sobre la planificación, puesta en marcha, ampliación, gestión y el seguimiento de un programa eficaz desde dos perspectivas: por un lado, un programa a gran escala, de gestión centralizada y múltiples instancias ejecutoras; y por otro, dirigido a los grupos comunitarios locales que busquen iniciar o ampliar determinados servicios.

¿Cuáles son los elementos clave de cada capítulo?

Cada capítulo comienza con una introducción que define el tema y explica por qué es importante. Donde sea relevante, la introducción presenta una o más de las *Recomendaciones 2012*, y en algunos capítulos también se presentan los principios subyacentes. Las intervenciones se describen con detalle y, donde es posible, se dividen en etapas o pasos para que sean fáciles de seguir. Los temas o puntos de interés particulares se presentan en los recuadros. Los ejemplos de programas de todo el mundo se presentan en los recuadros sombreados. Estos ejemplos no describen un programa al detalle, dado que numerosas publicaciones ya tratan cuestiones comunes de los programas. Sin embargo, destaca los aspectos específicos relacionados con los programas de las personas trabajadoras del sexo que han funcionado bien en sus diferentes entornos. El propósito de los ejemplos es ilustrar cómo se ha abordado un problema o un desafío, y para inspirar ideas sobre los enfoques que podrían funcionar en el propio entorno del lector. Los formularios, tablas, etc., de diferentes programas

descritos tienen el mismo propósito. Cada capítulo termina con una lista de recursos – herramientas, directrices y otras publicaciones prácticas – que se encuentran disponibles en línea, además de lecturas complementarias – artículos de revistas y otras publicaciones – que proporcionan una perspectiva investigadora o académica sobre algunos de los puntos planteados en los capítulos.

Navegar en y entre los capítulos

Aunque cada capítulo se subdivide para que sea más fácil encontrar y utilizar la información, se insta a la persona lectora a no ver los diferentes servicios e intervenciones que se describen en un capítulo como algo separado e independiente del resto. De la misma forma, las áreas de contenido de cada capítulo también están vinculadas y no deben considerarse de forma aislada. Cada capítulo también está provisto de referencias que permiten a quien lee hacer las correlaciones necesarias.

Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para personas trabajadoras del sexo en países de ingresos bajos y medios

Las *Recomendaciones 2012* incluyen recomendaciones técnicas basadas en evidencias de acuerdo con la metodología GRADE («Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones»), así como recomendaciones de buenas prácticas. Las recomendaciones basadas en evidencias no solo están respaldadas por datos científicos, sino también por la experiencia vital de las personas trabajadoras del sexo de todo el mundo. Las recomendaciones de buenas prácticas son principios generales que no se derivan de datos científicos, sino del sentido común, la ética y los principios de los derechos humanos. Estas recomendaciones no se han sometido a un proceso GRADE formal, pero fueron documentadas por la experiencia de las personas trabajadoras del sexo y deben promoverse con fuerza en todas las intervenciones dirigidas a ellas.

Recomendaciones de buenas prácticas

1. Todos los países deberían trabajar a favor de la despenalización del trabajo sexual y la eliminación de la aplicación injusta de leyes y reglamentos administrativos contra las personas trabajadoras del sexo.
2. Los gobiernos deberían establecer leyes antidiscriminatorias y leyes de protección de derechos con el fin de luchar contra la discriminación, la violencia y otras vulneraciones de derechos que sufren, y así hacer respetar sus derechos humanos y reducir su vulnerabilidad ante la infección por VIH y el impacto del SIDA. Las leyes y reglamentos antidiscriminatorios deberían garantizar el derecho de las personas trabajadoras del sexo a los servicios sociales, financieros y de salud.
3. Garantizar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud para las personas trabajadoras del sexo basándose en los principios de la no estigmatización, la no discriminación y el derecho a la salud.
4. La violencia contra las personas trabajadoras del sexo supone un factor de riesgo de infección por VIH y debe ser prevenida y abordada en colaboración con ellas mismas y las organizaciones que dirigen.

Recomendaciones basadas en evidencias

1. Ofrecer un paquete de intervenciones para fomentar el empoderamiento comunitario de las personas trabajadoras del sexo.
2. Promover el uso correcto y sistemático del condón entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes.
3. Ofrecer a las mujeres trabajadoras del sexo revisiones periódicas de ITS asintomáticas.
4. Ofrecer a las mujeres trabajadoras del sexo tratamiento presuntivo periódico de ITS asintomáticas cuando exista una prevalencia elevada y los servicios clínicos sean limitados.
5. Ofrecer a todas las personas trabajadoras del sexo asesoramiento y pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH.
6. Aplicar las orientaciones actuales de la OMS sobre el uso de tratamiento antirretrovírico (TAR) para la población en general de personas trabajadoras del sexo con VIH (y referirse a las últimas directrices de la OMS publicadas en 2013, esto es, comenzar el uso de ARV con un recuento de CD4 por debajo de 500).
7. Aplicar las recomendaciones actuales de la OMS sobre la reducción de daños entre las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables (en particular los programas de distribución de agujas y jeringuillas y el tratamiento de sustitución de opiáceos).
8. Incluir a las personas trabajadoras del sexo como destinatarios de las estrategias de actualización de la inmunización contra el VHB en entornos donde la vacunación infantil no haya alcanzado una cobertura completa.

Principios para la implementación de programas integrales de VIH e ITS con personas trabajadoras del sexo

Varios principios sustentan las *Recomendaciones 2012* y las directrices operativas que se presentan en esta publicación. Estos principios se describen en las *Recomendaciones 2012* (pp. 37–38) y se presentan con más detalle en esta herramienta. Se pueden resumir de la siguiente manera:

- **Empoderamiento comunitario** es el proceso mediante el cual las personas trabajadoras del sexo son empoderadas y apoyadas para abordar por sí mismas las restricciones estructurales a su salud, sus derechos humanos y su bienestar, para mejorar el acceso a los servicios de salud y así reducir el riesgo de infección por el VIH. El empoderamiento comunitario es un enfoque esencial e inherente a todas las intervenciones y los programas descritos en esta herramienta.
- **La participación y el liderazgo comunitario** en el diseño, aplicación, seguimiento y evaluación de los programas también son esenciales. La participación y el liderazgo ayudan a fomentar la confianza con aquellas personas destinatarias de los programas, dan lugar a programas más abarcadores que responden mejor a las necesidades de las personas trabajadoras del sexo y a entornos más propicios para la prevención del VIH en el ámbito del trabajo sexual.
- Los programas deberían **abordar las barreras estructurales**. Las personas trabajadoras del sexo poseen un conocimiento minucioso sobre las restricciones legales, sociales, culturales e institucionales que obstruyen su acceso a los servicios y que les niegan sus derechos. Su participación es esencial para la formulación de estrategias que superen estas barreras.
- Los programas deberían **intervenir en varios niveles**, desde la atención de base al ámbito político nacional. Los planificadores deberían tomar en cuenta cómo y dónde se toman las decisiones operativas y políticas sobre el financiamiento, los servicios de salud, los beneficios sociales, la educación, las prácticas policiales y la cobertura mediática. Todas estas áreas afectan a los programas de prevención del VIH así como también a las vidas de las personas trabajadoras del sexo. Los programas y las comunidades a quien están dirigidos deben formar parte del proceso de la toma de decisiones. Las personas trabajadoras del sexo pueden, por lo tanto, participar y ofrecer liderazgo en todos los niveles.
- Siempre que sea posible, los programas deberían adoptar un enfoque **holístico** – teniendo en cuenta la amplia variedad de servicios que las personas trabajadoras del sexo necesitan – y **complementario** – encontrando maneras para coordinar e integrar la prestación de servicios —tanto como sea posible, para que sean más accesibles y eficaces, y para fortalecer los sistemas de remisión a otros prestadores de servicios. Esto incluye a los servicios clínicos y no clínicos, que no deberían considerarse como áreas distintas.
- Los principios que sustentan esta herramienta y los enfoques operativos que presenta, aunque se basan en las *Recomendaciones 2012* para las personas que realizan trabajo sexual en países de ingresos bajos y medios, no son menos **relevantes para los países de ingresos altos** y deberían ser considerados como el estándar mínimo global.



1

Empoderamiento
comunitario



¿Qué contiene este capítulo?

El empoderamiento comunitario es el fundamento de todas las intervenciones y enfoques descritos en esta herramienta. Este capítulo:

- **Define el empoderamiento comunitario** y explica por qué es fundamental para abordar el VIH y las ITS entre las personas trabajadoras del sexo de una manera eficaz y sostenible (sección 1.1).
- Describe **ocho elementos del empoderamiento comunitario**, con ejemplos de varios programas (sección 1.2).

El capítulo también presenta:

- Ejemplos de **indicadores** que miden el empoderamiento de las organizaciones de los trabajadores sexuales (sección 1.3).
- Una lista de **recursos y literatura complementaria** (sección 1.4)

1.1 Introducción

Recomendaciones 2012:¹ Recomendación núm. 1 basada en evidencias

Ofrecer un paquete de intervenciones para fomentar el empoderamiento comunitario de las personas trabajadoras del sexo.

Dentro del contexto del desarrollo de los programas para personas trabajadoras del sexo y de respuesta al VIH, el empoderamiento comunitario es el proceso de apropiación individual y colectiva de los programas por parte de las personas trabajadoras del sexo para que la respuesta al VIH sea lo más eficaz posible y para adoptar medidas concretas para superar los obstáculos sociales y estructurales respecto a la salud y a los derechos humanos.²

Las intervenciones realizadas a través de un modelo de empoderamiento comunitario incluyen, entre otras, la colaboración sostenida con personas trabajadoras del sexo autóctonas para aumentar la conciencia en torno a los derechos, la creación de espacios seguros (centros de acogida),³ dirigidos por la comunidad, la capacitación de diferentes colectivos que determinen la diversidad de servicios que deben prestarse, o las tareas de divulgación y protección.

Las *Recomendaciones 2012* declaran que el empoderamiento comunitario es un componente necesario para estas intervenciones y que debe ser dirigido por las propias personas trabajadoras del sexo. Los beneficios son elevados, no existen daños, y los recursos que se requieren son relativamente pocos. La encuesta de valores y preferencias⁴ mostró que las personas trabajadoras del sexo consideran el empoderamiento comunitario como «un componente imprescindible» de las intervenciones de salud para mejorar sus condiciones de vida y trabajo, desarrollar estrategias de intervenciones de salud y derechos, así como reparar las violaciones a los derechos humanos.

Las personas trabajadoras del sexo se hacen cargo del proceso de empoderamiento comunitario al involucrar a otras personas que realizan el trabajo sexual para participar en el desarrollo de soluciones a los problemas que enfrentan como grupo y defender sus derechos como personas trabajadoras del sexo y como seres humanos.

El empoderamiento comunitario es también un movimiento social más amplio que apoya la autodeterminación de las personas trabajadoras del sexo. Requiere que las instituciones y organizaciones gubernamentales, las no gubernamentales, las públicas, las privadas, las políticas y las religiosas se ocupen y hagan frente a la exclusión social, la estigmatización, la discriminación y la violencia que violan los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo y que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad asociados con el VIH. El empoderamiento comunitario incluye trabajar a favor de la despenalización del trabajo sexual y la eliminación de la aplicación injusta de leyes y reglamentos administrativos contra las personas trabajadoras del sexo; y reconocer y respetar el trabajo sexual como una profesión o medio de vida legítimo.

Invertir en el empoderamiento comunitario no es sólo hacer lo correcto sino que también es hacerlo con conciencia. El VIH afecta de una manera desproporcionada a las mujeres, los hombres y los transexuales que se dedican al trabajo sexual. Las estrategias para la prevención del VIH al interior de este colectivo (como la

1 *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.

2 En la mayoría de los contextos a los cuales se hace referencia, el término «comunidad» se refiere a un colectivo de personas trabajadoras del sexo y no a las agrupaciones geográficas, sociales o culturales más amplias de las cuales podrían formar parte. Por lo tanto, la «sensibilización comunitaria» hace referencia a la sensibilización entre las personas trabajadoras del sexo, las «intervenciones dirigidas por la comunidad» son intervenciones impulsadas por ellas y el término «miembros de la comunidad» se refiere a las propias personas trabajadoras del sexo.

3 Lugar donde las personas trabajadoras del sexo se reúnen para relajarse, conocer a otros miembros de la comunidad y llevar a cabo eventos sociales, reuniones o capacitaciones. Consultar el capítulo 3, sección 3.3 para más detalles.

4 Una reunión de consenso mundial realizada por la NSWP con diferentes personas trabajadoras del sexo como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*.

educación entre pares y el control de las infecciones de transmisión sexual) son más eficaces y sostenibles cuando se llevan a cabo dentro de un marco de empoderamiento comunitario. De Kenia a Ucrania, de Brasil a Tailandia, de la India a la República Dominicana, la inversión en organizaciones dirigidas por la comunidad ha arrojado mejores resultados en el alcance, el acceso, la calidad y la utilización de servicios, así como en el uso del condón y en el compromiso de las personas trabajadoras del sexo con las estrategias y los programas nacionales. La ampliación de las intervenciones integrales en relación al VIH basadas en el empoderamiento comunitario ayuda a prevenir un número significativo de nuevas infecciones por el VIH, particularmente en entornos con tasas elevadas de VIH.

El empoderamiento comunitario de las personas trabajadoras del sexo implica:

- La creación de alianzas entre personas trabajadoras del sexo para brindarse apoyo mutuo.
- La eliminación de barreras para una plena participación.
- El fortalecimiento de la cooperación entre las comunidades de personas trabajadoras del sexo, los gobiernos, la sociedad civil y las alianzas locales.
- Dar respuesta a las necesidades colectivas en un ambiente seguro y confiable.
- El protagonismo de las personas trabajadoras del sexo en la dirección del proceso: son quienes están en mejor posición para identificar sus propias prioridades y las estrategias apropiadas para atenderlas.
- La participación relevante de las personas trabajadoras del sexo en todos los aspectos del diseño, implementación, gestión y evaluación de los programas.
- El financiamiento y la asignación de recursos directos a las organizaciones y a las comunidades de personas trabajadoras del sexo, quienes luego serán los responsables en determinar las prioridades, las actividades, el personal, la naturaleza y el contenido de los servicios que se ofrecen. Por último, las organizaciones dirigidas por personas que realizan trabajo sexual pueden llegar a emplear a personal calificado (doctores, profesionales en enfermería, trabajadores sociales y trabajadores comunitarios), en lugar de que las personas trabajadoras del sexo sean solamente voluntarios, trabajadores de sensibilización comunitaria⁵ o empleados.

El empoderamiento comunitario es más que un conjunto de actividades; es un enfoque que se debe integrar en todos los aspectos del desarrollo de los programas asociados con la salud y el VIH. Constituye la piedra angular de un enfoque del VIH y el trabajo sexual basado en los derechos humanos y, como tal, refuerza todas las recomendaciones y los componentes presentados en este documento.

1.2 Elementos clave del empoderamiento comunitario

El proceso de empoderamiento comunitario es, por definición, impulsado por las propias personas trabajadoras del sexo. Por lo tanto, no es práctico adoptar un enfoque vertical e inflexible en la aplicación de iniciativas de empoderamiento comunitario. No obstante, varios grupos de personas trabajadoras del sexo de todo el mundo han identificado algunos elementos clave del empoderamiento comunitario. (Figura 1.1).⁶

El enfoque es flexible y se adapta a las necesidades individuales de la comunidad. De hecho, no existe ningún orden establecido por el cual se deban abordar los diferentes aspectos; por ejemplo, el proceso podría iniciarse trabajando con las comunidades de personas trabajadoras del sexo, seguido de la participación dirigida por la comunidad, el desarrollo y fortalecimiento de colectivos (organizaciones y redes dirigidas por las propias personas trabajadoras) y finalizar con la adaptación de las políticas basadas en los derechos humanos y la creación de un entorno propicio para sustentar el cambio, en consonancia con las necesidades y los contextos locales.

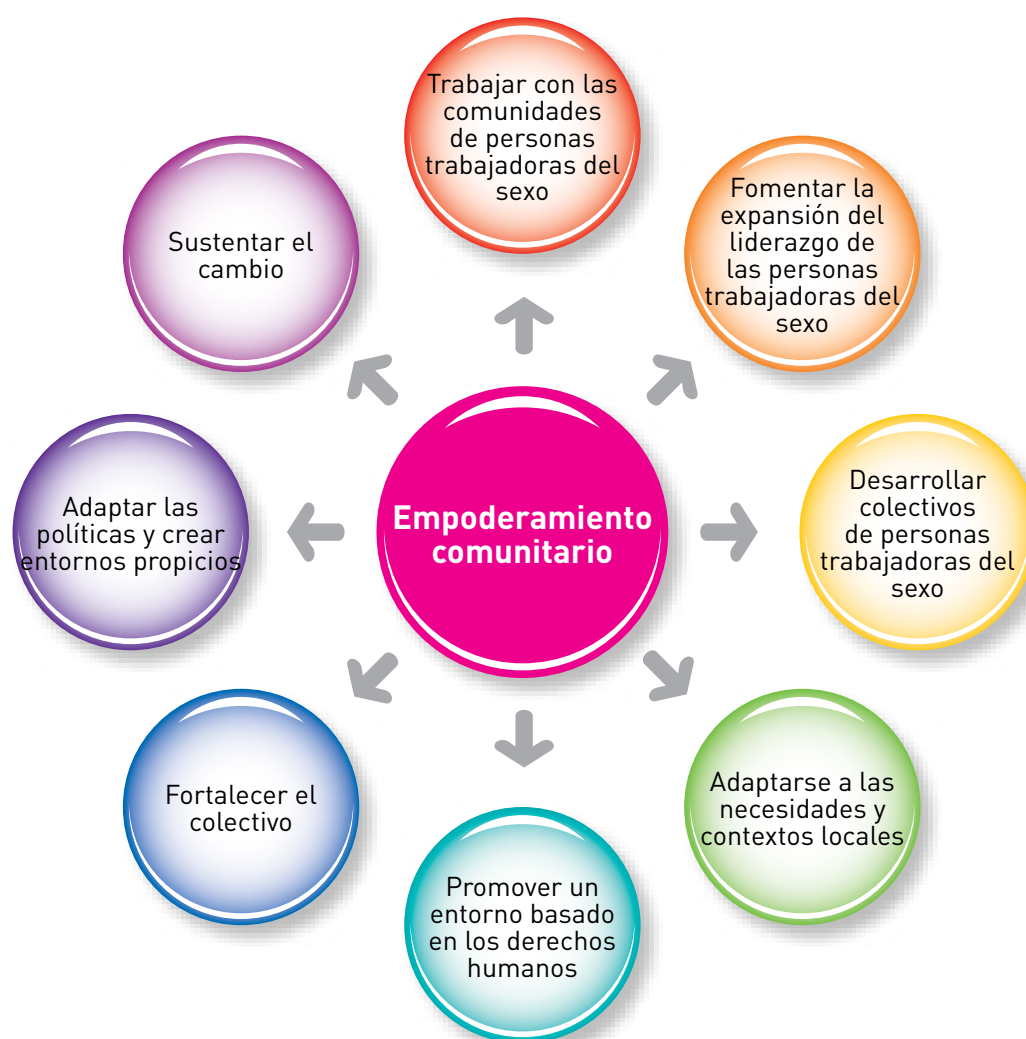
5 En este instrumento, la expresión «trabajador de sensibilización comunitaria» se usa para referirse a una persona trabajadora del sexo que sensibiliza a sus pares y que, en general, no forma parte del personal de tiempo completo de una intervención para la prevención del VIH (al personal de tiempo completo se le puede llamar «trabajador de sensibilización del personal» o simplemente «trabajador de sensibilización»). Los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ser conocidos por otros términos como «educadores inter pares», «trabajadores de sensibilización inter pares» o también como «trabajadores de sensibilización». Sin embargo, en ningún caso los términos «comunitario» o «pares» deben entenderse ni utilizarse para referirse a una menor calificación o capacitación de estas personas respecto a los trabajadores de sensibilización que forman parte del personal.

6 Estamos especialmente agradecidos a Veshya Anyay Mukti Parishad (VAMP—Colectivo de Trabajadores Sexuales contra la Injusticia) y Sampada Grameen Mahila Sanstha (SANGRAM—Organización Rural de Mujeres: Secretaria General: Meena Seshu) en la India, por su apoyo para identificar algunos de estos aspectos.

1 El empoderamiento comunitario

Este proceso implica un cambio de paradigma que transita desde la concepción de las personas trabajadoras del sexo como «beneficiarias de servicios» hasta la autonomía de las comunidades de personas trabajadoras sexuales. El empoderamiento comunitario genera un movimiento social donde la comunidad — las personas trabajadoras del sexo — ejerce colectivamente sus derechos, se les reconoce su autoridad y actúan como socios, en igualdad de condiciones, en la planificación, aplicación y seguimiento de los servicios de salud.

Figura 1.1 Elementos clave del empoderamiento comunitario entre las personas trabajadoras del sexo



1.2.1 Trabajando con las comunidades de personas trabajadoras del sexo

El empoderamiento comunitario es un proceso que lleva mucho tiempo y esfuerzo, sobre todo porque en muchos contextos el trabajo sexual es estigmatizado y criminalizado. La confianza, la empatía y el respeto son importantes para todos los colaboradores. Construir la confianza implica tratar a las personas trabajadoras del sexo con dignidad y respeto, escuchar y atender sus preocupaciones y trabajar con ellas durante todo el proceso de desarrollo e implementación de una intervención determinada. La meta es desarrollar un programa que, finalmente, lo manejen completamente las propias personas trabajadoras del sexo, y que las organizaciones dirigidas por ellas sean reconocidas como colaboradores legítimos por parte de los funcionarios y los proveedores de servicios sanitarios, las fuerzas y los cuerpos de seguridad y los servicios sociales.

Recuadro 1.1

Participación relevante

La participación significativa implica que las personas trabajadoras del sexo:

- Eligen sus medios de representación y representantes.
- Eligen cómo se involucran en el proceso.
- Eligen si participan o no.
- Sus opiniones en la gestión de las asociaciones son consideradas en igualdad.

La participación relevante de las personas trabajadoras del sexo es esencial para construir confianza y establecer relaciones y asociaciones honestas y sostenibles (véase el recuadro 1.1). Esto puede ser un verdadero reto para los profesionales de la salud que están acostumbrados a establecer los parámetros de prestación de los servicios y determinar cómo deben llevarse a cabo las relaciones o asociaciones. Con el empoderamiento de las personas trabajadoras del sexo y sus organizaciones, las expectativas sobre el reparto y cambio de poder serán mayores (véase el capítulo 6, sección 6.2.8). En las primeras etapas del empoderamiento comunitario, puede que las personas trabajadoras del sexo muestren menos experiencia en organizarse como grupo, por lo cual deben contar con la asistencia técnica y el apoyo esencial de las redes nacionales, regionales y mundiales dirigidas por las personas trabajadoras del sexo (véase el capítulo 6, sección 6.6). Sus aliados también pueden jugar un papel importante en facilitar la participación relevante de las personas trabajadoras del sexo, con la autogestión comunitaria como objetivo común.

Las asociaciones son cruciales pero deben establecerse o mantenerse de forma que no perjudiquen a las personas trabajadoras del sexo. La exclusión social, las leyes punitivas y la normalización de la violencia, la estigmatización y la discriminación no sólo afectan sus vidas cotidianas, sino que también influyen grandemente en los responsables de las políticas y en las actitudes de los funcionarios y de los proveedores de servicios. Todos los asociados deben compartir la responsabilidad de apoyar la transición desde el desempoderamiento al empoderamiento de las personas trabajadoras del sexo. Dado que algunos aspectos del trabajo sexual se criminalizan en 116 países, y que la gran mayoría de los países tienen otras leyes punitivas que se utilizan en contra de las personas trabajadoras del sexo, se han de incorporar medidas de protección en las diferentes alianzas para asegurarse de que las personas trabajadoras del sexo no se enfrentan a una respuesta contraproducente y negativa por organizarse; que no teman ser arrestadas o acosadas solo por identificarse como trabajadoras del sexo y que no experimenten más estigmatización por parte de los proveedores de atención sanitaria.

1.2.2 Fomentar la participación dirigida por las propias personas trabajadoras del sexo

Existen grandes diferencias entre los programas elaborados *para* las personas trabajadoras del sexo y aquellos que son dirigidos *por* ellas mismas (tabla 1.1). Este aspecto del proceso de empoderamiento comunitario requiere que los proveedores de servicios reflexionen sobre cómo pueden apoyar una transición que va de prestar servicios a personas trabajadoras del sexo a que las mismas organizaciones de las personas trabajadoras del sexo se conviertan en los contratantes de los proveedores de servicios.

Las iniciativas dirigidas por las personas trabajadoras del sexo operan bajo el principio de que ellas mismas están mejor capacitadas no solo para enseñar a las demás personas trabajadoras cómo protegerse ante los riesgos de su trabajo para su salud e integridad, sino también para promover y proteger sus derechos humanos.

Las personas trabajadora del sexo deben ser la fuerza motriz en los programas específicos que abordan el VIH y el trabajo sexual. No basta con “consultar” a las personas trabajadoras del sexo antes de crear un programa. Por el contrario, los programas deben basarse en las necesidades, percepciones y experiencias de las propias personas trabajadoras del sexo.

Tabla 1.1 Comparación entre diferentes enfoques de programas desde la perspectiva del empoderamiento comunitario

Elaborados para las personas trabajadoras del sexo

Los programas a veces se centran en cómo las personas trabajadoras del sexo pueden proteger a *otras* de enfermedades y cómo la sociedad puede protegerse de las personas trabajadoras del sexo.

Los programas a menudo suponen que el conocimiento y el poder pertenecen al personal y a los responsables de programas.

Las personas trabajadoras del sexo participan en la implementación de programas frecuentemente como voluntarias y no como socios en igualdad de condiciones

El seguimiento se centra en los bienes y servicios proporcionados y los objetivos a lograr.

Se prioriza el establecer relaciones con proveedores de atención sanitaria dentro del sistema de salud. Se pone menos énfasis en establecer relaciones entre los grupos de personas trabajadoras del sexo.

Elaborados con/dirigidos por las personas trabajadoras del sexo

Los programas se centran en las necesidades identificadas colectivamente por las personas trabajadoras del sexo y en el desarrollo de soluciones adecuadas.

La comunidad consensua sus necesidades antes de elaborar un programa, y las personas trabajadoras del sexo participan en todas las etapas de planificación e implementación.

Las personas trabajadoras del sexo participan como socios en igualdad de condiciones en la implementación de programas, frecuentemente como personal remunerado o como trabajadoras de sensibilización comunitaria que colaboran con la comunidad (y no para una organización externa).

El seguimiento se centra en la calidad de los servicios y de los programas, la colaboración de la comunidad, la cohesión y la aceptación comunitaria, así como la cobertura adecuada de los servicios.

Se prioriza establecer relaciones dentro de las comunidades de personas trabajadoras del sexo así como entre las propias personas trabajadoras y otras organizaciones, proveedores de servicios, instituciones que defienden los derechos humanos y otros grupos afines.

**Recuadro
1.2**

Programas de participación dirigidos por personas trabajadoras del sexo

Los programas de participación dirigidos por las personas trabajadoras del sexo se centran en:

- Sus propias necesidades y experiencias y no en las necesidades supuestas por parte de los programadores.
- El proceso de participación dirigido por las propias trabajadoras del sexo, priorizando medidas de mayor protección para ellas, antes que los indicadores del proceso (por ejemplo, el cálculo del número de condones repartidos es parte de un programa, y no debe verse como el único fin).
- Estimular el empoderamiento comunitario y el fomento de una identidad colectiva entre las personas trabajadoras del sexo.

Para garantizar la credibilidad y la confianza de las personas trabajadoras del sexo, es importante que los educadores y trabajadores de participación reclutados sean también personas del propio colectivo, ya que:

- comparten una experiencia común que puede disminuir la estigmatización interiorizada y aumentar la autoestima y la solidaridad colectiva.
- Es más probable que se sientan más cómodas para compartir detalles íntimos asociados con el trabajo sexual con alguien experimentado y bien informado.
- Es más probable que acudan a las remisiones de servicios, que realicen los tratamientos y que asuman conductas y hábitos dirigidos a la mejora y a la protección de su salud si confían en la persona que proporciona el asesoramiento.
- Tienen conocimiento del ámbito del trabajo sexual, lo que permite multiplicar las actividades de sensibilización a clientes, responsables de locales, fuerzas policiales y proveedores de atención sanitaria.

Sin embargo, las personas trabajadoras del sexo no se deben limitar a estas funciones en lo que respecta a los programas dirigidos por la comunidad. Más bien, se les debe ofrecer la oportunidad de participar en todos los demás niveles del programa, incluyendo la toma de decisiones sobre la implementación, la gestión y la gobernabilidad del programa. El fortalecimiento de sus capacidades y la asesoría deben ser prioridad para hacer posible que las personas trabajadoras del sexo ocupen estos puestos.

1.2.3 Capacitación del colectivo de personas trabajadoras del sexo

La capacitación de cualquier tipo de grupo u organización de personas trabajadoras del sexo sólo tendrá éxito si el proceso es iniciado y dirigido por la comunidad. Un primer paso que se da a menudo en el desarrollo de la cohesión comunitaria es el proporcionar un espacio seguro (centro de acogida) donde las personas trabajadoras del sexo pueden reunirse y debatir temas que les preocupan. Esto puede ser un ejercicio de empoderamiento *en y de sí mismo* (véase el recuadro 1.3) y ayuda a las personas trabajadoras del sexo a identificar problemas comunes, a tener una mayor conciencia del propósito y de conexión. Sin embargo, los espacios seguros son sólo una manera de iniciar procesos colectivos. Las personas trabajadoras del sexo también pueden reunirse para abordar asuntos clave que les afectan individualmente pero que requieren de una respuesta colectiva, tales como la violencia, la extorsión y el acoso; o tal vez pueden identificar necesidades comunes tales como el cuidado de las criaturas; o buscar información como inmigrantes recientes (y con frecuencia indocumentados).

El tipo de organización recomendado es un colectivo. Esto significa que las personas trabajadoras del sexo se organizan ellas mismas como grupo. Conjuntamente deciden las prioridades para todo el grupo, se ponen de acuerdo como grupo en la toma de decisiones y en las reglas de funcionamiento como grupo. Por último, un colectivo (es decir, una organización o red dirigida por personas trabajadoras del sexo) actúa por el interés grupal más que por el beneficio individual. El momento oportuno para decidir cuándo formar el colectivo pertenece a las propias personas trabajadoras del sexo, y no hay ningún plazo establecido para hacerlo.

Es importante tener en cuenta que las organizaciones y los procesos dirigidos por la comunidad (es decir, dirigidos por las personas trabajadoras del sexo) no son idénticos a las organizaciones genéricas basadas en la comunidad (OBC). Dentro de las organizaciones dirigidas por la comunidad, los poderes y la toma de decisiones están en las manos de los miembros de la comunidad (las personas trabajadoras del sexo) mientras que, dentro de una OBC, el poder reside solamente en algunos miembros de la comunidad o en no miembros de la comunidad que actúan como administradores. Es la naturaleza de la autodeterminación y el autogobierno de la organización -y su compromiso en alcanzar los objetivos que sus propios miembros han acordado- lo que la convierte en un colectivo.

Recuadro 1.3

Reunir a las personas trabajadoras del sexo

- Organizar actividades grupales en los espacios seguros (centros de acogida) basadas en los intereses de los miembros del grupo.
- Planear actividades para ocasiones especiales, como el Día internacional para la eliminación de la violencia contra las personas trabajadoras del sexo (17 de diciembre).
- Invitar a personas trabajadoras del sexo activistas o trabajadores de participación comunitaria de áreas vecinas a hablar ante audiencias de personas trabajadoras del sexo locales.

Las organizaciones de las personas trabajadoras del sexo se desarrollan de diferentes formas, principalmente a través de los dos procesos siguientes:

- aparecen como resultado de un proceso de empoderamiento comunitario u otro proceso respaldado por otra organización, principalmente por una red nacional, regional o global dirigida por las propias personas trabajadoras del sexo.
- Las personas trabajadora del sexo deciden formar una organización independiente.

La ventaja de la primera alternativa es que la organización asociada puede apoyar el proceso a través de la financiación, la provisión de espacios, así como también mediante el apoyo con actividades y promoción de derechos a fin de eliminar barreras. Este apoyo es a menudo necesario y bienvenido y debería incluir la vinculación del grupo local con las redes nacionales y regionales existentes de personas trabajadoras del sexo. Sin embargo, si una organización de personas trabajadoras del sexo ha de formar un verdadero colectivo, es fundamental que la autoridad se mantenga dentro de la comunidad; la formación y sus funciones se deben basar en las necesidades y prioridades identificadas por sus miembros. Por lo tanto, es esencial que el asociado externo comprenda que la organización necesita la libertad de encontrar su propio camino.

En algunos casos, los grupos de personas trabajadoras del sexo contratan a consultores para que los guíen en el proceso de formar una organización, o reciben el apoyo crucial de los miembros de una o dos organizaciones no gubernamentales (ONG). Alternativamente, pueden hacerlo ellos con la ayuda de un abogado de una ONG asociada, o con el apoyo de redes nacionales o regionales de personas trabajadoras del sexo. Una organización experimentada en la gestión de proyectos, la gestión financiera, el seguimiento, la presentación de informes, la comunicación y la recaudación de fondos puede ayudar a fortalecer la capacidad de las personas trabajadoras del sexo al proporcionarles capacitación y oportunidades para mejorar sus habilidades.

1.2.4 Adaptarse a las necesidades y a los contextos locales

Las personas trabajadoras del sexo se enfrentan a diversos entornos jurídicos, políticos, sociales y de salud. El trabajo sexual puede ser criminalizado o considerado como una actividad aceptable; puede ser ejercido principalmente dentro de establecimientos o en la calle. Las personas trabajadoras del sexo pueden ser

inmigrantes indocumentados, ambulantes o ser proveedores de servicios sexuales en su propia localidad. Los programas de respuesta al VIH necesitan ser sensibles a la diversidad de culturas a las cuales pertenecen las personas que trabajan en la industria sexual. El significado de pertenecer a la «comunidad» de trabajo sexual varía dependiendo de la cultura, la etnia, el idioma, la ubicación y la situación socioeconómica de las personas trabajadoras del sexo en cuestión. Como resultado de esos distintos contextos, la variedad de comunidades de personas trabajadoras del sexo presentan diferentes necesidades y desafíos que pueden ser abordados con iniciativas de empoderamiento comunitario.

La flexibilidad, la sensibilidad y la adaptabilidad son esenciales en la aplicación de iniciativas de empoderamiento comunitario. Los objetivos de las intervenciones deben estar alineados y deben abordar las necesidades de las personas trabajadoras del sexo, aunque estas cambien con el tiempo. El recuadro 1.4 presenta la manera en que las organizaciones de personas trabajadoras del sexo en la India y en Kenia han adaptado sus programas de acuerdo con las necesidades y los contextos locales.

**Recuadro
1.4**

Ejemplo de caso: necesidades y contextos locales en la India y en Kenia

VAMP (Veshya Anyay Mukti Parishad), una organización de personas trabajadoras del sexo en el sur de la India apoyada por SANGRAM (Sampada Grameen Mahila Sanstha, una organización de servicios comunitarios sobre el VIH), ha adaptado sus programas para abordar directamente las necesidades de las personas trabajadoras del sexo, quienes sufren exclusión económica, estigmatización y elevada discriminación por parte de las autoridades sanitarias. Los procesos dirigidos por la comunidad han tenido como resultado la capacitación de personas trabajadoras del sexo para apoyar el acceso de los miembros de la comunidad a la atención sanitaria subsidiada y sin estigmatización. Esto se ha logrado negociando el acceso a la diversidad de proveedores de servicios gubernamentales y proporcionando apoyo a las personas trabajadoras del sexo que se encuentran en dificultades económicas. El resultado es un colectivo de personas trabajadoras del sexo fuertes, empoderadas para reclamar y ejercer sus derechos, con gran mejora en la salud y el bienestar de las personas trabajadoras del sexo a nivel individual, de sus comunidades y familias.

En Kenia, los frecuentes problemas con agentes de las fuerzas del orden impulsaron a la acción colectiva de las personas trabajadoras del sexo. El Programa de Empoderamiento y Apoyo para Camareras de Barra (BHESP) desarrolló un programa en Nairobi diseñado para capacitar a personas trabajadoras del sexo locales para ser asistentes legales. Estudiaron las leyes locales y nacionales que tienen que ver con el trabajo sexual y los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo. Los asistentes legales ahora educan a otras personas trabajadoras del sexo con respecto a sus derechos, ayudan a aquellas que necesitan asesoramiento jurídico y documentan las violaciones de los derechos humanos, como los arrestos arbitrarios. Cada asistente legal trabaja como defensor responsable de 10 a 15 personas trabajadoras. Están capacitadas para identificar problemas específicos que los miembros del grupo puedan sufrir y solicitar recursos adicionales del personal de BHESP cuando sea necesario. El resultado son personas trabajadoras del sexo capacitadas y empoderadas que conocen la ley y sus derechos y están capacitadas para responder directamente a desafíos como la detención y el arresto arbitrario. Sistemas de asistentes legales similares se implementan desde el *Women's Legal Centre* (Centro jurídico de mujeres), financiado por la *Open Society Foundations* (Fundación Open Society) en Ciudad del Cabo (Sudáfrica), entre otras. Estos programas que abordan las necesidades y los contextos locales fomentan las competencias individuales y la resiliencia comunitaria.

1.2.5 Promover un entorno basado en los derechos humanos

Promover y proteger los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo es fundamental en todos los procesos de empoderamiento comunitario. Las *Recomendaciones 2012* abordan específicamente los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo.

Recomendaciones 2012: Recomendación núm. 2 de buenas prácticas

Los gobiernos deberían establecer leyes contra la discriminación, la violencia y otras violaciones de derechos que sufren las personas trabajadoras del sexo y así hacer respetar sus derechos humanos y reducir su vulnerabilidad ante la infección por VIH y al impacto del SIDA. Las leyes y los reglamentos antidiscriminatorios deberían garantizar el derecho de las personas trabajadoras del sexo a los servicios sociales, sanitarios y financieros.

La fuerza del colectivo y de las asociaciones creadas son cruciales en la promoción de un marco de derechos humanos. Desafiar la estigmatización y la discriminación, el apoyo a la movilización, la educación de los miembros de la comunidad sobre la universalidad de los derechos humanos, y cambiar las actitudes de la comunidad en general (no vinculada con el trabajo sexual) son actividades que ponen a prueba a las organizaciones y a las redes más fuertes. Dos ejemplos (recuadro 1.5) ilustran la importancia de las asociaciones y la centralidad del empoderamiento para lograr cambios estructurales

Recuadro 1.5

Ejemplo de caso: promover los derechos humanos y sociales entre las fuerzas policiales y el gobierno de Tailandia y Brasil.

La criminalización de la posesión de condones es una violación contra el derecho a la salud de las personas trabajadoras del sexo. No obstante, en Tailandia es una práctica común de las fuerzas del orden, a pesar de la directiva del gobierno que pretendía evitarlo. *Sex Workers in Group* (SWING) (Trabajadores sociales en grupo), una organización dirigida por la comunidad, ha formado una asociación innovadora y pragmática que involucra a cadetes policiales en su programa de participación. Se les ofrece a los cadetes pasantías de tres semanas trabajando junto a voluntarios de SWING para fomentar el uso del condón. Al final de la pasantía, los cadetes dan una presentación a los 1.200 estudiantes de la academia policial. Como resultado de este programa, las personas trabajadoras del sexo han experimentado menos acoso policial y arrestos. Además, los pasantes policiales se han convertido en promotores y defensores de los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo, cambiando la cultura policial desde adentro.

En Brasil, la organización dirigida por personas trabajadoras del sexo llamada Davida – Prostituição, Direitos Civis, Saúde ha luchado durante años contra la estigmatización y la discriminación en el trabajo sexual. Esta organización se ha asociado con el gobierno brasileño para establecer comités de política, dirigir campañas en los medios de comunicación para cambiar las actitudes dentro de las comunidades, lo cual ha sido fundamental para adaptar la respuesta del gobierno al SIDA. Uno de los éxitos más importantes de Davida ha sido su lucha con el gobierno para reconocer el trabajo sexual como una profesión, garantizando que las personas trabajadoras del sexo tengan los mismos derechos que los demás trabajadores, lo que incluye el recibir una pensión de jubilación.

1.2.6 Fortalecer los sistemas comunitarios (fortalecer el colectivo)

Formar un colectivo es un reto; sin embargo, mantenerlo y fortalecerlo es aún más difícil. Los movimientos dirigidos por la comunidad en todo el mundo se enfrentan a barreras significativas, entre ellas una financiación inadecuada, muy poco personal remunerado, necesidades comunitarias complejas, oposición política a su existencia, competencia por los recursos dentro y fuera de sus comunidades y una falta de reconocimiento de la importancia de sus poblaciones. Las organizaciones y redes de personas trabajadoras del sexo, como colectivos, se enfrentan a estos desafíos y más. La marginalización y la falta de visibilidad de las personas trabajadoras del sexo dentro de las estructuras jurídicas, sociales y económicas en todos los niveles de la sociedad significa que sus organizaciones y redes normalmente reciben poca financiación y son desvalorizadas.

Una organización sólida dirigida por la comunidad está caracterizada por una membresía entusiasta, un aumento de la independencia económica, mayor poder político y una colaboración social más amplia. Existen varias formas de lograrlo (véase el recuadro 1.6). Cuando se implementa una respuesta al VIH, los gobiernos, los donantes, el movimiento de la sociedad civil en general, las organizaciones locales y las agencias multilaterales tienen la responsabilidad de proporcionar apoyo sostenible a las organizaciones y redes de personas trabajadoras del sexo. Tal apoyo no se debe vincular a ideologías particulares impulsadas por los donantes que entren en conflicto con las necesidades y las prioridades previamente determinada por la comunidad. El riesgo puede mitigarse – y se pueden negociar estrategias de financiación más productivas– siempre y cuando el proceso de empoderamiento comunitario haya progresado a tal punto que el poder de la toma de decisiones esté se recaiga en el seno de la organización dirigida por la comunidad.

El fortalecimiento de los sistemas comunitarios es un mecanismo para asegurar la participación significativa de las organizaciones dirigidas por la comunidad dentro de sistemas de política y programas más amplios del estado, para abordar y resolver los problemas y conflictos internos. A nivel local, esto significa que las organizaciones y redes de personas trabajadoras del sexo participan como miembros en la planificación, la financiación, la implementación de comités o de otras entidades relevantes, para asegurar que las necesidades de la comunidad sean incluidas. También significa que dentro de una organización de personas trabajadoras del sexo, o a través de un número de organizaciones, se establecen estructuras dirigidas por la comunidad que dan seguimiento y abordan los problemas claves que preocupan a la comunidad. Entre estos se incluyen las estrategias para reducir la violencia, el reparto de viviendas comunitarias o el funcionamiento de las cooperativas financieras comunitarias.

**Recuadro
1.6**

Fortalecimiento de la capacidad de gestión y de organización

- Crear un método justo y transparente para la toma de decisiones dentro de la organización.
- Asegurarse de que el proceso de realización y gestión de actividades sea participativo, transparente y responsable.
- Establecer un sistema operativo transparente para la gestión de los recursos humanos y financieros.
- Las personas trabajadoras del sexo deben estar a cargo de la planificación, la implementación y el seguimiento del colectivo y sus actividades, que incluye la identificación de indicadores para el seguimiento.
- Apoyar el crecimiento del grupo y el progreso hacia sus metas y objetivos.
- Fomentar la colaboración y el aprendizaje de otras organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo y de redes nacionales e internacionales dirigidas por ellas mismas.

Para lograr alcanzar la sostenibilidad, es importante invertir tiempo y recursos para crear liderazgo entre las personas trabajadoras del sexo a través de su participación en capacitaciones, conferencias, diseño de proyectos, implementación, evaluación, investigación, recaudación de fondos y su participación en movimientos más grandes dedicados a la defensa de los derechos de las personas trabajadoras del sexo. (Véase también el capítulo 3, sección 3.2.2, parte D.)

También es esencial desarrollar las habilidades de organización y las capacidades del colectivo de una forma integral. Esto puede implicar la mejora de las capacidades empresariales y de gestión entre los miembros del grupo, fortalecer el liderazgo y la gestión o desarrollar actividades de movilización de recursos (recuadro 1.7). La orientación de los aliados y asociados, así como de otras organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo, pueden ayudar en el proceso.

Recuadro 1.7

Ejemplo de caso: generación de ingresos como colectivo

La mejora de las capacidades empresariales y de gestión entre los miembros del grupo puede conducir a actividades de generación de ingresos para el colectivo:

- Miembros de la comunidad de Ashodaya Samithi en Mysore, (India) utilizaron el financiamiento del Banco Mundial para abrir un restaurante con personal compuesto de personas trabajadoras del sexo, lo que ayudó a desafiar la estigmatización y la discriminación que sufren. Las ganancias apoyan un programa de atención domiciliaria para personas trabajadoras del sexo que viven con el VIH.
- En Brasil, la organización de personas trabajadoras del sexo conocida como Davida comenzó su propia línea de moda, Daspu, cuyas ganancias ayudan a apoyar las actividades sociales, culturales y de prevención del VIH de la organización.
- En la India, líderes del Proyecto Sonagachi registraron una cooperativa de consumidores para aumentar la seguridad económica de las personas trabajadoras del sexo, a través del acceso al crédito y a programas de ahorro, la producción de artesanías, el mercadeo social de condones y a centros de cuidado nocturno para los niños y niñas.

La gestión financiera es también un componente clave de la sostenibilidad organizativa. Puede desarrollarse de varias formas, dependiendo de la capacidad potencial de la organización, de sus recursos y de la complejidad de sus finanzas. Una organización puede administrar sus finanzas ella misma o puede subcontratar la tarea a otra organización local. Al margen del tamaño de la organización, algunos componentes importantes de un sólido sistema de gestión financiera son :

- Los sistemas y controles financieros bien documentados.
- Los archivos financieros documentados y listos para la auditoría.
- Los procedimientos de presentación de informes conocidos y comprensibles para los miembros.
- Un número adecuado de personal especialista en finanzas, dependiendo de la complejidad y el tamaño de la organización.

El fortalecimiento de los sistemas comunitarios — el fortalecimiento del colectivo — también implica el desarrollo de procedimientos que sostengan las operaciones del grupo, incluyendo un proceso democrático y transparente para la elección de los líderes, como también el asesoramiento de líderes nuevos y la planificación de la sucesión. Las organizaciones de personas trabajadoras del sexo son a menudo iniciadas por un número pequeño de individuos dinámicos. Sin embargo, para asegurar la sostenibilidad, estas organizaciones deben tener un liderazgo y una gestión de la organización sólida e invertir en la capacitación de futuros líderes. Esto requiere de recursos para la capacitación en liderazgo y la construcción de capacidades, así como mantener vínculos con redes nacionales, subregionales, regionales y globales de personas trabajadoras del sexo para fomentar el intercambio de conocimiento, experiencia y apoyo. Las actividades de liderazgo y gestión organizativa incluyen:

- La planificación estratégica que refleje la visión y la misión de la organización.
- El liderazgo que implique a una amplia variedad de personal y a otros miembros de la comunidad en la toma de decisiones y que asegure el intercambio de conocimientos a través de toda la organización.
- Los procesos establecidos para la gestión de cambios y la búsqueda de nuevas oportunidades.

El desarrollo de una base más amplia de habilidades, de liderazgo dentro del colectivo y la vinculación con otras organizaciones pueden ayudar a asegurar la sostenibilidad de la organización de personas trabajadoras del sexo en caso de cambios en la financiación por parte de los donantes y el cambio de liderazgo en otras organizaciones gubernamentales o no gubernamentales.

1.2.7 Adaptar las políticas y crear entornos propicios

Recomendaciones 2012: Recomendación núm. 3 de buenas prácticas

Debería garantizarse la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud para las personas trabajadoras del sexo, basándose en los principios de la no estigmatización, la no discriminación y el derecho a la salud.

Los procesos de empoderamiento comunitario se extienden más allá de la comunidad para influenciar en la política y crear entornos propicios. Por ejemplo:

- Los programas de respuesta al VIH deberían tomar medidas afirmativas en la difusión de la universalidad de los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo, que incluyan sus derechos a la salud, a la dignidad y a disfrutar de vidas libres de violencia, discriminación y estigmatización. (Para más detalles de cómo responder a la violencia, véase el capítulo 2).
- Los planes nacionales estratégicos de salud deberían reconocer el alto riesgo y la vulnerabilidad de las personas trabajadoras del sexo ante el VIH y asegurar la disponibilidad, la asequibilidad y la accesibilidad a servicios de salud integrales de alta calidad para mujeres, hombres y transgéneros trabajadores del sexo.
- Las fuerzas del orden deben participar en la difusión y la protección de los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo. También se deberían financiar y respaldar programas que creen entornos jurídicos y políticos propicios.
- El empoderamiento económico de las personas trabajadores del sexo es esencial: deberían recibir los mismos derechos que el resto de trabajadores informales⁷ y trabajar en condiciones laborales seguras y justas, con capacitación y educación para la vida, el acceso a cuentas bancarias y a programas de crédito justos, con la misma capacidad de mantener a sus familias y planear su futuro al igual que todos los demás miembros de la sociedad.
- Las organizaciones donantes pueden apoyar el proceso de empoderamiento de las personas trabajadores del sexo financiando iniciativas que aumenten sus capacidades y que apoyen el desarrollo organizativo. Es importante tener en cuenta que los acuerdos internacionales a nivel global pueden facilitar u obstaculizar el empoderamiento comunitario entre las personas trabajadoras del sexo, al permitirles o restringirles el acceso a recursos financieros.

Recuadro 1.8**Ejemplo de caso: asociaciones Sur-Sur entre organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo**

La Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual ha encabezado iniciativas para fortalecer la cooperación Sur-Sur entre las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo. La razón fundamental consiste en vincular a las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo más sólidas y con más experiencia con aquellas que están en el proceso de fortalecimiento de su movimiento. Esto permite el intercambio de experiencias, el aprendizaje de nuevas ideas y la capacitación de nuevas alianzas.

A raíz del Festival a la Libertad de los Trabajadores del sexo de Calcuta (India) en el 2012, las personas trabajadoras del sexo de África emprendieron un viaje de estudio a la Academia Ashodaya en Mysore y a los programas de SANGRAM y VAMP en Sangli. Este viaje de estudio continuó con una visita a las organizaciones de la India a Kenia para debatir el establecimiento de un espacio de aprendizaje allí y para participar en una reunión de planificación estratégica de la Alianza africana de personas trabajadoras del sexo.

Del mismo modo, Bridging the Gaps, un programa internacional de respuesta al VIH, proporciona oportunidades para el intercambio de lecciones de proyectos relacionados con el VIH en Asia y en África, que incluye proyectos de empoderamiento comunitario, de construcción de capacidades entre los responsables de programas y la identificación de ejemplos de buenas prácticas.

Estas asociaciones conectan lo local con lo global, estimulan un importante intercambio de conocimientos y contribuyen al fortalecimiento de la lucha por los derechos de las personas trabajadoras del sexo.

⁷ La Recomendación sobre el VIH y SIDA y el mundo del trabajo, 2010 (No. 200) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) se aplica a «todos los trabajadores que trabajan con arreglo a cualquier modalidad o régimen laboral, y en todos los puestos de trabajo, con la inclusión de: (i) las personas que ejercen cualquier empleo u ocupación» (párrafo 2(a)).

1.2.8 La sostenibilidad de los movimientos

Para poder mantenerse, los movimientos dirigidos por personas trabajadoras del sexo deberían trabajar en cooperación con otros movimientos sociales, en particular con aquellos que también abogan por los derechos humanos. Esto puede incluir a los movimientos de otras poblaciones clave que han tenido experiencias similares de mayor riesgo de contraer el VIH y de exclusión social, como son los hombres que tienen sexo con hombres, las personas que consumen drogas y las personas transexuales, algunas de las cuales son personas trabajadoras del sexo; también con organizaciones y redes de personas que viven con el VIH. La colaboración entre los diferentes movimientos fortalece la respuesta colectiva y asegura que las comunidades estén en el centro de dicha respuesta. Es esencial que los asociados para el desarrollo en países de ingresos bajos y medios, los gobiernos y los asociados nacionales en todos los países, apoyen activamente la sostenibilidad de las organizaciones y las redes dirigidas por personas trabajadoras del sexo. Es inaceptable esperar que un grupo pequeño de personas se conviertan en un movimiento cuyos miembros contribuyan activamente a la respuesta nacional al VIH, a menos que reciba un apoyo sostenido. La marginalización de las personas trabajadoras del sexo de la esfera económica y social general hace que la sostenibilidad de las organizaciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo sea un desafío mayor. En este punto del proceso de empoderamiento comunitario es importante que el poder haya sido transferido a la comunidad y que los defensores de derechos de la comunidad sean socios respetados en la elaboración de las políticas, independientemente de la situación legal del trabajo sexual.

Una sociedad civil fuerte saludable y dinámica trabajando en verdadera asociación ha sido la columna vertebral de la respuesta al VIH desde hace treinta años. A medida que avancemos, las organizaciones y las redes de personas trabajadoras del sexo deberían ser miembros centrales de dichas asociaciones.

1.3 Dar seguimiento al progreso realizado

Es importante que las comunidades den seguimiento a los progresos realizados para el mejoramiento de los servicios que proporcionan y para adaptar los servicios que reciben. Los programas para la respuesta al VIH basados en los derechos humanos y el empoderamiento comunitario exigen que las organizaciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo sean las que fijen los parámetros para el seguimiento y la evaluación de los programas a través de todas las etapas de su elaboración, incluyendo también el seguimiento y la evaluación del movimiento de las propias trabajadoras.

Los objetivos y las metas a corto y a largo plazo deben de ser establecidos para abordar específicamente el proceso de empoderamiento comunitario. Por ejemplo, el seguimiento del empoderamiento comunitario con relación a la prevención, el tratamiento, la atención, el apoyo y los servicios de salud en relación al VIH podría medir la participación de las personas trabajadoras del sexo en cada una de las siguientes actividades: el funcionamiento de los servicios, el aseguramiento de la calidad, la asignación de fondos, la capacitación del personal sanitario en cuestiones de estigmatización y de defensa de derechos contra la discriminación; y no solamente determinar el porcentaje de personas trabajadoras del sexo que accedieron a un servicio en particular.

En un programa centrado en el empoderamiento comunitario, el seguimiento y la evaluación no solo deberían tener en cuenta el rendimiento de los servicios prestados y los resultados de salud alcanzados, sino también tratar de seguir y evaluar en qué medida el proceso de empoderamiento comunitario es eficaz. Con frecuencia, los indicadores de los programas miden resultados principalmente cuantitativos, como el número de personas trabajadoras del sexo contactadas y de condones distribuidos, en lugar de documentar el progreso y la inclusión social de las organizaciones dirigidas por ellas. La tabla 1.2 y el recuadro 1.9 ilustran los diferentes enfoques del seguimiento del empoderamiento comunitario.

Tabla 1.2 Indicadores de seguimiento del empoderamiento de las personas trabajadoras del sexo

Nivel	Actividades de apoyo al empoderamiento	Indicadores de empoderamiento
Nacional	- Fortalecer y ampliar las redes de derechos de las personas trabajadoras del sexo para promover los derechos del colectivo a nivel global. - Priorizar e invertir en los enfoques de prevención del VIH dirigidos por la comunidad. - Incluir a las personas trabajadoras del sexo en las decisiones políticas, de elaboración de programas y de financiación.	- Participación del movimiento de personas trabajadoras del sexo en políticas y programas nacionales. - Cantidad de financiamiento asignado a los grupos dirigidos por ellas. - Participación de los grupos dirigidos por personas trabajadoras del sexo en la toma de decisiones políticas en temas como la prevención del VIH. - Reconocimiento de las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo a nivel nacional.
Estado/provincia/ región/condado	- Reconocer al trabajo sexual como una profesión. - Tener en cuenta la participación de las personas trabajadoras del sexo en la elaboración de políticas y programas a nivel local/regional/ estatal - Asegurar la capacitación de los proveedores de atención sanitaria, cuerpos policiales y prestadores de servicios sociales sobre los derechos y las necesidades de las personas trabajadoras del sexo. - Implicar a las personas trabajadoras del sexo en la planificación, implementación y prestación de servicios sanitarios, jurídicos y sociales.	- Participación del movimiento de las personas trabajadoras del sexo en las políticas y programas estatales/regionales. - Número de proveedores de atención sanitaria, cuerpos policiales y prestadores de servicios sociales capacitados en los derechos y necesidades de las personas trabajadoras del sexo. - Nivel de implicación de las personas trabajadoras del sexo en el diseño y la prestación de servicios, entre ellos la atención sanitaria, los servicios jurídicos y sociales. - Cambios en las actitudes y prácticas de los proveedores de atención sanitaria, cuerpos policiales y prestadores de servicios sociales hacia las personas trabajadoras del sexo. - Cambios en el grado de discriminación percibido por el propio colectivo por parte de los proveedores de atención sanitaria, los cuerpos policiales y los prestadores de servicios sociales.
Municipio/ Barriadas	- Sensibilizar a las comunidades sobre los derechos de las personas trabajadoras sexuales. - Establecer relaciones con las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo y otros grupos comunitarios.	- Nivel de participación de las personas trabajadoras del sexo en la vida pública. - Grado de aceptación social de las personas trabajadoras del sexo por parte del conjunto de la sociedad. - Número de organizaciones externas que han contactado y establecido asociaciones con las organizaciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo.
Trabajadores de primera línea	- Crear espacios comunitarios seguros. - Identificar prioridades, necesidades y objetivos comunes. - Establecer y sostener las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo. - Celebrar reuniones, marchas o asambleas por los derechos de las personas trabajadoras del sexo dentro de las posibilidades del contexto jurídico. - Formar a defensores legales para documentar y dar respuesta a las violaciones de derechos humanos.	- Número de espacios seguros creados. - Grado de cohesión social entre los grupos de personas trabajadoras del sexo. - Número de organizaciones/colectivos establecidos dirigidos por personas trabajadoras del sexo. - Número de reuniones, marchas o manifestaciones celebradas para promover los derechos de las personas trabajadoras del sexo. Porcentaje de personas trabajadoras del sexo que participaron en un grupo/colectivo dirigido por las propias trabajadoras. - Número de personas trabajadoras del sexo capacitadas como defensores legales. - Documentación de abusos de los derechos humanos.

Recuadro 1.9

Ejemplo de caso: seguimiento del empoderamiento comunitario de las organizaciones de las personas trabajadoras del sexo en la India

El seguimiento del empoderamiento es un desafío porque las cifras en sí mismas no transmiten la interacción compleja de los factores que definen el empoderamiento. En la *Avahan India AIDS Initiative* (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India), cuando las ONG colaboraron con líderes comunitarios para establecer OBC formalmente registradas, se descubrió que sencillamente informar sobre el número de grupos comunitarios o reuniones celebradas no bastaba, ya que estos datos no captaban la calidad del fortalecimiento de la capacidad y del funcionamiento y autonomía de los grupos. Para abordar este asunto, fueron elaboradas encuestas especiales para poder recoger varios aspectos del empoderamiento comunitario, utilizando una lista con un mayor y variado número de indicadores. Las encuestas fueron administradas durante un periodo de varios días por facilitadores capacitados a líderes y miembros de cada OBC así como también al personal de la ONG que estaba implementando el programa. Se utilizó una dinámica de debate con grupos pequeños. Los resultados iniciales de la encuesta fueron comunicados inmediatamente a la OBC y a la ONG y se debatieron conjuntamente, dando paso a un análisis detallado. Se concluyó que, para documentar el complejo proceso de la formación de los grupos comunitarios y el desarrollo y la sostenibilidad de cada colectivo, se necesitaba una combinación de indicadores cualitativos y cuantitativos y un enfoque para su seguimiento y evaluación.

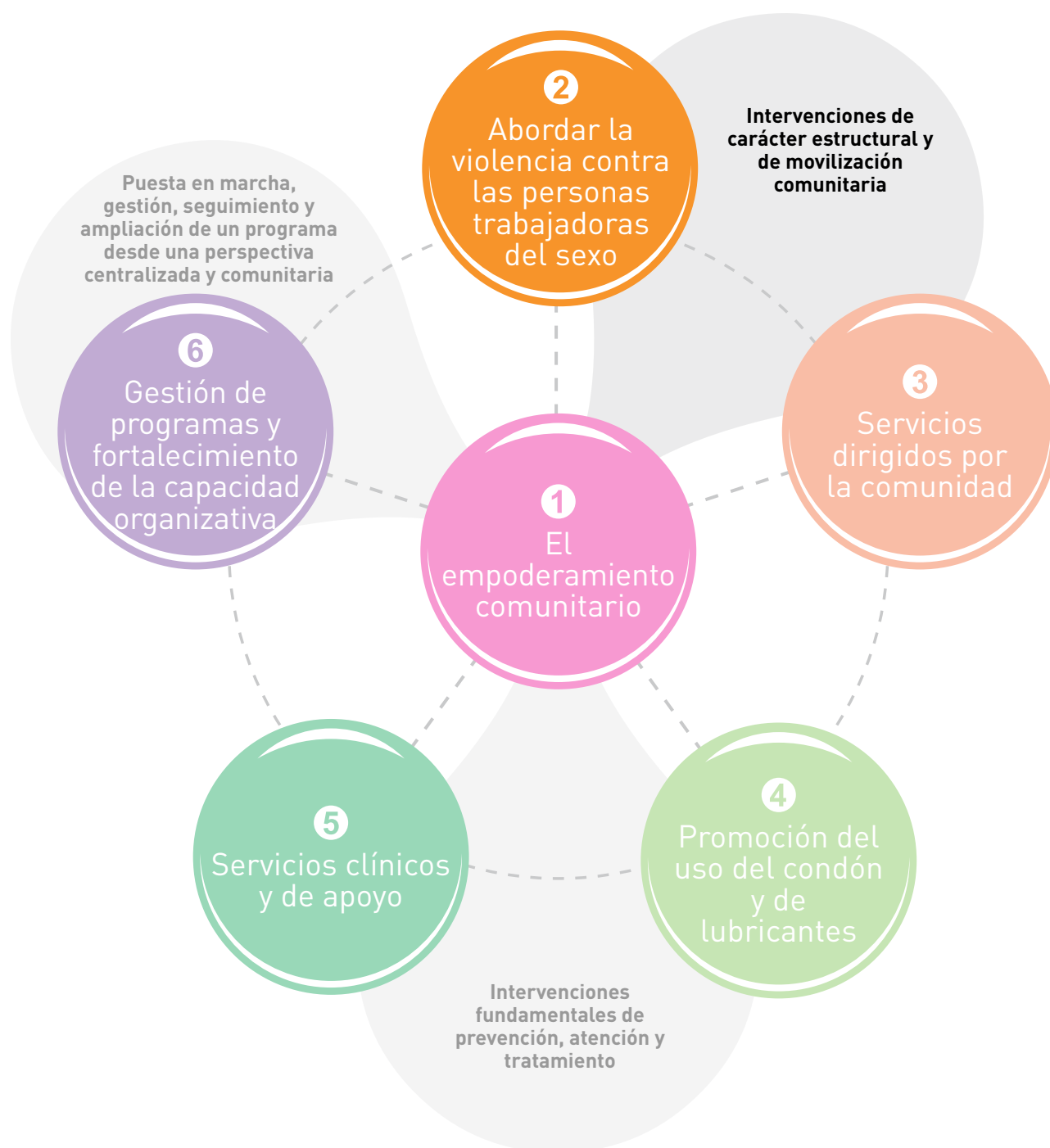
1.4 Recursos y literatura complementaria

1. *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf
2. *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf
3. *The Global HIV Epidemics among Sex Workers*. Washington, DC: Banco Mundial, 2013. <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongSexWorkers.pdf>
4. *SANGRAM's Collectives: Engaging Communities in India to Demand their Rights*. Arlington, VA: AIDSTAR-One/John Snow, Inc., 2011. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_CaseStudy_GenderMARPs_SANGRAM_India.pdf
5. *Recomendación sobre el VIH y el sida y el mundo del trabajo, 2010 (núm. 200)*. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2010. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_194091.pdf
6. *Sex Work and the Law in Asia and the Pacific: Laws, HIV and human rights in the context of sex work*. Bangkok: Centro Regional para Asia y el Pacífico del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012. <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf>
7. *Community Mobilization of Female Sex Workers: Module 2, A Strategic Approach to Empower Female Sex Workers in Karnataka*. Bangalore, India: Karnataka Health Promotion Trust, 2008. http://www.khpt.org/Community_Mobilization.pdf
8. Scamell D. *Legal help for sex workers—from sex workers*. Open Society Foundations, March 5, 2013. <http://www.opensocietyfoundations.org/voices/legal-help-sex-workers-sex-workers>
9. *HIV and the Law: Rights, Risk and Health*. Nueva York, NY: Global Commission on HIV and the Law, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2012. <http://www.hivlawcommission.org/index.php/report>
10. *The HIV and Sex Work Collection: Innovative responses in Asia and the Pacific*. Bangkok: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Asia Pacific Network of Sex Workers [sin fecha]. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20121212_HIV_SW.pdf
11. *Building Partnerships on HIV and Sex Work: Report and Recommendations from the First Asia and the Pacific Regional Consultation on HIV and Sex Work*. Bangkok: Asia Pacific Network of Sex Workers, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2011. <http://asiapacific.unfpa.org/public/pid/7491>
12. *The Global Network of Sex Work Projects (NSWP)* (Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual). www.nswp.org
13. *Bar Hostess Empowerment and Support Project (BHESP)* (Programa de Empoderamiento y Apoyo para Camareras de Barra). www.bhesp.org
14. *Healthy Options Project Skopje (HOPS)* (Opciones de Salud de Skopje). www.hops.org.mk/programs.htm
15. *The Yogyakarta Principles on the Application of International Human Rights Law in relation to Sexual Orientation and Gender Identity* (2007). <http://www.yogyakartaprinciples.org/>
16. *The Denver Principles* (1983) http://data.unaids.org/Pub/externaldocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf



2

Respuesta a la
violencia contra
las personas
trabajadoras del
sexo



¿Qué contiene este capítulo?

Este capítulo aborda:

- las diferentes formas de violencia a las que se pueden enfrentar las personas trabajadoras del sexo, y cómo la violencia aumenta la vulnerabilidad ante el VIH (sección 2.1).
- Los lugares y entornos donde ocurre la violencia y las condiciones sociales y jurídicas que favorecen la vulnerabilidad de las personas trabajadoras del sexo ante la violencia y otras violaciones de los derechos humanos (sección 2.1.1).
- Los valores y principios básicos para programas eficaces que aborden la violencia contra las personas trabajadoras del sexo (sección 2.1.2).
- Las intervenciones y estrategias eficaces que abordan la violencia (sección 2.2).
- Los enfoques de seguimiento y evaluación de las intervenciones (sección 2.3).

Este capítulo también proporciona una lista de recursos y literatura complementaria (sección 2.4).

2.1 Introducción

Recomendaciones 2012:¹ Recomendaciones de buenas prácticas

1. Todos los países deberían trabajar a favor de la despenalización del trabajo sexual y la suspensión de la aplicación arbitraria de leyes y reglamentos administrativos contra las personas trabajadoras del sexo.
2. Los gobiernos deberían establecer leyes antidiscriminatorias y otras leyes de protección de derechos con la finalidad de luchar contra la discriminación, la violencia y otras violaciones de derechos que sufren las personas trabajadoras del sexo y así hacer respetar sus derechos humanos y reducir su vulnerabilidad al VIH y a los efectos del SIDA. Las leyes y los reglamentos antidiscriminatorios deberían garantizar el derecho de las personas trabajadoras del sexo a los servicios sociales, sanitarios y financieros.
3. Debería garantizarse la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en los servicios de salud para las personas trabajadoras del sexo basándose en los principios de la no estigmatización, la no discriminación y el derecho a la salud.
4. La violencia contra las personas trabajadoras del sexo supone un factor de riesgo de infección por VIH y debe ser prevenida y abordada en colaboración con las propias personas trabajadoras del sexo y organizaciones dirigidas por ellas.

Las mujeres, los hombres y las personas transgénero trabajadores del sexo se enfrentan a altos niveles de violencia, estigmatización, discriminación y a otras violaciones a los derechos humanos. La violencia contra las personas trabajadoras del sexo se asocia con el poco uso del condón o su no utilización y con el riesgo creciente de infección de ITS Y VIH. La violencia también impide que las personas trabajadoras del sexo tengan acceso a la información y a los servicios relacionados con el VIH.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea como amenaza, contra sí mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privación de la libertad (véase también el recuadro 2.1).

Tanto las mujeres, como los hombres y transgéneros trabajadores del sexo pueden ser víctimas de la violencia a causa de la estigmatización asociada al trabajo sexual, criminalizado en la mayoría de los entornos; o debido a la discriminación basada en el género, la etnia, el estado serológico, el consumo de drogas y otros factores. La mayor parte de la violencia es una manifestación de la desigualdad de género y la discriminación contra las mujeres, o contra los hombres y las personas transgéneros que no se ajustan a las normas heterosexuales y de género, ya sea por su apariencia femenina o por la manera en que expresan su sexualidad.

Por otra parte, los modelos de estimación aplicados en dos diferentes contextos epidemiológicos (Kenia y Ucrania) muestran que se puede lograr reducir aproximadamente el 25 por ciento de las infecciones por VIH entre las personas trabajadoras del sexo cuando se reduce la violencia física o sexual.² Muchos programas de prevención del VIH están aplicando estrategias para abordar el problema de la violencia contra las personas trabajadoras del sexo y así proteger sus derechos humanos como una parte integral de la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH. La respuesta a la violencia favorece el acceso de las personas trabajadoras del sexo a los servicios y a tomar sus propias decisiones por lo que a su salud y bienestar a largo plazo se refiere.

¹ *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública.* OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.

² Véase Decker et al (sección 2.4, literatura complementaria, núm. 3).

Este capítulo proporciona recomendaciones prácticas para los responsables de programas de respuesta al VIH sobre cómo aplicar estrategias que aborden el problema de la violencia. El capítulo se basa en las *Recomendaciones 2012* y en la encuesta sobre valores y preferencias,³ donde las personas trabajadoras del sexo destacaron el papel que juega la violencia, la criminalización y otras violaciones de los derechos humanos que ponen en riesgo su acceso a los servicios relacionados con el VIH y las ITS.

Recuadro
2.1

Formas de violencia contra las personas trabajadoras del sexo

Violencia física: La violencia física es una causa de muerte, lesión o daño. Incluye (aunque no se limita) víctima de lanzamiento de objetos, ser abofeteada, empujada, golpeada con el puño u otra parte del cuerpo u objeto que pudiera herir; ser pateada, arrastrada, apalizada, estrangulada, quemada deliberadamente, amenazada con un arma o víctima del uso de la misma, (un arma de fuego, cuchillo u otra arma). Estos comportamientos han sido recogidos y refrendados en las encuestas de la OMS sobre la violencia contra las mujeres. Otros actos que pudieran corresponder dentro de la definición de la violencia física son: el hecho de morder, sacudir, pinchar, jalar el cabello y retener físicamente a una persona contra su voluntad.

Violencia sexual: la violación, la violación colectiva (es decir, por más de una persona), el acoso sexual, la obligación física o la intimidación psicológica para tener prácticas sexuales en contra de su voluntad (por ejemplo, tocamientos no deseados, penetración oral, anal o vaginal con el pene o algún objeto sin consentimiento) o el hecho de ser forzada a mantener prácticas sexuales consideradas degradantes o humillantes.

Violencia emocional o psicológica: Esta categoría incluye(aunque no se limita) ser insultada (por ejemplo, ser objeto de adjetivos despectivos) o hacerte sentir mal y vergüenza de una misma; o humillada o menospreciada en presencia de otras personas; ser amenazada con la pérdida de custodia de los hijos e hijas; ser confinada o aislada de la familia o las amistades; ser amenazada de daño a su persona o a un ser querido; ser sometida a gritos sistemáticos, a palabras o gestos intimidantes que susciten el miedo; ser objeto de control y la destrucción de sus bienes.

Las vulneraciones de los derechos humanos que deben ser consideradas parte de la violencia contra las personas trabajadoras del sexo son las siguientes:

- la extorsión económica.
- Negarles o privarles de alimentos u otros artículos esenciales.
- Negarles o robarles el salario, pago o dinero que se les debe.
- La obligación de consumir drogas o alcohol.
- Ser detenida de manera arbitraria, sometida a registros corporales invasivos o ser arrestada por parte de la policía.
- El arresto o encarcelamiento en las comisarías de policía, centros de detención y centros de rehabilitación de forma arbitraria y sin el correspondiente proceso.
- La detención o amenaza de arresto por posesión de condones.
- Negarles o privarles del acceso a los servicios de salud.
- Ser objeto de procedimientos de salud coercitivos, incluyendo pruebas obligatorias del VIH e ITS, la esterilización o el aborto, entre otros.
- La vergüenza o degradación pública (por ejemplo, el hecho de ser despojada, encadenada, escupida o encarcelada).
- La privación del sueño por la fuerza.

3 Una reunión de consenso mundial realizada por la NSWP con las personas trabajadoras del sexo como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*.

2.1.1 Contextos de la violencia

Existen varios contextos, dinámicas y factores que ponen a las personas trabajadoras del sexo en riesgo de sufrir violencia. Entender estos contextos es clave para diseñar respuestas programáticas adecuadas.

- **Violencia en el lugar de trabajo.** Esto puede incluir la violencia por parte de los jefes, el personal de apoyo, los clientes o compañeros de trabajo en establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual (por ejemplo, prostíbulos, bares, hoteles).
- **Violencia por parte de la pareja o miembros de la familia.** La estigmatización del trabajo sexual puede llevar a la pareja o a los miembros de la familia a pensar que es aceptable utilizar la violencia para «castigar» a la mujer que tiene sexo con otros hombres. A las personas trabajadoras del sexo les puede resultar muy difícil abandonar una relación abusiva, particularmente cuando los perpetradores las amenazan o tienen el control por ser los propietarios del inmueble; o tienen el poder de causarles daño o evitarles el acceso a los hijos e hijas.
- **Violencia en espacios públicos por parte de perpetradores que actúan con impunidad.** En la mayoría de contextos, la relación hostil con las fuerzas policiales puede crear un clima de impunidad de los crímenes cometidos contra las personas trabajadoras del sexo, lo cual puede convertirlas en blanco de la violencia o de otros delitos que se pueden convertir en violentos, como por ejemplo, el robo. Algunos perpetradores en particular eligen a las personas trabajadoras del sexo para «castigarlas» en nombre de la defensa de la moral social, o para culparlas de problemas sociales, como el VIH. Las personas trabajadoras del sexo también se enfrentan a la violencia por parte de individuos en el poder, como por ejemplo, de trabajadores de organizaciones no gubernamentales (ONG), proveedores de atención sanitaria, banqueros o propietarios de sus domicilios.
- **Violencia no estatal organizada.** Las personas trabajadoras del sexo pueden ser víctimas de la violencia por parte de grupos de delincuentes, paramilitares, extremistas religiosos o grupos de “rescate”.
- **Violencia estatal.** Las personas trabajadoras del sexo pueden enfrentarse a la violencia por parte de personal militar, los policías de frontera, funcionarios de prisiones y, en mayor medida, por parte de la policía. La criminalización y las leyes penales contra el trabajo sexual pueden servir de cobertura para la violencia. La violencia por parte de los representantes del estado compromete el acceso de las personas trabajadoras del sexo a la justicia y a la protección policial, y se transmite la idea que la violencia no es sólo aceptable sino también socialmente deseable.

Las leyes y políticas -incluyendo las que criminalizan el trabajo sexual- pueden exacerbar la vulnerabilidad de las personas trabajadoras del sexo ante la violencia. Por ejemplo, los allanamientos en los procesos de «rescate» y las redadas llevadas a cabo por las fuerzas policiales en el contexto de las leyes contra el tráfico pueden tener como resultado el desalojo de las personas trabajadoras del sexo de sus domicilios y forzadas a trabajar en la calles, donde pueden estar más expuestas a la violencia. El miedo al arresto o al acoso por parte de las fuerzas policiales pueden obligar a las personas trabajadoras del sexo de la calle a desplazarse a lugares menos visibles o seguros, o presionarlas para llevar a cabo negociaciones apresuradas con los clientes, lo que puede comprometer su capacidad de evaluar los riesgos para su propia seguridad.

La violencia contra las personas trabajadoras del sexo no siempre se define o se percibe como un acto criminal. Por ejemplo, las leyes pueden no reconocer la violación de personas transgéneros como un crimen, o los funcionarios policiales pueden rehusar registrar una denuncia sobre violencia sexual que implique a una persona trabajadora del sexo. Las personas trabajadoras del sexo se muestran a menudo reticentes a reportar a la policía los incidentes violentos de los cuales han sido víctimas, por temor al castigo o a ser perseguidas por ejercer el trabajo sexual.

Las leyes y políticas que discriminan a los individuos transgéneros y a los hombres que tienen sexo con hombres pueden exacerbar la vulnerabilidad ante el maltrato de los hombres y transgéneros trabajadores del sexo. Las leyes que criminalizan la exposición al VIH pueden impedir que las personas trabajadoras del sexo que viven con el VIH busquen apoyo en los casos de ser víctimas de violencia sexual por temor de a la persecución. Incluso donde no se criminaliza el trabajo sexual, la policía puede utilizar disposiciones administrativas, leyes religiosas o reglamentarias para justificar el arresto, la revisión y la detención de las personas trabajadoras del sexo. Todos estos contextos aumentan la probabilidad de la violencia contra ellas.

La vulnerabilidad de las personas trabajadoras del sexo a la violencia puede agravarse por las condiciones laborales o un acceso incierto a los servicios o la falta de control sobre las condiciones de trabajo asociadas con el trabajo sexual (por ejemplo, honorarios, clientes, tipos de servicios sexuales), en particular cuando éstos son determinados por el responsable. Además, la disponibilidad de drogas y alcohol en los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual aumenta la probabilidad de la violencia contra las personas trabajadoras que trabajan en ellos. Las personas trabajadoras del sexo que consumen alcohol y drogas tal vez sean incapaces de evaluar las situaciones de inseguridad para ellas.

La violencia o el temor a sufrirla puede impedir a las personas trabajadoras del sexo el acceso a los servicios de reducción de daños, la prevención, el tratamiento y la atención relacionados con el VIH, a los servicios de salud y otros servicios sociales así como a los servicios dirigidos a la prevención y respuesta a la violencia (por ejemplo, programas jurídicos y sanitarios). La discriminación contra las personas trabajadoras del sexo en refugios para quienes experimentan la violencia puede comprometer aún más su seguridad.

2.1.2 Valores y principios para dar respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo

Valores fundamentales

- **Promover la plena protección de los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo.** Esto incluye los siguientes derechos: a la no discriminación, a la seguridad de su persona y su intimidad; al reconocimiento y la igualdad ante la ley; a un proceso legal adecuado; al acceso a la sanidad de la mayor calidad posible; al empleo, a unas condiciones laborales justas y favorables, a reunión y asociación pacífica, así como el derecho a no sufrir detenciones o arrestos arbitrarios, castigos crueles o inhumanos ni actos de violencia.
- **Rechazar las intervenciones fundadas en los conceptos de «rescate» y de rehabilitación.** Incluso cuando estas se concentran especialmente en los menores de edad (que no son personas trabajadoras del sexo), tales allanamientos privan a las personas trabajadoras del sexo de su agencia (la elección, el control y el poder de actuar por sí mismas) y aumentan la probabilidad de sufrir actos violentos.
- **Promover la igualdad** entre los géneros incentivando que los planificadores y ejecutores de programas cuestionen la desigualdad en los roles de género, las normas sociales y en la distribución del control de recursos y del poder. Las estrategias de intervención deberían poner el énfasis en relaciones de poder más equitativas entre las personas trabajadoras del sexo y otros miembros de la comunidad en general.
- **Respetar el derecho de las personas trabajadoras del sexo a tomar decisiones con conocimiento de causa** sobre sus vidas, incluso cuando no quieran denunciar actos de violencia o pedir resarcimiento por los mismos, no utilizar los servicios para víctimas de la violencia e decidan mantener una relación abusiva.

Principios que deben regir los programas

- **Recopilar información sobre los patrones locales de violencia** contra las personas trabajadoras del sexo y la vinculación de la violencia con el VIH, como base para el diseño de programas (véase el capítulo 3, sección 3.2.2, parte A).
- **Utilizar los métodos participativos.** Las personas trabajadoras del sexo deberían ocupar puestos de toma de decisiones que les permitan identificar sus problemas y prioridades, analizar las causas y elaborar soluciones. Tales métodos refuerzan la importancia del programa, construyen habilidades básicas y relacionales perdurables y ayudan a asegurar el éxito a largo plazo de los programas.
- **Adoptar un enfoque integrado en el diseño de las intervenciones.** Los programas holísticos que incluyen la provisión de servicios de salud, trabajan con el sector legislativo y judicial y están basados en la comunidad⁴ pueden tener un mayor impacto en la violencia contra las personas trabajadoras del sexo y en el riesgo de

⁴ En la mayoría de los contextos a los cuales se hace referencia, el término «comunidad» se refiere a una colectividad de personas trabajadoras del sexo y no a las agrupaciones geográficas, sociales o culturales más amplias de las cuales podrían formar parte. Por lo tanto, la «sensibilización comunitaria» hace referencia a la sensibilización de las personas trabajadoras, las «intervenciones dirigidas por la comunidad» son intervenciones iniciadas por ellas mismas y el término «miembros de la comunidad» se refiere a las propias trabajadoras del sexo.

infección del VIH. Estos programas exigen el establecimiento de asociaciones con una amplia diversidad de grupos e instituciones.

- **Fortalecer las capacidades del personal de los programas** para comprender y abordar la relación entre la violencia contra las personas trabajadoras del sexo y el VIH. El personal de los programas debería ser capaz de responder con sensibilidad, sin estigmatizar y culpar aún más a las personas trabajadoras del sexo que han sido objeto de la violencia (véase también el capítulo 6, sección 6.2.6, sub-sección sobre el reclutamiento y capacitación de personal).
- **Reconocer que algunos programas podrían tener efectos adversos no intencionados** sobre las personas trabajadoras del sexo, particularmente en forma de represalias o reacciones violentas. El programa debe estar preparado para esta eventualidad y dar seguimiento a las consecuencias no intencionadas.
- **Evaluar los programas** para identificar estrategias que reduzcan los factores de riesgo y los niveles de violencia que enfrentan las personas trabajadoras del sexo para construir bases de datos rigurosos y asegurar que los recursos se invierten en las estrategias más eficaces. Esto requiere que se incluyan objetivos medibles que permitan el análisis de los resultados con el fin de reducir la violencia contra las personas trabajadoras del sexo.

2.2 Intervenciones y estrategias alentadoras

Esta sección propone estrategias para la prevención y respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo. Muchas de estas estrategias fueron elaboradas como buenas prácticas por las propias trabajadoras. A menos que se indique lo contrario, estas estrategias no han sido sometidas a ninguna evaluación formal de su impacto en la reducción de factores de riesgo o de niveles de violencia contra las personas trabajadoras del sexo. Se recomienda que, antes de la implementación de alguna de las estrategias propuestas a continuación, la estrategia se someta a un seguimiento para detectar cualquier consecuencia no deseada y a una evaluación para determinar su eficacia en la prevención o reducción de la violencia contra las personas trabajadoras del sexo.

2.2.1 Empoderar a las comunidades

Las diferentes etapas del empoderamiento comunitario se han descrito en el capítulo 1. El empoderamiento comunitario puede contribuir a la reducción de la violencia por medio de:

- la provisión de instrumentos que permitan a las personas trabajadoras del sexo iniciar una reflexión crítica no sólo de sus derechos sino también de sus problemas, particularmente la violencia y sus causas subyacentes.
- El fortalecimiento de la solidaridad colectiva entre las personas trabajadoras del sexo con miras a la movilización y el trabajo de defensa de derechos y sensibilización para provocar cambios de comportamiento, en particular, de los grupos de interés e instituciones poderosas que les niegan sus derechos y perpetúan la violencia y condonan otros abusos contra las personas trabajadoras del sexo.

2.2.2 Fortalecer la capacidad de las personas trabajadoras del sexo

Varios tipos de actividades pueden promover un mejor conocimiento de las personas trabajadoras del sexo acerca de sus derechos con relación al trabajo sexual y a la violencia, y fortalecer su confianza para hacer valer estos derechos.

La capacitación y sensibilización de las personas trabajadoras del sexo sobre las leyes relacionadas con el trabajo sexual y los derechos humanos

Esta estrategia genera conciencia y anima a las personas trabajadoras del sexo a reportar y desafiar la violencia. Las actividades pueden incluir talleres de capacitación y promoción, producción y difusión de materiales escritos y visuales sobre la violencia y los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo, reuniones comunitarias y asesoramientos presenciales por parte de trabajadores de sensibilización comunitaria⁵ (véase

⁵ En esta herramienta, la expresión «trabajador de sensibilización comunitaria» se usa para referirse a una persona trabajadora del sexo que sensibiliza a sus pares, y que en general no forma parte del personal a tiempo completo de una intervención para la prevención del VIH (el personal a tiempo completo se le puede llamar «trabajador de sensibilización del personal» o simplemente «trabajador de sensibilización»). Los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ser conocidos por otros términos como «educadores inter pares», «trabajadores de sensibilización inter pares» o también como «trabajadores de sensibilización». Sin embargo, los términos «comunitario» o «pares» no deben, en ningún caso, entenderse ni utilizarse para indicar que estas personas son menos calificadas o menos capacitadas que los trabajadores de sensibilización que son parte del personal.

el recuadro 2.2). Las capacitaciones y el material impreso utilizado deberían tener en cuenta las diferentes necesidades de aprendizaje y el nivel de alfabetización de las personas trabajadoras del sexo. Los temas a trabajar pueden incluir: el origen y los motivos de la violencia que enfrentan las personas trabajadoras; el conocimiento de las leyes sobre el trabajo sexual y las normativas que las afectan (p.ej., ordenanzas municipales, leyes relacionadas con el sexo homosexual, el consumo de drogas); los procedimientos policiales correctos y los derechos de las personas trabajadoras del sexo en caso de arresto, acusación o detención policial; también acerca de los servicios jurídicos a su disposición.

**Recuadro
2.2**

**Ejemplo de caso: programa *Human Rights Defenders*
(Defensores de los derechos humanos), Sudáfrica**

El programa *Human Rights Defenders* (Defensores de los derechos humanos) fue establecido en Sudáfrica en el 2008 por el movimiento de personas trabajadoras del sexo de Sisonke y el *Sex Worker Education and Advocacy Task Force* (SWEAT) (Equipo del fomento de la educación y la defensa de las personas trabajadoras del sexo). El programa capacita a las personas trabajadoras del sexo como asistentes legales sobre derechos básicos y cómo defenderlos.

Los asistentes legales documentan los casos de violaciones a los derechos humanos a través de un servicio gratuito de ayuda telefónica, sensibilización y reuniones comunitarias semanales. También ofrecen asesoramiento de apoyo a aquellos que denuncian los casos de abuso.

Las reuniones comunitarias con las personas trabajadoras del sexo permiten que tomen conciencia de sus derechos y sepan cómo acceder a la justicia.

Las personas trabajadoras del sexo que necesitan servicios jurídicos son remitidas a abogados disponibles a través del *Women's Legal Centre* (Centro legal de mujeres) y de las clínicas jurídicas semanales. También se les ofrece apoyo judicial.

SWEAT también emprende litigios estratégicos para abordar las causas profundas de la violencia contra las personas trabajadoras del sexo.

Documentar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo y defender sus derechos humanos

Las actividades podrían incluir:

- recoger datos e información sobre las diferentes formas de violencia contra las personas trabajadoras sexuales.
- Documentar los abusos y actos de violencia contra ellas.
- Facilitar el acceso a la justicia a través de la disponibilidad de servicios jurídicos

En algunos contextos, la documentación sistemática y exhaustiva de los casos de violencia contra las personas trabajadoras sexuales ha sido utilizada para desarrollar recursos de promoción de la seguridad entre las personas trabajadoras sexuales. Por ejemplo, en el 2002 la ONG italiana *Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute*, dirigida por mujeres trabajadoras sexuales documentó los casos de violencia contra las personas trabajadoras sexuales y utilizó esta información para publicar una revista dirigida a ellas que sirviera para animarlas a reportar los casos de violencia y a buscar apoyo y servicios.

Los datos sobre la violencia contra las personas trabajadoras del sexo también han sido utilizados para abogar ante la policía, las autoridades locales, los medios de comunicación y los responsables de las políticas nacionales acerca de la importancia del problema y la necesidad de cambiar la aplicación de las leyes, políticas y prácticas policiales con fines a reducir la violencia contra las personas trabajadoras del sexo (véase la sección 2.2.3). Por otra parte, debe tenerse en cuenta que la recogida de datos de investigación sobre la violencia contra las personas trabajadoras del sexo plantea algunas cuestiones éticas y de seguridad que deben ser consideradas cuidadosamente. Para más información véase la sección 2.3.

2.2.3 Promover reformas

La promoción para lograr reformas legales y políticas puede contribuir a la prevención o la reducción de los actos de violencia contra las personas trabajadoras del sexo al centrarse en:

- proponer la revisión de las leyes y políticas que criminalizan el trabajo sexual y los reglamentos administrativos que se utilizan para el acoso y las violaciones a los derechos de las personas trabajadoras del sexo.
- Proponer un cambio en las prácticas policiales que acosan y abusan de las personas trabajadoras del sexo y les niegan sus derechos humanos.
- Fortalecer la responsabilidad institucional de las leyes y políticas existentes que defienden los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo.
- Oponerse a la estigmatización y discriminación contra las personas trabajadoras del sexo y promoviendo el trabajo sexual como un trabajo legítimo (véase el recuadro 2.3).

Recuadro 2.3

Ejemplo de caso: la campaña *Someone you know is a sex worker* (Alguien que usted conoce es una persona trabajadora del sexo), San Francisco(Estados Unidos)

El dispensario de St. James desarrolló una campaña de sensibilización para comunicar que:

- las personas trabajadoras del sexo son personas corrientes y miembros valiosos de la comunidad.
- Las personas trabajadoras del sexo son miembros de la sociedad en igualdad y sus derechos también son derechos humanos.
- El trabajo sexual es un trabajo real y las personas trabajadoras del sexo merecen tener acceso a los derechos laborales.

La campaña incluyó entrevistas y fotografías a personas trabajadoras del sexo, sus parejas y a profesionales de la salud vinculados al dispensario de St. James. Los mensajes transmitidos a través de la campaña fueron revisados por las propias personas trabajadoras y otras personas no involucradas en el trabajo sexual.

Anuncios de gran tamaño fueron expuestos en los laterales de los autobuses de la ciudad durante un mes. Los posters también fueron distribuidos a las agencias de servicios sociales y de atención sanitaria.



Fuente: Barbara DeGenevieve y Rachel Schreiber, campaña para los medios de la enfermería St. James, San Francisco, Estados Unidos.

Estas actividades de promoción y sensibilización deben estar dirigidas a funcionarios de las fuerzas del orden a nivel local y nacional; al sector judicial, militares y agentes de seguridad; a los medios de comunicación (p.ej., la prensa, la televisión, la radio y los medios sociales); a los líderes religiosos y políticos; a los parlamentarios, los funcionarios gubernamentales locales, municipales, regionales y provinciales (p.ej., alcaldes, consejeros locales); ONG a favor de la defensa de los derechos humanos en general; las organizaciones de mujeres; los

proveedores de atención sanitaria y las organizaciones de profesionales de la salud; las organizaciones de las Naciones Unidas y otras ONG internacionales.

Las actividades de promoción podrían necesitar llegar a un equilibrio entre identificar al personal de primera línea en distintos sectores (p.ej., la policía y los trabajadores de la salud) y entre los responsables de la toma de decisiones (p.ej., administradores y otros responsables políticos), ya que el personal de primera línea puede responder a la presión por parte de los responsables de la toma de decisiones.

Las actividades de promoción y sensibilización pueden incluir:

- la realización de campañas de publicidad destinadas a resaltar el hecho que el trabajo sexual es un trabajo legítimo (véase el recuadro 2.3).
- Talleres de sensibilización.
- Destacar el tema de la violencia contra las personas trabajadoras del sexo en los días internacionales y nacionales conmemorativos de la no violencia contra las personas trabajadoras del sexo y en las campañas relacionadas con el VIH, el trabajo sexual, la violencia basada en el género y los derechos humanos.
- La difusión de materiales impresos y multimedia sobre la violencia contra las personas trabajadoras del sexo.
- La colaboración con periodistas y otros miembros de los medios de comunicación a fin de promover la difusión de realidades en positivo y el uso de un lenguaje respetuoso al referirse al trabajo sexual.
- El establecimiento de asociaciones y redes con organizaciones que trabajan a favor de los derechos humanos y el VIH, con miras a un esfuerzo conjunto de colaboración (véase el recuadro 2.4).
- El apoyo a las acciones colectivas dirigidas por las personas trabajadoras del sexo que busquen disminuir la violencia perpetrada por los miembros de su comunidad.
- Trabajar con los responsables de programas para una “mejor comprensión” de las leyes que impactan en los derechos de las personas trabajadoras del sexo.

Recuadro 2.4

Ejemplo de caso: establecimiento de asociaciones para la promoción de derechos en Karnataka (India)

La respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo es compleja y requiere el establecimiento de asociaciones con organizaciones que compartan las mismas ideas. El *Karnataka Health Promotion Trust* (KHPT) (Fideicomiso de Karnataka para la promoción de la salud) ha estado trabajando en la prevención del VIH entre las personas trabajadoras del sexo en Karnataka (India) durante los últimos 10 años. La prevención y respuesta a la violencia constituyen una «necesidad intrínseca esencial» para las personas trabajadoras del sexo.

El KHPT sensibilizó y urgió a los funcionarios policiales y judiciales a no perpetrar ni tolerar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo. En asociación con el KHPT se lograron los siguientes hitos:

- El departamento estatal para el bienestar de la mujer y el niño también puso los servicios de lucha contra la violencia de género a disposición de las mujeres trabajadoras del sexo.
- Diferentes organizaciones basadas en la comunidad colaboraron con las personas trabajadoras del sexo en 30 distritos para sensibilizarlos sobre sus derechos.
- El *Alternate Law Forum* (Foro jurídico alternativo) y la *National Law School of India* (Escuela nacional de derecho en la India) elaboraron y llevaron a cabo capacitaciones de derechos fundamentales para las personas trabajadoras del sexo.
- La ONG *Centre for Advocacy and Research* (Centro de promoción e investigación) llevó a cabo campañas mediáticas de promoción y capacitó a personas trabajadoras del sexo a actuar como portavoces en los medios de comunicación para hablar sobre la violencia a la que se enfrentan, su resiliencia y como prevenir y responder a la violencia.

2.2.4 Fomentar la responsabilidad de las fuerzas policiales

La colaboración con la policía ha sido esencial en los esfuerzos de reducir la violencia contra las personas trabajadoras del sexo. Las actividades relacionadas pueden incluir:

- **La realización de talleres de sensibilización con las fuerzas policiales** con el fin de aumentar el conocimiento de las leyes relacionadas con el trabajo sexual y los derechos de las personas trabajadoras del sexo. Estos talleres también mejoran las relaciones entre las personas trabajadoras del sexo y la policía, lo cual minimiza los casos de acoso y de brutalidad policial. En varios entornos estos talleres han sido dirigidos por personas trabajadoras del sexo (véase el recuadro 2.5); en otros han involucrado a abogados (por ejemplo, en la India); y en otros las personas trabajadoras del sexo, la policía y las ONG han dirigido conjuntamente las capacitaciones (p.ej., *Keeping Alive Societies' Hope* (KASH) (Mantener viva la esperanza de la sociedad) en Kenia, y *Tais Plus* en Kirguistán). Los temas de capacitación específicos trabajados fueron (véase la sección 2.4): una introducción básica al VIH y la elaboración de programas de respuesta al VIH; las leyes y las prácticas policiales que afectan los derechos de las personas trabajadoras del sexo, incluyendo aquellas que están relacionadas con la violencia; el papel de las fuerzas policiales en la prevención del VIH y los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo.
- **El trabajo de abogacía.** En este aspecto, realizar, por ejemplo, reuniones periódicas tanto con la policía como con los altos funcionarios responsables de las fuerzas del orden con el fin de reducir el acoso policial, no solo hacia las personas trabajadoras del sexo sino también hacia los trabajadores de sensibilización comunitaria (p.ej., recibiendo cartas de apoyo de la policía por el trabajo que realizan los trabajadores de sensibilización comunitaria) y también con el fin de asegurar el compromiso a la participación de las fuerzas policiales en las capacitaciones.

Recuadro 2.5

Ejemplo de caso: capacitación de las fuerzas policiales en el Perú

El Movimiento de Trabajadores Sexuales del Perú lleva a cabo talleres de sensibilización sobre los derechos humanos (principalmente de las personas trabajadoras del sexo), entre los funcionarios regionales y municipales y los funcionarios públicos. También lleva a cabo capacitaciones con las fuerzas policiales y de seguridad, autoridades locales y profesionales de salud, con el fin de cambiar las actitudes y prácticas discriminatorias hacia las personas trabajadoras del sexo, a la vez que animarlas a defender sus derechos, en particular con relación a la violencia basada en el género.

Con el fin de aumentar su conocimiento, mejorar sus habilidades, sus actitudes y su capacidad para responder a los casos de violencia basados en el género contra las mujeres, transgéneros y transexuales trabajadoras del sexo, se desarrolló un currículo para talleres virtuales con estos colectivos diana. A pesar de la reacción hostil de algunos de los policías que continúan negándose a reconocer los derechos de las personas trabajadoras del sexo, la capacitación ha permitido iniciar un diálogo con los dirigentes de las fuerzas policiales y otros responsables de políticas.

- **Fortalecer la responsabilidad institucional respecto a** la policía a fin de apoyar los derechos de las personas trabajadoras del sexo. Por ejemplo:
 - En la India, gracias al trabajo de abogacía con la policía, los dirigentes policiales emitieron una circular a las comisarías donde se les requería seguir los procedimientos de la ley y garantizar un proceso legal justo al detener a personas trabajadoras del sexo. Diferentes grupos de la sociedad civil podían de esa manera supervisar su cumplimiento.
 - En Kirguistán, un proyecto realizado por la *AIDS Foundation East-West* (Fundación del SIDA Oriente-Occidente) en asociación con *Tais Plus* (una organización dirigida por personas trabajadoras del sexo) se centró en colaborar con las fuerzas policiales para las capacitaciones, la difusión de una orden ministerial sobre las fuerzas policiales y el VIH, así como en la creación de un equipo de «policías aliados» para ser

mediadores con los proveedores de servicios relacionados con el VIH y para el desarrollo de un sistema de incentivos que fomentara un mejor apoyo policial a los programas de respuesta al VIH. La orden ministerial prohibió a los policías obstruir los programas de prevención del VIH y los obligó a informar a las poblaciones clave de la disponibilidad de los servicios relacionados con el VIH.

Actualmente se está evaluando si las capacitaciones de las fuerzas policiales han reducido efectivamente los actos de violencia contra las personas trabajadoras del sexo (por ejemplo, en Kirguistán por *Tais Plus* y en Kenia por *KASH*). Las primeras conclusiones de las organizaciones que han participado en las capacitaciones de las fuerzas policiales sugieren que:

- Las capacitaciones y la colaboración con las fuerzas policiales podrían provocar una reacción violenta hacia las personas trabajadoras del sexo por parte de ciertos policías. Por lo tanto, este asunto necesita ser monitorizado.
- Podría ser importante lograr el apoyo de los cargos más altos en la jerarquía policial, ya que esto podría asegurar el apoyo sostenido de los policías de menos mando y, por consiguiente, hacerlos responsables de sus actos.
- El proceso de fortalecimiento de las relaciones con las fuerzas policiales y su capacitación sobre los derechos de las personas trabajadoras del sexo debe ser continuado debido a la rotación del personal.

2.2.5 Promover la protección y la seguridad de las personas trabajadoras del sexo

Las estrategias que promueven la protección y la seguridad de las personas trabajadoras del sexo en su lugar de trabajo y sus comunidades pueden ser formales o informales. Los siguientes consejos deberían ser tomados en cuenta:

- **Mantener y compartir listas o informes de agresores** o casos de violencia contra las personas trabajadoras del sexo. En algunos lugares a esto se le conoce como un «programa de *Ugly Mugs*» (Rostros peligrosos). La lista incluye la descripción física de los agresores y de los vehículos implicados. Las hojas de informe pueden ser obtenidas en la web, por fax, correo electrónico o correo postal o en los espacios seguros (centros de acogida).⁶ Los informes son recopilados y distribuidos a las personas trabajadoras del sexo a través de un boletín mensual, SMS o correo electrónico con el fin de que puedan evitar a individuos potencialmente peligrosos.
- **Promover la seguridad en el lugar de trabajo** a través de la negociación con los propietarios y responsables de los establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual con el fin de proteger a las personas trabajadoras del sexo de los perpetradores de violencia. Por ejemplo, la organización dirigida por personas trabajadoras del sexo *Ashodaya* en Karnataka (India) incentivó entre los propietarios de hoteles y cabañas que proporcionaran protección a las personas trabajadoras ante el abuso ofreciendo a los propietarios acceso gratuito a los servicios de salud. Del mismo modo, el proyecto de personas trabajadoras del sexo *KASH* en Kenia se asoció con los responsables y el personal de bares para difundir un número telefónico de ayuda y establecer un sistema basado en mensajes SMS que permitiera a las personas trabajadoras del sexo enviar mensajes sobre la violencia de la cual han sido objeto y poder recibir comentarios y apoyo del personal de *KASH*.
- **Difundir información o tácticas para la seguridad de las personas trabajadoras del sexo. Por ejemplo, pedirles** que tengan consigo teléfonos celulares; que informen a sus amistades antes de marcharse con algún cliente; que mantengan números de contactos en situaciones peligrosas (véase el recuadro 2.6). Un ejemplo concreto: las organizaciones de personas trabajadoras del sexo de cinco países europeos elaboraron un folleto en seis idiomas sobre la seguridad, dentro del proyecto «*INDOORS*» que proporciona apoyo al empoderamiento de las personas trabajadoras del sexo en Europa, entre ellas las personas trabajadoras del sexo inmigrantes. El folleto, titulado «Trabajo más seguro» proporciona consejos prácticos sobre la protección contra la violencia y los riesgos para su salud e información sobre las leyes de los cinco países participantes.

⁶ Lugar donde las personas trabajadoras del sexo se reúnen para relajarse, conocer a otros miembros de la comunidad y llevar a cabo eventos sociales, reuniones o capacitaciones. Consultar el capítulo 3, sección 3.3 para más detalles.

Recuadro 2.6

Ejemplo de caso: consejos de seguridad para las personas trabajadoras del sexo realizado por SWEAT (Sudáfrica)



- Siempre anotar el número de matrícula, el color y la marca del vehículo.
- Tratar de revisar el maletero del vehículo y los asientos traseros antes de montarse.
- Nunca montarse a un vehículo con más de un cliente dentro.
- No apoyarse en el vehículo en el momento de la negociación con un cliente: si este busca problemas, podría causarle daño.
- Asegurarse que la manija de la puerta del vehículo funcione.

Fuente: Sex Workers Education and Advocacy Taskforce (SWEAT) (Equipo de Fomento para la Educación y la Defensa de los Trabajadores Sexuales), Sudáfrica

- **Crear espacios seguros (centros de acogida)** o refugios que permitan a las personas trabajadoras del sexo reunirse y debatir problemas comunes que enfrentan, entre ellos la violencia, y así desarrollar e intercambiar soluciones. Por ejemplo, la organización brasileña de personas trabajadoras del sexo *Fio da Alma* abrió un centro de acogida para motivar a las personas trabajadoras del sexo a reunirse y participar en talleres y actividades como, por ejemplo, clases sobre la prevención de la violencia. La evaluación de los distintos paquetes de intervenciones del proyecto demostró un aumento en la capacidad de las personas trabajadoras del sexo para manejar los comportamientos riesgosos de los clientes relacionados con el consumo de drogas y alcohol.
- **Integrar la prevención de la violencia en las intervenciones de asesoramiento sobre la prevención del VIH con las personas trabajadoras del sexo.** En Mongolia, Sudáfrica y los Estados Unidos, las intervenciones de asesoramiento sobre la prevención del VIH que han integrado un componente de planificación de seguridad y han sido evaluadas han demostrado una reducción de los actos de violencia contra las personas trabajadoras del sexo. Las estrategias de asesoramiento se centran mayormente en la información y el desarrollo de capacidades relacionadas con la prevención de las ITS y el VIH. La estrategia de prevención de la violencia incluye:
 - Colaborar con las personas trabajadoras del sexo para evaluar las situaciones potencialmente violentas y elaborar un «plan de seguridad» con el fin de salir de estas situaciones. Por ejemplo, el proyecto *Women's Health CoOp* (Cooperativa de salud de las mujeres) en Pretoria (Sudáfrica) ofreció sesiones individualizadas de asesoramiento a personas trabajadoras del sexo que incluían debates sobre estrategias de seguridad, entre ellas, estrategias relativas al consumo de alcohol y drogas; las habilidades en comunicación y negociación en distintas situaciones para evitar el desencadenamiento del conflicto y maneras de salir de situaciones inseguras.
 - Asesoramiento colaborativo con asesores capacitados, utilizando la escucha reflexiva para apoyar individualmente a las personas trabajadoras del sexo a identificar pasos viables que les permitan garantizar su seguridad y recursos locales disponibles en casos de violencia. Se trata de un enfoque de apoyo, que no juzga y que respeta la autonomía del individuo para llevar a cabo cambios de comportamiento. En Mongolia, este enfoque demostró reducir el riesgo de violencia contra las personas trabajadoras del sexo por parte de los clientes y de las parejas íntimas.

2.2.6 Proporcionar servicios de salud a las personas trabajadoras del sexo que son víctimas de la violencia

Las personas trabajadoras del sexo víctimas de la violencia física, sexual y psicológica podrían necesitar atención sanitaria a corto o a largo plazo. En la mayoría de entornos carecen de los servicios médicos especializados para víctimas de violencia. Por consiguiente, puede ser útil considerar la integración de servicios para víctimas de violencia dentro del abanico más amplio de prevención, tratamiento y atención del VIH y otros servicios de salud para las personas trabajadoras del sexo. La OMS ha desarrollado directrices clínicas y políticas para una respuesta del sector sanitario a la violencia contra la mujer (véase la sección 2.4). Aunque está dirigido al conjunto de las mujeres, las directrices también son pertinentes para las mujeres trabajadoras sexuales específicamente, y otros aspectos también son pertinentes para los hombres y transgéneros trabajadores del sexo.

Recuadro 2.7

Temáticas de capacitación para los proveedores de atención sanitaria acerca de la respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo

- Información básica sobre la violencia, incluyendo las leyes y las políticas contra la violencia dirigidas a las personas trabajadoras del sexo.
- Identificación de víctimas de la violencia basándose en síntomas físicos o psicológicos (p.ej., depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, tendencias suicidas o autolesiones, consumo de sustancias, o lesiones).
- Cuándo y cómo informarse sobre la violencia.
- Recogida de pruebas forenses para la investigación de la violencia sexual.
- Cómo proporcionar cuidado y tratamiento clínico y psicológico conforme a las recomendaciones de la OMS.
- Identificación de servicios de apoyo comunitarios.
- Cómo proporcionar sin prejuicios ni estigmatización la atención a las víctimas de la violencia.
- Repercusiones de los informes obligatorios de casos de violencia (no recomendado por las directrices de la OMS).

Aunque no se encuentran entre las directrices de la OMS acerca de la respuesta del ámbito sanitario a la violencia, en el contexto del trabajo sexual, la capacitación podría también incluir los siguientes temas:

- los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo.
- Las leyes y políticas relacionadas con el trabajo sexual que favorecen la vulnerabilidad de las personas trabajadoras sexuales ante la violencia.
- La violencia que sufren en los entornos de atención sanitaria y la obligación de los proveedores de no discriminar, no estigmatizar y no violentar a las personas trabajadoras del sexo.
- Proporcionar cuidado clínico y psicológico a los hombres y transgéneros trabajadores del sexo que son víctimas de violencia.

Las recomendaciones para la atención clínica, el apoyo psicológico y los servicios de salud para aquellas personas que son víctimas de violencia y agresión sexual por parte de sus parejas son:

- Proporcionar apoyo inmediato a aquellas personas que son víctimas de violencia y que se presentan en un centro de atención sanitaria. Los proveedores deberían asegurar la confidencialidad, estar libres de prejuicios, proporcionar asistencia práctica, pedir información sobre la historia de violencia, escuchar cuidadosamente y sin presionar a la persona para que hable, facilitar el acceso al apoyo social, los recursos y servicios (por ejemplo, jurídico, si es necesario) y ayudar a elaborar un plan de seguridad.
- Proporcionar cuidado clínico a las víctimas de agresión sexual, incluyendo la anticoncepción de emergencia, la profilaxis de post-exposición al VIH y las ITS (según la dosis y el periodo de tiempo recogidos en las Directrices de la OMS (2013) mencionadas anteriormente), así como el acceso al aborto en la máxima medida permitida por la ley en caso de embarazo(véase también el capítulo 5, sección 5.7.5.).

2 Abordar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo

- Proporcionar cuidado psicológico, incluyendo información sobre los síntomas de trauma y estrés. En el caso de síntomas como la depresión, la incapacidad de llevar a cabo funciones diarias o tener ideas suicidas, proporcionar cuidado de acuerdo con los protocolos clínicos establecidos por la OMS para los problemas de salud mental.
- Los proveedores de atención sanitaria deberían recibir capacitación sobre los servicios de salud para las víctimas de la violencia (véase el recuadro 2.7 para los temas de capacitación recomendados).
- Recopilar un directorio de servicios médicos, jurídicos y sociales para personas trabajadoras del sexo víctimas de violencia y establecer acuerdos de colaboración con los proveedores de servicios para que acepten remisiones y presten servicios al máximo nivel de calidad.

2.2.7 Proporcionar servicios de apoyo psicosocial, jurídico y otros

Las personas trabajadoras del sexo víctimas de violencia a menudo necesitan una mayor diversidad de servicios inmediatos y a largo plazo. Los servicios que podrían ser prestados según la necesidad y capacidad local incluyen:

La presencia de miembros de la comunidad capacitados para apoyar a las personas trabajadoras del sexo que son víctimas de la violencia

Las personas trabajadoras del sexo víctimas de violencia u otras situaciones críticas podrían necesitar de una persona capacitada para proporcionar apoyo inmediato y remisiones. Por ejemplo:

- En Kenia, KASH dispone de una línea telefónica directa para que las personas trabajadoras del sexo puedan llamar y recibir apoyo inmediato o continuado cuando son víctimas de violencia u otras situaciones críticas.
- En Sudáfrica, la ONG *Sisonke* ofrece asesoramiento y seguimiento a las víctimas de violencia.
- En la India, como parte de la *Avahan India AIDS Initiative* (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India), un sistema integral de respuesta a las crisis ha sido establecido paralelamente al empoderamiento comunitario de las personas trabajadoras del sexo. La evaluación del sistema ha demostrado su eficacia (véase el recuadro 2.9).

La capacitación en este tipo de actividades podría ser dirigida por personas trabajadoras del sexo expertas y podría cubrir las temáticas siguientes: las habilidades de escucha y comunicación; la priorización de la seguridad de las personas trabajadoras del sexo; la capacitación en herramientas de abogacía para trabajar con las fuerzas policiales, los servicios sociales y de salud y los medios de comunicación; el conocimiento de los derechos de las personas trabajadoras del sexo; la negociación con las fuerzas policiales y los funcionarios gubernamentales locales; el asesoramiento a quienes pudieran estar bajo coerción psicológica y la evaluación de los riesgos del daño. La capacitación debería tener en cuenta las diferentes necesidades de aprendizaje y la diversidad presente entre las personas trabajadoras del sexo (p.ej., el origen étnico la por estatus migratorio).

Apoyo jurídico

El apoyo jurídico exige la colaboración y la vinculación con abogados o asistentes legales capacitados (p.ej., personas trabajadoras del sexo formadas a este propósito) que sepan negociar con las autoridades legales y judiciales en los casos de violencia, defender a las personas trabajadoras del sexo y apoyar la capacitación y la sensibilización de las propias personas trabajadoras del sexo y a otras sobre la leyes relacionadas con el trabajo sexual.

Refugio o espacio seguro

Las víctimas de la violencia podrían necesitar alejarse del entorno o de la(s) persona(s) que amenace(n) su seguridad. En Kirguistán, la organización *Tais Plus* ofrece refugio a las personas trabajadoras del sexo en situaciones de crisis, con riesgo de ser víctimas de violencia, que huyen de la violencia o que temen represalias.

Estos modelos de servicios de apoyo varían según la complejidad, la disponibilidad de recursos financieros y humanos necesarios para su funcionamiento (véase el recuadro 2.8) y sí se ha evaluado y demostrado su eficacia. Los servicios de apoyo también deberían basarse en evaluaciones de prácticas informales ya establecidas por las propias personas trabajadoras del sexo y en sus prioridades. Algunos modelos, como los sistemas de respuesta integral a una situación crítica, exigen más recursos que otros. Las siguientes actividades deberían ser tenidas en cuenta con el fin de apoyar estos servicios:

- **Proporcionar la infraestructura necesaria:** pueden ser, por ejemplo, números de teléfono locales y/o líneas de ayuda telefónica directa atendidas por miembros de la comunidad capacitados para este fin. La disponibilidad de servicios de apoyo debe ser difundida de boca a boca, con folletos u otros canales de comunicación.
- **Documentar los casos de violencia:** el registro de los casos de violencia permite al personal de los programas analizar los incidentes, asegurar el seguimiento, supervisar la respuesta y mejorar los servicios. Para las personas trabajadoras del sexo que deseen denunciar por vía judicial la violencia sufrida, esta documentación ayuda a proporcionar las pruebas necesarias en los tribunales. Los datos sobre la violencia contra las personas trabajadoras del sexo también pueden ser utilizados para el trabajo de defensa de derechos con los responsables de las políticas locales, estatales y nacionales y para la planificación de servicios de respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo.

**Recuadro
2.8**

¿Qué recursos se necesitan para proporcionar servicios de apoyo jurídico, psicológico u otros servicios de apoyo?

Recursos humanos:

- Personas trabajadoras del sexo capacitadas para atender las líneas de ayuda telefónica.
- Trabajadores de sensibilización comunitaria.
- Pares capacitados y/o asesores profesionales para dar apoyo psicológico.
- Abogados o asistentes legales (potencialmente personas trabajadoras del sexo capacitadas) que proporcionen apoyo jurídico.

Materiales y lugares de encuentro:

- Acceso a un lugar de encuentro.
- Teléfonos celulares y crédito para llamar.
- Líneas de ayuda telefónica directa.
- Acceso a Internet.
- Materiales impresos para la publicidad de los servicios.
- Recopilación de datos e informes de notificación.
- Espacio para gestionar la línea de ayuda telefónica, ofrecer las capacitaciones y las reuniones.
- Espacio seguro (centro de acogida) o refugio.

Costos:

- Remuneración para el personal (incluyendo a los abogados si no son voluntarios).
- Gastos iniciales y de mantenimiento de teléfonos celulares utilizados por las personas trabajadoras del sexo y las líneas de ayuda telefónica.
- Publicidad de los servicios.
- Gastos de transporte.
- Capacitación.

Recuadro 2.9

Ejemplo de caso: el sistema *Avahan* de respuesta a las situaciones de crisis (India)

Es un sistema de respuesta a las situaciones de crisis que proporciona apoyo inmediato a las personas trabajadoras del sexo víctimas de violencia o de otra situación de crisis. La persona trabajadora tiene acceso a apoyo llamando al teléfono celular de un miembro de un equipo de respuesta. El equipo incluye a miembros capacitados de la comunidad que:

- evalúan la naturaleza y la urgencia de la situación de crisis.
- Toman las medidas necesarias para gestionar posibles peligros inmediatos.
- Facilitan el acceso a los servicios de apoyo médico, psicosocial y otros servicios pertinentes.
- Proporcionan acceso a un abogado con el fin de apoyar la negociación con las autoridades en caso de arresto.
- Proporcionan asesoramiento.
- Reportan y documentan los casos de violencia y la respuesta del equipo.
- Ayudan a resolver los asuntos familiares o comunitarios que afectan a las personas trabajadoras del sexo.
- Informan regularmente a la comunidad sobre los incidentes ocurridos y de su resolución (respetando la confidencialidad de quienes sufrieron los actos de violencia).

1. El equipo incluye a una persona que atiende las llamadas, a otros miembros de la comunidad que están disponibles las 24 horas al día y los 7 días de la semana para responder a los incidentes, además de una persona responsable de la documentación referida a los incidentes de violencia.
2. El equipo está apoyado por un trabajador social de la organización implementadora local que facilita las remisiones necesarias y uno o más abogados (que trabajan gratuitamente o por una pequeña cantidad de dinero) que puedan negociar con las autoridades en nombre de las personas trabajadoras del sexo que han sido injustamente arrestadas o detenidas, y que puedan apoyar la capacitación de las personas trabajadoras acerca de sus derechos.
3. Un protocolo de respuesta especifica los pasos a seguir de forma inmediata en caso de violencia física o sexual; para prevenir el acoso por parte de las fuerzas policiales o la detención ilegal después del arresto; o para una intervención inmediata si alguien está valorando suicidarse.
4. La disponibilidad de números de teléfono celular locales y/o de líneas de ayuda a las que las personas puedan llamar y la publicidad y difusión de los servicios ofrecidos son esenciales.
5. Los detalles de los incidentes de violencia y las medidas tomadas son registradas lo antes posible después de cada incidente. Esta información puede ser útil y servir como prueba para fines legales y proporcionar datos sobre el nivel de violencia a la que se enfrentan las personas trabajadoras del sexo, especialmente para el trabajo de defensa de derechos y la planificación de servicios de apoyo.
6. El sistema establece vínculos con los servicios sanitarios, los servicios jurídicos, de alojamiento temporal o refugio, de transporte y otros servicios sociales a través de un directorio de servicios. También establece acuerdos de colaboración con otros proveedores de servicios para la aceptación de remisiones y la provisión de servicios de alta calidad.

En el programa *Avahan*, el sistema ha ido creciendo desde unas pocas docenas de equipos a varios centenares repartidos en seis estados de la India, utilizando normas mínimas comunes y adaptando los programas al contexto local. El sistema es dirigido por las personas trabajadoras del sexo, aunque se requieren recursos financieros (por lo general provenientes de las organizaciones implementadoras) para sostenerlo.

7 Una organización implementadora local es una organización que oferta intervenciones de prevención para personas trabajadoras del sexo. Puede ser una organización gubernamental, no gubernamental, basada en la comunidad o dirigida por la misma, y puede funcionar a nivel estatal, regional o local. A veces una organización no gubernamental presta servicios a través de subunidades en varias ubicaciones dentro de un área urbana y, en este caso, cada una de esas subunidades también se puede considerar una organización implementadora.

2.3 Gestión, seguimiento y evaluación

Las intervenciones descritas en este capítulo son aplicadas no sólo a nivel local sino que también exigen la colaboración a nivel nacional y regional. Esto es particularmente cierto por lo que se refiere al trabajo de sensibilización y de defensa de derechos. La figura 2.1 muestra los roles de cada nivel de la implementación:

Figura 2.1 Ilustración de un enfoque multinivel la respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo



2 Abordar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo

El seguimiento y evaluación de la prevención y la respuesta a la violencia son importantes por las siguientes razones:

- Los datos sobre la violencia contra las personas trabajadoras del sexo ayudan en la planificación y elaboración de estrategias adecuadas.
- La introducción de indicadores sobre la violencia contra las personas trabajadoras dentro de un marco de seguimiento sistemático permite a los programas determinar si existen o no efectos adversos no intencionados de las intervenciones relacionadas al trabajo sexual como, por ejemplo, las reacciones violentas.
- Las pruebas de la violencia contra las personas trabajadoras del sexo fortalecen la promoción a favor de un cambio en las leyes y políticas relacionadas con el trabajo sexual y la creación de un entorno propicio para la promoción de los derechos de las personas trabajadoras del sexo.

La evaluación de la prevención de la violencia y las estrategias de respuesta con personas trabajadoras del sexo deben preceder a la ampliación de la mayoría de las opciones presentadas en la sección 2.2. La recopilación de información precisa requiere que las personas trabajadoras del sexo tengan confianza y se sientan cómodas para compartir sus experiencias de violencia. Se debe tener cuidado en que la recogida de datos o la documentación de incidentes de violencia no pongan a las personas trabajadoras del sexo en mayor riesgo o les cause más estigmatización. La construcción de la confianza depende de las medidas éticas y de seguridad incluidas en la recogida de datos y en la capacidad de los recopiladores de datos para realizar las preguntas relevantes de manera sensible. Se recomiendan las directrices éticas y de seguridad de la OMS para la investigación de la violencia contra la mujer como el estándar a seguir en la recogida de datos sobre la violencia contra las personas trabajadoras (véase la sección 2.4). Las personas trabajadoras del sexo deben ser asociados esenciales en el diseño, la implementación y la difusión de los resultados de cualquier actividad de recogida de datos relacionados con la violencia y otras violaciones de derechos humanos contra ellas.

A nivel internacional, ningún indicador de impacto basado en la población o programa específico de violencia contra las personas trabajadoras del sexo ha sido aprobado o validado. Por lo tanto, es necesario elaborar o adaptar y validar indicadores para el seguimiento y evaluación de las intervenciones de respuesta a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo, según los indicadores ya existentes relacionados con la prevención y la respuesta a la violencia contra el conjunto de mujeres.

En algunos lugares, como por ejemplo en la India, las encuestas bioconductuales integrales sobre el VIH y las ITS realizadas a las poblaciones clave, entre ellas las personas trabajadoras del sexo, han incluido indicadores sobre la violencia contra ellas. Por ejemplo:

- El porcentaje de personas trabajadoras del sexo encuestadas que han sido golpeadas o forzadas a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad durante el año anterior.

Sin embargo, estas encuestas no reflejan los diferentes aspectos de violencia física y sexual que enfrentan las personas trabajadoras del sexo como se definen en el recuadro 2.1. Los datos recogidos basados en términos como «golpeada o violada» pueden subestimar el grado de violencia que enfrentan las personas trabajadoras. Por lo tanto, puede ser útil llevar a cabo investigaciones complementarias, sobre todo cualitativas, que permitan aumentar la comprensión del contexto, las dinámicas y los factores que alimentan la violencia contra las personas trabajadoras del sexo.

En la India, donde la *Avahan India AIDS Initiative* (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India) estableció sistemas de respuesta a las situaciones de crisis con el fin de responder a la violencia, los programas también han recogido datos sobre los incidentes reportados de violencia contra las personas trabajadoras del sexo. Entre estos indicadores se encuentran:

- el número de personas trabajadoras del sexo que reportan incidentes de violencia física.
- El número de personas trabajadoras del sexo que reportan incidentes de violencia sexual.
- Los perpetradores de cualquier tipo de violencia reportada por las propias personas trabajadoras, dividido por categorías (p.ej., por parte de las fuerzas policiales, de las parejas íntimas o de los clientes).

Los datos de seguimiento que dependan de los incidentes de violencia auto-reportados son susceptibles de ser sesgados. Por lo tanto, con el tiempo, puede ser un reto interpretar los esfuerzos de seguimiento que rastrean los aumentos o la disminución de incidentes reportados. Algunas formas de violencia suelen reportarse más que otras según el sistema de seguimiento de programas establecido, y esto puede variar con el tiempo a través de diferentes contextos. Por ejemplo, en un contexto particular, los incidentes de violencia por parte de una pareja reportados por personas trabajadoras del sexo aumentaron con el desarrollo de la intervención, lo que puede haberse debido a que las personas trabajadoras se sintieron más empoderadas a reconocer y reportar estos incidentes de violencia, o como consecuencia del aumento de la «reacción violenta» debido a la mayor asertividad de las personas trabajadoras del sexo en sus relaciones. El auto-informe de incidentes para los sistemas de seguimiento de programas también depende del nivel de confianza de las personas trabajadoras del sexo con el personal del programa y acerca del sistema de seguimiento, debido a que la divulgación de información puede poner en peligro la seguridad de la persona trabajadora del sexo.

Otro indicador para monitorizar la disponibilidad de servicios de atención tras la violación que podría ser adaptado a los programas relacionados con el trabajo sexual es el siguiente:

- El número o porcentaje de puntos de prestación de servicios que proporcionan apoyo médico, psicológico y jurídico adecuado para hombres y mujeres víctimas de violación o incesto.

Este indicador está incluido en el *Unified Budget, Results and Accountability Framework (UBRAF)* (Marco de presupuesto unificado, resultados y responsabilidad) de ONUSIDA con el fin de medir los avances de los países en el abordaje de la violencia sexual en el contexto de la respuesta al VIH.⁸

2.4 Recursos y literatura complementaria

Resources

1. *Mee Nestam: Strengthening Partnerships for Public Health*. Hyderabad, India: India HIV/AIDS Alliance, 2012. www.allianceindia.org/publications/51625-Mee%20Nestam%20Book.pdf
2. *Sex work, violence and HIV: A guide for programmes with sex workers*. Reino Unido: International HIV/AIDS Alliance, 2008. www.aidsdatahub.org/dmdocuments/Sex_Work_Violence_and_HIV_A_Guide_for_Programmes_with_Sex_Workers_2007.pdf
3. *Community Led Crisis Response Systems—A Handbook*. Nueva Delhi: Fundación Bill y Melinda Gates, 2013. [http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20\(Web\).pdf](http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Community%20Led%20Crisis%20Response%20(Web).pdf)
4. *Safer Work*. Marsella, Francia: INDOORS Project, Autres Regards, 2010. http://www.indoors-project.eu/documents/saferwork_english.pdf
5. *Work Wise: Sex worker handbook on human rights, health and violence*. Ciudad del Cabo, Sudáfrica: Sex Worker Empowerment, Advocacy and Training (SWEAT), 2004. www.sweat.org.za
6. Gender Strategies in Concentrated Epidemics: Case study series. AIDSTAR-One, Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. www.aidstar-one.com/focus_areas/gender/marps_concentrated_epidemics_series
7. Spratt K. 2011. *Integrating PEPFAR Gender Strategies into HIV Programs for Most-at-Risk Populations*. Arlington, VA: AIDSTAR-One, Task Order 1. www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR_One_Report_IntegratingGenderStrategies_MARPs.pdf
8. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/index.html>
9. *Integrating Multiple Gender Strategies to Improve HIV and AIDS Interventions: A Compendium of Programs in Africa*. 2009. Arlington, VA: AIDSTAR-One, 2009. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Gender_compendium_Final.pdf

⁸ En el *UBRAF*, este indicador se define como el porcentaje de países que reportan la disponibilidad y el uso de uno o más espacios de prestación de servicios que proporcionan apoyo médico, psicológico y jurídico adecuado a hombres y mujeres víctimas de violación o incesto. La utilización del porcentaje dependerá de si la encuesta preliminar basada en estos espacios de atención se ha llevado a cabo.

10. *mHGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010. http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP_intervention_guide/en/
11. *The power to tackle violence: Avahan's experience with community-led crisis response in India*. Nueva Delhi: Fundación Bill y Melinda Gates, 2009. http://docs.gatesfoundation.org/avahan/documents/avahan_powertotackleviolence.pdf
12. *Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_FCH_GWH_01.1_spa.pdf?ua=1
13. *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and indicators*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/who_rhr_10.12/en/
14. *Unified Budget, Results and Accountability Framework: Indicator Reference*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2012. http://jpms.unaids.org/sites/default/files/JPhelp/2012-2015_UBRAF_Indicator_Definitions.pdf

Literatura complementaria

1. Beletsky L, Thomas R, Smelyanskaya M, et al. «Policy reform to shift the health and human rights environment for vulnerable groups: the case of Kyrgyzstan's Instruction 417». *Health and Human Rights*, 2013; 14(2):34–48.
2. Carlson CE, Chen J, Chang M, et al. «Reducing intimate and paying partner violence against women who exchange sex in Mongolia: results from a randomized clinical trial». *Journal of Interpersonal Violence*, 2012 Jul; 27(10):1911–1931.
3. Decker M, Wirtz AL, Pretorius C, et al. «Estimating the impact of reducing violence against female sex workers on HIV epidemics in Kenya and Ukraine: a policy modeling exercise». *American Journal of Reproductive Immunology*, 2013; 69(Suppl 1):122–132.
4. Kerrigan D, Telles P, Torres H, et al. «Community development and HIV/STI-related vulnerability among female sex workers in Rio de Janeiro, Brazil». *Health Education Research*, 2008 Feb; 23(1):137–145.
5. Penfold C, Hunter G, Campbell R, et al. «Tackling client violence in female street prostitution: inter-agency working between outreach agencies and the police». *Policing and Society*, 2004; 14(4):365–379.
6. Reza-Paul S, Lorway R, O'Brien N, et al. «Sex worker-led structural interventions in India: a case study on addressing violence in HIV prevention through the Ashodaya Samithi collective in Mysore». *The Indian Journal of Medical Research*, 2012; 135:98–106.



3

Servicios
dirigidos por
la comunidad



¿Qué contiene este capítulo?

- **Define los servicios dirigidos por la comunidad** (sección 3.1).
- Describe **cómo diseñar e implementar** tres tipos de servicios dirigidos por la comunidad:
 - la sensibilización dirigida por la comunidad (sección 3.2).
 - los espacios seguros (centros de acogida) (sección 3.3).
 - los comités comunitarios y grupos asesores (sección 3.4).

Este capítulo también proporciona una lista de **recursos y lecturas complementarias** (sección 3.5).

3.1 Introducción

Los servicios dirigidos por la comunidad, en los que las personas trabajadoras del sexo llevan a cabo actividades de sensibilización y supervisión de programas de prevención del VIH, han demostrado su eficacia en el logro de resultados específicos relacionados con el VIH.¹ También permiten a las personas trabajadoras del sexo superar los obstáculos estructurales para el usufructo de sus derechos y las empodera para cambiar las normas sociales con el fin de reducir su vulnerabilidad, que va más allá de del VIH.

Los servicios dirigidos por la comunidad son intervenciones diseñadas, implementadas y monitorizadas por personas trabajadoras del sexo (o con ellas) que:

- crean un acceso adecuado y seguro a productos (condones, lubricantes, agujas y jeringuillas) y servicios clínicos a través de la sensibilización y las remisiones a otros servicios.
- Responden a la violencia contra las personas trabajadoras del sexo e implementan otras intervenciones estructurales.
- Ofrecen orientación continua para los cambios sociales y de comportamiento que fortalecen e incrementan no sólo el conocimiento sino también las capacidades y sistemas, con el fin de hacer viable y sostenibles la prevención, el tratamiento y la atención.
- Ofrecen sistemas formales e informales de la comunidad para proporcionar una retroalimentación para mejorar la calidad de los servicios clínicos y otros servicios y para colaborar de otras formas, como por ejemplo con los servicios sociales que se encuentran fuera del programa de prevención del VIH.

La participación individual y comunitaria de las personas trabajadoras del sexo crea una base sólida para las intervenciones relacionadas con el VIH, para construir un entorno más propicio y para el empoderamiento comunitario. También hace que los programas sean más eficientes y eficaces. Con un apoyo sostenido, los servicios dirigidos por la comunidad pueden convertirse en iniciativas sólidas que abordan los obstáculos estructurales y las condiciones subyacentes a la vulnerabilidad y el riesgo.

Los servicios dirigidos por la comunidad incorporan herramientas y métodos para los trabajadores de primera línea que también apoyan la gestión del programa. Un enfoque de servicios dirigidos por la comunidad asegura que las personas trabajadoras del sexo desempeñen un papel principal en la elaboración de intervenciones, incluyendo su diseño, implementación y supervisión. Este enfoque también puede servir en muchos otros tipos de intervenciones. En este capítulo se describen tres de los servicios más importantes para la ampliación de programas de prevención del VIH con personas trabajadoras del sexo : la sensibilización dirigida por la comunidad, los espacios seguros (centros de acogida) y los comités comunitarios y los grupos asesores (figura 3.1).

¹ En la mayoría de los contextos a los cuales se hace referencia, el término «comunidad» se refiere a una colectividad de personas trabajadoras del sexo y no a las agrupaciones geográficas, sociales o culturales más amplias de las cuales podrían formar parte. Por lo tanto, la «sensibilización comunitaria» hace referencia a la sensibilización de las personas trabajadoras del sexo, las «intervenciones dirigidas por la comunidad» son intervenciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo y el término «miembros de la comunidad» se refiere a las propias trabajadoras.

**Recuadro
3.1**
Implementación de las mejores prácticas para programas de personas trabajadoras del sexo

Las intervenciones de prevención del VIH a menudo son implementadas por organizaciones no gubernamentales (ONG). En algunos contextos puede representar un desafío involucrar muy tempranamente a las personas trabajadoras del sexo en la sensibilización de los miembros de su comunidad, y durante la fase inicial de un programa (el primer año, por ejemplo) el personal de la ONG tenga que tomar un rol protagónico en la sensibilización. Si este fuera el caso, el programa debería estar diseñado de modo que las personas trabajadoras del sexo sean reclutadas, capacitadas e involucradas lo más rápido posible con el fin de asumir una responsabilidad creciente dentro del programa.

Algunas de las directrices de este capítulo están escritas suponiendo que la organización implementadora² es una ONG que no está formada enteramente por personas trabajadoras del sexo. La directriz debería ser interpretada de una forma distinta si se trata de organizaciones dirigidas por la comunidad. El capítulo 1 ofrece una visión y ejemplos de programas sostenibles de alta calidad que son implementados por organizaciones dirigidas por la comunidad.

Figura 3.1 Tipos de servicios dirigidos por la comunidad

**Sensibilización dirigida por la comunidad
(dirigida por personas trabajadoras del sexo)**
Sección 3.2

Una persona trabajadora del sexo capacitada (trabajador de sensibilización comunitaria) se asegura que las necesidades individuales o colectivas de prevención y cuidados de las personas trabajadoras del sexo se satisfagan.

**Espacio seguro
(Centro de acogida)**
Sección 3.3

Un lugar donde las personas trabajadoras del sexo pueden relajarse, socializar y llevar a cabo reuniones y otras actividades que las fortalezcan como grupo.

Comité comunitario y grupo asesor
Sección 3.4

Para ayudar a mejorar la calidad de los servicios, se dispone de un canal para la retroalimentación de la comunidad sobre el programa.

² Una organización que implementa una intervención de prevención para personas trabajadoras del sexo. Esta puede ser una organización gubernamental, no gubernamental, basada en la comunidad o dirigida por la misma, y puede funcionar a nivel estatal, regional o local. A veces una organización no gubernamental presta servicios a través de subunidades en varias ubicaciones dentro de un área urbana y, en este caso, cada una de esas subunidades también se puede considerar una organización implementadora.

3.2 La sensibilización dirigida por la comunidad

Sensibilización dirigida por la comunidad (dirigida por personas trabajadoras del sexo)

- Interfaz principal entre el programa (trabajadores de sensibilización comunitaria) y la mayoría de la comunidad.
- Promoción de servicios y remisiones que vinculan a la comunidad con el suministro de condones, el asesoramiento, las pruebas voluntarias y el tratamiento del VIH, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, el tratamiento antirretrovírico, la atención y otros servicios.
- El acceso al fortalecimiento del liderazgo comunitario.
- El acceso al fortalecimiento de la respuesta a las situaciones de crisis dirigida por la comunidad y otras intervenciones estructurales.

La sensibilización dirigida por la comunidad es un vínculo esencial entre la comunidad y los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH que ofrece el programa. Fortalece la capacidad de las personas trabajadoras del sexo para aprovechar su conocimiento de primera mano de la vulnerabilidad y el riesgo y los alienta a ofrecer, en colaboración con los miembros de su comunidad, soluciones prácticas a los problemas de acceso y de sostenibilidad de los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. Los trabajadores de sensibilización comunitaria³ mantienen una buena relación con otras personas trabajadoras del sexo, y regularmente les proporcionan (o los vinculan) a servicios adecuados de alta calidad. Por medio del seguimiento individual de la vulnerabilidad y el riesgo relativo de cada persona trabajadora del sexo, los trabajadores de sensibilización comunitaria también suministran el primer nivel de la recopilación de datos para el programa.

Recuadro 3.2

Sensibilización dirigida por la comunidad y empoderamiento comunitario

Cuando se efectúa adecuadamente, la sensibilización dirigida por la comunidad constituye la parte del programa que alcanza a la mayor proporción de la comunidad, con mayor regularidad y de una manera más individualizada. El conocimiento y la inversión personal de los trabajadores de sensibilización comunitaria en el bienestar de su comunidad son esenciales tanto para el éxito de la intervención como para los servicios que ofrecen. Por lo tanto, deberían ser respetados e incorporados de manera significativa. Esto lleva consigo dos implicaciones importantes:

- El término «comunitario» no debe entenderse ni utilizarse para referirse a que estas personas son menos calificadas o menos capacitadas que los trabajadores de sensibilización que forman parte del personal.
- Los trabajadores de sensibilización comunitaria no son voluntarios; deberían ser remunerados por su trabajo con salarios equiparables a los del resto del personal, y deberían tener la oportunidad de promocionarse para ocupar puestos remunerados permanentes dentro de la organización implementadora.

3.2.1 ¿Qué hacen los trabajadores de sensibilización comunitaria?

Los trabajadores de sensibilización comunitaria generalmente realizan las siguientes funciones clave:

- Llevar a cabo reuniones individuales y regulares (por ejemplo, mensualmente) con las personas trabajadoras del sexo de las zonas que les son asignadas. Dependiendo de la densidad de la comunidad de personas trabajadoras del sexo, una relación de un trabajador de sensibilización comunitaria por cada 35–65 personas trabajadoras del sexo es factible (véase también el capítulo 6, tabla 6.4).

³ En este instrumento, la expresión «trabajador de sensibilización comunitaria» se usa para referirse a una persona trabajadora del sexo que sensibiliza a sus pares y que, en general, no forma parte del personal a tiempo completo en una intervención para la prevención del VIH (el personal de tiempo completo se puede referir como «trabajador de sensibilización del personal» o simplemente como «trabajador de sensibilización»). Los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ser conocidos por otros términos como «educadores inter pares», «trabajadores de sensibilización inter pares» o también como «trabajadores de sensibilización».

- Evaluar las necesidades de prevención, atención y apoyo con relación al VIH de cada una de las personas trabajadoras del sexo y elaborar un plan que aborde dichas necesidades a través del programa y la comunidad.
- Evaluar la cantidad de condones requeridos por una persona trabajadora del sexo basado en sus actividades sexuales normales, y distribuir la cantidad requerida para cubrir el periodo hasta el próximo encuentro con la persona trabajadora del sexo.
- Promover el uso de los espacios seguros (centros de acogida) con la comunidad (véase la sección 3.3 abajo).
- Fomentar las consultas médicas de rutina, en particular las referidas a infecciones de transmisión sexual (ITS); explicar el contenido de los servicios, referir los casos de ITS identificados en el campo y acompañar a las personas trabajadoras del sexo a las consultas médicas si lo solicitan. Defender el acceso de las personas trabajadoras a los servicios pertinentes si éstos les son denegados.
- Apoyar el asesoramiento y las pruebas voluntarias de VIH (APV) y acompañar a las personas a las remisiones si así lo solicitan. (véase el capítulo 5, sección 5.2.).
- Acompañar a las personas trabajadoras del sexo que viven con el VIH a centros de tratamiento si es solicitado; seguir y estimular su adhesión al tratamiento antirretrovírico. (véase el capítulo 5, sección 5.3.).
- Si los programas prestan servicios a las personas que consumen drogas inyectables, proporcionar agujas y jeringuillas estériles y otros productos de reducción de daños a las personas trabajadoras del sexo que se inyectan drogas, y realizar las remisiones a los servicios médicos según sea necesario (véase el capítulo 5, sección 5.5 para información más detallada).
- Proporcionar información sobre la salud sexual y reproductiva y remitir a las personas trabajadoras del sexo a los servicios pertinentes según sea necesario.
- Contribuir en la gestión de sistemas de respuesta a las crisis (véase el capítulo 2, recuadro 2.9). Proporcionar información sobre sistemas de apoyo complementarios a las personas trabajadoras del sexo víctimas de violencia.
- Formar parte de comités comunitarios y grupos asesores (hacer recomendaciones para mejorar las relaciones con el personal y las clínicas, realizar trabajo de sensibilización y la disponibilidad de espacios seguros), realizar actividades de movilización comunitaria y proporcionar una retroalimentación desde el desde la zona de actuación sobre maneras de mejorar la implementación del programa.

3.2.2 Pasos para la implementación de la sensibilización dirigida por la comunidad

Varios pasos son necesarios para la realización del trabajo de sensibilización dirigido por la comunidad en una comunidad de personas trabajadoras del sexo :

- A.** Mapear la comunidad y diseñar con ella la estrategia de sensibilización.
- B.** Reclutar y capacitar a los trabajadores de sensibilización comunitaria.
- C.** Implementar y gestionar la sensibilización.
- D.** Fomentar las oportunidades de liderazgo para los trabajadores de sensibilización comunitaria.

A. Mapear la comunidad y diseñar con sus miembros la estrategia de sensibilización

El establecimiento de un sistema de sensibilización dirigido por la comunidad implica la colaboración del equipo del programa, las personas trabajadoras del sexo y otras personas presentes en los lugares donde se ejerce el trabajo sexual. La recolección de datos fiables y las consultas relevantes con personas trabajadoras del sexo y otros individuos e instituciones clave, ayuda a asegurar que el programa proporcione servicios aceptables y accesibles a la mayor cantidad posible de miembros de la comunidad, y que sea percibido por ellos mismos como útil y así obtener su apoyo.

Igualmente, es esencial saber dónde se encuentran las personas trabajadoras del sexo y cómo localizarlas. El primer paso es mapear y estimar el tamaño del grupo objetivo (véase el capítulo 6, recuadro 6.4 y figura 6.5). Una vez que este proceso haya permitido identificar los lugares de trabajo sexual individuales dentro de una zona de cobertura, se necesita la participación de los miembros de la comunidad para evaluar la calidad de los servicios y las características del entorno, así como los riesgos relativos y las vulnerabilidades individuales de las personas trabajadoras del sexo.

Los pasos para realizar las consultas locales que permitan obtener información para el mapeo son los siguientes:

1. Reclutar un grupo central de personas trabajadoras del sexo para participar en el mapeo. Este grupo debe conocer de manera detallada los lugares y hábitos de trabajo de los miembros de la comunidad.
2. Colaborar con las personas trabajadoras del sexo en la elaboración de mapas que identifiquen los lugares de trabajo sexual (tales como estaciones de autobuses, prostíbulos, bares, cuarteles militares, etc.) en los lugares más densamente poblados dentro de la zona de cobertura (figura 3.2). También se deben identificar los puntos de servicio, como por ejemplo los lugares donde se distribuyen condones (o un establecimiento comercial donde se venden si existe un programa de mercadeo social) (véase la figura 3.3).
3. Con el grupo central de personas trabajadoras del sexo, identificar y establecer en estos lugares una relación con «informantes clave», entre ellos otras personas trabajadoras del sexo, los propietarios y los gerentes de prostíbulos y bares. A través de discusiones de grupo con los informantes clave, llegar a un consenso sobre el número estimado de personas trabajadoras del sexo en cada lugar (véase la figura 3.4). Registrar esta información para el futuro, particularmente para el reclutamiento de trabajadores de sensibilización comunitaria una vez que se haya finalizado la planificación estratégica de la sensibilización.
4. Planificar una prestación de servicios basados en la información obtenida de las reuniones con los informantes clave, incluyendo los lugares y los horarios más apropiados para reunirse con las personas trabajadoras del sexo. Con el fin de maximizar el acceso a los servicios, las clínicas y los centros de acogida, estos deberían estar ubicados cerca de las zonas de mayor congregación de personas trabajadoras del sexo. Además, otros aspectos relevantes podrían agregarse a los servicios. Por ejemplo, si muchas trabajadoras del sexo de una zona dada tienen hijos, podría agregarse una consulta de rutina de bajo costo para las criaturas como parte de los servicios ofrecidos por la clínica; y si las fuerzas policiales constituyen un problema mayor, las intervenciones de respuesta a la violencia deberían priorizarse.
5. A través de los informantes clave, reunirse y establecer una relación con otras personas trabajadoras del sexo que pudieran convertirse en trabajadores de sensibilización.

Salvaguardar a las personas trabajadoras del sexo durante el proceso de mapeo

Informantes clave: La influencia que ejercen los informantes clave -al igual que propietarios y gerentes de prostíbulos o bares- sobre las vidas de las personas trabajadoras del sexo debería tenerse siempre presente en el momento del mapeo. En su mayoría, podrán promover el uso sistemático del condón, remitir a las personas trabajadoras del sexo a los servicios apropiados y ofrecer protección contra el acoso y la violencia, pero también es posible que se opongan a todos estos servicios. Por lo tanto, se debe tener cuidado para asegurar que las personas trabajadoras del sexo conocen y deciden la participación de estas personas, y que las actividades no causen presión, daño o exposición no deseada a las personas trabajadoras del sexo.

Mapas: Los mapas que contienen información sobre la ubicación y/o la identidad de las personas trabajadoras del sexo deberían ser considerados confidenciales y ser guardados en un lugar seguro. Los planificadores e implementadores de programas deberían proteger los mapas de la posibilidad de ser requisados por las autoridades policiales u otros grupos que puedan utilizarlos para localizar y clausurar lugares o para causarles daño a las personas trabajadoras del sexo. Si estos materiales confidenciales salen a la luz, es probable que el programa pierda la confianza de la comunidad.

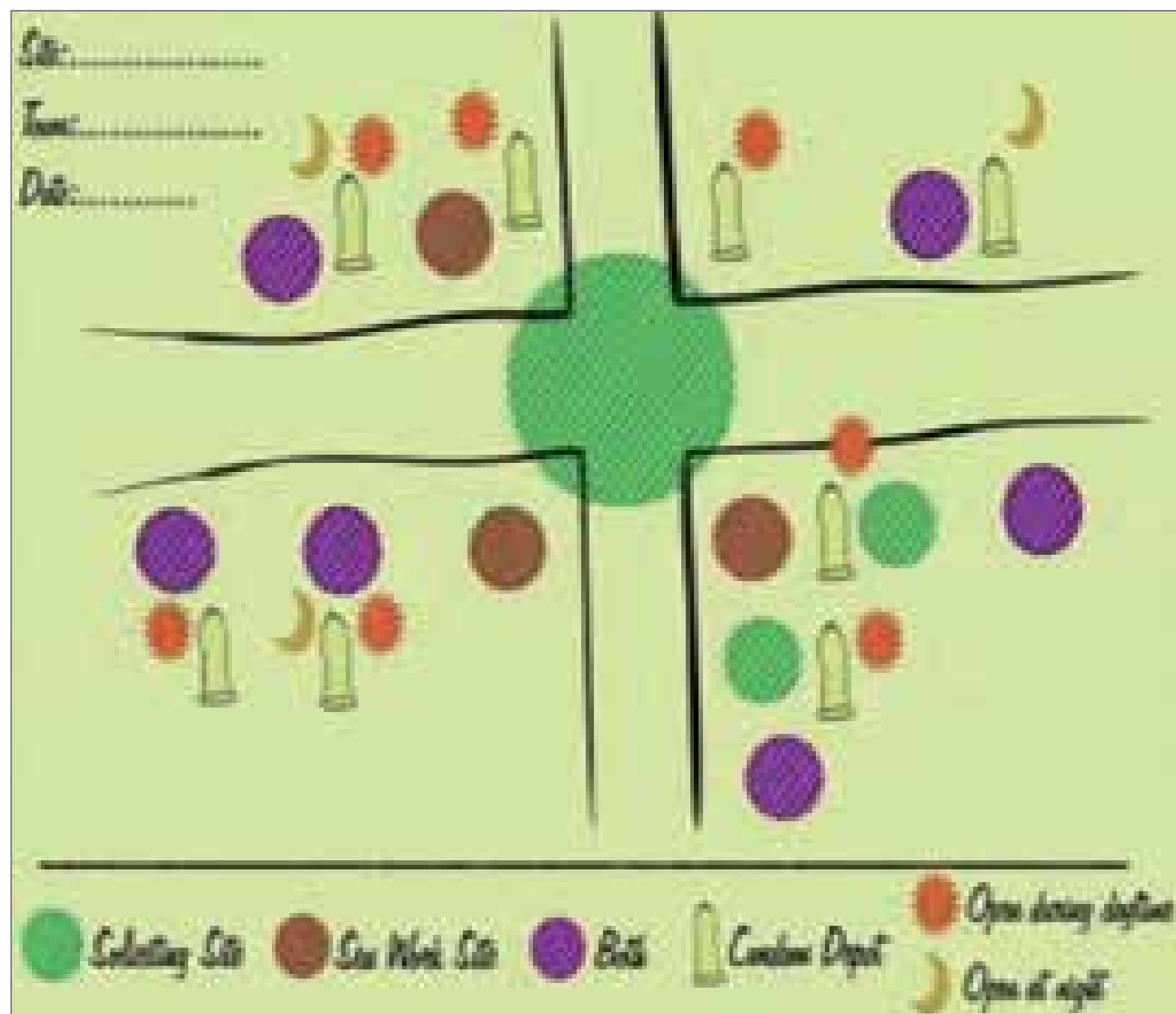
Figura 3.2 Mapa de la comunidad



Este mapa, elaborado por una persona trabajadora del sexo, muestra las ubicaciones y los números respectivos de los miembros de la comunidad en un pueblo, así como los lugares donde se prestan servicios.

Fuente: *India HIV/AIDS Alliance* (Alianza de la India para el VIH/SIDA), Andhra Pradesh (India).

Figura 3.3 Mapa de puntos de distribución de condones



Este mapa, basado en uno creado por personas trabajadoras del sexo, muestra las ubicaciones de distribución de condones por horario de servicio.

Fuente: *Karnataka Health Promotion Trust* (Fideicomiso de Karnataka para la Promoción de la Salud), Karnataka(India).

Figura 3.4 Tabla de información para la persona trabajadora del sexo

	Trabajadora del sexo	Trabajadora del sexo	Trabajadora del sexo	Trabajadora del sexo	Trabajadora del sexo	Trabajadora del sexo	Trabajadora del sexo	Trabajadora del sexo
	[Icono de una persona de pie]	[Icono de una persona en una casa]	[Icono de una persona en una moto]	[Icono de una persona en un coche]	[Icono de un sol]	[Icono de un sol con rayas]	[Icono de una luna creciente]	[Icono de una luna llena]
	[Icono de una persona de pie]	[Icono de una persona en una casa]	[Icono de una persona en una moto]	[Icono de una persona en un coche]	[Icono de un sol]	[Icono de un sol con rayas]	[Icono de una luna creciente]	[Icono de una luna llena]
	[Icono de una persona de pie]	[Icono de una persona en una casa]	[Icono de una persona en una moto]	[Icono de una persona en un coche]	[Icono de un sol]	[Icono de un sol con rayas]	[Icono de una luna creciente]	[Icono de una luna llena]
	[Icono de una persona de pie]	[Icono de una persona en una casa]	[Icono de una persona en una moto]	[Icono de una persona en un coche]	[Icono de un sol]	[Icono de un sol con rayas]	[Icono de una luna creciente]	[Icono de una luna llena]
	[Icono de una persona de pie]	[Icono de una persona en una casa]	[Icono de una persona en una moto]	[Icono de una persona en un coche]	[Icono de un sol]	[Icono de un sol con rayas]	[Icono de una luna creciente]	[Icono de una luna llena]

Esta tabla proporciona información sobre las personas trabajadoras del sexo de una zona específica con el propósito de planificar el trabajo de sensibilización. Está diseñada para ser completada por las personas trabajadoras del sexo analfabetas. La persona trabajadora del sexo crea dibujos simples para identificar a miembros conocidos de su comunidad, y para mostrar los lugares donde viven, solicitan a los clientes y tienen relaciones sexuales con ellos. Igualmente, los símbolos identifican la hora del día que están disponibles para una conversación. La tabla puede utilizarse por la persona trabajadora del sexo para ayudarlo a recordar a cada persona en detalle, si es necesario.

Fuente: *Karnataka Health Promotion Trust* (Fideicomiso de Karnataka para la Promoción de la Salud), Karnataka (India).

B. Reclutar y capacitar a los trabajadores de sensibilización comunitaria

Los pasos que se presentan abajo representan un proceso óptimo para el reclutamiento y la capacitación de los trabajadores de sensibilización comunitaria. Si se está estableciendo una nueva intervención, estos pasos se pueden implementar con el tiempo, mientras que el programa alcanza a un número mayor de miembros de la comunidad. En la práctica, un programa puede comenzar con un número pequeño de trabajadores de sensibilización comunitaria y con una estructura organizativa más informal, formalizándose mientras comienza a alcanzar a más personas trabajadoras del sexo.

1. **Elaborar los términos de remisión** para los trabajadores de sensibilización comunitaria que describen los criterios de selección necesarios (véase el recuadro 3.3) y los papeles y responsabilidades. También incluyen políticas sobre remuneración, viáticos, dietas, entre otros.
2. **Elaborar las directrices para el reclutamiento, la permanencia, la evaluación y la promoción** de los trabajadores de sensibilización comunitaria. El proceso de selección debe ser bien publicitado dentro de la comunidad para que todas aquellas personas interesadas en convertirse en trabajadores de sensibilización comunitaria puedan ser tenidas en cuenta. Así mismo, colaborar con otros programas en el estado o país para asegurar que, cuando sea posible, la remuneración de los trabajadores de sensibilización comunitaria a través de los programas sea consistente y transparente.
3. **Programa de capacitación:** verificar si un programa de capacitación está disponible y es adecuado para el contexto de la intervención. Idealmente, el programa debería ser elaborado y estandarizado a nivel central o regional, pero es posible que tenga que ser adaptado al idioma y a las determinantes culturales locales (véase el recuadro 3.4 y los recursos listados en la sección 3.5). También se debe verificar la disponibilidad de capacitadores.

4. **Adaptar las herramientas de sensibilización a los trabajadores de sensibilización comunitaria.** Estos pueden incluir los formularios de seguimiento diario y mensual que evalúan los factores de riesgo la vulnerabilidad de cada individuo así como su acceso a los servicios. Las herramientas de sensibilización deberían adoptar una forma gráfica para los trabajadores de sensibilización comunitaria poco alfabetizados (véase la figura 3.7).
5. **Elaborar un programa de capacitación por etapas** que permita fortalecer las capacidades, la confianza y el liderazgo de los trabajadores de sensibilización comunitaria (véase más abajo y el recuadro 3.4). Esto debería incluir la capacitación regular de trabajadores de sensibilización comunitaria nuevos para asegurar que un número adecuado de ellos siempre esté disponible. La capacitación también debería favorecer el mejoramiento de las habilidades y la exposición de los trabajadores de sensibilización a todos los componentes del programa, por ejemplo, asegurando que éstos puedan explicar a las personas trabajadoras del sexo los procesos médicos.
6. **Elaborar un plan de carrera** para los trabajadores de sensibilización comunitaria para asegurarles la oportunidad de tomar más responsabilidad de liderazgo en actividades del programa y para supervisar la sensibilización y otros aspectos del programa, entre ellos los roles que podían desarrollar anteriormente el personal de la ONG. Además, se deben vincular a las actividades que permiten a los trabajadores de sensibilización demostrar liderazgo a través de la sensibilización, las actividades en los espacios seguros, los comités comunitarios, entre otros.
7. **Explicar al personal regular de la ONG la progresión de las personas trabajadoras del sexo**, si es necesario, para evitar que haya una percepción de conflicto de intereses (véase el capítulo 6, sección 6.2.8).

Reclutar a trabajadores de sensibilización comunitaria

En las etapas iniciales del programa, la selección de los trabajadores de sensibilización comunitaria puede ser un proceso informal: la organización implementadora pudiera invitar a las personas trabajadoras del sexo que han participado en el mapeo y las etapas de planificación iniciales a participar en el nuevo programa como trabajadores de sensibilización comunitaria y/o a identificar a otras personas trabajadoras del sexo que potencialmente pudieran cumplir esta función. En cualquier caso, los criterios de selección listados en el recuadro 3.3 podrían ser considerados. También es importante observar la relación entre las personas trabajadoras del sexo involucradas en el mapeo con otros miembros de su comunidad.

Recuadro 3.3

Criterios de selección recomendados para el reclutamiento de un trabajador de sensibilización comunitaria

- Trabaja actualmente como trabajador/a sexual y dispone de tiempo para realizar actividades de sensibilización.
- Se compromete al cumplimiento de las metas y los objetivos del programa.
- Tiene conocimiento del contexto y entorno local.
- Es aceptado por la comunidad.
- Demuestra responsabilidad hacia la comunidad y hacia el programa.
- Demuestra tolerancia y respeto hacia otras comunidades de personas trabajadoras del sexo donde puedan existir diferencias.
- Capacidad para mantener la confidencialidad respecto a la información.
- Habilidades de buen oyente, con herramientas para la comunicación y en relaciones interpersonales.
- Confianza en sí mismo y con potencial de liderazgo.
- Potencial de ser "buen ejemplo" de conducta que se busca promover en los demás.
- Dispuesto a aprender y a actuar en la zona de cobertura.
- Compromiso de estar disponibles a otras personas trabajadoras del sexo si son víctimas de la violencia o en caso de una emergencia.

A medida que se desarrolle el programa, un proceso más estructurado en la selección de nuevos trabajadores de sensibilización comunitaria puede ser adoptado:

1. Un comité de líderes comunitarios y personal de programa, incluyendo a trabajadores de sensibilización actuales, define los criterios para los trabajadores de sensibilización comunitarios nuevos, los contacta para verificar su interés y realiza entrevistas iniciales con ellos. Los candidatos se clasifican según los criterios listados en el recuadro 3.3.
2. Los candidatos proceden a tomar parte, con la ayuda de los coordinadores de sensibilización, en un ejercicio de mapeo de redes sociales con el fin de determinar el tamaño de sus redes sociales (véase la figura 3.5).
3. Los trabajadores de sensibilización comunitaria ya activos averiguan con los contactos del candidato para verificar que él mismo sería aceptado como trabajador de sensibilización comunitaria.
4. Basándose en las entrevistas, el mapeo de redes sociales y las consultas, el comité selecciona al número adecuado de trabajadores de sensibilización comunitaria nuevos.
5. El comité discute los métodos de seguimiento comunitario del desempeño de los trabajadores de sensibilización comunitaria (esto podría realizarse a través de un comité comunitario formal: véase la sección 3.4.3.) Los miembros de la comunidad deberían poder ponerse en contacto con los responsables del proyecto si tienen algún problema relacionado con el trabajador de sensibilización comunitaria.

Figura 3.5 Mapa de las redes sociales



Un mapa de redes sociales representa los vínculos de las personas trabajadoras del sexo con conocidos o con amistades. El mapa es elaborado por una persona trabajadora del sexo para mostrar el grado de sus relaciones con otras personas trabajadoras del sexo. Cada círculo representa una persona trabajadora del sexo individual, y las flechas apuntan a otras trabajadoras que esa persona conoce. Los trabajadores de sensibilización comunitaria eficaces tienen redes amplias. El mapa puede ser utilizado en la asignación de un trabajador de sensibilización comunitario a un grupo de personas trabajadoras del sexo con quienes realizar trabajo de sensibilización y para asegurar que cada trabajador de sensibilización comunitaria esté en contacto con las personas trabajadoras del sexo que mejor conoce.

Fuente: India HIV/AIDS Alliance (Alianza de la India para el VIH/SIDA), Andhra Pradesh (India).

Capacitar a los trabajadores de sensibilización comunitaria

La capacitación debería llevarse a cabo regularmente y en varias etapas:

1. capacitación básica al inicio de la participación en el programa.
2. Sesiones de capacitación avanzadas al menos trimestrales con el fin de mejorar su conocimiento y sus habilidades.
3. Tutoría informal a diario por un supervisor o responsable de sensibilización para apoyar a los trabajadores de sensibilización comunitaria.
4. Discusiones en grupo y tutoría con trabajadores de sensibilización comunitaria semanales.

Los programas de capacitación deberían ser interactivos. La fuerza de los trabajadores de sensibilización comunitaria al sumar su propia experiencia e iniciativa a su trabajo debe ser valorizada. Esto significa que la capacitación puede ser más eficaz cuando es dirigida por capacitadores que son ellas mismas personas trabajadoras del sexo. Los capacitadores deberían ser remunerados.

La capacitación básica puede incluir:

- las habilidades de comunicación interpersonal que permiten fortalecer la seguridad en sí mismo y su agencia (la elección, el control y el poder que tiene una persona trabajadora del sexo de actuar por sí misma), incluyendo las discusiones sobre la ética profesional con respecto a la discreción, estar libre de prejuicios y la confidencialidad.
- El análisis de las brechas en el abastecimiento de condones (identifica la diferencia entre la demanda y el suministro de condones), de la negociación y de la distribución racional de condones.
- El mapeo de las redes sociales.
- Gestionar la prevención y la atención, incluyendo las herramientas de microplanificación y el mantenimiento de archivos.
- Los síntomas de las ITS y los procesos de enfermedad, las remisiones pertinentes y el tratamiento de las ITS, el VIH, el SIDA y la tuberculosis (TB).
- La promoción del asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH (APV).
- La identificación y discusión sobre la violencia y la provisión de apoyo psicológico.
- La movilización comunitaria.

La capacitación avanzada puede incluir:

- las habilidades de comunicación avanzada y técnicas de asesoramiento.
- Las habilidades de liderazgo.
- La respuesta a la estigmatización, la discriminación y el acoso.
- Los conocimientos jurídicos básicos, la negociación con las fuerzas policiales y la demanda a la comunidad para obtener apoyo legal.
- La intervención en casos de violencia y de situaciones de crisis.
- El asesoramiento relacionado con el uso y abuso de las drogas y el alcohol.
- La creación de vínculos con otros servicios (por ejemplo, de salud reproductiva).
- La atención y el apoyo para las personas que viven con el VIH.
- La interacción con los medios de comunicación (con el fin de promover una imagen positiva de la comunidad).

**Recuadro
3.4**

Ejemplo de caso: Enfoques para la capacitación de los trabajadores de sensibilización comunitaria

El programa nacional para el control de las ITS y el SIDA de Kenia ha elaborado una maleta pedagógica para trabajadores de sensibilización comunitaria masculinos y femeninos (pares educadores) que consiste en un manual de referencia, un manual de capacitación y un cuaderno para la persona participante (no disponible en línea). La caja de herramientas utiliza dibujos y un lenguaje sencillo. El manual de capacitación contiene los siguientes siete módulos:

1. Pares educadores: ¿Quiénes somos y qué hacemos?
2. Todo lo que debemos saber sobre el VIH, las ITS y la salud sexual y reproductiva.
3. Cómo prevenir el VIH y las ITS.
4. Conocer nuestro estado serológico: promoción de asesoramiento y pruebas de VIH.
5. Nuestro futuro.
6. Crear un entorno propicio para el cambio de conductas.
7. Registrar e informar sobre nuestro progreso.

En Macedonia, el proyecto *Health Options Project Skopje* (HOPS) (Opciones de salud de Skopje) dispone de capacitaciones menos formales y un programa cuyo contenido y duración se adaptan a las consideraciones previas, el nivel de educación y las capacidades de cada grupo de trabajadores de sensibilización comunitaria. Los temas incluyen:

- La historia de HOPS, su misión, sus programas y su estructura organizativa.
- El rol del trabajador de sensibilización comunitaria de HOPS.
- El VIH, el SIDA y las ITS.
- El trabajo de sensibilización y sus principios.
- Los derechos humanos y los derechos sexuales.
- El tráfico humano y la explotación sexual.
- Introducción al programa de reducción de daños de HOPS.
- Los tipos de drogas y las consecuencias de su uso.
- Las visitas de campo a los lugares de trabajo sexual y al espacio seguro (centro de acogida) del programa.

Al final de la capacitación, los trabajadores de sensibilización comunitaria reciben un certificado de participación por completar la capacitación u otros cursos, lo cual los anima y les otorga reconocimiento a sus esfuerzos de aprendizaje y del fortalecimiento de sus habilidades profesionales. Esto es especialmente valioso para las personas trabajadoras del sexo que no han recibido una educación formal básica.

C. Implementar y gestionar la sensibilización

Cómo los trabajadores de sensibilización comunitaria promueven el acceso a servicios

Condomes y lubricantes: Los trabajadores de sensibilización comunitaria apoyan el cambio de conductas (es decir, la adopción y/o adhesión de comportamientos sexuales más seguros) por medio de la demostración, promoción y distribución de condones y lubricantes. Ellos representan a menudo la fuente más fiable de distribución de condones en zonas donde la intervención es nueva y donde las personas trabajadoras del sexo no han adoptado un uso sistemático del condón con sus clientes y sus parejas regulares. Incluso en los programas de largo plazo, la necesidad de las personas trabajadoras del sexo de tener cantidades relativamente grandes de condones, les otorga a los trabajadores de sensibilización comunitaria un papel esencial en la cadena de suministro.

Servicios clínicos: los trabajadores de sensibilización comunitaria forman un vínculo entre la comunidad y los servicios clínicos. A solicitud de las personas trabajadoras del sexo, ellos los acompañan a los servicios clínicos y defienden sus intereses cuando sea necesario. Los trabajadores de sensibilización comunitaria fomentan, explican y registran los datos con relación a las remisiones y consultas médicas realizadas para las ITS y APV. También ofrecen comprensión del programa no solo sobre cómo hacer los servicios más disponibles y accesibles, sino también cómo asegurar que las personas trabajadoras del sexo los utilicen regularmente. También verifican la calidad de los servicios y la ausencia de coacción en el establecimiento sanitario. Finalmente, los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ofrecer asesoramiento continuado a quienes, tras realizarse la prueba, se establezca que son VIH-positivas y vincularlas a la atención necesaria.

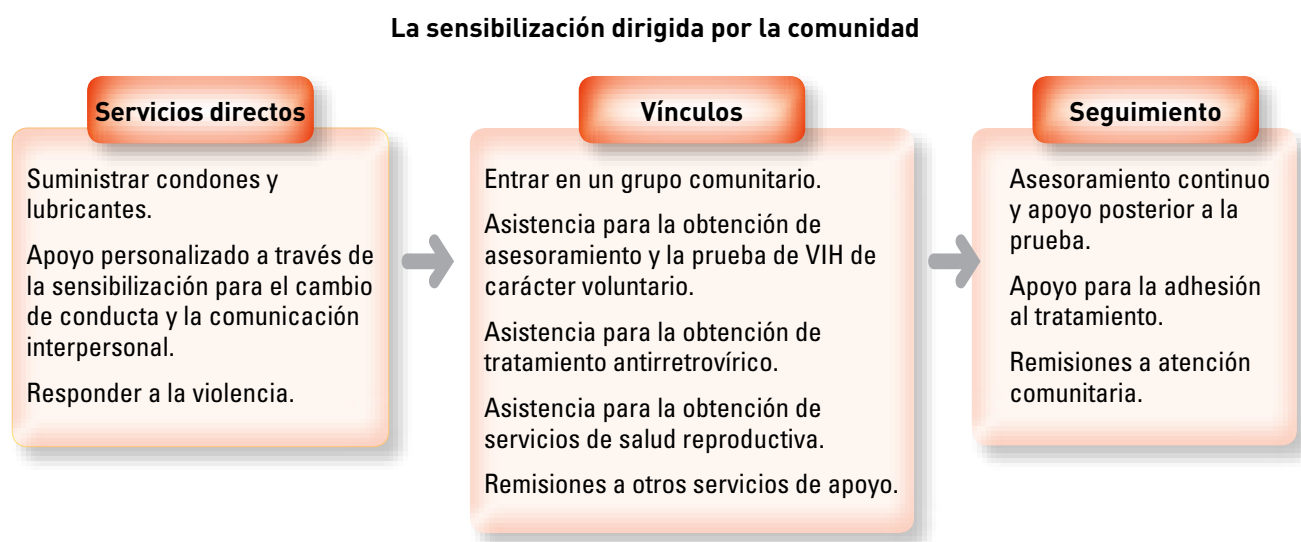
Intervenciones estructurales: los trabajadores de sensibilización comunitaria motivan a los miembros de su comunidad a participar en las iniciativas que abordan la estigmatización y la discriminación, confrontan la violencia y el acoso policial y crean sistemas sociales de apoyo, como por ejemplo, asegurar que los hijos e hijas de las personas trabajadoras del sexo tengan acceso a la escuela.

Servicios dirigidos por la comunidad: los trabajadores de sensibilización comunitaria tienen conocimiento proveniente de su contacto directo con el programa y la comunidad, lo cual es esencial para los planificadores de programas y los procesos políticos a nivel local, nacional y mundial.

Gestionar la sensibilización

La gestión de la sensibilización se lleva a cabo en dos niveles: el trabajador de sensibilización comunitaria gestiona sus propias intervenciones de sensibilización hacia las personas trabajadoras del sexo ; y el personal de programa supervisa y apoya su trabajo.

Figura 3.6 Ejemplo ilustrativo de la gestión por parte de un trabajador de sensibilización comunitaria de las necesidades de una persona trabajadora del sexo



Los trabajadores de sensibilización comunitaria como responsables de sensibilización

Los trabajadores de sensibilización comunitaria utilizan con cada persona trabajadora del sexo un enfoque de prevención y gestión de casos, que consiste en varios pasos que pueden reevaluarse y repetirse según la necesidad.

1. Evaluar la gama de necesidades individuales, utilizando una herramienta estandarizada (véase «la microplanificación» abajo).
2. Elaborar con la persona trabajadora del sexo un plan de acción basado en las necesidades que puedan abordarse.
3. Proporcionar productos, información y asesoramiento con el fin de asegurar que la persona trabajadora del sexo se comprometa a abordar esas necesidades con el apoyo comunitario.

4. Facilitar las remisiones a otros servicios cuando sea necesario.
5. Dar seguimiento con apoyo e información a las remisiones, cuando sea necesario.
6. Evaluar y reevaluar las necesidades individuales de manera periódica.

La figura 3.6 de más abajo presenta un ejemplo sobre la manera en que un trabajador de sensibilización comunitaria puede apoyar a una persona trabajadora del sexo a través de servicios directos, derivaciones a otros servicios y seguimiento.

Recuadro 3.5

Ejemplo de caso: Diario de salud sexual

En Tailandia, la Fundación *Service Workers in Group (SWING)* (Trabajadores sociales en grupo) ha colaborado con hombres trabajadores del sexo en la elaboración de un diario de salud sexual como herramienta para ayudarlos a controlar su propio riesgo sexual y participar regularmente en el auto-diagnóstico de síntomas de las ITS. El diario les permite seguir y mantener un comportamiento preventivo, incluyendo la detección y el tratamiento de las ITS. El trabajador del sexo registra la siguiente información diariamente:

- número y tipo de encuentros sexuales (anal, oral, otro):
 - con un cliente o una pareja.
 - con o sin condón.
 - con o sin lubricante.
 - con condón utilizado incorrectamente.
- Síntomas de ITS (sí/no/no está seguro, para los diferentes síntomas listados)
- Examen médico o tratamiento (y para qué síntomas), incluyendo la detección de las ITS y la prueba de VIH.

Cada diario tiene suficientes páginas para un mes. El trabajador del sexo completa una hoja de resumen semanalmente y se lo entrega a su trabajador de sensibilización comunitaria del programa, luego lo debaten. La información también es registrada en una base de datos y utilizada para la evaluación de riesgos y para personalizar los servicios para el trabajador del sexo. Cuando se reportan síntomas de ITS, se motiva al trabajador sexual para que consulte con un médico para más pruebas y atención. Utilizar el diario no es una condición obligatoria para recibir servicios del programa, pero se usa ampliamente, y los hombres trabajadores del sexo informan que les agrada usarlo. SWING pretende adaptar la herramienta para su uso entre las mujeres trabajadoras del sexo.

La microplanificación

La microplanificación proporciona a los trabajadores de sensibilización comunitaria la responsabilidad y la autoridad de gestionar su propio trabajo. Este enfoque les permite utilizar su conocimiento de la comunidad, y la información que registran durante sus encuentros con las personas trabajadoras del sexo, para priorizar y gestionar la sensibilización.

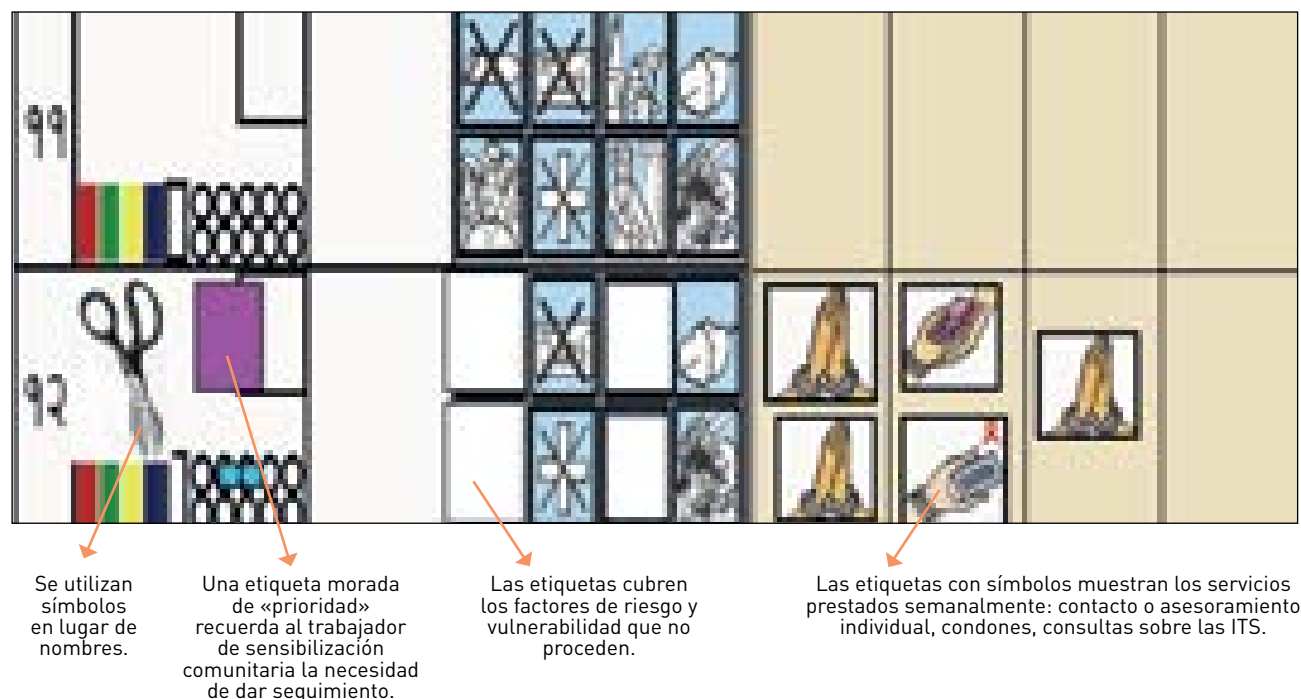
Mediante la microplanificación, los trabajadores de sensibilización comunitaria son capacitados en la utilización de las herramientas que les permiten recopilar datos sobre la vulnerabilidad y riesgo de cada individuo que apoyan y los servicios que realizan. Las herramientas de microplanificación están diseñadas para ser fáciles de utilizar, por ejemplo, suelen ser gráficas y pueden ser utilizadas por personas poco alfabetizadas (véase la figura 3.7). También pueden ser adaptadas para que el seguimiento sistemático pueda llevarse a cabo utilizando un teléfono celular, además de registrar los datos en papel.

Los trabajadores de sensibilización comunitaria registran datos en cada encuentro con la persona trabajadora del sexo, los agregan a un formulario de informe semanal o mensual (a menos que los hayan transmitido electrónicamente previamente), con la ayuda de un supervisor o responsable, si es necesario. alguna de la información agregada puede ser integrada en los informes del programa según las normas regionales o nacionales, pero su objetivo principal es permitir a los trabajadores de sensibilización comunitaria analizar sus actividades y planificar la sensibilización según las necesidades más urgentes de las personas trabajadoras

3 Servicios dirigidos por la comunidad

del sexo que están apoyando (por ejemplo, aquellas con el riesgo y la vulnerabilidad más alta, o aquellas con quienes no se han reunido desde hace tiempo). El trabajador de sensibilización comunitaria puede llevar a cabo esta planificación en el contexto de sesiones de revisión semanales con un supervisor o responsable (véase «Supervisar y apoyar la sensibilización» más abajo).

Figura 3.7 Herramienta de la microplanificación



Esta herramienta de la microplanificación es utilizada por un trabajador de sensibilización comunitaria con el fin de captar información sobre el riesgo y la vulnerabilidad de una persona trabajadora del sexo individual y sobre los servicios que reciben del programa durante un mes. La fila superior de este calendario no se ha completado por el trabajador de sensibilización comunitaria; la fila inferior muestra cómo se registra la información de la persona trabajadora del sexo individual.

- En la columna de la izquierda se identifica a una persona trabajadora del sexo utilizando un sistema de identificación por código de color (barras y círculos), apoyado de una etiqueta con un símbolo (p.ej. un par de tijeras) como recordatorio para el trabajador de sensibilización comunitaria para darle seguimiento.
- En el medio de la tabla, los ocho cuadros azules representan los diferentes factores de riesgo y vulnerabilidad (p.ej., el cuadro superior izquierdo muestra un condón tachado con una equis, lo que significa el uso inconsistente del condón). Cuando la herramienta es elaborada, se decide sobre estos factores en consulta con trabajadores de sensibilización comunitaria sobre el riesgo y la vulnerabilidad dentro de la comunidad a la que están sirviendo. El trabajador de sensibilización comunitaria utiliza etiquetas blancas para cubrir los factores que no se aplican a la persona trabajadora del sexo, dejando los factores relevantes expuestos como recordatorio para discutirlos con ella.
- Cuando una persona trabajadora del sexo tiene más de tres factores de riesgo y vulnerabilidad, el trabajador de sensibilización comunitaria agrega una etiqueta morada para identificar a la persona para seguimiento prioritario.
- En las cuatro columnas (una por cada semana) al lado derecho del calendario, los trabajadores de sensibilización comunitaria utilizan etiquetas para registrar los servicios prestados en cada encuentro.

Fuente: Proyecto *Mukta*, Pathfinder International, Maharashtra (India)

Otros aspectos a considerar para la sensibilización

Utilización de tarjetas de identidad

La emisión de tarjetas de identidad puede ayudar a los trabajadores de sensibilización comunitaria en su labor. Esta tarjeta, del tamaño de una tarjeta de crédito y aprobada por un funcionario público reconocido, como un

oficial de policía de alto rango, puede ser presentada por el trabajador de sensibilización comunitaria al agente policial que intente detenerlo por llevar a cabo su trabajo.

Sin embargo, algunos incentivos para los trabajadores de sensibilización comunitaria, tales como los pulóveres u otras prendas de ropa que los identifiquen como trabajadores de sensibilización comunitaria, podrían provocar un distanciamiento con las personas trabajadoras del sexo o exponer por asociación a las personas trabajadoras del sexo con las que conversan.

Entorno

- En las zonas urbanas, los programas deberían consultar con los trabajadores de sensibilización comunitaria, con el fin de decidir si el trabajo de sensibilización con las personas trabajadoras del sexo que trabajan en la calle debería realizarse en parejas, para más seguridad.
- Puede ser difícil llegar a las personas trabajadoras del sexo que trabajan en bares, prostíbulos o pensiones urbanas. La sensibilización hacia los responsables o propietarios, para motivarlos y que permitan el acceso a los trabajadores de sensibilización comunitaria a sus establecimientos, debería realizarse en parejas, con otro personal del programa si es necesario. Dado que estas personas trabajadoras del sexo generalmente viven en grupos, la sensibilización hacia ellas en sus domicilios puede ser más productivo, pero únicamente si es bienvenida.
- El trabajo de sensibilización a las personas trabajadoras del sexo que trabajan en su domicilio o aquellas que eligen no identificarse como trabajadoras del sexo, exige la adopción de un enfoque discreto, por ejemplo, enmarcándolo como promoción de salud para mujeres de bajos ingresos.

Edad

- Las personas trabajadoras del sexo más jóvenes pueden tener preocupación sobre la planificación familiar y el mantenimiento de su apariencia física, ya que desean maximizar el número de clientes que atienden.
- Las personas trabajadoras del sexo mayores podrían estar más preocupadas por la protección de sus hijos e hijas, el proveer de apoyo a miembros de la familia que viven con el VIH y la participación en la gestión de programas.

Género

Las necesidades de las mujeres, los hombres y transgéneros trabajadores del sexo pueden coincidir en parte; sin embargo, también son diferentes en algunos aspectos:

- Los hombres trabajadores del sexo pueden requerir asesoramiento y remisiones para cuestiones tales como la disfunción sexual.
- Los transgéneros trabajadores del sexo pueden necesitar información sobre los riesgos asociados con la inyección de hormonas.
- Las mujeres trabajadoras del sexo pueden necesitar apoyo relacionado con la planificación familiar y los servicios de interrupción del embarazo.

Supervisión y apoyo de la sensibilización

Un supervisor o responsable de sensibilización es generalmente responsable de la capacitación, la motivación y el seguimiento del trabajo de cinco a veinte trabajadores de sensibilización comunitaria. Este rol puede ser desempeñado por un trabajador de sensibilización comunitaria que ha progresado a este rol de supervisión o por el personal de una ONG, hasta que los trabajadores de sensibilización estén capacitados.

El supervisor o responsable de sensibilización observa a los trabajadores de sensibilización comunitaria en su trabajo diario, revisa sus datos sobre los diferentes servicios prestados (número de encuentros individuales, encuentros en grupo, remisiones o visitas acompañadas a consultas médicas, condones distribuidos, etc.). También puede introducir los datos en un sistema de gestión computarizado si ningún personal ha sido asignado para esta tarea. El supervisor o responsable realiza reuniones semanales con su grupo de trabajadores de sensibilización comunitaria, normalmente en un espacio seguro (centro de acogida), para debatir en torno a los casos de alta prioridad, cualquier problema que los trabajadores de sensibilización comunitaria estén enfrentando y para proporcionar capacitación informal.

Recuadro
3.6

Ejemplo de caso: análisis de la brecha de oportunidades

En Karnataka, India, los trabajadores de sensibilización comunitaria utilizan una herramienta sencilla de análisis de los obstáculos específicos que impiden el acceso de las personas trabajadoras del sexo a los servicios prestados por el programa. Se identifican las barreras de acceso, ya sea debido a factores internos que el programa puede controlar (p.ej. los horarios de trabajo de los trabajadores de sensibilización comunitaria) o a factores externos (p.ej. la movilidad alta de las personas trabajadoras del sexo, lo que resulta en abandono del programa). Por consiguiente, se elaboran planes de acción específicos a los diferentes contextos con el fin de superar estos obstáculos.

La figura 3.8 presenta un análisis de brecha de oportunidades elaborado por un trabajador de sensibilización comunitaria, responsable de 140 hombres que tienen sexo con hombres en un sitio específico (aunque estos hombres no son necesariamente trabajadores del sexo, y aunque la proporción de trabajadores de sensibilización comunitaria respecto a los hombres que tienen sexo con hombres sea muy elevada debido a la densidad de la zona urbana en este ejemplo, el principio es el mismo). El trabajador de sensibilización comunitaria ha evaluado su actividad durante un mes mediante el registro del número de hombres que tienen sexo con hombres inscritos, el número de ellos con los cuales está regularmente en contacto, el número que ha visitado una clínica en los pasados tres meses y el número que se ha sometido a pruebas de VIH durante el mes anterior. El trabajador de sensibilización comunitaria entonces analiza con su supervisor o jefe los casos de aquellos miembros de la comunidad que no tuvieron alcance a varios servicios y las razones de ello, y por consiguiente se elabora un plan para abordar estas áreas.

El análisis de brecha de oportunidades ayuda tanto al trabajador de sensibilización comunitaria como al supervisor o responsable a evaluar si el programa está llegando eficazmente a los miembros de la comunidad con los servicios que ofrece. Este ejercicio permite identificar las áreas donde los trabajadores de sensibilización comunitaria se necesitan centrar y las áreas donde el supervisor o responsable necesita apoyar al trabajador de sensibilización comunitaria.

Figura 3.8 Análisis de la brecha de oportunidades

ANÁLISIS DE BRECHA DE OPORTUNIDADES				
Zona: Supervisor:				
Lugar: Trabajador de sensibilización comunitaria:				
Punto caliente: Fecha:				
	Número actual	Objetivo	Brecha	Motivos
Estimación	137	140	—	—
Inscripción	137	100% 140	—	—
Contacto regular	125	80% 120	(+5)	—
Visitas clínicas	40	35% (mensual) 42	2	—
Sífilis	8	50% del objetivo de visitas clínicas 20	12	<i>El trabajador de sensibilización comunitaria y su supervisor debaten las diferentes razones y preparan un plan de acción.</i>
Centro integrado de asesoramiento y pruebas voluntarias (CIAPV)	0	50% del objetivo de visitas clínicas 20	12	<i>El trabajador de sensibilización comunitaria y su supervisor debaten las diferentes razones y preparan un plan de acción.</i>

Fuente: Karnataka Health Promotion Trust (Fideicomiso de Karnataka para la Promoción de la Salud), Karnataka (India).

Remuneración de los trabajadores de sensibilización comunitaria

Los trabajadores de sensibilización comunitaria deberían ser remunerados por su trabajo de forma sistemática. Sin embargo, ciertos enfoques pueden ser problemáticos: por ejemplo, remunerar a los trabajadores de sensibilización comunitaria por cada individuo que participa en el programa (buscando los servicios de una clínica o de un centro de acogida) puede distorsionar la demanda y puede conducir a la coacción. Por otra parte, incentivos menos susceptibles a la coacción y más eficaces pueden ser créditos telefónicos, regalos no monetarios, oportunidades de liderazgo y reconocimiento que no está relacionado con el número de personas trabajadoras del sexo que consigan atraer al programa. Además, cuando sea posible, la oportunidad de participar en capacitaciones y reuniones nacionales o internacionales puede ser una manera eficaz de reconocer a los trabajadores de sensibilización comunitaria sobresalientes.

La tabla 3.1 recoge varias actividades por las que los trabajadores de sensibilización comunitaria deberían ser remunerados.

Tabla 3.1 Remuneración de los trabajadores de sensibilización comunitaria

Tiempo invertido por el trabajador de sensibilización comunitaria	Remuneración	Razón fundamental
Tiempo dedicado a las actividades de sensibilización (incluyendo el tiempo en transporte, en los encuentros con las personas trabajadoras del sexo, en la realización de los informes, en la planificación de actividades futuras).	Salario	El salario acordado debe ser aceptable para los trabajadores de sensibilización comunitaria y factible para la sostenibilidad del programa. Si posible, los salarios deberían fijarse de manera uniforme a través de los programas estatales y nacionales.
Tiempo dedicado a las capacitaciones complementarias.	Pago por honorarios adicionales.	Las horas dedicadas a las capacitaciones son horas de trabajo perdidas, por lo cual los programas deberían reconocer que los trabajadores de sensibilización comunitaria tienen otro trabajo además de las obligaciones personales que no pueden ser cumplidas cuando están en capacitación.
Tiempo en transporte entre los diferentes lugares de trabajo, las remisiones, las capacitaciones, etc.	Costos de autobús, tren, taxi, según sea necesario.	Normalmente resulta más eficaz el mapear las rutas de transporte y fijar viáticos para los grupos de trabajadores de sensibilización comunitaria dependiendo de los requerimientos. Se les debería entregar los viáticos de antemano de manera regular (ya que la mayoría no podría asumir el gasto previamente).
Tiempo de uso del teléfono celular.	Tiempo de uso del teléfono celular (predeterminado si es posible).	Los trabajadores de sensibilización comunitaria deberían ser remunerados por el uso del teléfono celular mientras trabajan, ya sea por mensajes de texto o conversación limitada.
Baterías de teléfono celular.	Cargadores, acceso a una fuente de electricidad fiable.	Los trabajadores de sensibilización comunitaria necesitan sus teléfonos para llevar a cabo la sensibilización, y debería haber cargadores de baterías en lugares previamente identificados.

Recuadro 3.7

Ejemplo de caso: utilización de la tecnología en las redes de personas trabajadoras del sexo

Algunas organizaciones de personas trabajadoras del sexo utilizan teléfonos celulares o Internet para permitirles a los miembros de la comunidad buscar y ofrecerse apoyo entre ellos.

En Sudáfrica, una organización basada en la comunidad opera una línea de ayuda con el fin de difundir información. Las llamadas desde una línea fija son gratis y los usuarios de teléfonos celulares pueden enviar un mensaje de texto para poder recibir una llamada de vuelta y no tener que pagar la llamada. La línea de ayuda ofrece un sistema de alerta por SMS que envía información a los miembros de la comunidad que se han inscrito al servicio. Una persona trabajadora del sexo puede reportar a los malos clientes (por ejemplo, por falta de pago o agresión) a la línea de ayuda, que a su vez transmite la información a través de mensaje de texto.

La *New Zealand Prostitutes Collective (NZPC)* (Colectivo de Prostitutas de Nueva Zelanda), una organización de personas trabajadoras del sexo, utiliza una página privada de Facebook que funciona como un blog y cuenta con un muro de mensajes para que las personas trabajadoras del sexo realicen preguntas, se den apoyo unas a otras y proporcionen información sobre los servicios para las personas trabajadoras.⁴

La organización ucraniana dirigida por personas trabajadoras del sexo LEGALIFE dispone de un sitio web⁵ en el que los miembros pueden hacer preguntas sobre sus derechos y las actividades de LEGALIFE. Las respuestas son redactadas por un experto local en derechos humanos y un consultor de psicología práctica, ambos afiliados con LEGALIFE. La página web también cuenta con un blog y un foro para sus miembros, así como también noticias locales e internacionales. La página es gestionada por un grupo de personas trabajadoras del sexo con experiencia previa o que han sido capacitadas en la gestión de contenido web.

D. Fomentar las oportunidades de liderazgo para los trabajadores de sensibilización comunitaria

Los trabajadores de sensibilización comunitaria experimentados mejoran la eficacia de la sensibilización y aseguran un liderazgo en su comunidad que va más allá de los servicios de un programa. Es importante que, desde el principio, los programas adopten un enfoque que permita a los trabajadores de sensibilización comunitaria crecer como líderes. Los programas logran esto no solo por medio de mostrar respeto y aprecio a los trabajadores de sensibilización comunitaria, sino también por medio de:

- proporcionar apoyo a través de capacitación, tutoría, retroalimentación constructiva y remuneración.
- Ofrecer oportunidades que les permitan aprender nuevas destrezas y aplicar su experiencia más ampliamente a través del programa y en sus comunidades, con el fin de empoderarlos no solo a ellas sino también a otras personas trabajadoras del sexo.

La capacitación y tutoría de los trabajadores de sensibilización comunitaria deberían centrarse no solo en la sensibilización, sino también en el fortalecimiento general de su liderazgo (véase el capítulo 1, sección 1.2.6). Es más probable que los trabajadores de sensibilización comunitaria que han desarrollado sus habilidades de liderazgo utilicen el pensamiento crítico y tomen la iniciativa para llegar a un mayor número de personas trabajadoras del sexo. Además pueden apoyar al programa de otras maneras importantes:

La defensa de derechos. Los trabajadores de sensibilización comunitaria seguros de sí mismos son capaces de hablar con las fuerzas policiales y los propietarios de establecimientos de trabajo sexual por un mejoramiento de las interacciones con las personas trabajadoras del sexo. Pueden defender con eficacia ante los propietarios la disponibilidad de condones en los establecimientos, su uso sistemático y otras prácticas sexuales más seguras. Los trabajadores de sensibilización comunitaria pueden inicialmente necesitar apoyo del personal de la organización implementadora en esta función, pero el personal debería ser sensible a la necesidad de reforzar al trabajador de sensibilización comunitaria como un líder de la comunidad, y solo intervenir cuando sea necesario.

4 La NZPC también cuenta con una página pública de Facebook: <https://www.facebook.com/pages/New-Zealand-Prostitutes-CollectiveNZPC-CHCH/194413363949972>.

5 <http://legalife.com.ua>.

Seguimiento del programa. Con experiencia y apoyo, los trabajadores de sensibilización comunitaria pueden participar en el seguimiento del programa y en el mejoramiento de su calidad. Esto se desarrolla naturalmente debido al enfoque adoptado en la microplanificación, donde los trabajadores de sensibilización comunitaria asumen la responsabilidad de registrar, analizar y tomar medidas sobre la base de los datos relacionados con las personas trabajadoras del sexo que se benefician de sus servicios.

El seguimiento no debería exigir la alfabetización, y los trabajadores de sensibilización comunitaria que recopilan datos de seguimiento deberían contar con las herramientas necesarias para analizarlos (como en la microplanificación) y con la autoridad para actuar sobre la base de los análisis. Además deberían recibir apoyo en aspectos de seguimiento de la intervención que la comunidad considera importantes aunque la organización implementadora no lo realice para sus propios fines, como por ejemplo, la calidad del servicio en las clínicas donde son atendidas por remisión.

Gestión del programa y liderazgo. Los trabajadores de sensibilización comunitaria pueden capacitar y monitorear a otros trabajadores de sensibilización comunitaria y pueden asumir otras funciones en un programa. A medida que los programas se van desarrollando, los trabajadores de sensibilización comunitaria naturalmente buscan avanzar como líderes, y las funciones una vez realizadas por el personal de la organización implementadora pueden acabar siendo responsabilidad de personas trabajadoras del sexo que comenzaron como trabajadores de sensibilización comunitaria. Los supervisores o responsables de sensibilización pueden ser personas ex trabajadoras del sexo que generalmente trabajan como personal de tiempo completo y son remunerados de igual manera que el personal de las ONG en puestos parecidos.

Es posible que el personal (que no sea de la comunidad) de las organizaciones implementadoras deban ajustar su rol y sus expectativas, sobre todo cuando una persona trabajadora del sexo previamente considerada solo como beneficiario del programa es ascendido a un puesto profesional – y posiblemente llegue a ser supervisor o responsable (véase el capítulo 1, sección 1.2.1 y el capítulo 6, sección 6.2.8). La gestión de este tipo de cambio requiere el compromiso de los líderes de la organización implementadora, y además debe ser percibido como un hecho positivo que ayuda a sostener la prevención del VIH a largo plazo.

3.3 Espacios seguros (centros de acogida)

Espacios seguros (Centros de acogida)

- Lugar donde las personas trabajadoras del sexo pueden relajarse, socializarse y llevar a cabo actividades en grupo.
- Lugar principal para la interacción entre la comunidad y el programa.
- Lugar para apoyar a las personas trabajadoras del sexo a fortalecer los lazos sociales y a formar un sentido de comunidad.
- Plataforma para la movilización comunitaria, la capacitación y la organización de iniciativas.

Desde el comienzo de un programa, deberían establecerse los «espacios seguros» (también conocidos como centros de acogida) con el fin de acercar a los miembros de la comunidad. Los espacios seguros son locales alquilados por los programas y amueblados de una manera sencilla para que los miembros de la comunidad se sientan cómodos y puedan relajarse, descansar, obtener información e interactuar unos con otros y con el programa. Los espacios seguros son multifuncionales y pueden servir también como:

- un lugar donde los miembros de la comunidad puedan hablar con los responsables de los programas sobre cómo mejorar los servicios.
- Un lugar para servicios psicológicos y apoyo, según la demanda de la comunidad.
- Un lugar donde se difunde información sobre eventos y actividades relevantes para la comunidad (no solo al programa).

- Un punto de distribución de condones y lubricantes.
- Un lugar para el fortalecimiento del empoderamiento comunitario para debatir la discriminación y la estigmatización contra la comunidad y la planificación de una respuesta.
- Un lugar donde los trabajadores de sensibilización comunitaria pueden revisar su trabajo y elaborar un plan para la sensibilización.
- Un lugar para las capacitaciones comunitarias (tanto de los trabajadores de sensibilización comunitaria como también de otras personas trabajadoras del sexo, por ejemplo, sobre la respuesta a la violencia y el análisis del poder).

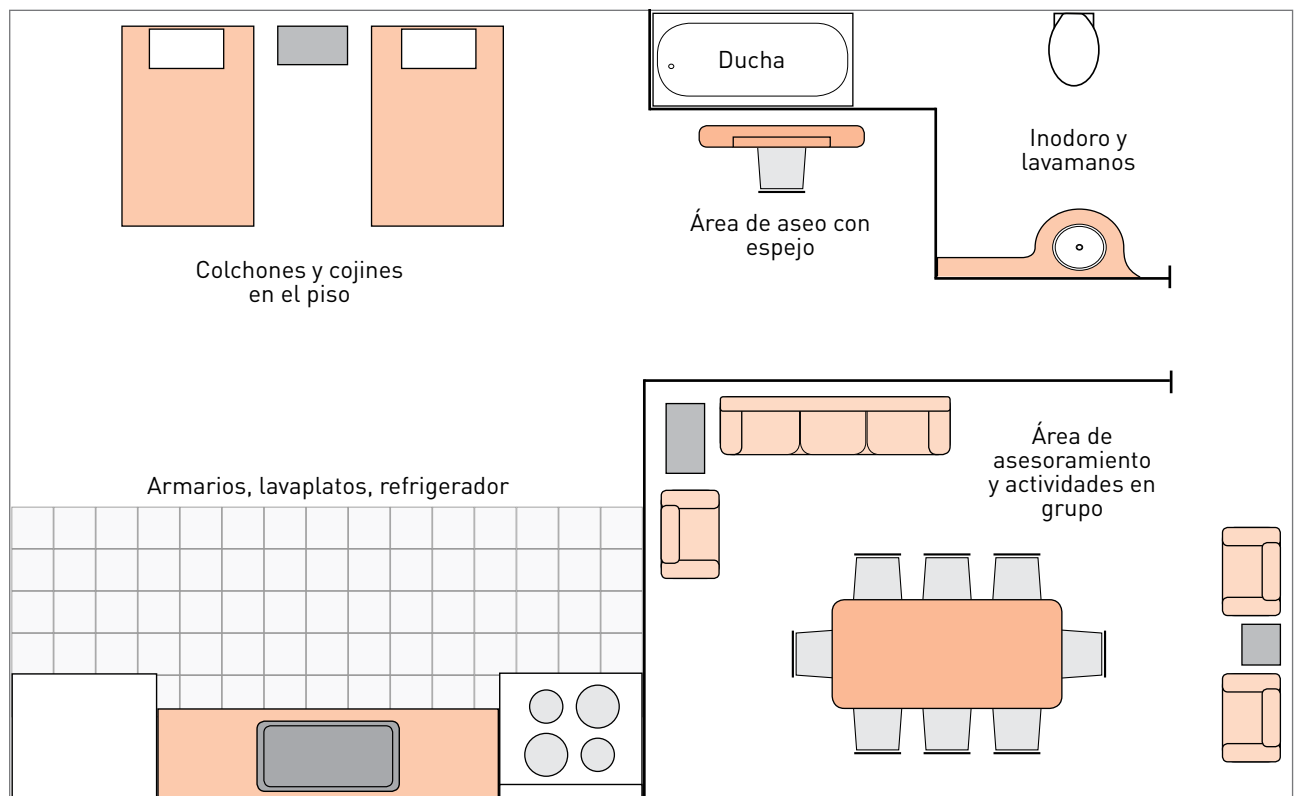
Los espacios seguros están idealmente situados cerca o dentro del mismo edificio que las clínicas de ITS del programa. Existen ventajas prácticas para esta preferencia. La ubicación conjunta de los espacios seguros y las clínicas tiene ventajas claras, como la conveniencia de tratar con un solo propietario, o la conexión entre las actividades comunitarias y los servicios prestados por el programa. No obstante, se debe asegurar cuidadosamente que los espacios seguros permanezcan en un área comunitaria separada. Es igualmente importante separar la oficina de la organización implementadora del espacio seguro y asegurar que los líderes comunitarios tengan una clara responsabilidad de la gestión de las actividades del mismo.

3.3.1 Establecer espacios seguros

Configuración del local

1. **Mapeo y consulta con las personas trabajadoras del sexo.** La consulta permite determinar el lugar más apropiado para el espacio seguro, los servicios que se deben prestar, el personal necesario y los horarios de servicio. Los servicios deberían estar disponibles en las horas en que las personas trabajadoras del sexo más los necesitan, es decir, poco antes, durante y poco después de sus horarios de trabajo con los clientes.
2. **Ubicación.** La selección del lugar no solo debería ser accesible a las personas trabajadoras del sexo sino también visible al público y favorecer la respuesta de la comunidad en general (no trabajadores del sexo) de las cercanías. El espacio deber estar protegido contra la intrusión externa y la policía.
3. **Contratos de arrendamiento y propietarios.** Es importante mantener el espacio seguro en un lugar fijo para prevenir la interrupción de servicios. El contrato de arrendamiento firmado con el propietario debe indicar claramente la duración del acuerdo y explicar las horas y la naturaleza del uso del local.
4. **Infraestructura y seguridad.** El espacio seguro debería idealmente contar con dos cuartos: uno para las reuniones individuales o el asesoramiento y otro para las actividades comunitarias. Si es posible, debería también contar con un baño privado con lavamanos y ducha (figura 3.9). El espacio seguro debe disponer de equipo básico para combatir incendios y otras emergencias.
5. **Diseño del espacio.** El espacio debería ser tanto funcional como acogedor. Las mesas de reunión y las sillas pueden mantenerse a un lado a menos que estén en uso; los sofás o colchones pueden hacer el espacio cómodo. Las paredes pueden ser pintadas o decoradas con arte hecho por la comunidad.

Figura 3.9 Ejemplo de plano de un espacio seguro



Manejo del espacio

- **Gestión.** El programa debe disponer de recursos para la creación y el mantenimiento del espacio seguro. Con el fin de reforzar la apropiación comunitaria, las personas trabajadoras del sexo deben desempeñar el papel principal en la toma de decisiones sobre el espacio y su gestión.
- **Promoción de servicios.** Para asegurar que las personas trabajadoras del sexo conozcan el espacio seguro y sus servicios, debe ser promocionado a través de volantes, mensajes SMS y las redes comunitarias.
- **Reglas internas.** Estas deben ser formuladas por aquellas personas que utilizan el espacio de forma que todas estén de acuerdo con los comportamientos aceptables, por ejemplo, relacionados con los niveles de ruido (esto también es importante para no molestar al vecindario) como también el consumo de drogas y alcohol.
- **Relación con los vecinos.** Los gerentes de los espacios seguros, incluyendo la comunidad, deben asegurar buenas relaciones con los vecinos y otros actores ajenos a la comunidad de personas trabajadoras del sexo. Algunas comunidades han realizado limpiezas en el barrio con el fin de establecer una buena relación con su vecindario.
- **Programación del uso.** Si el programa necesita utilizar el espacio seguro para las actividades que limitan el número de participantes (p.ej., la planificación de sensibilización, capacitación o actividades de comunicación interpersonal y en grupo), estas deberían ser programadas en horas fuera de horas con mucha afluencia para no interferir con el acceso de la comunidad de personas trabajadoras del sexo en general.
- **Utilización por el programa.** Las organizaciones implementadoras en crecimiento podrían desear utilizar el espacio seguro para otras actividades del programa o como oficinas. Se debe asegurar que esto no suceda y que dichas actividades sean mínimas. El espacio se debe mantener abierto a los miembros de la comunidad para su utilización informal, aun cuando esté en uso por el programa.

- **Sostenibilidad.** Los espacios seguros pueden ser rentables si son gestionados por la comunidad; por ejemplo, si la comunidad renta el espacio al programa por un tiempo limitado. Ciertos grupos comunitarios han desarrollado servicios de catering para eventos en los espacios seguros como una forma de generar ingresos que son administrados directamente por la comunidad.

Recuadro 3.8

Espacios seguros para todas las personas

Cuando los recursos son limitados, es posible que un solo espacio seguro deba servir para acoger a varios grupos de personas trabajadoras del sexo, como mujeres, hombres, personas transgéneros y trabajadores del sexo jóvenes y mayores. Por lo tanto, los eventos organizados deben ofrecer servicios adaptados a los diferentes grupos presentes. Puede ser útil ofrecerle a cada grupo un horario establecido de reunión exclusivo. Cuando varios grupos utilizan el mismo espacio a la vez, la dirección del espacio debería estar preparada para la gestión de conflictos entre grupos y asegurarse que todos los grupos tengan un acceso equitativo a los servicios.

3.3.2 Otras actividades realizadas en el espacio seguro

Los espacios seguros pueden ofrecer una amplia gama de actividades y servicios para satisfacer las necesidades específicas de las comunidades a las que atienden. La oferta de una amplia diversidad de servicios puede aumentar la presencia comunitaria en el espacio seguro y contribuir a hacerlo más sostenible. Sirvan las siguientes actividades como ejemplos:

- Clases de consejos de belleza específicos para colectivos diferentes (mujeres y transgénero trabajadoras).
- Clases de alfabetización, aritmética, tecnología de la información, nutrición y baile.
- Celebraciones de festivales y de días feriados.
- Ofrecer una comida sencilla o alimentos nutritivos para llevar.
- Examen de salud general sin citas.
- Servicio de duchas y lavandería.
- Casilleros para que los miembros de la comunidad guarden sus pertenencias cuando trabajan.
- Áreas para dormir.
- Estaciones de recarga telefónica.
- Utilización de computadoras e Internet.
- Abierto las 24 horas al día.
- Servicio de guardería para las criaturas de las personas trabajadoras del sexo.

3.4 Mejoramiento de la calidad dirigido por la comunidad

Comités comunitarios

- Mecanismo principal para la recepción de retroalimentación de las comunidades y para el mejoramiento de la calidad de los servicios del programa.
- Reuniones regulares de revisión del suministro de servicios, resolución de problemas, seguimiento de los cambios, fortalecimiento del conocimiento y responsabilidad y respuesta a otros problemas de la comunidad.

El mejoramiento de la calidad, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios de un programa están sujetos a la retroalimentación y comunicación de manera rutinaria con la comunidad, sobre los servicios prestados localmente. Existen varias formas de lograr esto.

3.4.1 Comités comunitarios

Un comité comunitario es un foro que permite a los miembros de la comunidad llevar de manera regular temas importantes, y de presentar a la atención del programa problemas o soluciones. Los comités examinan la calidad de los servicios clínicos, la distribución de productos, el funcionamiento de los espacios seguros y las iniciativas que abordan los obstáculos estructurales. Los miembros de los comités deben ser elegidos por la comunidad de manera periódica, por ejemplo, anualmente. El personal relevante de las organizaciones implementadoras pueden ser miembros del comité o pueden ser invitados a sus reuniones para discutir los temas que puedan surgir.

Como ilustra la estructura de gestión de servicios comunitarios descritos en el capítulo 6, figura 6.3, los comités comunitarios operan principalmente a nivel de primera línea, a pesar de que también puedan contribuir a la supervisión del programa a nivel municipal o barrial.

Los comités comunitarios deben reunirse mensualmente. Un informe de la reunión como el que se presenta en la figura 3.10 puede utilizarse con el fin de abordar sistemáticamente los temas y poder mantener informados a la comunidad y al programa.

Cuando el personal de programa o los trabajadores de sensibilización deciden alguna medida por su cuenta, los resultados de las mismas se deben comunicar en las reuniones subsiguientes con el fin de asegurar una buena comunicación con la comunidad. Se debe mantener un récord de estos debates y medidas. El comité también puede servir de canal de comunicación con el programa para debatir los cambios que están siendo considerados y para compartir los datos de seguimiento con la comunidad.

Dado que el comité comunitario puede a veces plantear cuestionamientos en la calidad del servicio que el personal de campo del programa podría evitar abordarlos, es esencial que el representante sea un miembro de la dirección del programa más que un responsable de un componente local de la intervención. Se debe respetar en todo momento la confidencialidad y la dirección debe asegurar que la comunidad tenga la libertad de expresarse de manera crítica. Un defensor que tenga la confianza de los trabajadores de sensibilización comunitaria podría actuar como intermediario del programa; idealmente esta persona debería ser un miembro de la comunidad, si bien pudiera estar asociada con un miembro del personal de la organización implementadora que pueda defender los cambios. Debería existir un mecanismo para comunicar los problemas hacia arriba y más allá de los gerentes locales si éstos son percibidos como obstáculos al cambio.

Figura 3.10 Ejemplo de informe de un comité comunitario

INFORME DEL COMITÉ COMUNITARIO		
Ubicación: _____		Fecha: _____
Tema	Problemática	Resolución propuesta
Calidad o cantidad de materiales disponibles (condones/lubricantes, kits de prueba, medicamentos) en los puntos de distribución.	La comunidad señala que ciertos trabajadores de sensibilización comunitaria que llevan a cabo su trabajo en las estaciones de tren aún proporcionan solo cinco condones durante su intervención.	1. El coordinador le proporciona al trabajador de sensibilización la cantidad de condones que cada persona trabajadora del sexo le solicita y garantiza que la cantidad no sea limitada. 2. Dar seguimiento en el punto de distribución y asegurarse de que las nuevas medidas hayan sido implementadas.
El cierre o la falta de disponibilidad de servicio en los centros referidos o mediante la sensibilización.	La clínica gubernamental sobre Central Road a menudo no acepta a ningún paciente después de las 15 horas.	1. Escribir una carta al funcionario de salud para exponerle el problema. Pedir al director de la ONG que firme junto con el representante de la comunidad. 2. El funcionario de salud y el representante de la comunidad deberían visitar al Director General de Salud y defender el cumplimiento del acuerdo firmado en mayo sobre horarios de atención más largos.
Problemas de calidad de servicio, por ejemplo, tratamiento inadecuado en los centros, discriminación en los servicios referidos, problemas no resueltos en los espacios seguros.	Los profesionales en enfermería de la clínica en Central Road. Interrogan a los pacientes en el área pública y no en un cuarto privado.	1. El funcionario de salud de la ONG y el representante de la comunidad deberían mencionar este hecho en su próxima visita con el Director General de Salud para asegurar el cumplimiento del protocolo sobre el tratamiento de las ITS. 2. Dar seguimiento con la comunidad para determinar si la clínica está cumpliendo con la política.
Los trabajadores de sensibilización comunitaria no pueden distribuir condones en los lugares de trabajo o en la calles a causa de las fuerzas policiales, entre otros.	El acoso de las fuerzas policiales a los trabajadores de sensibilización comunitaria con condones en la estación de autobús.	1. El agente de campo de la ONG y cuatro trabajadores de sensibilización comunitaria deben organizar una reunión con las fuerzas policiales para debatir y resolver este problema.
La coincidencia de servicios de otros prestadores puede causar confusión.	Ningún problema.	N/A
Las actividades de respuesta a la violencia, los autores de la violencia y las tendencias de la violencia.	1. No se informó sobre el número de incidentes de violencia en la última reunión de la comunidad en el espacio seguro. 2. Los costos de transporte de los miembros del equipo de respuesta que acompañaron a las víctimas al hospital no han sido reembolsados.	1. Garantizar que los líderes de la comunidad reciban información de los miembros de respuesta a las situaciones de crisis y verificarla con el responsable del ingreso de los datos de la ONG, antes de las reuniones mensuales de la comunidad. 2. El supervisor de sensibilización verifica y se asegura de que los reembolsos se efectúen en una semana.
Cualquier otro tema:		

3.4.2 Otros enfoques dirigidos por la comunidad que refuerzan la calidad de los servicios clínicos

- Obtener el acuerdo de las clínicas de apoyo para publicar la Carta de los derechos de los pacientes, que es una declaración de la política gubernamental para todas las personas que entran en un centro médico.
- Obtener el acuerdo del personal médico de alto nivel para publicar información en las clínicas sobre los derechos de confidencialidad.
- Elaborar formas de compartir información sobre los servicios confiables que se ofrecen a la comunidad, por ejemplo, buenos doctores a quienes acudir para un examen ginecológico o centros y personal de asesoramiento confiables. Esta información podría publicarse en una cartelera de anuncios o en una página protegida de Facebook.
- Programar el contacto regular (visitas o cartas) con el director general de un centro de salud que permita comunicar formalmente los problemas y establecer una retroalimentación satisfactoria.
- Educar a la comunidad sobre los derechos de los pacientes y los servicios de seguimiento de base comunitaria.
- Presentar, de manera formal, a los miembros del comité y a los prestadores de servicios sanitarios.

3.4.3 Aseguramiento de la calidad comunitaria en el seguimiento y evaluación

Seguimiento de la calidad de la implementación de los servicios comunitarios

Los programas son más eficaces cuando el seguimiento sistemático es diseñado con aportación local y cuando se cuenta con sistemas para la utilización de datos a nivel comunitario. Idealmente, el programa a nivel central debería involucrar a quienes gestionan varios espacios con el fin de identificar la información más útil para dar seguimiento a sus programas (un enfoque sencillo consiste en aportar ideas sobre los aspectos del programa que suelen examinar durante las visitas de campo.)

Allí donde las intervenciones ya no son dirigidas por la comunidad, los líderes de la comunidad deberían ser consultados acerca de las medidas importantes para el mejoramiento de la calidad de los servicios y de la sensibilización.

Todos los programas deben recopilar y aportar datos para dar seguimiento del progreso y mantener el programa que los está propiciando. Es importante que la comunidad entienda claramente cuáles son los datos que deben recopilarse, los medios de recopilación y su utilización final a nivel local. Los datos no deben ser simplemente «transmitidos» a un nivel superior; se debe elaborar un enfoque que también integre el seguimiento a nivel local. Esto particularmente es importante porque las metas que se fijan a niveles altos son fácilmente malinterpretadas como si fueran el objetivo primordial del programa, llegándose, por ejemplo, a centrarse en el número de personas con acceso a los servicios más que en la calidad de esos servicios o en la participación de las personas trabajadoras del sexo en el programa.

La figura 3.11 muestra la manera en que se pueden recopilar y utilizar los datos a nivel local así como a niveles más altos del programa.

La revisión y debates periódicos de los datos de seguimiento presentados en la tabla 3.2. por la organización implementadora y el sistema de sensibilización (incluyendo a los trabajadores de sensibilización y sus supervisores o responsables) podría ser útil.

Figura 3.11 Flujo de los datos de seguimiento sistemático



Fuente: *Avahan India AIDS Initiative* (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India)

Tabla 3.2 Datos de seguimiento comunitario

Indicador	Definición	Datos	Utilización
Relación de trabajadores de sensibilización comunitaria.	La proporción de trabajadores de sensibilización comunitaria con las personas trabajadoras del sexo "mapeadas".	Numerador: número total de trabajadores de sensibilización comunitaria. Denominador: número total de personas trabajadoras del sexo "mapeadas".	Análisis por área local y por género, ya que la sensibilización de las personas trabajadoras del sexo mujeres, hombres, transgéneros, de origen rural o urbano, podrían requerir relaciones diferentes. Usar dicho análisis para supervisar si el número de trabajadores comunitarios en el terreno es suficiente y está en proporción.
Cobertura de la sensibilización.	Proporción de personas trabajadoras del sexo "mapeadas" y sensibilizados individualmente durante un mes.	Numerador: número total de encuentros individuales realizados por los trabajadores de sensibilización comunitaria en un mes. Denominador: número total de personas trabajadoras del sexo "mapeadas".	Análisis por área geográfica para determinar si la priorización geográfica del riesgo y vulnerabilidad se está llevando a cabo.
Distribución de condones a través de la sensibilización.	Número promedio de condones distribuidos por los trabajadores de sensibilización comunitaria y el personal en plantilla al mes.	Numerador: número total de condones distribuidos por los trabajadores de sensibilización comunitaria y el personal en plantilla durante un mes Denominador: número total de trabajadores sexuales mapeados	Análisis por zona geográfica y por trabajadores de sensibilización comunitaria o del personal en plantilla. La identificación de las tendencias puede ser útil para destacar problemas de suministro.
Cobertura en APV de carácter voluntario y atención de las ITS.	Proporción de personas trabajadoras del sexo que alguna vez han visitado una: 1. clínica para atención de las ITS. 2. clínica de APV.	Numerador: número de personas trabajadoras del sexo que han visitado una clínica por lo menos una vez. Denominador: número total de personas trabajadoras del sexo "mapeadas".	Esta es una evaluación bastante aproximada que mide el acceso básico y que es útil para el análisis por género, área local y diferentes entornos del trabajo sexual. También es útil para considerar la validez de los diferentes métodos de remisión utilizados. Se debería verificar que las personas trabajadoras del sexo hayan asistido realmente a las consultas, no sólo contar con las cartas de remisión entregadas. Se debería registrar cada tipo de visita y analizarse separadamente.
Demanda de APV y atención de las ITS.	Proporción de personas trabajadoras del sexo que reciben: 1. exámenes rutinarios de ITS (trimestral). 2. pruebas de VIH rutinarias (semestral).	Numerador: número de personas trabajadoras del sexo que: 1. Se sometieron a exámenes de ITS durante el trimestre anterior (o según los estándares actuales del programa). 2. Se sometieron a pruebas de VIH durante el semestre anterior (o según los estándares actuales del programa). Denominador: número total de personas trabajadoras del sexo "mapeadas".	
Positive Health (Salud para las personas VIH-positivas. Acceso al apoyo	Proporción de personas trabajadoras del sexo VIH-positivas con acceso al apoyo de Positive Health.	Numerador: número de personas trabajadoras del sexo que reportan haber recibido apoyo individual o en grupo de Positive Health en un mes dado. Denominador: número de personas trabajadoras del sexo VIH-positivas auto-declaradas.	Esta es otra evaluación bastante aproximada, ya que está basada en la auto-declaración del estado VIH-positivo. Al ser analizada por zona geográfica, esta estimación informa a los programas sobre la necesidad de recursos para Positive Health.

Seguimiento del acceso comunitario a servicios y de la autonomía comunitaria

Los siguientes indicadores han sido utilizados en encuestas de comportamiento y en investigación cualitativa para medir el acceso de las personas trabajadoras del sexo a servicios, así como también sus niveles de auto-eficacia (la creencia de la capacidad de uno mismo para tomar ciertas medidas bajo circunstancias específicas) y la autonomía del colectivo (la elección, control y poder de actuar como grupo). Estos indicadores han sido utilizados de manera independiente para el trabajo de defensa de derechos y para la investigación académica, donde pueden ser comparados para determinar indicadores y mediadores de comportamiento relativos al riesgo de infección del VIH y las ITS, así como para mostrar el grado de empoderamiento comunitario.

Los indicadores son evaluados preguntando a las personas trabajadoras del sexo acerca de sus niveles de confianza, sus acciones y opiniones sobre situaciones diferentes, la mayoría de las cuales representan obstáculos potenciales o reales para su seguridad y su salud. (La palabra “usted” en la pregunta se refiere a la persona trabajadora del sexo.)

- **Auto-eficacia en el uso del condón:** ¿Cuál es su nivel de confianza en su capacidad para utilizar el condón con cada cliente?,
 - incluso si se enfada.
 - Incluso si ofrece más dinero por sexo sin condón.
 - Incluso si usted ha estado consumiendo alcohol o drogas.
- **Auto-eficacia en el uso de los servicios clínicos de ITS:** ¿Cuál es su nivel de confianza para visitar una clínica de atención de las ITS? Incluso si los profesionales de salud:
 - saben que usted es una persona trabajadora del sexo.
 - Le tratan mal.
 - No le proporcionan el servicio específico que usted necesita (por ejemplo, un examen anal o algún medicamento prescrito).
- **Auto-eficacia en el uso de los servicios clínicos de APV:** ¿Cuál es su nivel de confianza para visitar una clínica de servicios de APV? Incluso si los profesionales de salud:
 - saben que usted es una persona trabajadora del sexo.
 - Le tratan mal.
 - No están dispuestos a respetar la confidencialidad.
- **Auto-eficacia en el uso de los servicios clínicos:** ¿Cuál es su nivel de confianza para visitar una clínica para tratamiento? Incluso si los profesionales de salud:
 - saben que usted es una persona trabajadora del sexo.
 - Le tratan mal.
 - Registran su nombre y dirección como parte del proceso de inscripción.
- **Auto-confianza para hablar abiertamente:** ¿Cuál es su nivel de confianza para aconsejar a sus compañeras trabajadoras del sexo o para expresar su opinión frente a un grupo grande de personas?
- **Autonomía del colectivo:** ¿Alguna vez ha negociado o se ha enfrentado a uno de los siguientes individuos para defender a una persona compañera trabajadora del sexo?
 - policía
 - propietario/gerente de prostíbulo
 - miembro de alguna pandilla
 - cliente
 - su pareja regular

- **Eficacia colectiva:** ¿Ha colaborado usted con otras personas trabajadoras del sexo con el fin de:
 - mantenerse mutuamente a salvo de posibles daños.
 - aumentar el uso del condón con los clientes
 - hablar a favor de los derechos de las personas trabajadoras del sexo
 - mejorar las vidas de las personas trabajadoras del sexo
- **Entorno propicio:** ¿Cuan justamente cree usted que son tratadas las personas trabajadoras del sexo sexuales:
 - en los hospitales
 - en los bancos
 - en las oficinas de correos
 - en otros lugares públicos
 - por parte de las fuerzas policiales

3.5 Recursos y lecturas complementarias

1. *A Guide to Participatory Planning and Monitoring of HIV Prevention Programs with High-Risk Groups*. Bangalore, India: Karnataka Health Promotion Trust and India Health Action Trust, 2011.
 - a. *Module 1: Introduction and Getting Started*.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_1%20Introduction%20and%20Getting%20Started_Final.pdf
 - b. *Module 2: Participatory Planning Tools for FSWs, MSM and Transgenders*.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_2%20Participatory%20Planning%20Tools_Final.pdf
 - c. *Module 3: Participatory Monitoring Tools for FSWs, MSM and Transgenders*.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_3%20Participatory%20Monitoring%20Tools_Final.pdf
 - d. *Module 4: Individual Tracking Tools for FSWs, MSM and Transgenders*.
http://www.khpt.org/reports%20pdf/Module_4%20Individual%20Tracking%20Tools_Final.pdf
2. *Community Mobilization for Female Sex Workers (Toolkit)*. Bangalore, India: Karnataka Health Promotion Trust, 2009.
 - a. *Module 1: Introduction and Overview*.
<http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%201%20-Introduction%20&%20Overview.pdf>
 - b. *Module 2: Strategic Overview*.
<http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%202%20-%20Strategic%20Approach.pdf>
 - c. *Module 3: Enhancing Self-Esteem*.
<http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%203%20-%20Enhancing%20Self%20Esteem.pdf>
 - d. *Module 4: Facilitation*.
<http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%204%20-%20Facilitation.pdf>
 - e. *Module 5: Responsive Governance*.
<http://www.khpt.org/Pub/Community%20Mobilization/Book%205%20-%20Responsive%20Governance.pdf>
3. *Peer Education: Outreach, Communication & Negotiation. Training Manual*. Brighton, United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance, 2005.
http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Peer_education_manual.pdf
4. *Peer Educators' Advanced Training Manual*. New Delhi: FHI 360, 2010.
<http://www.fhi360.org/resource/peer-educators-advanced-training-manual>
5. *Training Manual for Peer Educators of Female Sex Workers in HIV and AIDS Prevention*. Accra: FHI 360, Ghana AIDS Commission, 2011.
<http://www.fhi360.org/resource/social-and-behavior-change-tools-female-sex-workers>
6. *Female Sex Worker Peer Education Toolkit*. Accra: FHI 360, Ghana AIDS Commission, 2011.
http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Toolkit_Peer_Educators.pdf
7. *Micro-Planning in Peer Led Outreach Programs—A Handbook*. New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation, 2013.
[http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Microplanning%20Handbook%20\(Web\).pdf](http://docs.gatesfoundation.org/no-search/Documents/Microplanning%20Handbook%20(Web).pdf)

8. *Network Capacity Analysis: A toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV. Workshop facilitation guide.* Brighton, United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance, 2008.
http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Network_Capacity_analysis_Workshop_Guide_final.pdf
9. *Network Capacity Analysis: A toolkit for assessing and building capacities for high quality responses to HIV. Rapid Assessment Guide.* Brighton, United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance, 2007.
http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Network_capacity_analysis_rapid_web.pdf
10. *Measuring Up—A Guide for Facilitators: HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations.* Brighton, United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance, International Council of AIDS Service Organizations, 2010.
<http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Measuring-up-a-guide-for-facilitators.pdf>
11. *Measuring Up—A Guide for Learners: HIV-related advocacy evaluation training for civil society organisations.* Brighton, United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance, International Council of AIDS Service Organizations, 2010.
<http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Measuring-up-a-guide-for-learners.pdf>
12. *Work Safe in Sex Work: A European Manual on Good Practices in Work with and for Sex Workers.* Amsterdam: TAMPEP International Foundation, 2009.
<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/work%20safe%20in%20sex%20work%20tampep.pdf>
13. *Breaking through Barriers: Avahan's scale-up of HIV Prevention among High-risk MSM and Transgenders in India.* New Delhi: Bill & Melinda Gates Foundation, 2010.
<http://www.gatesfoundation.org/avahan/Documents/breaking-thru-barriers.pdf>
14. *"Nothing About Us Without Us." Greater, Meaningful Involvement of People Who Use Illegal Drugs: A Public Health, Ethical, and Human Rights Imperative. International Edition.* Toronto, Canada: Canadian HIV/AIDS Legal Network, International HIV/AIDS Alliance, Open Society Institute, 2008.
http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Nothing_About_Us_REPORT_English.pdf
15. *Developing HIV/AIDS Work with Drug Users: A Guide to Participatory Assessment and Response.* Brighton, United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance, 2003.
http://www.allianceindia.org/publications/78944-idu0803_idu_guide.pdf
16. *Guide to Participatory Production of Resources for HIV Prevention among Vulnerable Populations.* Brighton, United Kingdom: International HIV/AIDS Alliance, 2005.
http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/iec_guide.pdf
17. *Program Review: SMARTgirl, Providing HIV/AIDS Prevention and Care for Entertainment Workers, Reporting Period: October 2008–June 2010.* Phnom Penh: FHI 360, 2010.
<http://www.fhi360.org/resource/program-review-smartgirl-providing-hiv-aids-prevention-and-care-entertainment-workers>
18. *Use of a Community-Based Revolving Fund to Promote Condoms and Water-Based Lubricants among Male and Transgender Sex Workers in Bangkok, Thailand.* Bangkok: FHI 360, 2010.
<http://www.fhi360.org/resource/use-community-based-revolving-fund-promote-condoms-and-water-based-lubricants-among-male-0>
19. *Strategic Behavioral Communication: A User and Technical Manual of Material and Tools.* New Delhi: FHI 360, 2012. <http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sbc-manual/index.html>
20. *At the Top of the Ladder: Community Members Can Truly Lead Programs.* New Delhi: FHI 360, 2011.
<http://www.fhi360.org/resource/top-ladder-community-members-can-truly-lead-programs>
21. *Standard Operating Procedures: Aastha I: An STI/HIV Prevention Program with Sex Workers in Mumbai and Thane, India.* New Delhi: FHI 360, 2010.
<http://www.fhi360.org/resource/standard-operating-procedures-aastha-i-stihiv-prevention-program-sex-workers-mumbai-and>
22. *Standard Operating Procedures: Male Sex Workers Aastha I: An STI/HIV Prevention Program with Sex Workers in Mumbai and Thane, India.* New Delhi: FHI 360, 2010.
<http://www.fhi360.org/resource/standard-operating-procedures-male-sex-workers-aastha-i-stihiv-prevention-program-sex>
23. *CBO Management Committee Training Manual Series: Basic and Advanced.* New Delhi: FHI 360, 2012.
<http://www.fhi360.org/resource/cbo-management-committee-training-manual-series-basic-and-advanced>



4

Programa para
el uso del
condón y los
lubricantes



¿Qué contiene este capítulo?

- **Explica el por qué la promoción del uso del condón y los lubricantes es esencial** para las intervenciones de prevención del VIH (sección 4.1).
- **Los tres pasos fundamentales para los programas para el uso del condón y los lubricantes** (sección 4.2):
 - Establecimiento de lugares de abastecimiento accesibles.
 - Promoción en varios niveles.
 - Creación de un entorno propicio.
- **Otros elementos a considerar en los programas para el uso del condón** (sección 4.2):
 - programas con los hombres y transgénero trabajadores del sexo.
 - Estrategias de negociación para el uso del condón.
 - Promoción entre los clientes de las personas trabajadoras del sexo.
 - Programas de comercialización social del condón.
- **Gestión del programa** (sección 4.3).

Este capítulo también proporciona una lista de **recursos y lecturas complementarias**. (sección 4.4).

4.1 Introducción

Recomendaciones 2012:¹ Recomendación núm. 2 basada en evidencias

Promover el uso correcto y sistemático del condón entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes.

El abastecimiento, la distribución y la promoción eficaz de condones y lubricantes masculinos y femeninos son aspectos esenciales para el éxito de las intervenciones de prevención del VIH con las personas trabajadoras del sexo. El uso del condón se viene recomendando para prevenir la infección por VIH desde la década de 1980 y sigue siendo el método más efectivo a disposición de las personas trabajadoras del sexo para prevenir la transmisión del VIH. Por lo tanto, los programas de promoción del uso del condón ocupan un lugar central en cualquier paquete de servicios de prevención, atención y tratamiento tanto del VIH como de las infecciones de transmisión sexual (ITS) para las personas trabajadoras del sexo. Los programas de promoción del uso del condón² han logrado aumentar su uso en el ámbito del trabajo sexual.

La elaboración de programas de promoción del uso del condón implica:

- Establecer lugares para el abastecimiento de condones masculinos y femeninos accesibles a las personas trabajadoras del sexo por medio de:
 - pronósticos y planificación de la adquisición.
 - Adquisición de productos y gestión de los productos para el abastecimiento.
 - Distribución.
- La promoción a diferentes niveles de condones y lubricantes masculinos y femeninos.
- Crear un entorno propicio para los programas del uso del condón.

La elaboración de programas de promoción del uso del condón para las personas trabajadoras del sexo es una tarea compleja con múltiples pasos. Requiere de una asociación con el gobierno nacional, los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo, entre otros. La colaboración significativa y el liderazgo de la comunidad de personas trabajadoras del sexo³ también son esenciales. Quienes respondieron a la encuesta de valores y preferencias⁴ apoyaron unánimemente la promoción del uso del condón y su reparto entre las personas trabajadoras del sexo. Todas ellas destacaron la necesidad de una mayor disponibilidad de condones y lubricantes (en particular en los lugares de trabajo sexual), más baratos y de mayor calidad.

Cuando los programas del uso del condón son exitosos, las personas trabajadoras del sexo tienen acceso a abastecimientos estables, continuos y adecuados de condones y lubricantes, aceptables para ellas en cuanto al material, diseño y precio. También se benefician de la información y la comunicación que les permite superar los obstáculos para el uso del condón, así como mejorar su capacidad de usarlos correctamente y de manera sistemática. Los programas también deberían crear un entorno propicio para la promoción del uso del condón que aborde las barreras sociales y jurídicas para ampliar el acceso y uso de los condones y lubricantes, como las leyes y las prácticas que suscitan el temor entre las personas trabajadoras del sexo a llevar consigo condones,

1 *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública.* OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.

2 Los términos «programas de promoción del uso del condón» o «programas del uso del condón» se refieren a la elaboración de programas de promoción del uso de condones y lubricantes masculinos y femeninos. Aunque en este documento se utiliza el término genérico «condón» para simplificar, los programas de alta calidad deberían incluir estos tres productos, ya que cada uno es importante para la prevención del VIH y otras ITS. De igual modo, cuando se refiere a «condones y lubricantes», el término «condones» se refiere tanto a los masculinos como a los femeninos.

3 En la mayoría de los contextos a los cuales se hace referencia, el término «comunidad» se refiere a una colectividad de personas trabajadoras del sexo y no a las agrupaciones geográficas, sociales o culturales más amplias de las cuales podrían formar parte. Por lo tanto, la «sensibilización comunitaria» hace referencia a la sensibilización de las personas trabajadoras del sexo, las «intervenciones dirigidas por la comunidad» son intervenciones iniciadas por personas trabajadoras del sexo y el término «miembros de la comunidad» se refiere a las propias personas trabajadoras.

4 Se refiere a la reunión de consenso mundial realizada por la NSWP con las personas trabajadoras del sexo como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*.

las pésimas condiciones de vivienda y laborales para algunas personas trabajadoras del sexo y la falta de apoyo para el uso del condón entre la población en general y entre sus propios clientes.

4.2 Pasos efectivos para programas del uso del condón

Las asociaciones estratégicas entre todos los asociados principales son esenciales para mejorar el acceso al uso de condones para prevenir o reducir la incidencia de los embarazos no deseados, las ITS y el VIH. Los asociados incluyen a las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo, las ONG, el ministerio de salud o el programa nacional sobre el VIH/SIDA, el departamento de salud reproductiva, las agencias de las Naciones Unidas, el sector privado, las organizaciones de mercadeo social, las agencias donantes y los ministerios de justicia.

A nivel de gestión nacional, el programa nacional sobre el VIH y el SIDA, los gobiernos nacionales y las organizaciones de sociedad civil a nivel nacional juegan un papel importante en la adquisición y abastecimiento de los condones, la promoción a nivel nacional del uso del condón y lubricantes y la creación de un entorno propicio para los programas del uso del condón. Las organizaciones implementadoras⁵ locales (incluyendo las organizaciones de mercadeo social) y las clínicas de salud juegan un papel esencial en la elaboración de pronósticos y la distribución de los productos, las estrategias de promoción dirigidas por la comunidad y la lucha por un entorno propicio para los programas del uso del condón a nivel local. Estos roles y tareas se describen con más detalle en la tabla 4.1 así como en la sección 4.3, figura 4.1, donde se proporciona información adicional sobre los diferentes niveles de planificación y el establecimiento de asociaciones para los programas del uso del condón.

Tabla 4.1 Implementación de programas de alta calidad del uso del condón con personas trabajadoras del sexo

Actividad	Rol del programa nacional sobre el VIH y SIDA y las organizaciones implementadoras nacionales	Rol de las organizaciones implementadoras, el gobierno y las clínicas de salud locales
Establecer el abastecimiento de condones y lubricantes masculinos y femeninos accesible a las personas trabajadoras del sexo.	Realizar cálculos precisos de las necesidades de abastecimiento de condones y lubricantes.	Realizar pronósticos de las necesidades de condones y lubricantes para orientar las proyecciones nacionales, dirigidas por ONG, las organizaciones basadas en la comunidad (OBC) y las organizaciones dirigidas por la comunidad.
	- Realizar estudios de mercado para entender las preferencias de las personas trabajadoras del sexo sobre los condones, incluyendo los tamaños, colores, sabores, entre otros. - Definir un plan de adquisición y fuente de financiamiento; asegurar la disponibilidad de fondos suficientes para los pedidos necesarios.	Contribuir en los estudios de mercado y en los procesos de la planificación de adquisición a nivel nacional.
	- Realizar los pedidos de condones y lubricantes de manera regular, para asegurar el abastecimiento ininterrumpido de productos que: - cumplen con las recomendaciones de la OMS. - responden a las necesidades de variedad y comodidad de la propia comunidad.	- Mapear los puntos potenciales de distribución de condones y lubricantes en la comunidad.⁶ - Evaluar el tamaño y la calidad de los puntos de distribución (existentes y nuevos) para asegurar que los condones y lubricantes estén almacenados en condiciones óptimas para evitar su deterioro con el tiempo.

⁵ Una organización que implementa una intervención de prevención para personas trabajadoras del sexo. Ésta puede ser una organización gubernamental, no gubernamental, basada en la comunidad o dirigida por la misma, y puede funcionar a nivel estatal, regional o local. A veces una organización no gubernamental presta servicios a través de subunidades en varias ubicaciones dentro de un área urbana y, en este caso, cada una de esas subunidades también se puede considerar una organización implementadora.

⁶ Véase el capítulo 3, sección 3.2.2, parte A para un ejemplo de cómo llevar a cabo el mapeo de los puntos de distribución de condones y otros servicios de sensibilización.

Actividad	Rol del programa nacional sobre el VIH y SIDA y las organizaciones implementadoras nacionales	Rol de las organizaciones implementadoras, el gobierno y las clínicas de salud locales
	• Consultar con las personas trabajadoras del sexo sobre la planificación de puntos de distribución de condones que satisfagan sus necesidades.	• Implementar la distribución de condones y lubricantes para las personas trabajadoras del sexo y sus clientes, incluyendo el almacenamiento adecuado del producto y un sistema informático de gestión logística de distribución de condones y lubricantes. • Proporcionar condones y lubricantes gratuitos a través de los puntos de distribución, incluyendo clínicas, centros comunitarios, lugares de trabajo sexual, establecimientos de bebida, centros de transporte, paradas de descanso sobre las autopistas, entre otros, así como a través de los trabajadores de sensibilización comunitaria.⁷ Sensibilizar a los propietarios e inquilinos de los puntos de distribución. • Donde existen las asociaciones, colaborar con el gobierno y el sistema de salud para distribuir condones y lubricantes en clínicas de alta calidad visitadas por las personas trabajadoras del sexo. • Distribuir condones y lubricantes de marcas reconocidas a través de las redes de mercadeo social tradicional y no tradicional.
	• Dar seguimiento periódico de los abastecimientos de condones y lubricantes para asegurar los pedidos oportunos y evitar los desabastecimientos.	• Dar seguimiento periódico de los abastecimientos de condones y lubricantes para asegurar los pedidos oportunos y evitar los desabastecimientos.
	• Solicitar la valoración de las necesidades de los productos de condones y el sistema de distribución y efectuar los cambios necesarios.	• Proporcionar una valoración periódica al programa nacional sobre las necesidades de los productos de condones y lubricantes (sobre su tamaño, olor, color...) y del sistema de distribución.

7 En este instrumento, la expresión «trabajador de sensibilización comunitaria» se usa para referirse a una persona trabajadora del sexo que sensibiliza a sus pares, y que, en general, no forma parte del personal a tiempo completo en las intervenciones para la prevención del VIH (el personal a tiempo completo se puede denominar «trabajador de sensibilización del personal» o simplemente «trabajador de sensibilización»). Los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ser conocidos por otros términos como «educadores inter pares», «trabajadores de sensibilización inter pares» o también como «trabajadores de sensibilización». Sin embargo, los términos «comunitario» o «pares» no deben entenderse ni utilizarse, en ningún caso, para referirse a que estas personas son menos calificadas o menos capacitadas que los trabajadores de sensibilización que forman parte del personal.

Actividad	Rol del programa nacional sobre el VIH y SIDA y las organizaciones implementadoras nacionales	Rol de las organizaciones implementadoras, el gobierno y las clínicas de salud locales
Promoción en diferentes niveles del uso de condones y lubricantes masculinos y femeninos	- Fortalecer la capacidad de las ONG y las redes dirigidas por la comunidad y las organizaciones de personas trabajadoras del sexo sobre las estrategias de promoción impulsadas por la comunidad (en caso necesario). - Desestigmatizar el uso de los condones entre la población en general, especialmente a través de entrevistas y programas de radio, o con humor gráfico en los periódicos más leídos. - En colaboración con la comunidad, elaborar intervenciones adaptadas de cambio de hábitos para el uso correcto y sistemático de los condones y lubricantes. - Proporcionar otros productos y materiales a las organizaciones locales para las capacitaciones, según la necesidad, incluyendo barreras dentales, guantes, modelos de pene, modelos pélvicos femeninos, entre otros. - Capacitar a los profesionales y asesores de salud sobre la realización de demostraciones del uso del condón y para ampliar sus conocimientos. - Desestigmatizar el uso del condón en las altas instancias y publicitar adecuadamente el apoyo político al uso del condón entre la población.	- Implementar las estrategias de promoción del uso de condones y lubricantes impulsadas por la comunidad, como la promoción del uso de condones a través de los trabajadores de sensibilización comunitaria. - Integrar las estrategias de promoción del uso de condones y lubricantes impulsadas por la comunidad con otras actividades de sensibilización comunitaria. - Realizar demostraciones del uso del condón masculino y fortalecer la capacidad para su uso correcto durante el sexo anal entre hombres, el sexo vaginal y anal entre los hombres y mujeres y el sexo anal entre las personas transgéneros y los hombres. - Informar sobre los lubricantes disponibles y seguros que son compatibles con los condones. - Realizar demostraciones del uso del condón femenino utilizando un modelo pélvico femenino. - Fortalecer la capacidad de las personas trabajadoras del sexo en la negociación del uso del condón y la reducción del riesgo sexual. - Reforzar regularmente el buen uso de condones y lubricantes y las capacidades de negociación, en caso necesario.
Crear un entorno propicio para los programas del uso del condón.	- Crear una política universal de acceso al condón; rechazar totalmente las políticas punitivas del uso del condón. - Revisar las leyes y reglamentos que penalizan la posesión de condones. - Detener las prácticas policiales de confiscación de condones y su utilización como evidencia de trabajo sexual.	- Defender que los programas del uso del condón no sean coercitivos. - Promover el uso del condón y lubricantes entre los «guardianes», como los propietarios de prostíbulos y establecimientos de entretenimiento. - Recopilar datos sobre todo tipo de violencia contra las personas trabajadoras del sexo y sus clientes con relación a la posesión de condones y compartirlos con los responsables de las políticas. - Implementar la promoción y distribución de condones como parte de la oferta más amplia de servicios y actividades de salud.

4.2.1 Establecer el abastecimiento de condones y lubricantes masculinos y femeninos accesible a las personas trabajadoras del sexo

Una cadena de abastecimiento eficaz garantiza la entrega de una cantidad adecuada en tiempo adecuado y a un costo razonable de productos de alta calidad y en buen estado. Una cadena de abastecimiento incluye generalmente los siguientes aspectos principales:

- **el cálculo adecuado** garantiza un abastecimiento fiable de condones y lubricantes.
- **La adquisición** de condones y lubricantes de alta calidad y conforme a las necesidades y deseos de las personas trabajadoras del sexo.
- **El aseguramiento de la calidad** en todos los niveles.⁸
- **El almacenamiento y el depósito adecuados** que permita conservar la integridad de los condones y productos, así como la cadena de abastecimiento.
- **La distribución** en diferentes puntos de servicio que responda a las necesidades de las personas trabajadoras del sexo.
- **Un sistema informático de gestión logística** (SIGL) para apoyar la toma de decisiones y la planificación fundamentadas.

La promoción efectiva e integral del uso del condón solo puede ser posible bajo las siguientes condiciones:

- Idealmente, el proceso debe estar bajo responsabilidad y conducción del gobierno en colaboración con otros socios implementadores y organizaciones de personas trabajadoras del sexo; las actividades deben ser coordinadas a través de un liderazgo fuerte a nivel nacional.
- Las actividades dirigidas por el gobierno deben estar fundamentadas a través de la colaboración con usuarios de condones y lubricantes, incluyendo las personas trabajadoras del sexo.
- Se crea y mantiene la demanda de condones y lubricantes.
- Los suministros de condones y lubricantes de la mejor calidad están disponibles y son distribuidos ampliamente.
- Se lleva a cabo la defensa de derechos y el fortalecimiento de las capacidades para asegurar la sostenibilidad del programa a largo plazo.

La planificación de un suministro adecuado de condones y lubricantes exige de cálculos basados principalmente en datos del consumo regular, así como también en los datos relacionados con la prestación de servicios, las tasas demográficas y de morbilidad, las estimaciones de la movilidad de la población y la planificación de los programas (véase la sección 4.4 para directrices relacionadas con los pronósticos de la necesidad de contraceptivos, incluyendo los condones). Los programas nacionales de distribución de condones deberían colaborar estrechamente con las organizaciones que sirven a personas trabajadoras del sexo y obtener informes regulares (mensuales, bimensuales o trimestrales) de datos del consumo del condón, los cuales corresponden a las cantidades actuales de condones distribuidos a personas trabajadoras del sexo durante un período determinado. Donde exista un SIGL, deberían incorporarse las organizaciones que trabajan con las personas trabajadoras del sexo con el fin de informar sobre los datos de consumo de condones y lubricantes y las necesidades cambiantes.

Los «programas integrales de promoción del uso del condón» dirigidos por el gobierno deberían involucrar a las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo y a las organizaciones de la sociedad civil para los cálculos de abastecimiento de condones y lubricantes, la segmentación del mercado, la distribución de condones y lubricantes y la promoción de los productos. Además, el fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo para desempeñar un rol activo en la distribución de condones y lubricantes en las comunidades de sus colegas es determinante, ya que permite que las personas trabajadoras del sexo tengan acceso y puedan usar los condones. Por medio del acceso directo a las poblaciones usuarias, las organizaciones de personas trabajadoras del sexo son puntos esenciales de distribución de

⁸ Para más información sobre la verificación de la garantía de calidad así como el almacenamiento adecuado de los condones en los almacenes, consulte la publicación *Male Latex Condom: Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement*, 2010 por la OMS/UNFPA/FHI, listada en la sección 4.4.

condones, proporcionando condones y lubricantes en los «espacios seguros» (centros de acogida),⁹ a través de los trabajadores de sensibilización comunitaria y como parte de los servicios de salud. Las organizaciones de personas trabajadoras del sexo también podrían colaborar con los propietarios de establecimientos de trabajo sexual con el fin de involucrarlos en la distribución de condones.

Las personas trabajadoras del sexo deben colaborar en todas las etapas de la planificación y en el mapeo e implementación de puntos de distribución de condones y lubricantes. La tabla 4.2 proporciona preguntas clave que las organizaciones implementadoras deberían plantearse en la planificación de una distribución adecuada de condones para las personas trabajadoras del sexo.

Tabla 4.2 Preguntas para planificar la distribución de condones

Preguntas	Respuestas potenciales
¿Cuáles son los puntos de distribución de condones que prefieren los miembros de la comunidad? (Estrategia de ubicación).	• «Espacios seguros» (centros comunitarios) de personas trabajadoras del sexo • Trabajadores de sensibilización comunitaria • Tiendas, farmacias • Clínicas médicas, doctores, hospitales • Bares, posadas, moteles, hoteles, prostíbulos • Lugares de trabajo • Paradas de camiones, estaciones de autobuses
¿Qué tipos de condones prefieren las personas trabajadoras del sexo? (Estrategia de precios).	• Condones gratuitos del sector público • Condones de mercadeo social • Condones comerciales • ¿Otros?
¿A qué distancia de la comunidad quedan los puntos de distribución? (Accesibilidad).	• Muy cerca (1–5 minutos a pie) • Cerca (10–20 minutos a pie) • Lejos (30–45 minutos a pie) • Muy lejos (1 hora o más a pie)
¿Tienen siempre estos puntos de distribución condones disponibles? (Disponibilidad).	Condones masculinos: Si/No Condones femeninos: Si/No Lubricantes de base acuosa o silicona: Si/No
¿A cuántos condones tienen acceso las personas trabajadoras del sexo y sus clientes semanalmente? (Número actual).	Número de condones por persona trabajadora del sexo : Condones masculinos: Condones femeninos: Lubricantes:
¿Cuántos condones necesitan? Necesidades no satisfechas (¿Cantidad adecuada?).	Número de condones requeridos por cada persona trabajadora del sexo mensualmente:
¿Cuáles son los problemas más comunes con los condones masculinos reportados por las personas trabajadoras del sexo? (¿Calidad adecuada?)	• Rotura • Deslizamiento • Condón con olor desagradable • Condón caducado • Embalaje dañado • ¿Otro?
¿Cuáles son los problemas más comunes con los condones femeninos que experimentan las trabajadoras del sexo? (¿Calidad adecuada?)	• Condón con olor desagradable • Condón caducado • Embalaje dañado • ¿Otro?
¿Hay siempre lubricantes disponibles y compatibles al condón en los puntos de distribución?	Si/No

⁹ Lugar donde las personas trabajadoras del sexo se reúnen para relajarse, conocer a otros miembros de la comunidad y llevar a cabo eventos sociales, reuniones o capacitaciones. Consultar el capítulo 3, sección 3.3 para más detalles.

4 Promoción del uso del condón y de lubricantes

Los programas de distribución de condones deberían colaborar con las personas trabajadoras del sexo y sus clientes para entender mejor sus preferencias de productos de condones, incluyendo sus preferencias en el tamaño, color, olor y marca del condón. La distribución de condones de mercadeo social de bajo costo cerca de los establecimientos de trabajo sexual, junto con la distribución de condones genéricos gratuitos a través de los trabajadores de sensibilización comunitaria, a menudo es la manera más eficaz de asegurar mayor accesibilidad de condones para las personas trabajadoras del sexo y sus clientes.

Todos los puntos de distribución de condones deberían ofrecer lubricantes de base acuosa o silicona según las preferencias de las propias personas trabajadoras. Todos los condones y lubricantes deberían satisfacer las recomendaciones de la OMS (véase la sección 4.4 para información sobre las recomendaciones de la OMS en la adquisición de condones y lubricantes). Los lubricantes deberían ser distribuidos junto con los condones y estar disponibles en tubos, bolsitas u otros embalajes según la preferencia de las personas trabajadoras del sexo. Las organizaciones de mercadeo social a menudo empaquetan los lubricantes junto con los condones, lo cual puede ser una manera efectiva para la distribución de lubricantes.

Recuadro 4.1

Ejemplo de caso: embalaje conjunto de condones y lubricantes en Laos

En Laos, Population Services International distribuyó condones y lubricantes empaquetados juntos bajo la marca Number *One Deluxe Plus*. Los condones y lubricantes fueron distribuidos por trabajadores de sensibilización comunitaria, hombres que tienen sexo con hombres y personas transgéneros junto con un folleto informativo que subrayó la necesidad de que los condones y lubricantes deberían ser utilizados juntos para prevenir la transmisión de enfermedades y minimizar la rotura del condón.

Si bien los lubricantes y los condones deberían distribuirse juntos, el objetivo principal debería ser aumentar el uso del condón y por consiguiente la información difundida debería centrarse en el uso del lubricante junto al condón. Existen datos limitados y no concluyentes de que el uso de lubricante sin el condón puede contribuir a la transmisión de las ITS; por lo tanto, los programas deberían promover el uso de lubricantes junto con los condones.

Además de condones y lubricantes, las personas trabajadoras del sexo a menudo necesitan acceso a productos complementarios de protección. Dependiendo del contexto y las necesidades locales, las personas trabajadoras del sexo podrían necesitar acceso a barreras dentales y guantes para servicios sexuales específicos, jabón y agua y/o productos recomendados para la limpieza de juguetes sexuales, y otros productos identificados por ellas mismas. Los programas que trabajan con personas trabajadoras del sexo requieren modelos de pene y vagina para las demostraciones del uso correcto de condones masculinos y femeninos, y deberían incluir estos y otros productos mencionados arriba en el plan de adquisición y actividades de distribución.

4.2.2 Promoción a varios niveles de los condones y lubricantes masculinos y femeninos

Una estrategia de promoción del uso del condón dirigida a las personas trabajadoras del sexo debe estar basada en las evidencias. Antes de la elaboración de la estrategia, debería realizarse un análisis situacional que incluya datos descriptivos sobre las personas trabajadoras del sexo, como dónde trabajan y otros factores que puedan facilitar o dificultar su capacidad para usar el condón sistemática y correctamente con todas sus parejas sexuales. Las estrategias del uso del condón también deberían mantenerse fundamentadas en las teorías destacadas sobre el cambio de hábitos y las experiencias de intervenciones conductuales que han aumentado el uso del condón entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes.

Promoción del uso del condón dirigida por la comunidad

La estrategia de promoción del uso del condón puede ser elaborada en talleres dirigidos o que incluyan a representantes de diferentes grupos de personas trabajadoras del sexo, ya sean mujeres, hombres o

transgéneros, personas neófitas o experimentadas que trabajan en zonas urbanas y rurales, en establecimientos¹⁰ o en la calle. Proporcionar a las personas trabajadoras del sexo el espacio para su participación y liderazgo en este proceso garantiza una comprensión realista sobre las barreras que enfrentan para acceder al condón, sus preferencias para la adquisición de condones y el uso actual del condón con sus clientes.

Las estrategias de promoción comunitaria que surgen de este proceso deberían aplicar un enfoque holístico similar a los enfoques de los servicios dirigidos por la comunidad listados en el capítulo 3. Las actividades dirigidas por (o en consulta con) las personas trabajadoras del sexo y los diferentes materiales de intervención de cambios conductuales (p.ej., asesoramiento individual, juegos de rol, papelógrafos, posters, videos testimoniales, entre otros) pueden ser elaborados para fortalecer las capacidades necesarias y reforzar los mensajes de promoción del uso del condón. Las actividades dirigidas por la comunidad junto con las herramientas y los materiales de calidad han demostrado ser efectivos para garantizar la promoción de mensajes enfocados al grupo y el fortalecimiento de las capacidades relacionadas con el uso del condón. Las estrategias de cambio conductuales deben responder a los diferentes obstáculos individuales al uso del condón, entre ellos, el conocimiento sobre los beneficios para la salud que aporta el uso del condón y sobre los puntos de distribución.

- La capacidad de negociar relaciones sexuales más seguras¹¹.
- El fortalecimiento de las capacidades para el uso correcto del condón (masculino y femenino).
- El uso adecuado de lubricantes seguros.

Las demostraciones sobre el uso correcto del condón masculino y femenino realizadas por los trabajadores de sensibilización comunitaria pueden fortalecer la capacidad y la auto-efectividad de las personas trabajadoras del sexo con relación al uso del condón (es decir, la capacidad de imponer el uso del condón incluso en circunstancias difíciles). Los enfoques adoptados deben también facilitar la capacidad de las personas trabajadoras del sexo para elaborar sistemas de apoyo en sus comunidades que permitan identificar maneras de fomentar el uso sistemático del condón y los lubricantes. El recuadro 4.2 recoge las estrategias para la promoción del uso del condón dirigida por la comunidad; las siguientes páginas identifican otros enfoques que podrían también ser considerados.

**Recuadro
4.2**

Estrategias de promoción educativas del uso del condón con personas trabajadoras del sexo

- Mensajes basados en evidencias que crean conciencia para solicitar relaciones sexuales más seguras.
- Fortalecimiento de la capacidad del uso correcto del condón masculino y femenino.
- Información sobre la selección de lubricantes seguros y eficaces para evitar los lubricantes inseguros.
- Capacitación sobre la habilidad de negociar relaciones sexuales más seguras, incluyendo cómo negociar el uso del condón y las estrategias para reducir el riesgo cuando no hay disponibilidad de condones.
- Esclarecer los conceptos erróneos sobre el uso del condón, como el uso doble y la reutilización del condón femenino.
- Información sobre la protección individual cuando se está proporcionando una gama amplia de servicios sexuales, como la satisfacción de las fantasías sexuales, el sexo fetichista¹² y los servicios sexuales sin penetración.
- Debates específicos sobre las necesidades del uso del condón y lubricante en las relaciones sexuales anales entre hombres o entre hombres y mujeres, las relaciones sexuales vaginales y/o en las relaciones sexuales anales entre hombres y las personas transgéneros.
- Educación para la reducción de riesgos asociados con los conceptos erróneos relativos a la salud reproductiva, incluyendo las duchas y lavados vaginales después de las relaciones sexuales y la prevención de embarazos no deseados.

¹⁰ Las personas trabajadoras del sexo de «establecimiento» trabajan en una variedad de lugares cerrados, en particular en domicilios y en otros establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual: prostíbulos, casas de huéspedes, bares, clubes, entre otros.

¹¹ Véase *Making Sex Work Safe* (NSWP, 2011), pp.67–68 sobre las estrategias de negociación relacionadas con el uso del condón.

¹² Una relación sexual es fetichista cuando se gana un placer erótico intenso de una actividad, sensación u objeto que pueda ser diferente de lo que la sociedad considera como «normal» o tradicional con relación a la actividad sexual.

Uso del condón con parejas íntimas

Aunque los mensajes de promoción del uso del condón con las personas trabajadoras del sexo se centran en gran parte en el uso con sus clientes y parejas ocasionales, en algunos casos los programas de promoción del uso del condón identifican la necesidad de aumentar el uso del condón entre las personas trabajadoras del sexo, sus clientes fijos o sus parejas íntimas. Trabajadores de sensibilización comunitaria experimentados han elaborado métodos de comunicación para discutir de manera efectiva el uso del condón con las parejas fijas sin entrometerse en la vida privada de la persona trabajadora del sexo. Por ejemplo, trabajadores de sensibilización comunitaria del programa *Targeted Outreach* (Sensibilización con objetivo) (TOP) en Birmania utilizan ejemplos de sus propias relaciones personales para brindar asesoramiento a las personas trabajadoras del sexo sobre la necesidad de protegerse en las relaciones a largo plazo. Por lo general, los trabajadores de sensibilización comunitaria deben realizar debates con las parejas fijas de manera discreta con el fin de respetar las vidas privadas de las personas trabajadoras del sexo.

Condomes femeninos

El condón femenino es un producto importante de prevención para las mujeres trabajadoras del sexo, pese a que, a menudo, es marginado en los programas del uso del condón en general. La promoción del condón femenino requiere tener las herramientas para demostrar su uso correcto y hacer comprender sus ventajas a las trabajadoras del sexo:

- Es más resistente que el condón masculino y puede usarse para el sexo anal.
- Es útil para las trabajadoras del sexo durante la menstruación.
- Las trabajadoras del sexo pueden usarlo cuando los clientes no pueden mantener una erección.
- Exige menos cooperación por parte del cliente.

Los trabajadores de sensibilización comunitaria deben realizar demostraciones del uso correcto del condón femenino y se les debe suministrar modelos pélvicos femeninos para facilitar estas demostraciones.

Nota: Los condones femeninos no deben reutilizarse; de hecho, los clientes de las mujeres trabajadoras del sexo a menudo necesitan confirmar que el condón femenino no está siendo reutilizado para sentirse más cómodos en su utilización.

Reducir el riesgo a través de servicios sexuales alternativos

Con el fin de mantener una buena salud, las personas trabajadoras del sexo necesitan saber no sólo sobre condones y lubricantes, sino también acerca de la variedad de servicios sexuales que pueden reemplazar las relaciones sexuales con penetración. En la mayoría de los casos, estos servicios pueden aumentar la satisfacción de los clientes mientras reduce los riesgos de salud y el impacto físico para la persona trabajadora del sexo. Los trabajadores de sensibilización comunitaria pueden ayudar a las personas trabajadoras del sexo a compartir sus experiencias y su conocimiento de los servicios sexuales que minimizan los riesgos a la salud para ellas. Algunas personas trabajadoras del sexo ofrecen los servicios alternativos de bajo riesgo que se encuentran en el recuadro 4.3. Además, debe incluirse la educación sobre la reducción de riesgo más allá del uso del condón en todos los programas destinados a las personas trabajadoras del sexo, incluyendo información sobre los riesgos asociados con los servicios sexuales sin penetración, lo que podría ayudar a las personas trabajadoras del sexo a decidir qué servicios desean ofrecer.

Recuadro 4.3

Servicios sexuales alternativos que reducen el riesgo relacionado con el VIH y las ITS

Masturbación
Sexo con los senos
Fantasías sexuales

Sexo intercrural (entre los muslos)
Uso de juguetes sexuales limpios
Voyeurismo

Sexo fetichista sin penetración
Sexo telefónico y cibersexo

Recuadro
4.4**Ejemplo de caso: promoción del uso del condón dirigida por la comunidad en Birmania**

El programa *Targeted Outreach* (Sensibilización dirigida) (TOP), un programa implementado por Population Services International (PSI) en Birmania en 2003, proporciona servicios de salud sexual a mujeres trabajadoras del sexo y a hombres que tienen sexo con hombres. El enfoque de TOP basado en la comunidad recluta a miembros de la misma como trabajadores de sensibilización comunitaria, personal de campo y, finalmente, como responsables.

Las personas trabajadoras del sexo participan en todos los aspectos de la planificación, promoción y distribución de condones. Identifican los puntos calientes así como también los lugares y establecimientos específicos para la distribución de condones. Los trabajadores de sensibilización comunitaria proporcionan condones a las personas trabajadoras del sexo durante la sensibilización para complementar las actividades de mercadeo social efectuadas por PSI. Además, TOP fortalece el apoyo del uso del condón entre las personas trabajadoras del sexo por medio de la planificación de programas de promoción del uso del condón en sus 18 espacios seguros (centros de acogida).

Por otro lado, TOP ha tenido éxito particularmente en la promoción del condón femenino. Trabajadores de sensibilización comunitaria proporcionan asesoramiento individual sobre el uso del condón femenino, incluyendo demostraciones utilizando el modelo pélvico femenino. Ya que TOP ha descubierto que el uso correcto del condón femenino requiere varias demostraciones, estas sesiones individuales han aumentado el éxito del uso del condón femenino entre las trabajadoras del sexo y, por consiguiente, se están planificando nuevas actividades para generar aún más demanda.

En 2012 TOP distribuyó más de 1,2 millones de condones masculinos y más de 110.000 condones femeninos a personas trabajadoras del sexo a través de la sensibilización dirigida por la comunidad. PSI también utiliza el mercadeo social, vende condones y lubricantes en puntos cercanos a los establecimientos de trabajo sexual. A través de una combinación de distribución gratuita y de mercadeo social de condones y lubricantes, TOP asegura que las personas trabajadoras del sexo y sus clientes tengan acceso a condones y lubricantes asequibles y de alta calidad a la hora y en el lugar que los necesiten.

Los indicadores positivos de cambio de hábitos y de la prevalencia del VIH entre las personas trabajadoras del sexo en Birmania no son atribuibles directamente a TOP; sin embargo, están altamente relacionados con sus actividades. Las encuestas realizadas por el gobierno, la OMS y el PSI estiman que la prevalencia del VIH entre las personas trabajadoras del sexo en 2012 era de 7,1 por ciento, un gran descenso comparado con 2004 y 2008, cuando la prevalencia del VIH fue del 27,5 por ciento y el 18,4 por ciento, respectivamente.

Desestigmatizar el uso del condón entre la sociedad en general

Se necesita un apoyo social amplio para garantizar el uso sistemático del condón en la mayoría de los encuentros sexuales comerciales. Los condones no deben ser objeto de estigmatización o ser vistos solo para el «sexo riesgoso». Es esencial que los valores sociales fomenten la aceptación del uso del condón como una herramienta para la «salud sexual» tanto en las relaciones de corto plazo como también en las de largo plazo. Como resultado, además de colaborar directamente con las personas trabajadoras del sexo y sus clientes, los programas de promoción del uso del condón deben realizar actividades para la población en general con el fin de desestigmatizar el uso del condón y crear un apoyo social general para el uso del condón en todas las relaciones de carácter sexual.

Las campañas en medios de comunicación pueden ser utilizadas para promover eficazmente el uso del condón, contribuir a la disminución de la demanda de sexo sin protección y el cambio de las normas sociales. Las campañas deben difundir mensajes coherentes y complementarios a través de los medios de comunicación masivos, los lugares de trabajo, los proveedores de servicios sanitarios y los establecimientos de entretenimiento y trabajo sexual. La promoción efectiva del uso del condón hacia los clientes de personas trabajadoras del sexo depende de la promoción a través de los medios de comunicación masivos, ya que los clientes están dispersos y forman parte de la «población general». Como consecuencia, los clientes no pueden ser objetivo de las

intervenciones intensivas basadas en la comunidad, como las realizadas para las personas trabajadoras del sexo, los hombres que tienen sexo con hombres, las personas que consumen drogas y las personas transgéneros.

Idealmente, las actividades de promoción en los medios de comunicación masivos se llevan a cabo por medio de organizaciones asociadas, incluyendo el gobierno nacional, ONG destacadas y empresas de fabricación y comercialización de condones del sector privado. Países como Camboya y Tailandia, los cuales han alcanzado una reducción significativa de la transmisión heterosexual del VIH en el sexo ocasional y comercial, han demostrado un liderazgo sólido por parte de figuras gubernamentales y sociales de alto nivel que reconocen la existencia de conductas de alto riesgo y la necesidad del uso del condón. Además, en Tailandia el gobierno apoyó a gran escala las campañas de mercadeo con el fin de fomentar la desestigmatización del uso del condón y aumentar su uso tanto entre la población general como entre las poblaciones de riesgo.

Con el aumento del acceso al Internet, los individuos interesados en el sexo ocasional y comercial a menudo se conocen en línea. Internet proporciona un espacio no solo para conocer a personas sino también para promover el uso del condón. Los programas de promoción del uso del condón deberían expandirse a los lugares virtuales, en particular aquellos donde se establecen contactos sexuales ocasionales y comerciales. Los mensajes publicados en línea deberían reforzar y complementar los mensajes de promoción difundidos a través de otros medios de comunicación masivos e informar a las personas sobre los puntos de distribución de condones. Para obtener más información sobre cómo alcanzar a las poblaciones clave a través de los medios electrónicos, consulte la publicación de la OMS *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública*.

4.2.3 Crear un entorno propicio para los programas del uso del condón

Un entorno propicio para los programas del uso del condón garantiza que:

- los marcos políticos, jurídicos y normativos apoyen los programas del uso del condón.
- Dichos marcos se apliquen apropiadamente.
- Las organizaciones e individuos clave apoyen la promoción y el acceso al condón por parte de las personas trabajadoras del sexo.

El acceso universal al condón debe ser un tema central en la ejecución de programas y políticas sobre el uso de condones. Las personas trabajadoras del sexo necesitan acceso a condones y lubricantes en todo momento. La promoción del acceso universal al condón debe incluir a las personas trabajadoras del sexo y su distribución eficaz también requiere el apoyo del gobierno, independientemente de las leyes nacionales relacionadas con el trabajo sexual. Los programas de promoción del uso del condón y de su distribución no deben suponer en ningún caso una obligación. Las políticas del uso obligatorio del condón y las medidas de castigo deben ser evitadas, ya que obligan a las personas trabajadoras del sexo a cumplir con requisitos específicos impuestos por los propietarios de prostíbulos o por las agencias del estado, como las consultas a las clínicas para las ITS. Esto puede traducirse en violaciones de los derechos humanos y en restricciones a las libertades individuales. En su lugar, los gobiernos deben fomentar que los propietarios de establecimientos cuenten con «lugares de trabajo seguros», donde los condones estén regularmente disponibles y se proporcione a las personas trabajadoras del sexo apoyo para que los utilicen con sus clientes. Donde los condones son fácilmente accesibles bajo la política de acceso universal al condón, los métodos reglamentarios más coactivos – como los que exigen el uso del condón durante el sexo comercial o que obligan a las personas trabajadoras del sexo a someterse a pruebas o probar su uso – no son necesarios.

Los gobiernos nacionales deben asegurar que las leyes y estatutos nacionales garanticen la libertad de la distribución y posesión de condones. Las leyes y reglamentos de algunos países aún penalizan la posesión de condones. Por consiguiente, para hacer posible programas eficaces de distribución de condones y garantizar las libertades individuales, estas leyes deben ser revisadas para permitir sin ambigüedad la posesión individual de condones. Además, en países donde los condones se utilizan como prueba de trabajo sexual, los gobiernos deben tomar medidas para terminar con esta práctica. Los condones nunca se deben utilizar como prueba de trabajo sexual, ya sea por las leyes oficiales o a través de las prácticas policiales oficiosas. Además, los condones nunca deben ser confiscados a las personas trabajadoras del sexo.

**Recuadro
4.5**

Políticas nacionales que promueven el uso del condón

- Fomentar los «lugares de trabajo seguros» y la disponibilidad de condones en todos los establecimientos de trabajo sexual.
- Revisar y eliminar las leyes que penalizan la posesión de condones.
- Terminar con la práctica policial de utilizar los condones como prueba de trabajo sexual.
- Terminar con las prácticas policiales de confiscación de condones a las personas trabajadoras del sexo.
- Garantizar que las leyes y políticas actuales obliguen a los propietarios de establecimientos de trabajo sexual a contar con suministro de condones.
- Descriminalizar o despenalizar el trabajo sexual con el fin de reducir el temor entre las personas trabajadoras del sexo y aumentar así el uso del condón.

Los programas de distribución de condones deben trabajar en asociación con instituciones e individuos clave para garantizar el apoyo para el abastecimiento de condones y las actividades de promoción. Instituciones clave son los ministerios nacionales de salud, los departamentos de salud locales, el personal de clínicas locales y otros miembros relevantes del sistema de salud. Individuos clave («guardianes») incluyen a los responsables de establecimientos de entretenimiento, clubes nocturnos, prostíbulos, pensiones, hoteles y a otros individuos participantes en el sexo comercial. Las organizaciones implementadoras deben colaborar con estos individuos con el fin de aumentar su comprensión sobre su importancia y fomentar el apoyo para los programas del uso del condón.

Los programas del uso del condón no se deben realizar de manera aislada. Para que tengan éxito, la promoción y distribución del condón deben llevarse a cabo como parte de la oferta integral de servicios de salud, y las actividades deben implementarse a través del liderazgo y la participación de las personas trabajadoras del sexo. A nivel local, los programas de promoción del uso del condón y las personas trabajadoras del sexo deben colaborar para identificar situaciones en las cuales el uso del condón puede estar comprometido (p.ej., relaciones sexuales en grupo, consumo de alcohol y drogas, violencia) y elaborar soluciones que reduzcan la frecuencia de esas situaciones o que aumenten el uso del condón dentro de ellas. Dependiendo del contexto local, el trabajo de defensa de derechos o las soluciones programadas (o ambas) pudieran abordar estas situaciones.

**Recuadro
4.6**

Estrategias locales para la creación de un entorno propicio para los programas del uso del condón

- Asegurar la amplia disponibilidad de condones a través de puntos de venta o por medio de máquinas expendedoras en los lugares de sexo comercial, como los prostíbulos y bares, las pensiones, los hoteles y en centros de transporte como las estaciones de autobús y tren, gasolineras y paradas de descanso en las autopistas.
- Colocar los condones directamente dentro de los cuartos de hotel o pensiones en vez de colocarlos en el vestíbulo. Esto asegura que los condones estén fácilmente disponibles en el momento y lugar donde se realiza el acto sexual y evita que sean confiscados por las fuerzas policiales.
- Proporcionar lugares adecuados para su desecho (es decir, cubos de basura) en los lugares donde se practica el sexo comercial para que los condones sean desechados adecuadamente sin crear desechos residuales visibles.
- Capacitar a las fuerzas policiales locales sobre la promoción y protección de los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo y sobre el conocimiento de la prevención del VIH e ITS, incluyendo la necesidad de la promoción y distribución de condones.
- Proporcionar a los trabajadores de sensibilización comunitaria tarjetas de identidad firmadas por las autoridades policiales locales para prevenir que sean hostigados mientras llevan a cabo su trabajo.
- Implementar programas ubicados en el lugar de trabajo y centrados en la salud sexual con clientes de personas trabajadoras del sexo, incluyendo la reducción de la demanda de sexo pagado sin protección.

4.2.4 Aspectos específicos a tener en cuenta en los programas del uso del condón

A. Programas del uso del condón con hombres y transgéneros trabajadores del sexo

Los tipos de servicios sexuales ofrecidos por las mujeres, hombres y transgéneros trabajadores del sexo pueden diferir, por lo que los programas de distribución y promoción del uso del condón deberían tener en cuenta estas diferencias y garantizar la distribución de todos los productos necesarios para los tipos de sexo ofrecidos por los hombres y transgéneros trabajadores del sexo. Por ejemplo, los lubricantes son particularmente importantes para las personas que practican el sexo anal, mientras que los condones con sabores pueden ser más importantes para realizar el sexo oral.

- Los programas de promoción y educativos que trabajan con hombres trabajadores del sexo deberían abordar temas como el uso del condón cuando sea difícil mantener una erección, los efectos secundarios de los fármacos para tratar la disfunción eréctil, la reducción de riesgo para el sexo fetichista y el uso del condón femenino para el sexo anal.
- Los programas de promoción y educativos que trabajan con personas transgéneros trabajadoras del sexo deberían proporcionar información sobre el uso del condón femenino y del sexo más seguro después de la cirugía, entre otros temas.

En todos los casos, los programas deberían trabajar con las comunidades para entender sus necesidades específicas de información y productos para así adaptar el programa. Tanto los hombres trabajadores del sexo como las personas transgéneros pueden ser víctimas de una gran estigmatización, por lo que los programas deberían proporcionar apoyo psicológico, cuando sea necesario. Los trabajadores de sensibilización comunitaria que sirven a hombres y transgéneros trabajadores del sexo deberían ser del mismo sexo para poder maximizar la comprensión mutua y el intercambio de ideas.

B. Estrategias de negociación del uso del condón

La decisión de si usar un condón o no – así como sobre el tipo de sexo – normalmente depende de la negociación específica entre la persona trabajadora del sexo y el cliente. Para que los programas de promoción del uso del condón tengan éxito, los trabajadores de sensibilización comunitaria deberían debatir estrategias de negociación del uso del condón y del sexo más seguro durante sus reuniones con las personas trabajadoras del sexo, con el fin de mejorar sus «herramientas» y capacidades de negociación.

Algunas de las tácticas de negociación identificadas por las personas trabajadoras del sexo incluyen:

- el cobro anticipado del servicio para que el cliente no rehúse pagar en caso de uso del condón.
- Llevar al cliente a un establecimiento de sexo comercial conocido donde el uso del condón sea obligatorio.
- Negociar con el cliente una práctica sexual sin penetración.
- Empoderar a la comunidad y crear una norma compartida que rechace el sexo sin protección.
- Si estas opciones fracasan y es razonablemente seguro y factible, rechazar al cliente si rechaza el uso del condón.

C. Programas del uso del condón con los clientes de las personas trabajadoras del sexo

Los clientes de las personas trabajadoras del sexo suelen tener la última palabra sobre si usar un condón o no. Sin embargo, los clientes pocas veces son incluidos en los programas de prevención del VIH. Los países que han logrado reducir las infecciones nuevas de VIH entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes con frecuencia trabajaron para cambiar las actitudes y las conductas de los clientes en vez de centrarse solamente en los hábitos de las personas trabajadoras del sexo.

Como se señaló anteriormente, las campañas en los medios de comunicación masivos son un componente importante de los programas del uso del condón, nada fácil de alcanzar únicamente a través de la sensibilización. Los programas de promoción del uso del condón deben estar activos en los lugares de trabajo, en particular en los sectores con mayor movilidad y prevalencia del VIH y las ITS (es decir, minería, transporte, entre otros). También es importante que los programas aborden los valores y comportamientos normativos de los hombres

y niños para aumentar el respeto a los derechos humanos y de salud de todas sus parejas sexuales, incluyendo a los hombres, mujeres y transgéneros trabajadoras del sexo. Esto significa usar el condón sistemáticamente para las relaciones sexuales con la persona trabajadora del sexo y nunca solicitar sexo sin protección. Además de la promoción del uso del condón entre los clientes de las personas trabajadoras del sexo, los programas también deberían abordar los conceptos erróneos comunes asociados a la prevención del VIH, incluyendo las ideas de que la circuncisión masculina o el tratamiento antirretrovírico elimina todo riesgo de transmisión del VIH y otras ITS.

La distribución eficaz del condón entre los clientes de las personas trabajadoras del sexo depende del enfoque armonizado entre los sectores de la salud, el comercio y la justicia en los programas contra el VIH. Los condones deben ser ampliamente publicitados y estar disponibles en el sector comercial, en los pequeños comercios y entre los vendedores a pequeña escala situados en las cercanías de las zonas de entretenimiento. Sin embargo, lo más importante es que el condón esté disponible en los lugares donde se practica el sexo comercial. Cuando los condones están más o menos al alcance de la mano durante un acto sexual de índole comercial, es más probable que sean utilizados. Por lo tanto, es absolutamente imprescindible que los establecimientos que facilitan los servicios sexuales, incluyendo a las mismas personas trabajadoras del sexo, no sean obstaculizados, castigados o detenidos por las fuerzas policiales u otros por la posesión de condones.

**Recuadro
4.7**

Estrategias para la reducción de demanda del sexo sin protección y el aumento del uso del condón con los clientes de personas trabajadoras del sexo

- Liderazgo gubernamental firme en el apoyo al uso del condón en todos los actos sexuales con penetración.
- Campañas publicitarias en los medios de comunicación masivos a favor del cambio de las normas sociales y la desestigmatización del condón.
- Programas en los lugares de trabajo para clientes potenciales de personas trabajadoras del sexo centrados en el cambio de tendencias que reduzcan la demanda del sexo de pago sin protección.
- Distribución de condones y lubricantes en lugares convenientes para los clientes de las personas trabajadoras del sexo, incluyendo los pequeños comercios, los lugares de trabajo y los establecimientos de comercio sexual.
- Integración de mensajes con respecto a la salud de las parejas sexuales en los programas de salud y otros dirigidos a los hombres y niños.

D. Programas de mercadeo social del condón con personas trabajadoras del sexo

Los programas de mercadeo social del condón venden condones y lubricantes subsidiados a bajo costo a personas que no pueden pagar el precio total del producto. Estos programas buscan aumentar la asequibilidad del condón y de los lubricantes, la accesibilidad y disponibilidad para la población general mientras se mejora la sostenibilidad de los programas del uso del condón. Además, los programas de mercadeo social del condón realizan varias campañas de mercadeo con productos de marcas o genéricos centradas en la desestigmatización del uso del condón.

Los programas de mercadeo social de condones ponen a disposición de las personas trabajadoras del sexo y sus clientes una variedad de condones y lubricantes, incluyendo condones de diferentes marcas, olores, colores y tamaños. Los clientes podrían preferir ciertos tipos de condones, que pueden comprar en los programas de mercadeo social para satisfacer sus preferencias. Las personas trabajadoras del sexo también podrían vender condones y lubricantes de los programas de mercadeo social para crear una fuente adicional de ingresos.

A pesar de las muchas ventajas de los programas de mercadeo social de condones, estos no deberían sustituir la distribución de condones y lubricantes gratuitos para las personas trabajadoras del sexo. Los condones y lubricantes son herramientas de protección esenciales y deberían ser distribuidos a gran escala entre las

personas trabajadoras del sexo como una cuestión de principios. Los programas de mercadeo social de condones deben complementar la distribución gratuita, así se mejora la variedad y el atractivo de los condones y lubricantes como también su mayor disponibilidad. Para coordinar estas actividades, los programas pueden colaborar a nivel nacional para adoptar un enfoque de mercadeo total sobre los programas del uso del condón, teniendo en cuenta la segmentación del mercado, la coordinación con el sector privado y el desarrollo de estrategias comerciales como objetivo para los diferentes segmentos de mercado identificados.

Para más información sobre el enfoque de mercadeo total hacia el mercadeo social de condones, consulte el documento de Abt Associates *Total Market Initiatives for Reproductive Health* (sección 4.4).

4.3 Gestión de programas de promoción del uso del condón

4.3.1 Roles y responsabilidades en los programas del uso del condón

La figura 4.1 muestra cómo se gestionan los programas del uso del condón por medio de asociaciones y la coordinación a diferentes niveles entre las organizaciones gubernamentales y las ONG.

4.3.2 Seguimiento de programas

La tabla 4.3 proporciona indicadores de seguimiento y las fuentes de información que pueden ser utilizados para gestionar programas de promoción del uso del condón.

4.3.3 Evaluación

La evaluación de la efectividad de la promoción y distribución del condón con las personas trabajadoras del sexo complementa el seguimiento periódico del programa y proporciona datos clave sobre si los programas han cambiado eficazmente los hábitos de las personas trabajadoras del sexo y sus clientes respecto al uso del condón. Mientras que se pueden utilizar varias metodologías y herramientas de evaluación, las más comunes incluyen la recogida sistemática de datos sobre la distribución y venta de condones, las encuestas de vigilancia de los hábitos de conducta, las encuestas sobre la cobertura del condón y la evaluación de procesos según los datos del seguimiento sistemático.

Las encuestas de vigilancia de las conductas se realizan en intervalos regulares (cada 2 – 4 años) tanto a personas trabajadoras del sexo como a sus clientes para determinar el efecto de las intervenciones en los datos de salud. Estas encuestas miden los cambios de hábitos en el uso del condón auto-reportados así como en los cambios de motivaciones y los obstáculos identificados para su uso. Algunas encuestas de vigilancia de las conductas pueden también integrar marcadores biológicos que miden la prevalencia del VIH o las ITS.

Las encuestas sobre la cobertura del condón son utilizadas generalmente por los programas de mercadeo social. Estas encuestas utilizan muestreo de control de calidad de los lotes para medir los niveles de cobertura de condones y la calidad de la cobertura en las áreas censales “mapeadas”.

Las evaluaciones **de procesos** que utilizan los datos de seguimiento sistemático puede ser una manera instructiva de medir el progreso de los resultados de los programas de promoción del uso del condón. En particular, los indicadores del suministro de condones pueden ser medidos a través de los informes sistemáticos del programa y el uso de un SIGL. La revisión de estos datos periódicamente ayuda a verificar si las personas trabajadoras del sexo tienen acceso a suficientes condones.

Figura 4.1 Roles y responsabilidades en los programas del uso del condón

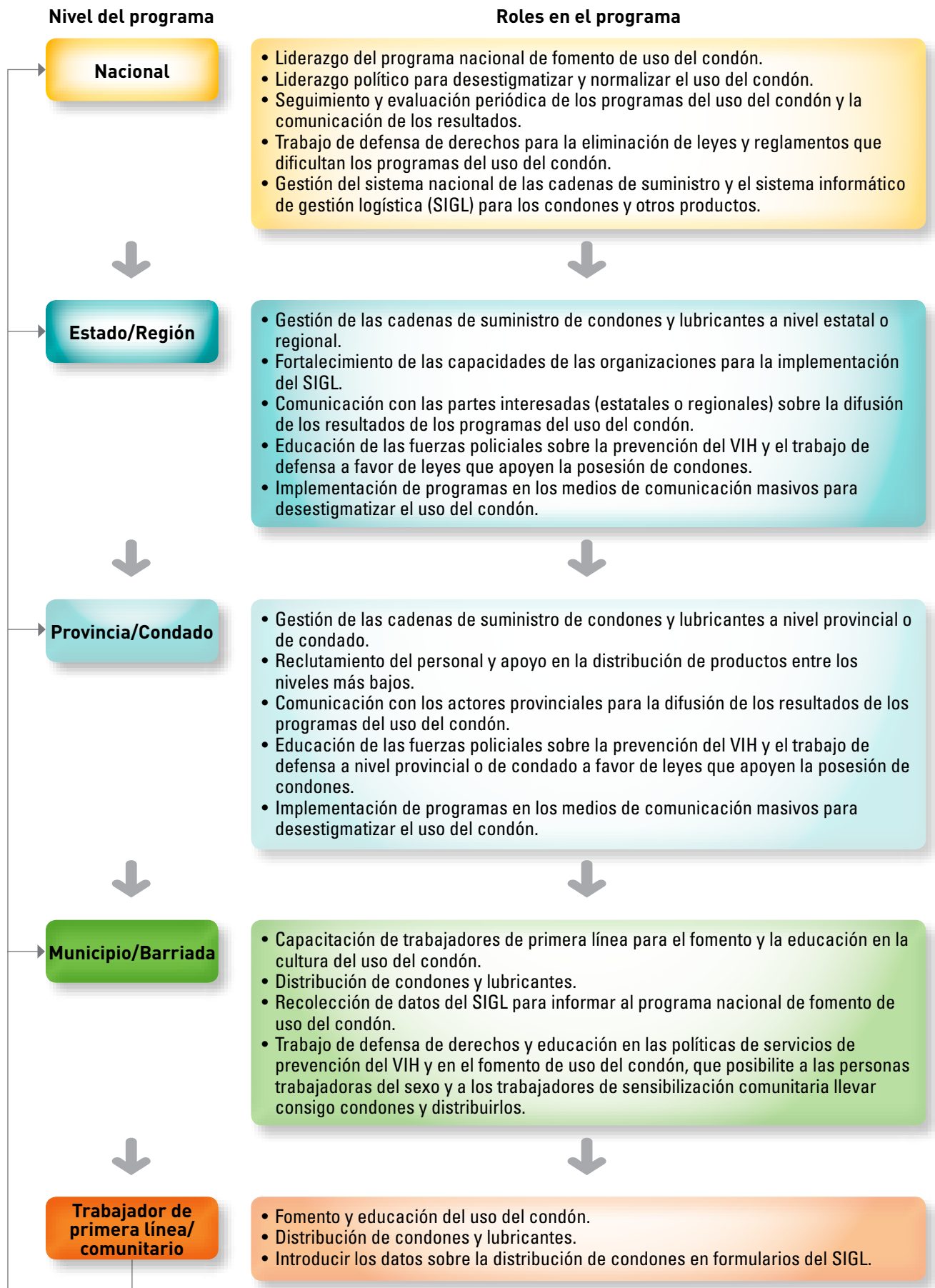


Tabla 4.3 Indicadores de seguimiento de programas del uso del condón

Actividad	Objetivo	Indicador	Fuente de la información
Establecer suministros accesibles de condones y lubricantes masculinos y femeninos para las personas trabajadoras del sexo.	1	Relación de condones distribuidos-número estimado de condones requeridos mensualmente.	Herramientas de microplanificación. Registros de abastecimiento de condones. Preguntas en la inscripción sobre el tipo de trabajo sexual y el promedio de parejas. Otras valoraciones respecto a las dificultades de acceso al condón.
	0	Número de ONG o puntos de distribución que reportan un desabastecimiento de condones de distribución gratuita en el mes anterior.	ONG o registros de abastecimiento de condones en los puntos de distribución.
	0	Número de ONG o puntos de distribución que reportan un desabastecimiento de lubricantes de distribución gratuita en el mes anterior.	ONG o registros de abastecimiento de lubricantes en los puntos de distribución.
	90%	% de áreas censales donde se venden condones a menos de 10 – 20 minutos a pie.	Encuesta sobre la cobertura de los condones de mercadeo social.
	95%	% de personas trabajadoras del sexo y clientes que concuerdan con la afirmación siguiente: «los condones están disponibles cuando los necesito»	Encuesta de vigilancia de los hábitos.
Promoción a diferentes niveles de condones y lubricantes masculinos y femeninos.	90%	% de personas trabajadoras del sexo que reportan el uso del condón durante su último acto sexual comercial con penetración.	Preguntas de la inscripción referentes en el inicio del programa. Preguntas rutinarias durante las consultas médicas.
	85%	% de personas trabajadoras del sexo que reportan el uso sistemático del condón en los actos sexuales comerciales.	Encuesta de vigilancia de los hábitos.
	90%	% de clientes de personas trabajadoras del sexo que reportan el uso del condón durante su último acto sexual comercial con penetración.	Preguntas de la inscripción referentes en el inicio del programa. Preguntas rutinarias durante las consultas médicas.
	Incremento	% de t personas trabajadoras del sexo que reportan los factores de motivación para el uso del condón.	Encuesta de vigilancia de los hábitos.
	Disminución	% de personas trabajadoras del sexo que reportan los obstáculos para el uso del condón.	Encuesta de vigilancia de los hábitos.
Crear un entorno propicio para los programas del uso del condón.	0	Número de incidentes reportados de confiscación de condones.	Informes del programa.
	90%	% de ONG que atienden a personas trabajadoras del sexo y reportan las necesidades de condones al programa nacional de promoción del uso del condón.	Registros del SIGL.

4.4 Recursos y lecturas complementarias

1. *Total Market Initiatives for Reproductive Health*. Bethesda, MD: Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates, 2012.
http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/Total_Market_Initiatives_for_Reproductive_Health.pdf
2. *Market Segmentation Primer*. PSP-One Project, Abt Associates, 2009.
http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/MDAWG_Market_Segmentation_Primer_FINAL_doc.pdf
3. *Contraceptive Forecasting Handbook for Family Planning and HIV/AIDS Prevention Programs*. Arlington, VA: Family Planning Logistics Management (FPLM)/John Snow, Inc., para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2000.
<http://www.jsi.com/JSIInternet/Resources/publication/display.cfm?txtGeoArea=INTL&id=10340&thisSection=Resources>
4. *Market Development Approaches Scoping Report*. Londres: HLSP, 2006.
http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/MDA_Documents/MDA_Scoping_Report_2006_10.pdf
5. *A Forecasting Guide for New & Underused Methods of Family Planning: What to Do When There Is No Trend Data?* Washington, DC: Institute for Reproductive Health, Universidad de Georgetown, John Snow Inc. y Population Services International para la Reproductive Health Supplies Coalition, 2012.
http://www.k4health.org/sites/default/files/A%20Forecasting%20Guide%20for%20New%20and%20Underused%20Methods%201st%20Edition%202012_0.pdf
6. *Female, Male and Transgender Sex workers' Perspective on HIV and STI Prevention and Treatment Services: A Global Sex Worker Consultation*. Edimburgo, Reino Unido: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, 2011.
<http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP-WHO%20Community%20Consultation%20Report%20archived.pdf>
7. *Making Sex Work Safe*. Edimburgo, Reino Unido: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, 2011.
http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Making%20Sex%20Work%20Safe_final%20v3.pdf
8. *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf
9. *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/en/
10. *Targeted Interventions under NACP III: Operational Guidelines. Volume I: Core High Risk Groups*. Nueva Delhi: National AIDS Control Organisation, Gobierno de la India, 2007.
http://www.iapsmgc.org/userfiles/3TARGETED_INTERVENTION_FOR_HIGH_RISK_GROUP.pdf
11. *Male Latex Condom: Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2010*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Family Health International, 2013.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/procurement/07_resources/malecondoms_specs_procurement_2010.pdf
12. *Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: OMS/UNFPA/FHI360 advisory note*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/76580/1/WHO_RHR_12.33_eng.pdf
13. *Female Condom: Generic Specification, Prequalification and Guidelines for Procurement, 2012*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y FHI 360, 2012.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/procurement/08_QA/Female%20Condom%20Generic%20Specification%20EN.pdf
14. Proveedores precalificados de la OMS de condones masculinos y femeninos. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
<http://www.who.int/hiv/amds/UNFPACondomSuppliers.pdf>



5

Servicios clínicos
y de apoyo



¿Qué contiene este capítulo?

Este capítulo describe la implementación **de la oferta de servicios clínicos** recomendados para las personas trabajadoras del sexo. Describe los **principios clave para el diseño y la prestación de servicios** dirigidos a satisfacer las necesidades de las personas trabajadoras del sexo (sección 5.1).

Los servicios que se abordan en este capítulo son:

- asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH (sección 5.2)
- tratamiento antirretrovírico (sección 5.3)
- tratamiento de la tuberculosis (sección 5.4)
- servicios complementarios para las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables (sección 5.5)
- servicios para las infecciones de transmisión sexual (sección 5.6)
- servicios para la salud sexual y reproductiva (sección 5.7)
- salud mental (sección 5.8).

Este capítulo también proporciona una lista de **recursos y lecturas complementarias** (sección 5.9).

5.1 Principios operativos para los servicios clínicos y de apoyo

La prestación de servicios clínicos y de apoyo apropiados, accesibles y aceptables para las personas trabajadoras del sexo representa un desafío único a causa de la estigmatización y discriminación que sufren en el ámbito de los servicios clínicos. A pesar de ello, los propios servicios clínicos pueden ser el baluarte para el empoderamiento comunitario si las propias personas trabajadoras del sexo están involucradas en su diseño, implementación y seguimiento.¹ Además, esto también estimula la aceptación de los servicios por parte de las propias trabajadoras del sexo.

Es esencial fortalecer lazos de confianza entre los proveedores de atención sanitaria y las personas trabajadoras del sexo que se benefician de los servicios. Esto puede lograrse, en gran parte, adhiriéndose a los principios fundamentales aquí señalados:

1. **Consentimiento voluntario informado.** Las personas trabajadoras cuentan con el derecho de decidir sobre su propio tratamiento y el derecho a rechazar servicios. Los proveedores de atención sanitaria deberían explicar todos los procedimientos y respetar la elección de la persona trabajadora del sexo si rechaza la revisión médica o el tratamiento.
2. **Confidencialidad.** La confidencialidad de la información del paciente, incluyendo los registros médicos y los resultados de laboratorio, debe mantenerse de tal manera que proteja la privacidad de las personas trabajadoras del sexo. Se les debe permitir que proporcionen otra información que pruebe su identidad, y no su nombre legal de nacimiento (los documentos de identidad o datos biométricos no deben ser obligatorios). La continuidad de los servicios se puede asegurar por medio de un número de inscripción.
3. **Servicios apropiados.** Los servicios clínicos deben ser eficaces, de alta calidad, prestados en el momento necesario y responder a las necesidades de las personas trabajadoras del sexo. Los servicios de salud deben estar en consonancia con los estándares, las buenas prácticas actualizadas y las directrices a nivel internacional.
4. **Servicios accesibles.** Los servicios clínicos deben ofrecerse en los horarios y lugares convenientes para las personas trabajadoras del sexo. Donde sea posible, los servicios deben ser integrales para que se pueda acceder en una sola visita a una amplia gama de servicios de salud (véase la sección 5.1.2 más abajo).
5. **Servicios aceptables.** Los proveedores de atención sanitaria deben ser discretos, libres de prejuicios, no estigmatizadores y capacitados para responder a las necesidades especiales de las personas trabajadoras del sexo.
6. **Servicios asequibles.** Los servicios deben de ser gratuitos o asequibles, teniendo en cuenta el costo del transporte y las oportunidades de ingresos perdidos para las personas trabajadoras del sexo que visitan al proveedor de atención sanitaria.

La figura 5.1 muestra cómo estos principios pueden ser puestos en práctica a través de las actividades coordinadas en cada nivel del programa de prevención del VIH y de las infecciones transmitidas sexualmente (ITS).

5.1.1 Prestación de servicios y coordinación

Aunque en este capítulo los diferentes servicios clínicos están repartidos en secciones diferentes, la meta de la planificación eficaz de programas debería ser la de crear modelos de prestación con el menor número de obstáculos posible para que las personas puedan acceder a los servicios. Los servicios clínicos y no clínicos con frecuencia son complementarios y puede ser apropiado el coordinarlos. Entre los enfoques que facilitan el acceso a los servicios están:

- la ubicación conjunta de intervenciones y proveedores de capacitación cruzada.
- La implicación de la comunidad en el desarrollo, la promoción, la prestación y el seguimiento de servicios,

¹ En la mayoría de los contextos a los cuales se hace referencia, el término «comunidad» se refiere a un colectivo de personas trabajadoras del sexo y no a las agrupaciones geográficas, sociales o culturales más amplias de las cuales podrían formar parte. Por lo tanto, la «sensibilización comunitaria» hace referencia a la sensibilización de las personas trabajadoras del sexo, las «intervenciones dirigidas por la comunidad» son intervenciones iniciadas por ellas mismas y el término «miembros de la comunidad» se refiere a las propias personas trabajadoras del sexo.

Figura 5.1 Ilustración de un enfoque en diversos niveles para servicios clínicos aceptables, accesibles y respetuosos.



- La capacitación del personal (no trabajadores del sexo) sobre la cultura y el deber de proveer atención a las personas trabajadoras del sexo.
- Tomar medidas para asegurar que las actividades policiales no interfieran en el acceso a los servicios por parte de las personas trabajadoras del sexo.

5.2 Asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH

5.2.1 Introducción

Recomendaciones 2012:² Recomendación núm. 5 basada en evidencias

Ofrecer a todas las personas trabajadoras del sexo asesoramiento y pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH.

El asesoramiento y las pruebas voluntarias de VIH (APV) es un punto de partida esencial para la prevención del VIH, la atención y el tratamiento que permiten mantener con vida a las personas que viven con el VIH. Al combinar un asesoramiento personalizado con información sobre el estado serológico, las medidas de asesoramiento y pruebas voluntarias pueden contribuir a motivar a las personas para que cambien su conducta a fin de evitar la transmisión del virus; también para que las personas que viven con el VIH puedan acceder al asesoramiento de apoyo, el tratamiento de infecciones oportunistas y el tratamiento antirretrovírico (TAR).

Los servicios de APV deberían constituir un componente integral de los programas de prevención, atención y tratamiento para que las personas trabajadoras del sexo, sus parejas y sus familias puedan acceder al APV con la frecuencia que sea necesaria, en los periodos y ubicaciones más convenientes. Los servicios de asesoramiento y pruebas deben adherirse a los principios «5 C» descritos abajo y deberían prestarse de manera respetuosa, sin coacción, prejuicio, estigmatización o discriminación.

Quienes respondieron a la encuesta sobre valores y preferencias³ subrayaron que, a fin de aumentar la disponibilidad del TAR para las personas trabajadoras del sexo, es necesario que más personas trabajadoras conozcan su estado serológico. Los encuestados expresaron unánimemente su rotundo rechazo a las pruebas obligatorias o coactivas.

5.2.2 Tipos de asesoramiento, pruebas de VIH y prestación de servicios

Los servicios de APV pueden ser prestados en una variedad de lugares, entre ellos:

- servicios móviles en la comunidad
- establecimientos de salud
- espacios seguros (centros de acogida)⁴
- bares, clubes y prostíbulos
- casas u hogares.

La muestra de sangre obtenida por punción en el dedo o el hisopo bucal siguen siendo los mejores métodos de extracción y pueden ser realizados por un trabajador comunitario capacitado. Estos métodos también podrían ser más aceptados por personas que se han inyectado drogas y pudieran tener dificultad con el acceso venoso o demostrar reparos para divulgar su consumo de drogas.

² *Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual para trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios: Recomendaciones para un enfoque de salud pública.* OMS, UNFPA, ONUSIDA, NSWP, 2012.

³ Una reunión de consenso mundial realizada por la NSWP con las personas trabajadoras del sexo como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*.

⁴ Lugar donde las personas trabajadoras del sexo se reúnen para relajarse, conocer a otros miembros de la comunidad y llevar a cabo eventos sociales, reuniones o capacitaciones. Consultar el capítulo 3, sección 3.3 para más detalles.

**Recuadro
5.1**

**Ejemplo de caso: atención integral en colaboración
con y para las personas trabajadoras del sexo en Kenia**

Los servicios integrales en colaboración con y para las personas trabajadoras del sexo han sido prestados en Kenia durante varios años. La educación sobre la prevención y la distribución de condones son proporcionadas en puntos calientes por trabajadores de sensibilización, la mayoría de los cuales son personas trabajadoras del sexo capacitadas. El APV está disponible en clínicas y también en el momento del trabajo de sensibilización. Todas las personas VIH-positivas son remitidas a una clínica cercana, aunque las personas trabajadoras del sexo pueden escoger una ubicación alternativa si lo prefieren. Las clínicas están abiertas por las tardes y los sábados y ofrecen atención integral, que incluye la atención pre-TAR, la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas, grupos de apoyo y TAR de largo plazo. También existen otros servicios disponibles, como la detección y el tratamiento de otras ITS e incluso la detección del cáncer cérvico-uterino. Estos proyectos, con presencia en todas las principales ciudades de Kenia, tienen comités asesores que incluyen a personas trabajadoras del sexo y a defensores, y funcionan con el apoyo del Ministerio de Salud. En junio del 2013, más de 40.000 personas trabajadoras del sexo y miembros de sus familias se habían beneficiado de los servicios a través de estos programas integrales en todo el país.

5.2.3 Actividades esenciales de los servicios de APV para las personas trabajadoras del sexo

A. Preparación

La preparación apropiada para la prestación de servicios de APV incluye el fortalecimiento de la concienciación y la demanda comunitaria, la capacitación de los prestadores, la selección de puntos de servicio, la definición de horarios y la adquisición de los productos necesarios.

Concienciación comunitaria y fortalecimiento de la demanda del APV

- Los miembros de la comunidad deberían ser informados sobre los beneficios de conocer su estado serológico y sobre la disponibilidad de tratamiento en caso de infección por VIH. Incluso con actividades de aumento de la concienciación para el público general o poblaciones clave, las personas trabajadoras del sexo podrían no estar al tanto de servicios respetuosos disponibles para ellos o prestados por personas trabajadoras del sexo capacitadas y calificadas.
- Como parte de las campañas de aumento de la concienciación, las personas trabajadoras del sexo deberían ser informadas sobre sus derechos a la confidencialidad, el consentimiento y a rechazar las pruebas de VIH si así lo eligen.

Capacitación de los prestadores y trabajadores de sensibilización comunitaria

- La capacitación sobre el APV debe seguir los estándares nacionales e internacionales (véase la sección 5.9).
- La capacitación para los asesores que proveerán APV a personas trabajadoras del sexo debería incluir capacitación adicional sobre:
 - el deber de ser respetuoso y de no tener prejuicios
 - las necesidades específicas de las personas trabajadoras del sexo
 - la obligación absoluta de mantener la confidencialidad, no solo sobre los resultados de pruebas de VIH, sino también sobre cualquier otra información obtenida durante la sesión de asesoramiento, incluso la participación de la persona en el sexo comercial.

Puntos de servicio y horarios

- Tanto los puntos como los horarios de servicios de APV deben responder a las necesidades y solicitudes de las personas trabajadoras del sexo. En ciertos contextos, esto podría significar prestar servicios durante las tardes o los fines de semana, tal como el «APV a la luz de la luna», el cual ha estado disponible en varios países.
- Los contextos comunitarios podrían ser más atractivos que las instituciones de atención sanitaria.

Adquisición de productos esenciales

- La adquisición de productos para realizar pruebas de VIH generalmente se lleva a cabo por la agencia o la organización que está prestando los servicios.
- Un programa que atiende a personas trabajadoras del sexo que desean prestar servicios de APV en sus instalaciones debe colaborar con las autoridades sanitarias para obtener capacitación y autorización para proporcionar APV, como también los productos necesarios.
- Puede ser útil obtener folletos y otras hojas de información que traten sobre la importancia de las pruebas de VIH para distribuir entre las personas trabajadoras del sexo

Gestión

Consulte el Capítulo 6. Para información específica de la gestión de servicios de APV, consulte el manual *Handbook for improving HIV testing and counselling services*⁵ de la OMS.

B. Prestación de servicios de APV

Información previa a la prueba

- La sesión previa a la prueba debe centrarse en información básica sobre el VIH y el proceso de la prueba, cerciorándose de que la prueba se está llevando a cabo voluntariamente.
- Una evaluación del riesgo puede utilizarse para elaborar un plan de reducción de riesgo específico a la situación del cliente. Sin embargo, no es necesario investigar los hábitos de la persona trabajadora del sexo, el número de parejas, el consumo de drogas inyectables u otra información a menos que la persona usuaria, voluntariamente, facilite esta información.

Asesoramiento posterior a la prueba

Este asesoramiento se presta en el momento en que se le entregan los resultados de la prueba a la persona usuaria.

- Información relativa al contenido necesario de la sesión de asesoramiento post prueba se puede encontrar en la publicación *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults* de la OMS.
- Las personas trabajadoras del sexo VIH-positivas deben ser remitidas inmediatamente a una clínica u hospital con personal respetuoso hacia las personas trabajadoras del sexo para obtener atención y tratamiento a largo plazo. También deben recibir asesoramiento sobre cómo evitar la transmisión del VIH a otras personas.
- A todas la personas, entre ellas las trabajadoras del sexo VIH-negativas se les debe proporcionar información sobre la reducción de riesgos específica a sus riesgos individuales, el acceso al condón y lubricantes y ser asesorados sobre estrategias de negociación de sexo más seguro (véase el capítulo 4.)
- Los problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión, deben ser evaluados si los asesores han sido capacitados en esta área. Remitirlo a un médico capacitado en salud mental puede ser útil (véase la sección 5.8.).

Pruebas repetidas

- A las personas trabajadoras del sexo VIH-negativas se les debe aconsejar repetir la prueba después de cuatro semanas. También deberían procurar hacerse la prueba al menos una vez al año. Consulte el documento *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults* para información detallada sobre las pruebas repetidas para personas trabajadoras del sexo y otros colectivos de alto riesgo de infección del VIH.

⁵ Más detalles sobre esta y otras publicaciones de la OMS mencionadas en este capítulo pueden encontrarse en la sección 5.9.

- Algunos programas que atienden a personas trabajadoras del sexo y a otros colectivos de alto riesgo ofrecen el APV repetido en intervalos regulares a quienes resulten VIH-negativos. Estas pruebas repetidas pueden realizarse cada tres meses o cuando la persona trabajadora del sexo lo solicite, y se debe ofrecer al menos una vez al año como lo recomienda la OMS para las personas con alto riesgo. Las pruebas de VIH repetidas también deberían ser ofrecidas cuando se detecta alguna ITS nueva.

Pruebas caseras

Los informes indican que las pruebas caseras rápidas de VIH se venden y utilizan en un número cada vez mayor de países y, por lo tanto, no es improbable que las personas trabajadoras del sexo y sus clientes pudieran estar utilizándolas. Las directrices sobre las pruebas caseras se publicarán por la OMS en 2014. Los elementos principales sobre dichas pruebas entre personas trabajadoras del sexo que se deben considerar son los siguientes:

- Las pruebas caseras pueden traer consigo beneficios y riesgos potenciales. El beneficio podría ser que estos autoexámenes sean aceptables para personas que ahora evitan los establecimientos para las pruebas de VIH. Las personas que se benefician de las pruebas repetidas regulares podrían pensar que las pruebas caseras son más convenientes que el volver, en cada ocasión, a los establecimientos para realizárselas. Por otra parte, los riesgos asociados con el uso de este tipo de pruebas tienen que ver con errores de utilización, mala interpretación de los resultados y falta de confirmación de los resultados indicando la seropositividad. La falta de asesoramiento puede significar una depresión y la falta de acceso a tratamiento entre quienes resultan ser VIH-positivas.
- El hecho de que algún empleador, propietario de prostíbulo o cliente obligue a la persona trabajadora del sexo a someterse a cualquier prueba de VIH (incluyendo las pruebas caseras) constituye un abuso. La coacción a una persona para que utilice una prueba casera no debe considerarse como una prueba de carácter voluntario.
- Toda persona declarada VIH-positiva, a partir del resultado de una prueba casera debería estar informada sobre la necesidad de someterse a una prueba de confirmación en un centro de APV, un establecimiento sanitario o un laboratorio.
- Toda persona que utiliza las pruebas caseras, entre ellas las personas trabajadoras del sexo, deberían ser asesoradas acerca de la necesidad de continuar utilizando el condón aún si el resultado es negativo, ya que las personas expuestas recientemente al VIH podrían tener un resultado negativo en la prueba casera y, a pesar de ello, pueden transmitir la infección recientemente adquirida.

Pruebas de VIH para las parejas y miembros de la familia

Las pruebas de carácter voluntario para las parejas habituales, cónyuges y miembros de la familia están disponibles en varios lugares. Cuando una persona trabajadora del sexo resulta VIH-positiva, con frecuencia resulta útil ofrecer APV a los miembros de su familia u hogar. Las personas trabajadoras del sexo que viven con el VIH deben ser apoyadas para que divulguen sus resultados a los miembros de su familia de confianza y el APV debe hacerse disponible para sus parejas, hijos e hijas y otros familiares.

C. Seguimiento

Servicios de prevención

- Toda persona, entre ellas las personas trabajadoras del sexo, sin importar su estado serológico, deben ser informadas sobre los servicios de prevención, incluyendo el uso sistemático del condón y el lubricante (véase el capítulo 4).
- Los hombres trabajadores del sexo que tienen parejas sexuales femeninas deben ser informados sobre los efectos protectores de la circuncisión masculina y ser remitidos a servicios médicos de circuncisión masculina de carácter voluntario. Los efectos secundarios potenciales y el periodo de espera antes de reanudar la actividad sexual deben ser explicados cuidadosamente. El efecto protector de la circuncisión masculina de los hombres que tienen sexo con hombres aún no ha quedado establecido (consulte los recursos en la sección 5.9.).

Vinculación con servicios de atención y de apoyo

A toda persona declarada VIH-positiva se le debe ofrecer atención, apoyo y tratamiento respetuosos y aceptables. Los programas que atienden a personas trabajadoras del sexo, especialmente en la prestación de APV, deben asumir la responsabilidad de garantizar que las personas declaradas VIH-positivas tengan la posibilidad de:

- inscribirse en un centro de asistencia médica que sea para ellas aceptable y respetuoso
- participar en grupos de apoyo dirigidos por la comunidad
- volver para todas las visitas de seguimiento.

Los programas que facilite a las personas trabajadoras del sexo deben esforzarse más por apoyar los vínculos con la atención, por ejemplo identificando a un par de confianza (o trabajador de sensibilización comunitaria)⁶ para acompañar a las personas trabajadoras del sexo VIH-positivas a los servicios de atención, apoyo y tratamiento. Sin embargo, esto se debería hacer solo con el consentimiento de la persona trabajadora del sexo.

5.2.4 Aseguramiento de la calidad de los servicios

Durante el diseño y la elaboración de los servicios de APV voluntarios, se debe dar atención especial al establecimiento de vinculaciones eficaces y aceptables a los servicios, el aseguramiento de la calidad de las pruebas y a las estrategias de suministro de pruebas apropiadas que confirmen los resultados positivos en consonancia con las directrices nacionales. Véase la sección 5.9 para consultar la lista de herramientas para el aseguramiento de la calidad de las pruebas.

5.2.5 El APV voluntario efectuado por trabajadores de sensibilización comunitaria y asesores no profesionales

El APV voluntario puede ser mejor recibido por las personas trabajadoras del sexo si la prueba y el asesoramiento son efectuados por un par de confianza, es decir otra persona trabajadora del sexo. La capacitación adecuada, el apoyo y el seguimiento continuado del rendimiento son esenciales para todo el personal que efectúa pruebas de VIH a nivel comunitario, entre ellos los profesionales de salud, el personal del programa y los trabajadores de sensibilización comunitaria. Los trabajadores de sensibilización comunitaria forman parte indispensable del personal del APV y deben recibir capacitación certificada en consonancia con las directrices del APV nacionales. Las oportunidades de desarrollo profesional y de ascenso a puestos de supervisión, dirección y liderazgo siempre deben estar disponibles para los trabajadores de sensibilización comunitaria.

Recuadro 5.2

Caso de ejemplo: sensibilización para asesoramiento y pruebas de VIH en Ghana

La ONG *Pro-Link* proporciona servicios de prevención del VIH a personas trabajadoras del sexo en cinco regiones de Ghana. Uno de los lugares del proyecto está en una zona de bajos ingresos de la capital, Accra, y atiende a una zona de captación de aproximadamente 90.000 residentes. Las actividades de sensibilización han identificado por lo menos 50 lugares de sexo comercial y prostíbulos en la comunidad, con una estimación de 5.000 personas trabajadoras del sexo. Pro-Link ha capacitado a 54 trabajadores de sensibilización comunitaria, patrocina a grupos de apoyo comunitarios y a clubes de ahorros y se ha mantenido abierto desde el 2008 un centro de acogida, cuyo personal está compuesto de trabajadores de sensibilización y un profesional de enfermería que efectúa detección y tratamiento de ITS, APV y atención de seguimiento para aquellas personas que viven con el VIH.

Miriama, una trabajadora del sexo que ha sido capacitada para realizar pruebas rápidas de VIH, asesoramiento y atención de seguimiento, presta servicios de APV en lugares donde trabajan las mujeres, incluso sobre el techo de un prostíbulo. Cuando una trabajadora del sexo es declarada VIH-positiva, Miriama se asegura de que la misma visite una clínica cercana para someterse a una prueba de confirmación e inscribirse en los servicios de atención y tratamiento, si es necesario. Miriama logra crear espacios privados incluso en lugares sin paredes, garantiza la confidencialidad (incluso con el propietario del prostíbulo de la planta baja) y adopta una actitud de aceptación y empatía hacia las personas trabajadoras del sexo a las que atiende, muchas de ellas bastante jóvenes.

⁶ En este instrumento, la expresión «trabajador de sensibilización comunitaria» se usa para referirse a una persona trabajadora del sexo que sensibiliza a sus pares y que, en general no forma parte del personal a tiempo completo en una intervención para la prevención del VIH (el personal a tiempo completo se puede denominar «trabajador de sensibilización del personal» o simplemente «trabajador de sensibilización»). Los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ser conocidos por otros términos como «educadores inter pares», «trabajadores de sensibilización inter pares» o también como «trabajadores de sensibilización». Sin embargo, los términos «comunitario» o «pares» no deben entenderse ni utilizarse para referir que estas personas están menos calificadas o menos capacitadas que los trabajadores de sensibilización que forman parte del personal.

5.3 Tratamiento antirretrovírico

5.3.1 Introducción

Recomendaciones 2012:⁷ Recomendación núm. 6 basada en evidencias

Utilizar las orientaciones de la OMS de 2013 sobre el uso del tratamiento antirretrovírico (TAR) y la prevención de la infección por VIH con las personas trabajadoras del sexo que viven con el VIH.

El aumento en la disponibilidad y el acceso al TAR han disminuido significativamente las enfermedades relacionadas con el VIH así como también las muertes a causa del VIH. Los avances recientes en el tratamiento del VIH junto con el éxito de la defensa comunitaria para aumentar la disponibilidad de fármacos asequibles han resultado en mejoras sustanciales en la calidad de vida de las personas que viven con el VIH en todo el mundo. Aunque el acceso al TAR en entornos de bajos recursos normalmente no es tan asequible como en los países industrializados, los servicios de TAR gratuitos o subsidiados están más ampliamente disponibles en muchos países con una prevalencia de VIH elevada.

Los principios y recomendaciones de tratamiento para el uso de los fármacos antirretrovíricos (ARV) por parte de las personas trabajadoras del sexo son las mismas que se aplican a todas las personas con infección de VIH. Todas las personas trabajadoras del sexo con VIH o tuberculosis (TB) deben contar con acceso al TAR y a los fármacos y servicios para tratar la TB. Además del beneficio clínico para la persona trabajadora VIH-positiva, la provisión del TAR tiene el potencial de prevenir la transmisión del VIH al reducir la carga vírica.

En general, las personas trabajadoras del sexo tienen más dificultades que la población en general para acceder a los servicios de atención y tratamiento del VIH y, cuando se inicia el TAR, también para acceder al seguimiento del protocolo de atención y de adhesión al tratamiento. Este hecho es en parte atribuible a la estigmatización y discriminación que prevalecen en los entornos de salud y a una prestación de servicios inflexible o que no les conviene. Otros obstáculos para la provisión exitosa del TAR para ellas tienen que ver con la movilidad, la criminalización del trabajo sexual y su estado migratorio o legal incierto, lo cual puede impedirles acceder al TAR de forma gratuita en los entornos donde solo la ciudadanía tiene derecho a la atención sanitaria gratuita.

Sin embargo, la provisión del TAR a personas trabajadoras del sexo es factible y es tan eficaz como entre el conjunto de la población. Los programas que realizan trabajo de sensibilización o proporcionan servicios a personas trabajadoras del sexo deberían asegurarse de que estas sepan dónde ir para recibir tratamiento y ser apoyadas en su acceso al TAR y a los medicamentos para la TB.

Quienes respondieron a la encuesta de valores y preferencias⁸ respaldaron el uso de los mismos protocolos del TAR que en otros adultos infectados por VIH. Se enfatizó mucho la necesidad de un acceso universal al tratamiento, que incluya a las personas inmigrantes y a las personas sin documentos.

⁷ Esta Recomendación ha sido modificada para reflejar la disponibilidad del documento publicado por la OMS: *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach* (2013).

⁸ Una reunión de consenso mundial realizada por la NSWP con las personas trabajadoras del sexo como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*.

5.3.2 Definiciones y prerequisites esenciales de los servicios del TAR

El documento *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections* publicado por la OMS en 2013 propone algunas recomendaciones sobre cuándo iniciar el TAR y qué utilizar:

- Iniciar el TAR en todas las personas infectadas por VIH cuando el recuento de CD4 sea de ≤ 500 células/mm³, independientemente del estadio clínico de la OMS.
- Como prioridad, el TAR debe iniciarse en personas infectadas por VIH con una enfermedad clínica severa o avanzada (estadio clínico 3 o 4 de la OMS) y en individuos VIH-positivos con un recuento de CD4 de ≤ 350 células/mm³.
- El TAR debe ofrecerse a todas las personas infectadas por VIH, sin importar el estado clínico o el recuento de linfocitos CD4, en las situaciones siguientes:
 - personas coinfectadas por el VIH y la TB activa
 - personas coinfectadas por el VIH y el virus de hepatitis B (VHB) con evidencia de enfermedad crónica severa del hígado
 - mujeres con VIH embarazadas y lactantes
 - personas seropositivas en parejas serodiscordantes, para reducir el riesgo de transmisión del VIH a la pareja no infectada
 - todos los niños y niñas infectados por el VIH menores de 5 años de edad.

Las directrices también recomiendan:

- el uso simplificado, menos tóxico y más conveniente de regímenes de tratamiento de primera y segunda línea, preferiblemente utilizando las combinaciones de dosis fijas.
- La integración del TAR en los protocolos de tratamiento de la TB, en los servicios de salud prenatal, materna e infantil y en la terapia de sustitución de opiáceos (TSO).
- La descentralización de los servicios del TAR. El TAR debe proporcionarse en los establecimientos de salud periféricos, iniciada por profesionales en enfermería y con el apoyo continuo de los profesionales de salud comunitarios.
- Las «tres íes» para el VIH y la TB (intensificación de la búsqueda de casos de TB, terapia preventiva con isoniazida (TPI) y control de infecciones de tuberculosis), según queda descrito en el documento: *Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: Guías para programas nacionales y otros interesados directos*.

5.3.3 Consideraciones específicas sobre el TAR para personas trabajadoras del sexo

Los principios para el uso del TAR, incluyendo cuándo comenzar y qué utilizar, son los mismos para todas las personas con VIH. Por consiguiente, el tratamiento clínico de las personas trabajadoras del sexo VIH-positivas no debería ser diferente del de otras poblaciones y no presenta requisitos especiales.

Las personas trabajadoras del sexo en muchos países reportan haber sido objeto de estigmatización, discriminación y falta de respeto al visitar los establecimientos sanitarios frecuentados por el público en general. Sin embargo, la experiencia de varios países con prevalencia de VIH elevada, incluyendo Camboya, Costa de Marfil, Kenia, Tailandia y Zambia muestran que los servicios de TAR diseñados específicamente para personas trabajadoras del sexo aumentan la aceptación y la adhesión al tratamiento.

Recuadro 5.3

Entender y responder a las preocupaciones sobre el TAR

Como muchas personas, las personas trabajadoras del sexo tienen temores y preocupaciones sobre el TAR, por lo que los programas de sensibilización y apoyo deben entender y responder a estos temores e ideas preconcebidas sobre los posibles efectos adversos de los ARV.

Ya que actualmente se recomienda iniciar el TAR en una etapa más precoz de la infección, las personas con VIH que no presentan síntomas requieren asesoramiento cuidadoso para entender por qué es beneficioso iniciar el TAR antes de que se sientan mal o presenten síntomas de la enfermedad. El beneficio de la adhesión al tratamiento prescrito y mantener una carga vírica suprimida de VIH para promover la buena salud y prevenir el fracaso del tratamiento, así como el beneficio del TAR en la reducción del riesgo de transmisión del VIH, deben ser temas ampliamente debatidos a través de varias sesiones, si es necesario. Por último, se debe asegurar que la persona trabajadora del sexo entienda el contenido debatido y que todas sus preguntas hayan sido respondidas.

El conocimiento de la comprensión sobre el TAR entre la comunidad es imprescindible para que los programas, los médicos, los asesores y los trabajadores de sensibilización puedan responder eficazmente a cualquier preocupación con información precisa y apropiada.

Servicios de TAR específicos para personas trabajadoras del sexo

Existen varios elementos clave de prestación de servicios clínicos específicos para personas trabajadoras del sexo que pueden facilitar el acceso, la aceptabilidad y la efectividad del TAR, y apoyar su adhesión a los ARV y su permanencia en la atención:

- horarios flexibles de las clínicas (fines de semana, por las tardes).
- Disponibilidad de servicios clínicos en centros situados cerca de los lugares de trabajo.
- Disponibilidad de servicios «sin cita previa» y consultas de urgencia.
- Abastecimiento «urgente» de fármacos cuando se estén agotando los ARV.
- Servicios centrados en la familia para personas trabajadoras del sexo con hijos e hijas.
- Historias clínicas conservadas por la persona en caso de que las personas trabajadoras del sexo necesiten gestionar su TAR en diferentes centros.
- Actitudes respetuosas y sin prejuicios por parte del personal de salud.

Otras consideraciones al proporcionar TAR a personas trabajadoras del sexo pueden incluir:

- Servicios de tratamiento con fármacos disponibles en el mismo lugar o cerca.
- Comorbilidades potenciales, tales como el cáncer cérvico-uterino, otras ITS, el VHB y la hepatitis C (VHC).
- Abordar las vulnerabilidades sociales, entre ellas el consumo de drogas inyectables u otras sustancias y la violencia, que pueden afectar el acceso al tratamiento, la adhesión al mismo y la falta de continuidad de la atención con interrupciones en el tratamiento (debido al encarcelamiento, la emigración, etc).
- Todos los programas que remiten a personas trabajadoras del sexo a los centros clínicos que proporcionan el TAR deben asegurarse de que estos servicios se adhieran a los estándares internacionales de atención descritos en este instrumento, así como también abordar otras claves de apoyo, servicios sociales y de atención.
- Los servicios de anticoncepción y atención prenatal (incluyendo la prevención de la transmisión de madre a hijo para las mujeres embarazadas VIH-positivas) también deberían estar disponibles, así como la derivación a los servicios de apoyo, cuando sea necesario.
- Con el fin de satisfacer las necesidades de las personas trabajadoras del sexo móviles, los proveedores de atención sanitaria deberían ser flexibles al interpretar las directrices nacionales sobre la cantidad de fármacos a repartir en cada consulta.
- La diversidad de servicios de apoyo clínicos para personas trabajadoras del sexo deberían ser adaptados para responder a las necesidades específicas de los hombres, mujeres y transgéneros trabajadores del sexo.

- Las personas trabajadoras del sexo migrantes y sin documentos pueden experimentar dificultades para acceder a los servicios del TAR. Los programas que atienden a las personas trabajadoras del sexo deberían ser lo más flexible posible para lograr la meta de acceso universal a la atención y el tratamiento.

Los servicios integrados o de «ventanilla única» pueden ser efectivos para una prestación completa y exhaustiva de los servicios relacionados con el VIH y la salud. Esto puede ser posible en ciertos entornos donde varios servicios ya están disponibles, tales como el APV, los servicios clínicos incluyendo el TAR y el tratamiento de las infecciones relacionadas con el VIH, la anticoncepción, los servicios prenatales, el tamizado de cáncer de útero, el asesoramiento jurídico, los condones, las vacunaciones, el tamizado de las ITS y la hepatitis vírica.

Apoyo comunitario para el TAR

Los elementos comunitarios que podrían ser añadidos y ofrecidos en paralelo con los servicios clínicos formales para mejorar el TAR y la atención sanitaria para las personas trabajadoras del sexo incluyen:

- **trabajadores de sensibilización comunitaria capacitados** para acompañar, cuando se les solicite, a las personas trabajadoras del sexo a las clínicas para recibir el TAR. Los trabajadores de sensibilización comunitaria deben ser capacitados con el fin de entender y respetar la confidencialidad de la persona trabajadora del sexo en tratamiento.
- **Apoyo comunitario y grupos de empoderamiento** para las personas trabajadoras del sexo VIH-positivas.
- **Comités comunitarios** responsables del seguimiento de la prestación de servicios y de los ciclos de retroalimentación para garantizar un tratamiento apropiado, accesible y de alta calidad.
- **Espacios seguros comunitarios (centros de acogida).**

Recuadro 5.4

Ejemplo de caso: gestión de atención y tratamiento para hombres trabajadores del sexo en Kenia

La organización *Health Options for Young Men on HIV, AIDS and STIs* (HOYMAS; www.hoymas.org) (Opciones de Salud para Hombres Jóvenes en relación con el VIH, el SIDA y las ITS) comenzó en 2009 en Nairobi (Kenia) como un grupo de apoyo para hombres trabajadores del sexo. Hoy en día presta servicios a más de 1.200 hombres, más de la mitad de los cuales viven con el VIH. HOYMAS pertenece y es dirigida y diseñada por la comunidad. Proporciona una gama completa de servicios sanitarios dentro de un espacio seguro, con un profesional en enfermería para apoyar las actividades diarias en relación con la prevención, la atención y el tratamiento. Entre los servicios ofrecidos están:

- **Un lugar de descanso** para las personas en tratamiento.
- **Almacenamiento de medicamentos:** los hombres que no disponen de un lugar seguro donde guardar sus ARV pueden conservarlos en el centro y acceder a ellos cuando los necesitan.
- **Apoyo nutricional** para los hombres infectados por VIH y, en particular, para ayudar a aquellos que están tomando ARV.
- **Apoyo entre pares, a través del** programa «my brother's keeper» (guardián de mi hermano).
- **Visitas a domicilio** para los miembros de la organización enfermos.
- **Remisiones** a otros servicios, por ejemplo, al apoyo jurídico y a la atención post violencia.
- **Centro de distribución** de condones, lubricantes y materiales de información, educación y comunicación.

HOYMAS también mantiene comunicación constante con los servicios sanitarios gestionados por el gobierno con el fin de sensibilizar a los profesionales de salud de las necesidades clínicas de los hombres que tienen sexo con hombres y de los hombres trabajadores del sexo. Los trabajadores de sensibilización comunitaria reclutados por HOYMAS sirven de enlace entre el centro y los cinco hospitales regionales y capacitan a los profesionales de salud sobre las cuestiones que tienen que ver con los hombres que tienen sexo con hombres y el VIH.

Educación sobre el tratamiento

El tratamiento del SIDA y de otras enfermedades, tales como la hepatitis, está cambiando continuamente, por lo que es importante que las personas trabajadoras del sexo se mantengan al día de los avances más recientes con el fin de estar plenamente informados mientras realizan su tratamiento. Los programas de educación sobre el tratamiento dirigidos por personas trabajadoras del sexo les ayudan a mantenerse informadas y a entender las cuestiones en relación con su tratamiento.

Recuadro 5.5

Ejemplo de caso: educación de las personas trabajadoras del sexo sobre su tratamiento en Asia

La Asia Pacific Network of Sex Workers (APNSW) (Red de Trabajadores Sexuales para Asia y el Pacífico) incorpora los asuntos específicos de las personas trabajadoras del sexo a los contenidos formativos de los talleres sobre el tratamiento y la defensa de derechos realizados por la International Treatment Preparedness Coalition (Coalición internacional de preparación al tratamiento) and Asia Catalyst (Catalizador Asia). Hay un doble enfoque en la educación sobre el tratamiento y la defensa de derechos. Se examina el impacto en la vida real de los efectos secundarios de los ARV y se discute la reticencia de las personas trabajadoras del sexo a iniciar un TAR. Las sesiones examinan los medios más eficaces para integrar la realización del tratamiento en el contexto laboral de las personas trabajadoras, por ejemplo, para aquellas que trabajan en bares o trabajan con horarios irregulares.

El objetivo de los talleres destinados a las personas trabajadoras del sexo es construir mejores relaciones entre las poblaciones en riesgo, es decir, entre grupos de personas trabajadoras del sexo y otros grupos. La APNSW también es muy activa en el abordaje de los problemas de acceso al tratamiento, especialmente respecto a la eliminación de obstáculos a la disponibilidad de medicamentos genéricos.

Profilaxis previa a la exposición

Las *Recomendaciones 2012* no incluyeron orientaciones para las personas trabajadoras del sexo sobre el uso de la profilaxis previa a la exposición (PrEP). Las directrices diferenciadas, publicadas en 2012 por la OMS sobre la PrEP en parejas serodiscordantes y en hombres y mujeres transgéneros que tienen sexo con hombres con alto riesgo de infección por VIH, alienta a los países que deseen introducir la PrEP entre estos grupos particulares que consideren hacerlo mediante proyectos de demostración para determinar su aceptabilidad y una prestación más segura y eficaz. Se reconoce que la adhesión a la PrEP es esencial a como estrategia de prevención eficaz y que puede ofrecer otra opción de prevención del VIH para las personas que elijan utilizarla.

5.4 La tuberculosis y las personas trabajadoras del sexo

Las *Recomendaciones 2012* no incluyen ninguna directriz sobre la tuberculosis. El diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la TB entre las personas trabajadoras del sexo deben seguir las directrices nacionales e internacionales para el tratamiento de la TB entre los adultos. Las políticas y directrices mundiales actuales sobre la TB asociadas con el VIH son, hasta la fecha:

- *Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: Guías para programas nacionales y otros interesados directos* (2012).
- *WHO Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings* (2011).

Las personas que viven con el VIH son treinta veces más propensas a desarrollar la TB que las personas VIH-negativas y corren un mayor riesgo de morir de TB. Las personas que consumen drogas y las que han estado encarceladas también corren un mayor riesgo de desarrollar la TB, sin importar su serología. Mientras que existen datos muy limitados sobre la relación entre la TB y el trabajo sexual, las personas trabajadoras del

sexo VIH-positivas, las que consumen drogas inyectables y las que están expuestas a condiciones de vida y trabajo difíciles, incluyendo los prostíbulos o prisiones, corren un mayor riesgo de desarrollar la TB, incluso la TB multirresistente.

La política de la OMS sobre la TB/VIH en 2012 recomienda un paquete de intervenciones compuesto de doce puntos sobre las «actividades de colaboración TB/VIH». Los objetivos del paquete de intervenciones son: (i) establecer y fortalecer los mecanismos para la prestación de servicios integrados de TB y VIH; (ii) reducir la carga de TB entre las personas que viven con el VIH e intensificar la búsqueda de casos de TB, TPI y control de infecciones (las íes para VIH/TB); y (iii) reducir la carga de VIH en pacientes de TB. Las directrices recomiendan que todas las personas que viven con el VIH, incluso las personas trabajadoras del sexo, se sometan al tamizado regular de detección de los cuatro síntomas siguientes: presencia de tos, fiebre, pérdida de peso y sudor nocturno. Si no se reporta ninguno de estos síntomas, la TB activa puede excluirse como posible diagnóstico y se debe prescribir un TPI de por lo menos cada seis meses. Aquellos que reportan uno o más de estos síntomas deben ser evaluados por TB y otros factores. Si se sospecha la TB se recomiendan como pruebas de diagnóstico de TB entre los que viven con VIH o corren el riesgo de la TB multirresistente las pruebas moleculares aprobadas por la OMS, tales como la Xpert MTB/RIF (una prueba automatizada rápida que busca detectar la resistencia al RIF).

El inicio precoz del TAR reduce significativamente el riesgo de mortalidad causado por la TB asociada con el VIH. Debido a que la TB es una de las enfermedades más comunes que apuntan al VIH, la OMS recomienda que a todos los pacientes de TB, incluyendo las personas trabajadoras del sexo, se les priorice para el APV si aún se desconoce su serología. Si se confirma que el paciente tiene tanto TB como el VIH, la OMS recomienda que se inicie el TAR lo antes posible, sin importar su recuento de CD4.

Los programas o servicios de sensibilización para personas trabajadoras del sexo son establecidos para realizar tamizados de TB y para ofrecerles apoyo en todo el proceso de atención: desde la prevención de TB hasta el diagnóstico y tratamiento. Además, juegan un papel importante en la capacitación de las personas trabajadoras del sexo para saber reconocer los síntomas de la TB y entender sus modos de transmisión así como la importancia del control de la infección y el protocolo de toser con el fin de reducir la transmisión. Además ayudan a las personas trabajadoras del sexo a identificar centros sanitarios cercanos para el diagnóstico e iniciación del tratamiento de la TB activa o latente, en caso necesario.

Idealmente, el tratamiento simultáneo de la TB y el VIH, así como otras comorbilidades como las vinculadas a la drogodependencia, debe estar disponible en el mismo lugar y con el mismo horario. El personal de las clínicas de TB debe estar capacitado para realizar un abordaje respetuoso hacia las personas trabajadoras del sexo. Al igual que con el TAR, el cumplimiento del tratamiento es crucial para las personas bajo tratamiento de TB y profilaxis. Por consiguiente, los profesionales de salud, asesores y miembros de la comunidad que atienden a las personas trabajadoras del sexo deben alentar a quienes estén bajo tratamiento de TB activa o latente para que no lo abandonen.

Recuadro 5.6

Ejemplo de caso: el VIH y la TB no detectada

Muchas personas con VIH también tienen TB y necesitan de un diagnóstico riguroso, incluyendo la TB extrapulmonar. Daisy, activista de los derechos de las personas trabajadoras del sexo en Uganda, estuvo en TAR durante más de ocho años aunque aún sufría de dolor severo en la columna vertebral. En sus propias palabras: «Había perdido la esperanza y hasta quise suicidarme. El dolor era muy grande». Al principio, los médicos le dijeron que el dolor que sufría era a causa de su trabajo sexual; después, que su dolor era psicossomático y luego la remitieron a un psiquiatra. Ni el psiquiatra ni la psicoterapia pudieron ayudar.

Finalmente, después de sufrir de dolor en la columna durante más de dos años, se le realizaron más pruebas, que determinaron que Daisy tenía TB en la columna vertebral. Debido a que la TB no fue tratada a tiempo, su columna vertebral se encuentra dañada y podría empeorar, causándole una parálisis. Daisy ahora está bajo fármacos de TB y usa un corsé para prevenir más daños a su columna.

5.5 Servicios complementarios para las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables

5.5.1 Introducción

Recomendaciones 2012: Recomendación núm. 7 basada en evidencias

Aplicar las recomendaciones actuales de la OMS sobre la reducción de daños en las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables.

En algunas zonas geográficas, existe un solapamiento sustancial entre las comunidades de personas trabajadoras del sexo y personas que consumen drogas inyectables. La transmisión del VIH a través del consumo de drogas inyectables representa un 10 por ciento de las infecciones nuevas a nivel mundial y en algunos países es el modo principal de transmisión. La prevalencia del VIH entre las personas trabajadoras del sexo que se inyectan drogas tiende a ser más alta que entre aquellas que no lo hacen. Esta vulnerabilidad puede ser mayor en las mujeres que se inyectan drogas debido a la desigualdad de género y a las prácticas de punción. Por consiguiente, cuando se considera la prevención del VIH entre personas trabajadoras del sexo, es importante garantizar que quienes se inyecten drogas de cualquier tipo tengan acceso a los servicios necesarios para mantenerse fuera de peligro de contraer o transmitir el VIH, la hepatitis vírica y otras infecciones transmisibles por vía sanguínea.

Las personas trabajadoras del sexo que se inyectan drogas, incluyendo las VIH-positivas, deben tener acceso completo a un paquete de servicios integrados de prevención, apoyo, tratamiento y atención en relación con el VIH, así como también acceso al apoyo y tratamiento voluntario de la drogodependencia, si así lo desean.

La publicación *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* (revisión de 2012 de la OMS, UNODC y ONUSIDA) identifica nueve intervenciones clave que han demostrado su eficacia en la reducción de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables. Siete de estas intervenciones ya están recogidas en otros capítulos de este documento. Las dos intervenciones restantes son exclusivas para los hábitos de punción: la **terapia de sustitución de opiáceos** (TSO) y los **programas de distribución de agujas y jeringuillas** (PAJ). Estas dos intervenciones reducen específicamente la transmisión entre los consumidores de drogas inyectables y deben ser incluidas con prioridad en un paquete integral de prevención del VIH para personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables. Solamente la mitad de los países que reportan el consumo de drogas inyectables han implementado la TSO y/o el PAJ. En los países donde no existen estos servicios es esencial apoyar las actividades de defensa de derechos y los servicios de sensibilización comunitaria.

5.5.2 Terapia de sustitución de opiáceos

Los datos recogidos durante más de 30 años demuestran contundentemente que la terapia de sustitución de metadona es altamente eficaz, rentable y segura, y cuenta con muchos beneficios colaterales en términos de la estabilización y el mejoramiento de la calidad de vida de las personas dependientes de los opiáceos. Algunos países han comenzado a utilizar la buprenorfina con resultados similares. La TSO fue diseñada para tratar la dependencia de los opiáceos pero también ha demostrado ser altamente eficaz en la prevención de la transmisión del VIH y otros virus transmisibles por vía sanguínea por medio del uso compartido de material para inyectarse, y apoyando la adhesión al tratamiento del VIH y otros problemas de salud.

La TSO puede prestarse en una amplia diversidad de contextos y ha demostrado su gran eficacia cuando:

- la dosis es adecuada e individualizada, basada en las necesidades expresadas por la persona consumidora.
- El acceso al tratamiento es rápido, fácil y local, sin sobrecarga burocrática.

- Las dosis están disponibles para llevarsélas consigo, de modo que no tengan que asistir al servicio diariamente.
- El servicio es móvil y puede ser trasladado a otra localización, en caso necesario.
- El servicio está integrado en una gama de otros servicios de apoyo y atención, entre ellos, los PAJ.

La TSO y los PAJ no deben excluirse mutuamente y el acceso a un PAJ mientras se participa en una TSO no se debe valorar como prueba de que una persona ya no está apta para beneficiarse del programa de TSO.

5.5.3 Programas de distribución de agujas y jeringuillas

Los PAJ no son costosos, son fáciles de establecer y han demostrado ser altamente eficaces en la reducción de la transmisión del VIH entre las personas consumidoras de drogas inyectables, sin aumentar el hábito de punción. Los PAJ son más eficaces a nivel comunitario y son un punto importante para el primer contacto con consumidores de drogas inyectables reticentes a acudir a otros servicios por temor a la discriminación o el abuso. Los PAJ más eficaces:

- están dirigidos por la comunidad, con miembros capacitados para prestar el servicio, incluido el de primeros auxilios.
- Están ubicados cerca de los consumidores de drogas inyectables.
- Son móviles y adaptables a las tendencias cambiantes del entorno del consumo de drogas.
- Ofrecen varios tamaños de agujas y jeringuillas (incluso con bajo espacio muerto entre la aguja y la jeringuilla) y otros materiales necesarios de punción, sin restricción del número de agujas
- Ofrecen otros servicios de apoyo y atención, tales como asistencia legal, asesoramiento sobre nutrición, familia y vivienda, así como para el mantenimiento de la buena salud, como el cuidado de las venas y la prevención y el cuidado de los abscesos.
- Ofrecen servicios de prevención de sobredosis, ya sea asegurándose que el personal esté capacitado en técnicas de reanimación por sobredosis o bien suministrando naloxona a consumidores de drogas inyectables, sus familias y miembros de la comunidad.

5.5.4 Otras consideraciones

En algunos países hasta el 90% de las personas consumidoras de drogas inyectables están infectados de VHC. Los PAJ deben proporcionar otros equipos de punción, tales como estufas, hisopos de algodón y lejía con el fin de prevenir el VHC. Algunos datos demuestran que la utilización de jeringuillas con bajo espacio muerto (diseñadas para reducir la cantidad de sangre residual en la jeringuilla después que el émbolo haya sido oprimido completamente) reduce el riesgo de contraer el VIH y la transmisión del VHC. Los PAJ deben por consiguiente proporcionar jeringuillas con bajo espacio muerto, además de otras jeringuillas apropiadas para las necesidades locales.

Ya que el consumo de drogas inyectables es criminalizado en muchos países y los PAJ son en general altamente visibles, es esencial que, quienes estén considerando establecer este tipo de servicio, colaboren desde el inicio con las fuerzas policiales y la comunidad en general con el fin de ganar su apoyo.

El equipo de punción también puede ser compartido por otras comunidades, como las mujeres transgéneros, quienes podrían utilizarlo para el aumento de los senos o la terapia hormonal. Es crucial que estas personas también puedan acceder a todos los servicios necesarios para mantenerse a salvo.

También es importante que cualquier servicio para las personas consumidoras de drogas inyectables ofrezca la vacunación del VHC (véase la sección 5.6.2, parte D).

5.6 Servicios de ITS

5.6.1 Introducción

Recomendaciones 2012: Recomendación núm. 3 basada en evidencias

Ofrecer a las personas trabajadoras del sexo un tamizado periódico de ITS asintomáticas.

El tamizado y el tratamiento de las ITS para las personas trabajadoras del sexo son importantes para la prevención de la adquisición y transmisión de infecciones y para la reducción de las complicaciones en la salud reproductiva, tales como las enfermedades inflamatorias pélvicas, la infertilidad y las infecciones congénitas.

La prestación de servicios clínicos básicos de VIH e ITS es un componente esencial de una oferta integral de servicios para las personas trabajadoras del sexo y deben ser prioridad en las intervenciones. Todas las personas trabajadoras del sexo deben tener acceso a servicios de ITS aceptables, eficaces y de alta calidad. Estos deben centrarse en los derechos humanos, ser confidenciales, de acceso voluntario, sin coacción y prestados después de obtener el consentimiento informado. Los proveedores de atención sanitaria adecuadamente capacitados y sin prejuicios crean confianza entre las personas trabajadoras del sexo, quienes deberían estar involucrados en la prestación de los servicios y no ser percibidos meramente como receptores pasivos de los mismos.

Un paquete de servicios de ITS consiste en la gestión de casos tanto para ITS sintomáticas como para las asintomáticas. La gestión integral de casos de ITS también incluye la promoción y distribución del condón, el apoyo para la adhesión al tratamiento, el asesoramiento para la reducción del riesgo y la gestión de las relaciones con la pareja. Una vez establecidos y desarrollados, los servicios pueden ser ampliados en su cobertura aún más para satisfacer las necesidades más básicas de las personas trabajadoras del sexo.

Quienes respondieron a la encuesta de valores y preferencias⁹ expresaron un respaldo unánime al tamizado periódico voluntario de ITS.

5.6.2 Servicios clínicos de ITS para personas trabajadoras del sexo

El tamizado regular para las infecciones asintomáticas entre las personas trabajadoras del sexo utilizando pruebas diagnósticas de laboratorio son rentables teniendo en cuenta las altas tasas de ITS, y hasta pueden, con el tiempo, reducir la prevalencia de las ITS. Por lo tanto, es esencial invertir en el tamizado de ITS. Donde estén disponibles las pruebas diagnósticas de laboratorio, también debe haber un personal calificado con capacitación adecuada para realizar procedimientos técnicamente difíciles, con sistemas de aseguramiento de la calidad establecidos.

La ausencia de pruebas diagnósticas de laboratorio no debe ser un obstáculo para los tamizados de ITS entre las mujeres trabajadoras del sexo. Los chequeos periódicos de ITS es una buena oportunidad para reforzar la prevención y atender otras necesidades de salud. El chequeo podría consistir en el sondeo de los síntomas de las ITS y examinar las señales de infecciones cervicouterinas y anorectales, incluyendo los exámenes con espéculo y proctoscopio.

La prestación eficaz de servicios a mujeres trabajadoras del sexo con síntomas de ITS debe ser priorizada. Las pacientes con ITS sintomáticas que sepan que están infectadas es más probable que busquen atención. En contextos de bajos recursos, donde las pruebas fiables de ITS no estén disponibles, la OMS recomienda la adopción de un enfoque sindrómico (adaptado localmente) para la gestión de infecciones sintomáticas.

⁹ Una reunión de consenso mundial realizada por la NSWP con las personas trabajadoras del sexo como parte de la elaboración de las *Recomendaciones 2012*.

Los servicios y las intervenciones de ITS deben ser diseñados, organizados e implementados a gran escala. Lograr una cobertura amplia, garantizar servicios de alta calidad y vincular o integrar los servicios de VIH, de salud reproductiva (SSR), sexuales y otros, requiere de enfoques sistemáticos y estandarizados. La figura 5.2 ilustra un enfoque de ampliación de servicios por etapas, desde los servicios prestados externamente hasta los servicios dirigidos por la comunidad.

A. Diseño de los servicios clínicos de ITS

Evaluar los servicios clínicos de ITS disponibles

Es necesario recoger datos sobre la calidad, la utilización, la aceptabilidad y la accesibilidad de los servicios de ITS en el momento del mapeo de las comunidades de personas trabajadoras del sexo, previo a la implementación de una intervención (véase el capítulo 6, sección 6.2.6, parte A). Esta información puede utilizarse para determinar la demanda de los servicios de ITS y desarrollar un plan para mejorar los servicios existentes o establecer nuevos.

Definir el paquete de servicios clínicos de ITS y otros servicios esenciales para personas trabajadoras del sexo

Los servicios de ITS para las personas trabajadoras del sexo deben cumplir con ciertos estándares fundamentales de cantidad y calidad. El programa nacional debe ser la vanguardia en la elaboración de las directrices en relación con las ITS y los estándares operativos, para luego definir el paquete de servicios de ITS y otros servicios esenciales en colaboración con expertos técnicos, implementadores y también las personas trabajadoras del sexo. Estas directrices y estándares servirían de base para la implementación, la capacitación, la supervisión y el seguimiento de los servicios.

El paquete fundamental de servicios clínicos de ITS incluye:

- atención de casos sindrómicos para pacientes con síntomas.
- Tamizado y tratamiento de las ITS asintomáticas:
 - tamizado de sífilis
 - tamizado de gonorrea y clamidia
 - chequeos periódicos de ITS
 - remisiones al APV.

Cuando sea apropiado y posible, es importante que el paquete de servicios de ITS estén vinculados o integrados con los servicios relacionados con el VIH, la SSR y la atención de salud primaria.

Teniendo en cuenta que las personas trabajadoras del sexo corren un mayor riesgo de contraer las ITS y sus factores de riesgo son diferentes a los de la población en general, deben ser elaborados diagramas del flujo de la gestión de las ITS. Ejemplos de estas directrices y estándares se encuentran en las *Clinic Operational Guidelines and Standards*, elaboradas por la Avahan India AIDS Initiative (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India) y en las *National Guidelines for HIV/STI Programs for Sex Workers* elaboradas por el gobierno de Kenia.

Organizar los servicios clínicos de ITS

El establecimiento de una estructura de gestión operativa que detalle específicamente los roles y responsabilidades a diferentes niveles de la estructura de los servicios clínicos es importante para la implementación y la ampliación efectiva de los servicios de ITS y de SSR (véase la figura 5.3). Deben identificarse los mecanismos de comunicación y coordinación y articularse claramente las responsabilidades de apoyo técnico y supervisión en los diferentes niveles de atención.

Figura 5.2 Ampliación de servicios clínicos de ITS para/con personas trabajadoras del sexo

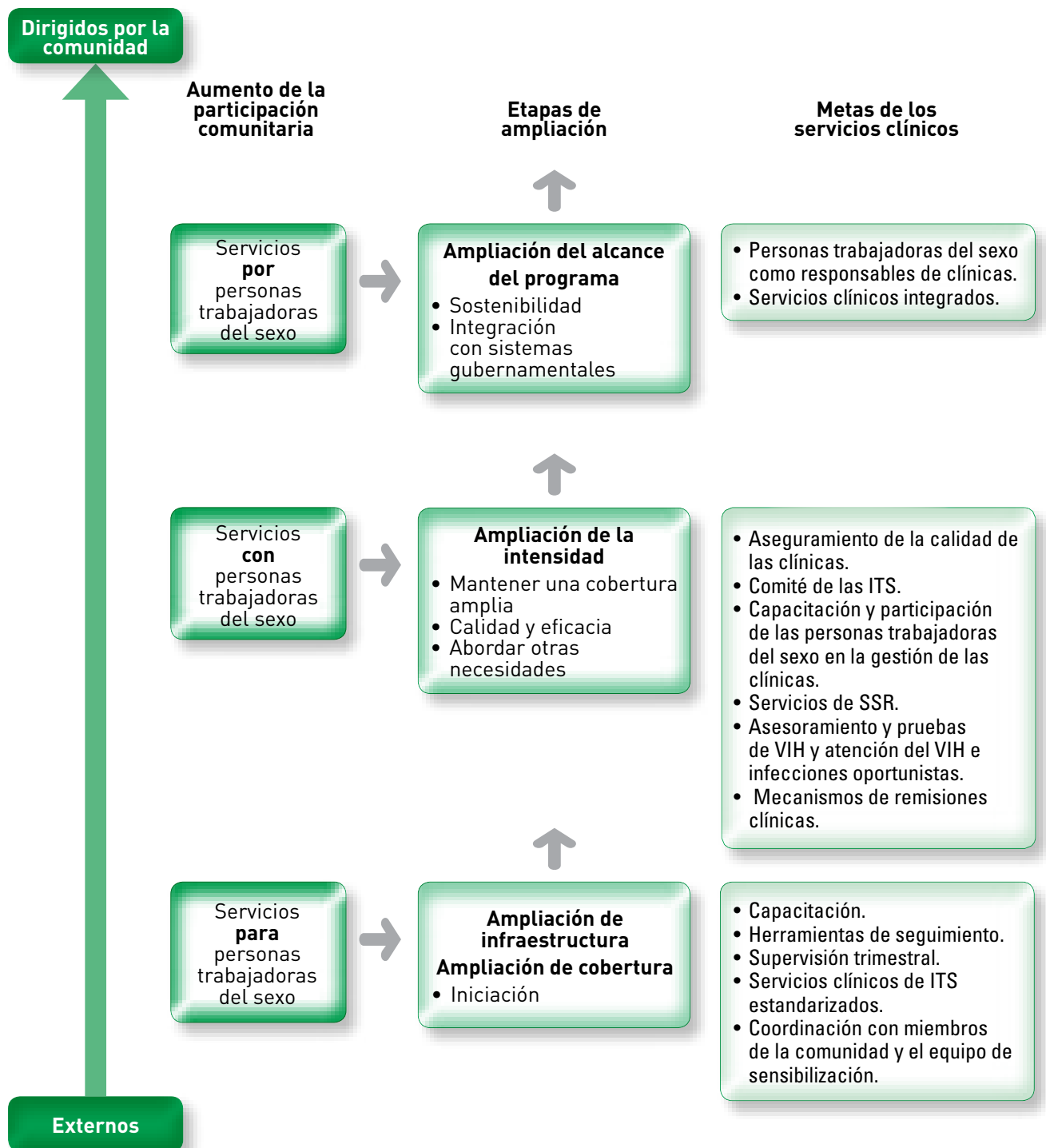
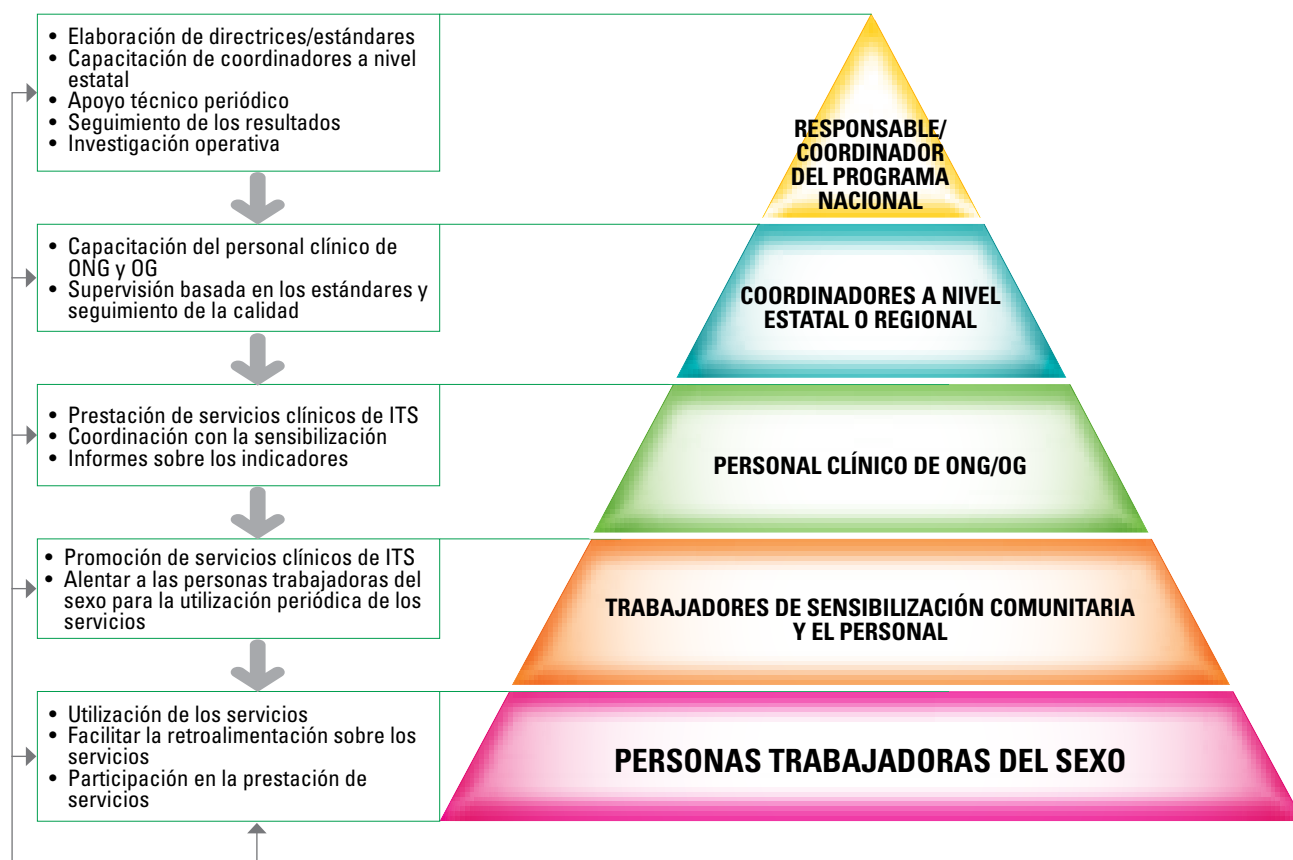


Figura 5.3 Roles y responsabilidades en la prestación de servicios clínicos de ITS



B. Implementación y gestión de servicios clínicos de ITS

Establecer servicios clínicos de ITS

Los servicios clínicos de ITS que se establezcan deben ser accesibles y aceptables para las personas trabajadoras del sexo y estar basados en los recursos y la capacidad local. Los servicios clínicos de ITS deben ser respetuosos y no enjuicadores, y deben satisfacer las necesidades particulares de las personas trabajadoras del sexo.

Al establecer los servicios clínicos, tener en consideración los factores listados en la tabla 5.1 permite equilibrar la accesibilidad y el costo de estos servicios.

Hacer de la obtención de atención sanitaria para las ITS una norma comunitaria

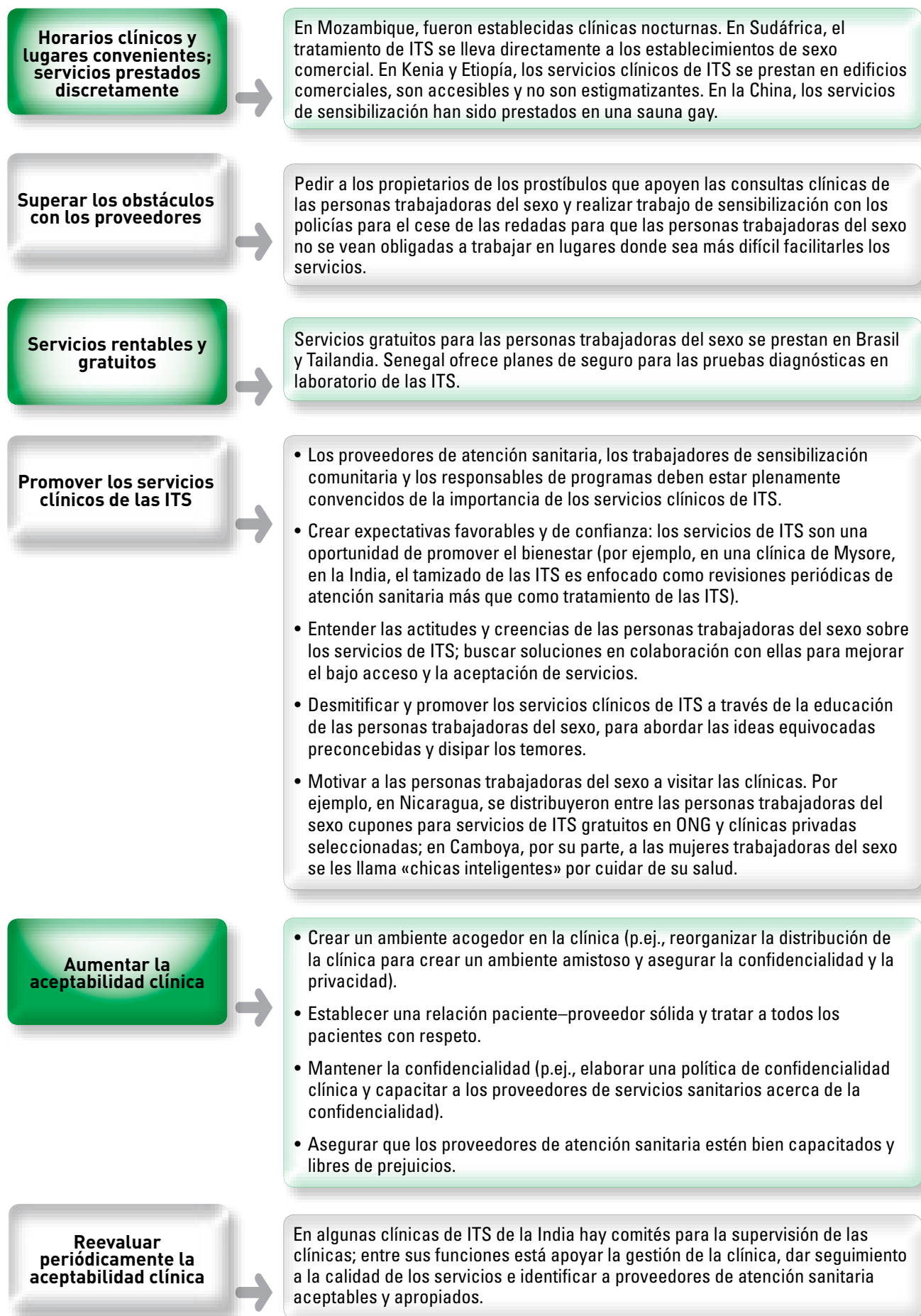
Es esencial que las personas trabajadoras del sexo conozcan los síntomas de las ITS y se les estimule para buscar atención inmediata y un tamizado de ITS periódico. Esto se puede lograr por medio de la vinculación de los servicios clínicos de ITS con los servicios de sensibilización y apoyo comunitario.

La coordinación con el trabajo de sensibilización dirigida por las propias personas trabajadoras del sexo es esencial en la promoción de servicios clínicos de ITS y el apoyo al seguimiento clínico. Al mismo tiempo, la prestación de servicios de ITS refuerza la promoción y la educación del uso del condón realizadas por los trabajadores de sensibilización comunitaria. El personal clínico debe establecer una comunicación sólida y fluida con los trabajadores de sensibilización comunitaria. El mejoramiento de la comunicación y las remisiones aumenta el efecto general de la prevención.

Tabla 5.1 Modelo de servicios clínicos

Tipo de clínica	Descripción	Ventajas	Desventajas
Autónoma (a menudo dirigida por una ONG).	- Servicios a tiempo completo en una ubicación fija, a menudo dirigida por una ONG; ideal donde existe una concentración fuerte de personas trabajadoras del sexo (>500) y de la práctica del sexo comercial (por ejemplo, un barrio rojo). - Es necesario personal especializado.	- Técnicamente eficaz. - Permite la prestación de servicios integrales; la combinación de intervenciones clínicas y educativas. - Flexibilidad en la respuesta a las necesidades de las personas trabajadoras del sexo. - Posibilidad de interconexión con un espacio seguro (centro de acogida). - Permite la participación de las personas trabajadoras del sexo.	- Puede ser costoso si solo unas pocas personas trabajadoras del sexo acuden a la clínica. - Posibilidad de estigmatización. - Puede resultar difícil de sostener.
Centro de sensibilización (a menudo dirigido por una ONG).	- Centros satélites (ubicación fija), unidades móviles, campamentos de salud, a menudo dirigidos por una ONG. - Servicios a media jornada. - Horarios de apertura fijos y en lugares fijos. - Ideal para llegar a personas trabajadoras del sexo difícilmente accesibles y para prestar servicios a un número menor de las mismas. - Es necesario personal especializado.	- Acceso a personas trabajadoras del sexo difícilmente accesibles. - Servicios aceptables y accesibles. - Rentable si se llega a personas trabajadoras del sexo difícilmente accesibles.	- Tal vez no sea posible la prestación de servicios integrales para las personas trabajadoras del sexo. - La calidad de los servicios puede variar.
Proveedores de servicios de remisión (privados)	Proveedores de servicios privados capacitados e identificados por personas trabajadoras del sexo. (Es esencial capacitar a estos profesionales para prestar servicios de ITS a personas trabajadoras del sexo según las directrices nacionales)	- Servicios aceptables a las personas trabajadoras del sexo. - Rentable para números pequeños de personas trabajadoras del sexo. - Sostenible.	- Los servicios integrales tal vez no puedan prestarse (por ejemplo, servicios de educación y asesoramiento). - Tal vez no sea posible dar seguimiento y presentar informes sobre su calidad.
Clínicas gubernamentales	Clínicas gubernamentales, ya sea clínicas de ITS, autónomas o integradas con otros servicios como la SSR, el VIH y la atención primaria	- Sostenible. - Prestación de servicios técnicos efectivos si el personal está adecuadamente capacitado y las instalaciones están disponibles.	Tal vez no sean aceptables ni accesibles para las personas trabajadoras del sexo; se necesitan vínculos fuertes con los servicios de sensibilización comunitaria o dirigidos por ONG.

Figura 5.4 Métodos de mejoramiento de los programas para la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios clínicos de ITS



Superar los obstáculos estructurales para la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios

Las acciones a considerar se resumen en la figura 5.4.

Involucrar a las personas trabajadoras del sexo y a los trabajadores de sensibilización comunitaria en la prestación de servicios clínicos

Las personas trabajadoras del sexo pueden colaborar en varios niveles de la prestación de servicios clínicos para las ITS, incluyendo el nivel de gestión. Su participación aumenta el sentido de pertenencia y hace a los servicios clínicos más aceptables y sostenibles. Los servicios de ITS deben promover la participación relevante de las personas trabajadoras del sexo. Las clínicas pueden formalizar su participación especificando las formas de participación en el desarrollo, la gestión y el seguimiento de los servicios.

El desarrollo profesional debe ser una parte integral del empoderamiento comunitario, posibilitando que las personas trabajadoras del sexo aprendan y obtengan asesoría para la prestación de servicios clínicos. Las personas trabajadoras del sexo implicadas en la prestación de servicios clínicos deben ser capacitadas para realizar sus tareas, mantener la confidencialidad y ser remunerados por su trabajo.

Recuadro 5.7

Ejemplo de caso: participación comunitaria en la prestación de servicios clínicos en Uganda y la India

En Uganda, las personas trabajadoras del sexo apoyaron a las clínicas gubernamentales en su objetivo de hacer sus servicios más aceptables para los miembros de la comunidad y también se involucraron en la prestación de servicios clínicos.

En Mysore, en la India, las personas trabajadoras del sexo han realizado una capacitación formal en enfermería. Doce de ellas ahora sirven como profesionales de salud en una clínica.

Ofrecer un paquete de servicios clínicos de ITS apropiado y de alta calidad

La prestación de servicios de alta calidad alienta a los pacientes con ITS a buscar atención sanitaria periódicamente. La figura 5.5 describe los factores que contribuyen a la calidad de los servicios clínicos de ITS.

Vincular e integrar los servicios

La mayoría de los programas que prestan servicios a personas trabajadoras del sexo se centran en el VIH y otras ITS. Sin embargo, las personas trabajadoras del sexo y sus familias tienen las mismas necesidades de atención sanitaria primaria que el resto de la población. Ellas también podrían experimentar problemas asociados con el consumo de alcohol y drogas.

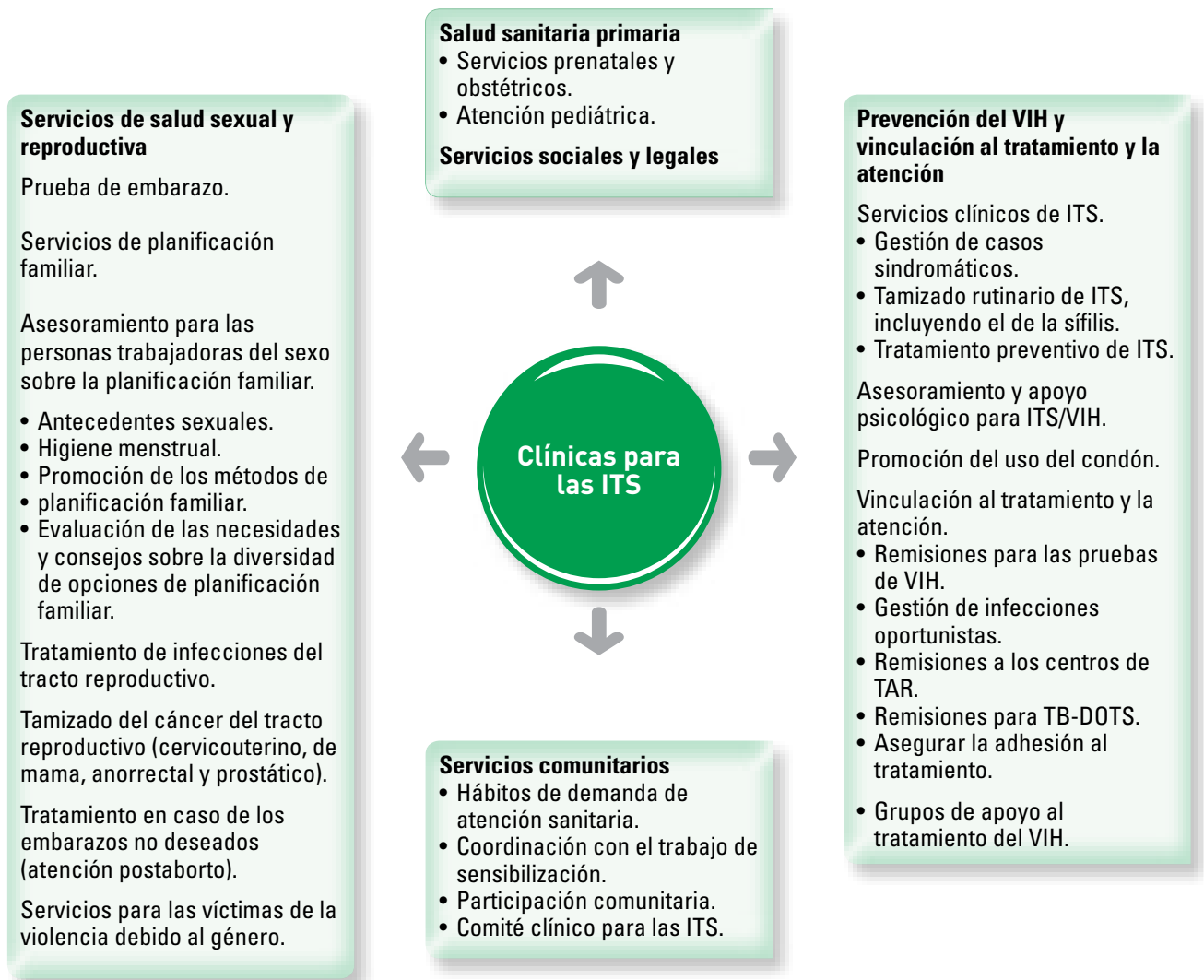
Los programas deben esforzarse en ofrecer una oferta completa de servicios sociales y de salud. Estos deben ser accesibles de manera directa o por remisión, sin temor a la discriminación. Los servicios pueden agregarse progresivamente según las prioridades de las personas trabajadoras del sexo, priorizándose la factibilidad de la prestación de servicios y de soluciones alternativas. La prestación de servicios en relación con el VIH, la SSR, la vacunación del VHC y el tratamiento de la dependencia del alcohol y las drogas se abordan en otras secciones de este documento.

Figura 5.5 Garantizar los servicios clínicos de ITS de alta calidad



A las personas trabajadoras del sexo cuyos problemas relacionados con el VIH, la SSR y otros no se puedan satisfacer o manejar de una manera apropiada desde los servicios del programa se las debe remitir a otros establecimientos de salud. Las redes de servicios de remisión deben establecerse dependiendo de las necesidades anticipadas (véase la figura 5.6). Las clínicas deben recopilar una lista de remisiones con los proveedores de servicios recomendados que incluya sus nombres, direcciones, números de teléfono, y horarios de servicios. Cuando sea necesario (por ejemplo, si existen obstáculos potenciales para el acceso a los servicios), el acompañamiento para las visitas a los servicios remitidos debe considerarse.

Figura 5.6 Red de remisiones para servicios clínicos de ITS



Recuadro
5.8

Responder a las necesidades de los hombres y transgéneros trabajadores del sexo

Los hombres y transgéneros trabajadores del sexo necesitan intervenciones y servicios específicos. Algunos trabajadores del sexo son heterosexuales o bisexuales mientras que otros se identifican como gais (homosexuales). Las directrices de la OMS para la *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero* (2011) recomienda las disposiciones siguientes:

- A los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero con ITS sintomáticas se les debería ofrecer manejo sintomático y tratamiento (en conformidad con la directriz vigente de la OMS).
- Ofrecer pruebas periódicas de detección de infecciones asintomáticas de uretra y recto *N. gonorrhoeae*, usando la prueba de amplificación del ácido nucleico (NAAT) en lugar de usar el cultivo.
- Ofrecer exámenes serológicos periódicos para detectar las infecciones asintomáticas de sífilis.
- Debería incluirse a los hombres que tienen sexo con hombres y a las personas transgénero en las estrategias de actualización de la inmunización contra el VHB en áreas donde la inmunización durante la infancia no ha alcanzado una cobertura total (en conformidad con la directriz vigente de la OMS).

Es esencial involucrar a los hombres y transgéneros trabajadores del sexo en el diseño, la implementación y el seguimiento de los servicios clínicos de las ITS. En cualquier contexto, los estándares clínicos deben ser adaptados para asegurar que los servicios apropiados y específicos a cada género se presten. El modelo de prestación de servicios depende del contexto específico y en la información proporcionada por los propios trabajadores del sexo. Es posible, en algunos casos, adaptar los servicios para las trabajadoras del sexo y que puedan también corresponder a las necesidades de los hombres y transgéneros (p.ej., ofrecer servicios en horarios específicos para que mujeres, hombres y transgéneros puedan ser atendidas separadamente en la misma clínica). Por otro lado, algunas clínicas para hombres que tienen sexo con hombres han prestado servicios para hombres y transgéneros trabajadores del sexo; e incluso se han establecido servicios destinados a las mujeres trabajadoras del sexo.

C. Tratamiento preventivo periódico

Recomendaciones 2012: Recomendación núm. 4 basada en evidencias

Ofrecer a las personas trabajadoras del sexo tratamiento presuntivo periódico (PPT) cuando exista una prevalencia elevada y los servicios clínicos sean limitados.

Las *Recomendaciones 2012* establecen que:

1. el TPP solo debería aplicarse como medida a corto plazo en entornos con una prevalencia elevada de ITS, p.ej., una prevalencia superior al 15% de infección por *N. gonorrhoeae* o *C. trachomatis*.
2. El TPP contra la gonorrea y la clamidiasis siempre debería ser gratuito, voluntario y confidencial e incluir asesoramiento y consentimiento informado.
3. El TPP contra la gonorrea y la clamidiasis solo debería ofrecerse en el marco de unos servicios de salud sexual integrales (que incluyan empoderamiento comunitario, programas de fomento del uso del condón, tamizado, tratamiento y cuidados para las ITS) mientras se mejoran los servicios contra el VIH y las ITS.
4. Debería llevarse a cabo un seguimiento continuado de los posibles beneficios y daños que la oferta de TPP supone para las personas trabajadoras del sexo.

Algunas consideraciones operativas vinculadas:

- el uso de antibióticos combinados de dosis única para lograr una mayor tasa de curación.
- El refuerzo de la promoción del uso del condón, garantizando la calidad y accesibilidad, para reducir las tasas de reinfección.
- El refuerzo de la labor de sensibilización dirigida por las propias personas trabajadoras del sexo para aumentar el conocimiento, la cobertura y el uso de los servicios.
- El fomento de condiciones laborales más seguras a fin de aumentar las oportunidades de negociación del uso del condón.
- El uso del TPP como medida de emergencia únicamente en combinación con los demás elementos citados, para reforzar el control de las ITS la prevención del VIH entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes.
- El TPP debe suprimirse lo antes posible (p.ej., al cabo de seis meses) incluso aunque la prevalencia no haya descendido, ya que para entonces deberían haberse aplicado otras medidas para mantener el control.

La encuesta sobre valores y preferencias concluyó que los riesgos potenciales del TPP para las personas trabajadoras del sexo superan los posibles beneficios. Ellas mismas refirieron consecuencias negativas debido a la introducción y la aplicación del TPP, y se solicitó que se diera seguimiento continuado a los posibles daños que las personas trabajadoras del sexo pudieran sufrir a causa del TPP. Se alcanzó un consenso unánime sobre el uso del TPP: exclusivamente bajo las condiciones más estrictas, en circunstancias en las que las personas trabajadoras del sexo tengan acceso a toda la información relevante para tomar una decisión fundamentada, incluyendo los efectos secundarios; y solo deberá ofrecerse si su aceptación es voluntaria y nunca debe imponerse en el marco de un programa de salud pública coactivo u obligatorio.

D. Hepatitis vírica

Recomendaciones 2012: Recomendación núm. 8 basada en evidencias

Incluir a las personas trabajadoras del sexo como destinatarios de las estrategias de actualización de la inmunización contra el VHB en entornos donde la vacunación infantil no haya alcanzado una cobertura completa.

El VHB se transmite por contacto con la sangre u otros fluidos corporales de una persona infectada. El virus también puede transmitirse mediante el contacto sexual o por el uso compartido de materiales para la punción de drogas. Las prácticas sexuales de riesgo y el trabajo sexual están asociados a la infección por VHB en distintas regiones del mundo. Afortunadamente se dispone de vacunas muy eficaces contra el virus. La OMS recomienda tres dosis para una inmunización y protección completas frente a una posible infección por VHB. La OMS también ha publicado material de orientación sobre la prevención de las hepatitis víricas entre los consumidores de drogas inyectables.

Como el VHB, el VHC se transmite por contacto con la sangre u otros fluidos corporales de una persona infectada. La mayor parte de infecciones del VHC ocurren por el uso compartido de materiales para inyectarse drogas o en ámbitos médicos. El virus también puede transmitirse por contacto sexual, y los hombres VIH-positivos que tienen sexo con hombres tienen mayor riesgo de infección. No existe ninguna vacunación para prevenir la infección por el VHC; sin embargo, puede ser curado con tratamiento adecuado. La OMS está en el proceso de elaboración de directrices sobre el tratamiento del VHC y ha publicado el material de orientación: *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*, al que nos hemos referido anteriormente.

5.7 Satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas trabajadoras del sexo

5.7.1 Introducción

Las personas trabajadoras del sexo tienen necesidades y derecho a la SSR. A menudo estas necesidades son pasadas por alto; para poder satisfacerlas, es importante ampliar los servicios clínicos más allá de las ITS y el VIH. La disponibilidad de servicios de SSR en el lugar o por remisión permite que las necesidades más amplias de las personas trabajadoras del sexo se satisfagan y aumente su confianza y participación en el programa. Los siguientes aspectos han de ser considerados en la prestación de servicios de SSR:

- la planificación familiar y asesoramiento sobre la anticoncepción.
- El embarazo seguro.
- El aborto y la atención postaborto.
- Tamizado del cáncer en el tracto reproductivo (p.ej. cáncer cérvico-uterino, anorrectal y prostático)
- el asesoramiento sobre el uso de hormonas y remisiones para otras prácticas de transformación en el caso de las personas transgéneros trabajadoras del sexo.

Recuadro 5.9

Ejemplo de caso: prestación de servicios públicos de SSR a personas trabajadoras del sexo

El programa *Diagonal Interventions to Fast Forward Enhanced Reproductive Health* (DIFFER) (Intervenciones Transversales para Acelerar la Mejora de la Salud Reproductiva) financiado por la Comisión Europea y con presencia en la India, Kenia, Mozambique y Sudáfrica, está explorando una estrategia «transversal» que incorpora el fortalecimiento de los sistemas de salud (un enfoque horizontal) con el trabajo de sensibilización destinado a las personas trabajadoras del sexo (un enfoque vertical) con el fin de definir los servicios de ITS y de SSR más amplios. Los modelos para que la prestación de servicios satisfaga las necesidades de las personas trabajadoras del sexo y las mujeres deben incluir:

- servicios públicos de SSR con horarios especiales o con espacios para los servicios destinados a las personas trabajadoras del sexo.
- Servicios públicos de SSR con sensibilización y servicios móviles o satélite para las personas trabajadoras del sexo.
- Mejora de la coordinación y de las remisiones de doble sentido entre los servicios para las personas trabajadoras del sexo dirigidos por organizaciones basadas en la comunidad o ONG y los servicios públicos de SSR.

Recuadro 5.10

Terapia hormonal para personas transgénero trabajadoras del sexo

Respecto a la transición de género, todavía no existe consenso sobre las pautas de dosificación más seguras y eficaces en la terapia hormonal, aunque algunos centros clínicos han elaborado orientaciones sobre el uso de hormonas. Las personas transgénero utilizan la terapia hormonal por sus efectos de feminización (estrógenos) o masculinización (testosterona). Esto normalmente sucede a consecuencia de los consejos proporcionados por las amistades o por medio de la información disponible en internet. Las dosis son generalmente elevadas, lo cual podría causar efectos secundarios graves. Las dosis elevadas de estrógenos aumentan el riesgo de tromboembolismo o disfunción hepática, cáncer de mama, enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebrovascular y dolores de cabeza.

Se debería consultar a un proveedor calificado cuando se valore realizar la terapia hormonal y, durante el proceso, deben tener acceso a un seguimiento médico apropiado.

5.7.2 Planificación familiar y asesoramiento sobre la anticoncepción

Los pasos básicos para una planificación familiar eficaz y el asesoramiento sobre la anticoncepción para trabajadoras del sexo son:

- Proporcionar asesoramiento que permita conocer las intenciones de la mujer trabajadora del sexo con respecto a su embarazo.
- Discutir los métodos disponibles de anticoncepción, incluida la protección doble.
- Determinar la elección médica del método de planificación familiar deseado.
- Proporcionar o prescribir un método de planificación familiar.
- Promover y distribuir condones.

Las mujeres trabajadoras del sexo suelen usar el condón de manera menos frecuente con sus parejas regulares que con sus clientes. Por consiguiente, muchas mujeres trabajadoras del sexo necesitan un método de protección doble para prevenir, no sólo los embarazos no deseados y/o no planificados, sino también las ITS y el VIH. Esto puede lograrse por medio de la combinación de un método muy eficaz para la prevención del embarazo y de un condón masculino o femenino para la prevención de las ITS y el VIH.

La siguiente información debería proporcionarse para que las mujeres trabajadoras del sexo puedan tomar una decisión fundamentada y de carácter voluntario sobre el método de anticoncepción:

- la eficacia relativa de cada método
- el uso correcto del método
- el modo de funcionamiento
- los efectos secundario comunes
- los riesgos y las ventajas para la salud
- las señales y síntomas que requerirían otra consulta médica
- el retorno a la fertilidad después de la utilización de un método anticonceptivo.

Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia debe proporcionarse a una mujer que ha tenido sexo vaginal sin protección, que no está utilizando ningún método de anticoncepción y que no está embarazada. Debe ser administrada lo antes posible después de haber realizado sexo sin protección, idealmente dentro de las siguientes 72 horas y con un límite de 120 (la efectividad se reduce después de las 72 horas.) La anticoncepción de emergencia debe ser accesible para las mujeres trabajadoras del sexo y su frecuencia de uso debe ser objeto de seguimiento.

Nota: Ya que la anticoncepción de emergencia no es completamente eficaz en la prevención del embarazo y podría resultar ser menos eficaz si es utilizada frecuentemente, es esencial alentar a las trabajadoras del sexo para usar un método de planificación familiar de largo plazo.

Embarazo sin riesgos

Si una mujer trabajadora del sexo está planeando embarazarse, debería recibir información sobre el embarazo sin riesgos, atención prenatal periódica, prevención y pruebas de VIH e ITS, alimentación apropiada y condiciones para un parto seguro.

Aborto y atención postaborto

Donde el aborto sea legal, la vinculación a servicios seguros de interrupción del embarazo debe realizarse. Donde es ilegal, las mujeres trabajadoras del sexo deberían ser informadas de los riesgos de métodos de aborto informales. Las trabajadoras deben tener acceso a una atención postaborto adecuada para reducir la morbilidad y la mortalidad, y también la atención para posibles complicaciones postaborto. Las trabajadoras del sexo deberían recibir asesoramiento sobre la planificación familiar para prevenir los embarazos no deseados en el futuro.

5.7.3 Tamizado del cáncer cérvico-uterino

El virus de papiloma humano (VPH) es una ITS que puede causar el cáncer cérvico-uterino. El tamizado del cáncer cérvico-uterino promueve la detección precoz de lesiones precancerosas y cancerosas y, por consiguiente, previene la morbilidad grave y la mortalidad. Las mujeres trabajadoras del sexo deben tener acceso a información y a servicios de tamizado del cáncer cérvico-uterino y al tratamiento necesario.

Se recomienda realizar el tamizado del cáncer cérvico-uterino en toda mujer de 30 a 49 años de edad por lo menos una vez en su vida. El tamizado puede llevarse a cabo a través de una inspección visual usando ácido acético (vinagre), por medio de la prueba convencional de Papanicolaou o la prueba de detección del VPH. Las lesiones precancerosas y cancerosas deben tratarse inmediatamente.

Las mujeres que viven con el VIH deben someterse al tamizado del cáncer cérvico-uterino sin importar su edad. Se debe priorizar maximizar la cobertura del grupo de edad de mayor riesgo y asegurar el seguimiento completo de las mujeres con resultados de tamizado anormales.

5.7.4 Tamizado de otros tipos de cáncer

El tamizado del cáncer de mama, anorrectal y de próstata debe formar parte de la atención rutinaria y establecerse la vinculación a los servicios de tratamiento.

5.7.5 Atención clínica para víctimas de agresión sexual

Donde sea posible, la atención clínica para las víctimas de agresión sexual debe vincularse con los servicios de respuesta a la violencia dirigida por la comunidad (véase el capítulo 2, sección 2.2.6).

- Ofrecer apoyo de primera línea a víctimas de agresión sexual sea quien sea el agresor.
- Obtener la información más detallada posible para determinar las intervenciones apropiadas y realizar un examen físico completo (de pies a cabeza, incluyendo los genitales).
- Ofrecer la anticoncepción de emergencia a las mujeres que se presenten dentro de los cinco días después de haber sido agredidas, idealmente lo antes posible para maximizar la eficacia.
- Ofrecer una profilaxis de post-exposición (PPE) a las mujeres que se presentan dentro de 72 horas después de haber sido agredidas. Decidir con la víctima si procede un PPE al VIH.
- Se les debe ofrecer a las víctimas de agresión sexual una profilaxis para la:
 - la clamidiasis
 - la gonorrea
 - la tricomoniasis
 - la sífilis, según la prevalencia.

La selección de fármacos y su dosificación deben seguir las directrices nacionales.

- Se debe ofrecer la vacuna de la hepatitis B sin inmunoglobulina según las directrices nacionales.
- Se debe ofrecer apoyo y atención psicológica, que aborden también las estrategias para manejar el estrés crónico.

Intervenciones de apoyo hasta tres meses después del hecho traumático

- Continuar brindando apoyo y atención.
- Si la víctima presenta problemas de salud mental, remitirla a los servicios de salud mental aprobados, accesibles y disponibles, conforme a la *Guía de intervención mHGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada* de la OMS.

Intervenciones de apoyo después de los tres meses

- Evaluar los problemas de salud mental y tomar las medidas necesarias según la *Guía de intervención mHGAP*.
- Si la víctima tiene trastorno por estrés postraumático, brindarle la terapia apropiada

5.8 Salud mental

El bienestar mental permite a todo individuo llevar una vida plena. La salud mental y el bienestar en general son influenciados no sólo por los atributos de la persona, sino también por las circunstancias sociales en que las personas se encuentran y por el entorno en el que viven. Las personas trabajadoras del sexo pueden ser especialmente vulnerables a los problemas de salud mental a causa de la pobreza, la criminalización, la marginalización, la discriminación o la violencia.

Un mal estado de salud mental puede ser una barrera para acceder a las pruebas o al tratamiento del VIH, y la continuidad de la atención para quienes viven con el VIH. Los programas deberían dar seguimiento y abordar los obstáculos a la salud mental creados por los proveedores de servicios sanitarios de VIH que no están calificados para identificar los problemas de salud mental o que activamente estigmatizan a las personas trabajadoras del sexo.

La *Guía de intervención mHGA* de la OMS proporciona orientación sobre las intervenciones probadas que permiten identificar y manejar un número de factores prioritarios, entre ellos, la depresión, la psicosis, los trastornos bipolares, los trastornos por consumo de alcohol, las autolesiones, los pensamientos suicidas y otros factores emocionales o médicamente inexplicables.

5.9 Recursos y lecturas complementarias

Orientaciones de la OMS respecto al asesoramiento y pruebas de VIH de carácter voluntario

La OMS ha publicado material de orientación sobre los servicios de pruebas de VIH desde 1988, poco después de que las primeras pruebas fueran desarrolladas. Los documentos de orientación más recientes son:

1. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infections: recommendations for a public health approach*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>
2. *Handbook for improving HIV testing and counselling services*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/index.html>
3. *Service delivery approaches to HIV testing and counselling (HTC): a strategic policy framework*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/vct/htc_framework/en/
4. *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241501972/en/>
5. *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. http://www.who.int/hiv/pub/vct/hiv_re_testing/en/
6. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/>
7. *Handbook for improving HIV testing and counselling services: field-test version*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. <http://www.who.int/hiv/pub/vct/9789241500463/en/>
8. *HIV Rapid Test Training Package*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [sin fecha]. http://www.who.int/diagnostics_laboratory/documents/guidance/hivrttraining_overview/en/index.html
9. *Laboratory Quality Management System Training Toolkit*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011. http://www.who.int/ihr/training/laboratory_quality/en/index.html

Orientación de la OMS respecto a la profilaxis previa a la exposición

1. *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/

Orientaciones de la OMS respecto a la tuberculosis

1. *Política de la OMS sobre actividades de colaboración TB/VIH: Guías para programas nacionales y otros interesados directos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243503004_spa.pdf
2. *Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011. <http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/en/>
3. *Rapid implementation of the Xpert MTB/RIF diagnostic test: technical and operational "How-to"; practical considerations*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501569_eng.pdf
4. *Global tuberculosis report 2013*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. En imprenta.

Orientaciones respecto al consumo de drogas inyectables

1. *WHO/UNODC/UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – revisión de 2012*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. http://www.who.int/hiv/pub/idu/targets_universal_access/en/index.html
2. *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/opioid/en/index.html>
3. *Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2007. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85534/1/9789243596273_spa.pdf?ua=1
4. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/
5. *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias: manual para uso en la atención primaria*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010. http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_intervention_spanish.pdf?ua=1

Orientación respecto a la circuncisión masculina médica

1. *UN resources on male circumcision for HIV prevention*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2010. http://www.who.int/hiv/pub/malecircumcision/mc_un_inventory/en/index.html

Orientaciones respecto a las infecciones de transmisión sexual

1. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2003. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9241546263/en/index.html>
2. *Expert consultation and review of the latest evidence to update guidance for the management of sexually transmitted infections: meeting report*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr_11_37/en/index.html
3. *Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2005. http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243592653_spa.pdf?ua=1
4. *El uso de las pruebas rápidas para sífilis*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR), 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/TDR_SDI_06_1/es/
5. *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgéneros: recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/es/
6. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/en/>
7. *A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections: use of the programme guidance tool*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/index.html>

8. *Clinic Operational Guidelines & Standards: Comprehensive STI Services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Nueva Delhi: Family Health International [sin fecha]. <https://www.indiahiv.org/Documents/Avahan%20COGS.pdf>
9. *National Guidelines for HIV/STI Programs for Sex Workers*. Gobierno de Kenia, Ministerio de Salud Pública y Sanidad, 2010. <http://nascop.or.ke/library/Marps/Sex%20Worker%20Guidelines.pdf>
10. «Position paper on hepatitis B». Organización Mundial de la Salud, *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:405–420. <http://www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf>
11. *Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.html>

Salud sexual y reproductiva

1. *Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores (2011 update)*. Baltimore, Maryland y Ginebra: Facultad Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins/Center for Communication Programs y Organización Mundial de la Salud, 2011. http://www.fphandbook.org/sites/default/files/hb_spanish_2012.pdf
2. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud—Segunda edición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf?ua=1
3. *Nota de orientación de la OPS/OMS: Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino – un futuro más saludable para niñas y mujeres*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf?ua=1
4. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>

Salud mental

1. *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012. http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf
2. *Guía de intervención mHGA para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Ginebra: Organización Mundial de la salud, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf?ua=1

Herramientas operativas

1. *Clinic Operational Guidelines and Standards: Comprehensive STI Services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Family Health International, 2006. <https://www.indiahiv.org/SitePages/PublicationType.aspx/2>
2. *Avahan Common Minimum Programme for HIV Prevention in India*. New Delhi: Fundación Bill y Melinda Gates, 2010. <http://www.gatesfoundation.org/avahan/Documents/cmp-monograph.pdf>
3. *STI Clinic Supervisory Handbook: Comprehensive STI services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Nueva Delhi: Family Health International (FHI360), 2007. http://aidsdatahub.org/dmdocuments/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf.pdf

Otros recursos

1. *Building Partnerships on HIV and Sex Work: Report and Recommendations from the First Asia and the Pacific Regional Consultation on HIV and Sex Work*. Bangkok: Red de Trabajadores Sexuales para Asia y el Pacífico, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2011. <http://asiapacific.unfpa.org/public/pid/7491>
2. *Female, Male and Transgender Sex Workers' Perspectives on HIV & STI Prevention and Treatment Services: A Global Sex Worker Consultation*. Edimburgo, Reino Unido: Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, 2011. <http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP-WHO%20Community%20Consultation%20Report%20archived.pdf>

Otras fuentes

1. Mogasale V, Wi T, Das A, et.al. Quality assurance and quality improvement using supportive supervision in a large-scale STI intervention with sex workers, men who have sex with men/transgenders and injecting-drug users in India. *Sexually Transmitted Infections*, 2010; 86:i83–i88.
2. Chersich M, Luchters S, Ntaganira I, et al. Priority interventions to reduce HIV transmission in sex work settings in sub-Saharan Africa and delivery of these services. *Journal of the International AIDS Society*, 2013; 16:17980.
3. Denison JA, O'Reilly KR, Schmid GP, et al. HIV voluntary counselling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS and Behavior*, 2008; 12(3):363–373.
4. Getahun H, Baddeley A, Raviglione M. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 2013; 91:154–156. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/2/13-117267/en/index.html>



6

Gestión de
programas y
fortalecimiento de
las capacidades
organizativas



¿Qué contiene este capítulo?

Este capítulo está compuesto de dos partes diferenciadas:

Parte I: Sistemas de gestión para un programa que se ocupa de varios lugares de sexo comercial en todo un país o en una zona urbana. Esta parte describe:

- **de qué manera los sistemas de gestión apoyan** el manejo de programas eficaces de prevención del VIH y las ITS con personas trabajadoras del sexo (sección 6.1).
- **Cómo elaborar, organizar e implementar un programa estandarizado**, incluyendo:
 - El establecimiento de estándares para el programa, sistemas de seguimiento de datos y un plan de evaluación (secciones 6.2.1–6.2.3).
 - El establecimiento de estructuras de gestión (sección 6.2.4).
 - La implementación del programa por etapas (secciones 6.2.5–6.2.7).
 - La participación de las personas trabajadoras del sexo en la implementación del programa (sección 6.2.8).
 - El fortalecimiento de las capacidades del personal (secciones 6.3–6.4).

Parte II: Fortalecimiento de las capacidades organizativas para las organizaciones locales de personas trabajadoras del sexo para la ampliación de los servicios o de las zonas de incidencia. Esta parte describe:

- **cómo fortalecer las capacidades de las organizaciones de las personas trabajadoras del sexo** (secciones 6.5–6.7).

El capítulo también proporciona una lista **de recursos y lecturas complementarias** (sección 6.8).

Parte I: Gestión del programa

6.1 Introducción

Este capítulo explica las maneras de establecer un sistema de gestión para un programa de prevención y tratamiento de VIH e ITS, que atiende numerosos lugares de sexo comercial de un país o de una zona urbana, con el objetivo de prestar servicios mínimos a la proporción más grande posible de personas trabajadoras del sexo. Este tipo de programa requiere de una gestión centralizada y, según el tamaño del país, niveles adicionales de gestión para dar apoyo a las organizaciones implementadoras¹ locales.

Las intervenciones integrales de prevención y tratamiento de VIH e ITS con las comunidades² de personas trabajadoras del sexo son complejas y tienen varios aspectos que se deben abordar simultáneamente. Por ejemplo, requieren de sensibilización periódica a las personas trabajadoras del sexo y a sus clientes, normalmente en áreas con barreras sociales, culturales, religiosas y legales significativas. Las necesidades de las personas trabajadoras del sexo pueden variar según su género (femenino, masculino, transgénero), así como también por los lugares en que trabajan (en establecimientos³, en la calle, a través de internet o teléfono celular).

Muchas organizaciones implementadoras cuentan con poca experiencia en el trabajo con personas trabajadoras del sexo, mientras que las organizaciones de personas trabajadoras del sexo tienen capacidades organizativas limitadas para poder implementar y ampliar los programas por ellas mismas. Vincular los servicios clínicos existentes requiere fortalecer la capacidad de los proveedores para prestar servicios sin estigmatización a personas trabajadoras del sexo. El establecimiento de servicios fuera de los sectores gubernamentales y privados exige el establecimiento de una infraestructura y de procesos de gestión. Finalmente, el financiamiento a menudo proviene de varias fuentes, con requisitos diferentes respecto a los informes para los gobiernos y otros financiadores.

Los sistemas de gestión permiten tener en cuenta todos estos aspectos a través de:

- una definición clara de las funciones y responsabilidades, la supervisión, la gestión de las relaciones con los asociados externos, la defensa de derechos y la coordinación con otros programas.
- La planificación y la administración de actividades de intervenciones múltiples a varios niveles del programa en general.
- El apoyo de las actividades operativas, incluyendo los sistemas de informes de datos, la adquisición de productos, el seguimiento y mejoramiento de la calidad, el apoyo y la supervisión, la capacitación, entre otros.
- La implementación de procedimientos y controles financieros.

Este capítulo no constituye una guía integral sobre la planificación estratégica o de gestión. Los recursos para los aspectos esenciales de planificación estratégica y gestión de programas que no aplican exclusivamente a las personas trabajadoras del sexo se describen en la sección 6.8. El capítulo se centra en los enfoques y sistemas de gestión que responden a las necesidades únicas de los programas de personas trabajadoras del sexo y han sido utilizados en programas exitosos con un grado amplio de cobertura. Estos aspectos únicos incluyen:

Cobertura. La amplia cobertura de las poblaciones de personas trabajadoras del sexo es esencial para lograr un impacto a nivel de población y la cobertura debe contar con un seguimiento a todos los niveles – municipal,

1 Una organización que implementa una intervención de prevención para personas trabajadoras del sexo. Ésta puede ser una organización gubernamental, no gubernamental, basada en la comunidad o dirigida por la misma, y puede funcionar a nivel estatal, regional o local. A veces una organización no gubernamental presta servicios a través de subunidades en varias ubicaciones dentro de un área urbana y, en este caso, cada una de esas subunidades también se pueden considerar una organización implementadora.

2 En la mayoría de los contextos a los cuales se hace referencia, el término «comunidad» se refiere a una colectividad de personas trabajadoras del sexo y no a las agrupaciones geográficas, sociales o culturales más amplias de las cuales podrían formar parte. Por lo tanto, la «sensibilización comunitaria» hace referencia a la sensibilización de las personas trabajadoras del sexo, las «intervenciones dirigidas por la comunidad» son intervenciones iniciadas por ellas mismas y el término «miembros de la comunidad» se refiere a las personas trabajadoras del sexo.

3 Las personas trabajadoras del sexo de «establecimiento» trabajan en una variedad de lugares cerrados, en particular a domicilio, y en otros establecimientos donde se ejerce el trabajo sexual: prostíbulos, casas de huéspedes, bares, clubes, entre otros.

distrital, estatal y central. La planificación y el cálculo de la cobertura requieren de un estimado de la población total de personas trabajadoras del sexo (el denominador). Para contar con una visión de todo el país, el programa nacional de control del SIDA o la agencia central de gestión obtiene o coordina esta información de cobertura en asociación con todas las organizaciones implementadoras (véase la sección 6.2.6, recuadro 6.4). Los programas que logran una alta cobertura con un amplio alcance geográfico («programas estandarizados») requieren de relaciones estrechas entre el gobierno, donantes, organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones basadas en la comunidad (OBC).

Movilidad y migración. Las personas trabajadoras del sexo suelen mostrar una elevada movilidad, desplazándose dentro de una ciudad, país o a través de las fronteras estatales o nacionales con el fin de seguir la demanda fluctuante (p.ej., los festivales o trabajos de infraestructura o agricultura temporales). Las intervenciones deberían ser flexibles para satisfacer la demanda variable de trabajo de sensibilización y productos, así como también atender a las personas trabajadoras del sexo que podrían no conocer ni hablar el idioma local.

Liderazgo de las personas trabajadoras del sexo. Las personas trabajadoras del sexo son las más indicadas para localizar y establecer comunicación con sus pares e identificar los problemas de la comunidad. Los programas deberían tener como objetivo fortalecer las capacidades de las personas trabajadoras del sexo con el fin de que asuman esta función. En el momento de su diseño, y para que sean más eficaces y sostenibles, los programas deberían ofrecer a las personas trabajadoras del sexo puestos relevantes de gestión y de seguimiento de los programas (véase la sección 6.2.8 y el capítulo 1, sección 1.2.6 y el capítulo 3, sección 3.2).

Abordaje de las limitaciones estructurales Para lograr una eficacia óptima, las intervenciones respecto al VIH no deberían centrarse sólo en el cambio de hábitos a título individual, sino que también deberían tener en cuenta factores más estructurales que contribuyen a la vulnerabilidad de las personas trabajadoras del sexo, tales como la criminalización y otras discriminaciones jurídicas, la estigmatización, la discriminación, la pobreza, la inestabilidad de la vivienda, la violencia, el hostigamiento y el acceso limitado a servicios de salud, sociales y financieros. Las intervenciones implementadas a varios niveles para superar estas limitaciones estructurales se presentan en los capítulos 1, 2 y 5.

Respeto a la confidencialidad y protección de datos. La elaboración y gestión de un programa con personas trabajadoras del sexo requiere de información sobre las ubicaciones de los lugares de sexo comercial, el tamaño de la comunidad e, idealmente, la disponibilidad de un indicador de identificación que permita evaluar la cobertura del programa y evitar una doble contabilidad, en particular, donde existen múltiples organizaciones implementadoras. Los datos que identifican los lugares o los individuos deben ser manejados con confidencialidad estricta y ser protegidos de acceso libre por parte de individuos, grupos u organizaciones que deseen causar daño a las personas trabajadoras del sexo.

Flexibilidad y aprendizaje continuado del programa. El ámbito del sexo comercial cambia rápidamente debido a las fluctuaciones económicas, los problemas legales o sociales y a las nuevas tecnologías (teléfonos celulares e internet). Teniendo en cuenta este contexto cambiante y la inexperiencia relativa de la mayoría de las organizaciones en los programas de intervenciones para personas trabajadoras del sexo, es importante desarrollar sistemas que permitan adaptar el programa rápidamente y difundir las lecciones e innovaciones a través del mismo.

6.2 La planificación e implementación de un programa de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo

La creación de un programa estandarizado requiere de la colaboración de asociados en diferentes niveles operativos:

- a nivel central. Por ejemplo, el programa nacional de control del VIH/SIDA o una institución nacional si el programa se realiza en todo el país; o una organización o institución regional o estatal en caso de que el programa no sea de alcance nacional.
- a nivel intermedio. Pudiera ser una ONG u otro asociado a nivel estatal, regional o municipal.
- a nivel local. Las organizaciones implementadoras.

Los elementos de un programa estandarizado se presentan en la tabla 6.1 y se describen con detalle más abajo. En cada caso, la agencia o institución más importante encabeza la planificación de cada elemento, en colaboración con las agencias u organizaciones en otros niveles. Aunque este capítulo está redactado principalmente desde el punto de vista de la planificación a nivel central, también están las funciones y responsabilidades múltiples de cada nivel del programa en lo que respecta a la gestión, la supervisión y el seguimiento, como se muestra en la figura 6.3 (sección 6.2.4) y la figura 6.6 (sección 6.2.7). Muchos de los elementos descritos para un programa estandarizado son relevantes para programas de otras dimensiones.

Tabla 6.1 Elementos de un programa estandarizado de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo

Diseñar un programa estandarizado para personas trabajadoras del sexo	• Definir el programa y los estándares (sección 6.2.1). • Establecer un sistema de seguimiento de datos para la gestión (sección 6.2.2). • Planificar la evaluación del programa (sección 6.2.3).
Estructurar un programa estandarizado para personas trabajadoras del sexo	• Definir la estructura de gestión (sección 6.2.4).
Implementar un programa a estandarizado para personas trabajadoras del sexo	• Establecer las prioridades (sección 6.2.5). • Implementar el programa por etapas (sección 6.2.6). • Establecer un sistema de supervisión (sección 6.2.7). • Asegurar una progresiva participación real de las personas trabajadoras del sexo (sección 6.2.8).

Diseñar un programa estandarizado para personas trabajadoras del sexo

6.2.1 Definir el programa y los estándares

Es muy importante articular y entender claramente el marco de planificación secuencial del programa, las intervenciones específicas del mismo y los estándares de implementación esperados. El poder articularlos y entenderlos permitirá:

- clarificar los diferentes elementos de las intervenciones y los paquetes del programa.
- Establecer una base para el diseño del sistema de seguimiento (p.ej., definir el proceso, las entradas, salidas e indicadores de impacto, etc).
- Posibilitar la evaluación de la calidad del programa.

Un marco de planificación secuencial ilustra las intervenciones del programa así como también cómo se espera que estas logren el impacto deseado. Identifica las habilidades técnicas y los recursos humanos requeridos, así como también los productos y suministros, la capacitación necesaria y, dependiendo de la dimensión, de la intervención y el presupuesto. Estos elementos son ajustados periódicamente a partir de los datos nuevos y así las lecciones e innovaciones locales habrán demostrado tener éxito.

Muchos países disponen de planes estratégicos y guías de implementación donde un marco de planificación secuencial está implícito. Sin embargo, el definir un marco de planificación secuencial ayuda a clarificar las necesidades de seguimiento y evaluación (ejemplos de directrices de países, planes estratégicos y procedimientos operativos estándares se presentan en la sección 6.8.).

La figura 6.1 ilustra el marco de planificación secuencial de un programa para una intervención destinada a las personas trabajadoras del sexo con múltiples componentes. La secuencia de los cambios previstos es importante para el diseño de la evaluación del programa abordado en la sección 6.2.3.

Sin embargo, este marco de planificación secuencial no identifica los estándares que deben ser respetados durante la implementación. Los estándares técnicos y de gestión para cada aspecto de la intervención son definidos por el programa, idealmente, en colaboración con las organizaciones implementadoras y en conformidad con los valores y las preferencias de la comunidad. Por ejemplo:

- **Aspectos técnicos**

- ¿Cuál es el porcentaje previsto de trabajadores de sensibilización comunitaria⁴ en relación a los miembros de la comunidad?
- ¿Con qué frecuencia se espera que un trabajador de sensibilización comunitaria se deba reunir con las personas trabajadoras del sexo?
- ¿Cuál debería ser el contenido de la sesión de sensibilización?
- ¿Con qué frecuencia deberían ofrecerse las pruebas voluntarias de VIH?
- ¿Qué fármacos deberían utilizarse para tratar las ITS?
- ¿Cuántos paquetes de condones y lubricantes deberían ser distribuidos?

- **Aspectos de gestión**

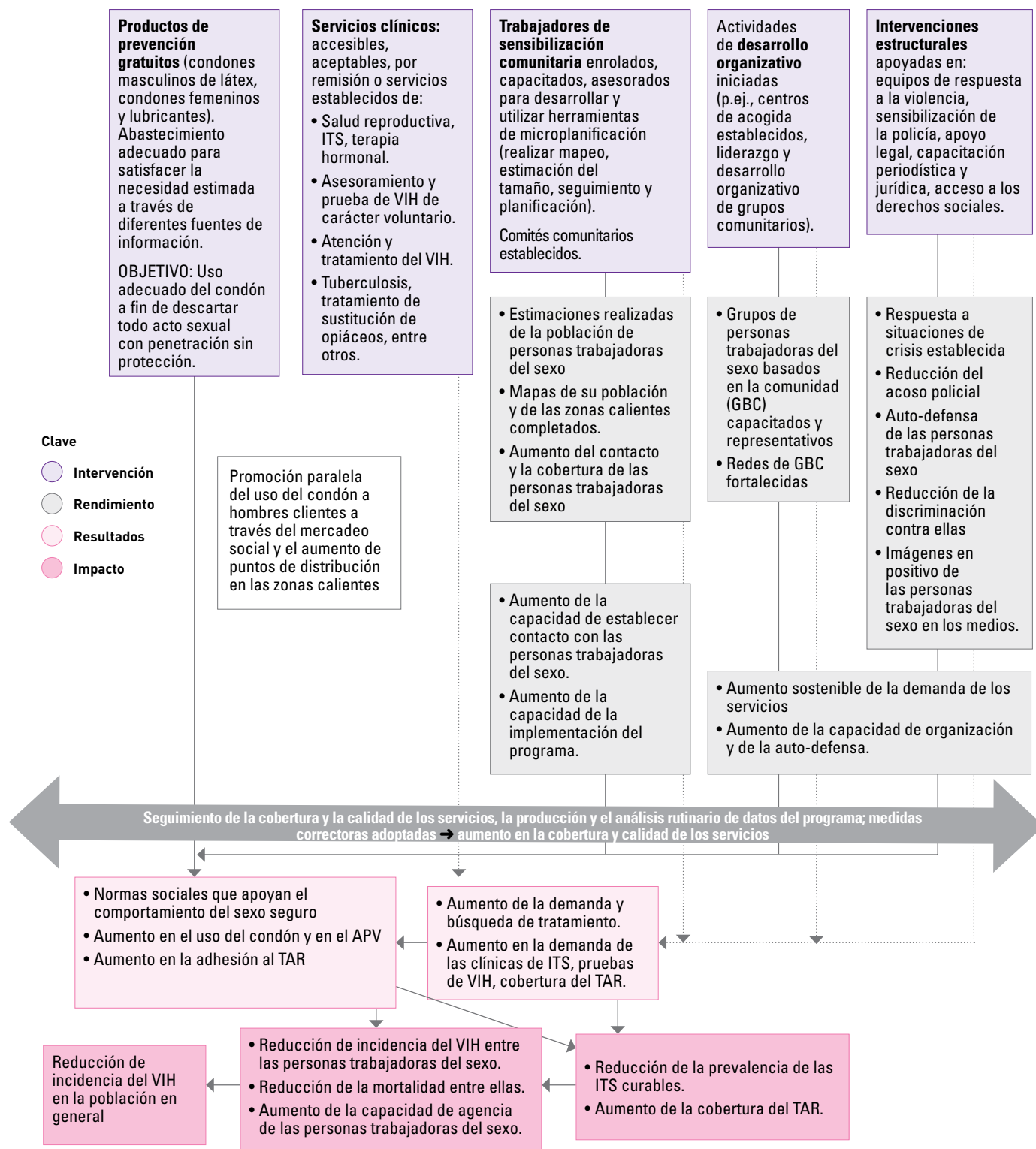
- Frecuencia de la supervisión de cada nivel del programa y área técnica, incluyendo la frecuencia de las reuniones entre los trabajadores de sensibilización comunitaria y sus supervisores o jefes.
- Definición de los indicadores a recopilar.
- Frecuencia de los informes sobre los indicadores de seguimiento.

Los otros capítulos de este documento brindan algunas recomendaciones de estándares específicos para las intervenciones en el sexo comercial (véase por ejemplo el capítulo 3, sección 3.4). Los estándares de servicios clínicos son definidos por cada país como parte de sus directrices nacionales o, si no están disponibles, por las directrices regionales o mundiales de la OMS. Las directrices para la atención integral de las ITS a menudo deben de ser elaboradas o modificadas para las poblaciones de personas trabajadoras del sexo, dada la mayor prevalencia de las ITS entre las personas trabajadoras del sexo en la mayoría de países, y para responder al contenido de diagnóstico y gestión de las ITS rectales, los cuales no se abordan en las directrices nacionales. Los estándares para la sensibilización, el desarrollo organizativo y las intervenciones estructurales son generalmente inexistentes y deberían ser elaborados o adaptados al contexto específico del programa.

⁴ En este instrumento, la expresión «trabajador de sensibilización comunitaria» se usa para referirse a una persona trabajadora del sexo que sensibiliza a sus pares y que, en general, no forma parte del personal a tiempo completo en una intervención para la prevención del VIH (el personal a tiempo completo se puede denominar «trabajador de sensibilización del personal» o simplemente «trabajador de sensibilización»). Los trabajadores de sensibilización comunitaria también pueden ser conocidos por otros términos como «educadores inter pares», «trabajadores de sensibilización inter pares» o también como «trabajadores de sensibilización». Sin embargo, los términos «comunitario» o «pares» no deben, en ningún caso, entenderse ni utilizarse para referir que estas personas son menos calificadas o menos capacitadas que los trabajadores de sensibilización que forman parte del personal.

Figure 6.1 Marco de planificación secuencial de un programa para una intervención destinada a las personas trabajadoras del sexo con múltiples componentes

Servicios objetivo: Basados en un mapeo y estimación del tamaño en cada distrito, centrados principalmente en la densidad y riesgo más elevado. Implementación de un paquete multicomponente para personas trabajadoras del sexo.



Fuente: *Avahan India AIDS Initiative* (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India)

5 El término "agencia" en este contexto (y en otras partes de este capítulo donde el término claramente no significa "organización") refiere a la elección, el control y el poder que una persona trabajadora del sexo tiene para actuar por sí misma.

**Recuadro
6.1**

Ejemplo de caso: establecer estándares de calidad nacionales para las intervenciones con las personas trabajadoras del sexo en Costa de Marfil

En Costa de Marfil, las actividades de prevención del VIH basadas en la comunidad y en las clínicas para las mujeres trabajadoras del sexo comenzaron en 1991 con el establecimiento de una clínica especializada en la capital. Tras el éxito de este programa, en 1996 varios asociados internacionales y nacionales apoyaron la ampliación del modelo. Con el fin de estandarizar y garantizar los servicios de alta calidad para las personas trabajadoras del sexo, el Programa nacional para la prevención del VIH entre las poblaciones altamente vulnerables y sus asociados elaboraron un «paquete mínimo de actividades de prevención y atención para personas trabajadoras del sexo» en 2007. Los estándares de calidad para cada una de estas actividades se elaboraron durante un proceso de dos años que incluyó la participación de todos los asociados. Un grupo de trabajo técnico definió un conjunto de estándares, clasificados en tres categorías:

1. Inicio (infraestructura de salud, personal, entre otros).
2. Proceso (directrices clínicas, procedimientos, algoritmos).
3. Resultados (satisfacción de los pacientes, cobertura de la población objetivo, etc.).

Se utilizó un formato sistemático para cada uno de los estándares: una declaración del estándar; los criterios que describen los elementos necesarios para satisfacer el estándar; y los indicadores que permitieron medir los criterios. El taller de validación, con 50 participantes, permitió la publicación en 2009 de una guía nacional finalizada y aprobada sobre los estándares de calidad. Estas directrices fueron implementadas en todo el país junto con capacitación en el campo de agencias implementadoras, entrenamiento continuado, difusión de herramientas para medir los estándares y auditorías de calidad.

6.2.2 Establecer un sistema de seguimiento de datos para la gestión

Es necesario contar con un sistema de recogida rutinaria de datos que aglutine y consolide la información necesaria para que los indicadores del tablero de instrumentos⁶ puedan ser objeto de seguimiento y permitir la «profundización», es decir, la capacidad de examinar los informes detallados de los niveles inferiores. Por ejemplo, la dirección central (nacional) accede a los datos del nivel estatal, regional o provincial, mientras que los responsables a nivel estatal o provincial y las organizaciones implementadoras acceden a los informes de los trabajadores de primera línea. Esto permite que los responsables identifiquen las áreas o ámbitos de implementación cuyo rendimiento es sustancialmente diferente del resto (p.ej., una distribución baja de condones y lubricantes o baja cobertura de la población estimada de personas trabajadoras del sexo) y puede requerir medidas adicionales para su mejoramiento.

Un sistema de seguimiento bien concebido:

- permite convertir los datos recogidos periódicamente en indicadores útiles para el programa y favorece decidir sobre su gestión en los diferentes niveles en que los datos se recogen. Los datos que no son útiles ni utilizados en el nivel de recogida de datos no se priorizan y, con frecuencia, no son destacables. Cabe destacar que otros datos complementarios pueden ser recogidos en cada uno de los niveles de implementación y gestión. Pueden ser utilizados para mejorar los servicios.
- Capta las interacciones entre las personas trabajadoras del sexo con los trabajadores de sensibilización comunitaria o los servicios clínicos (p.ej., durante los contactos formales con un trabajador de sensibilización comunitaria, las consultas médicas, las remisiones a servicios, entre otros) con el mínimo de errores posible (transferencia limitada y duplicación de datos),

⁶ Los indicadores del tablero de instrumentos constituyen los indicadores más importantes para el seguimiento del programa y son aglutinados a nivel nacional. Proporcionan una visión general del funcionamiento del programa (así como los medidores en el tablero de instrumentos de un coche indican al conductor el estado de funcionamiento del motor).

- Cuenta con definiciones claras de los indicadores y el control continuo de la calidad de los datos.
- Aglutina los datos al nivel superior pero retiene la capacidad de profundización.

Recuadro 6.2

Ejemplo de caso: utilización los datos de seguimiento rutinario y entrevistas cualitativas para mejorar los servicios en la India

La distribución de condones gratuitos a través del trabajo de sensibilización cotidiano constituyó un componente esencial de la *Avahan India AIDS Initiative* (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India). Un examen de los datos del seguimiento rutinario de la distribución de condones a comienzos de 2005 (un año después del inicio del programa) reveló que para un total aproximado de 120 ONG, cerca del 50% de los aproximadamente 700.000 condones distribuidos mensualmente de forma gratuita estaban siendo distribuidos por trabajadores de sensibilización que no eran personas trabajadoras del sexo.

Esta observación hizo surgir preguntas sobre si las personas más necesitadas estaban recibiendo los condones y por qué los trabajadores de sensibilización comunitaria, que tienen más contacto con los miembros de la comunidad, no fueron los responsables principales de la distribución de condones. Los debates entre las ONG implementadoras, los trabajadores de sensibilización que no ejercen el trabajo sexual y los trabajadores de sensibilización comunitaria revelaron que algunos trabajadores de las ONG dudaban de la capacidad de los trabajadores de sensibilización para ajustar los abastecimientos a las necesidades individuales de las personas trabajadoras del sexo, mantener un registro adecuado o hasta distribuir los condones con eficiencia.

Para resolver este problema, las ONG implementadoras en los niveles estatales y local lanzaron sesiones de fortalecimiento de las capacidades con el fin de mejorar la capacidad de los trabajadores de sensibilización para llevar a cabo estas tareas. También elaboraron herramientas para el registro y el seguimiento de la distribución de condones y capacitaron a los trabajadores de sensibilización que no ejercen el trabajo sexual para entrenar y formar a los trabajadores de sensibilización comunitaria en lugar de solamente supervisarlos. Después de la introducción de estos cambios, la participación de las personas trabajadoras del sexo en la prestación de servicios, entre ellos la distribución de condones, aumentó sustancialmente: un año después, 2,5 millones de condones gratuitos estaban siendo distribuidos cada mes.

Para los programas con personas trabajadoras del sexo, se dispone de ocho fuentes principales de datos para el diseño, el seguimiento y la gestión del programa (A-H en la tabla 6.2). Estos aspectos se abordan en las siguientes tres páginas. Se encontrará en la tabla 6.3, que sigue a esta sección, un ejemplo de una estructuración de datos de programa que puede ser utilizada por la dirección superior en el seguimiento del progreso hacia el objetivo de ampliación del programa.

Tabla 6.2 Fuentes principales de datos para el diseño, el seguimiento y la gestión de los programas de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo

A	Actividades especiales de recogida de datos.
B	Datos del programa no recogidos periódicamente en el contacto directo con las personas trabajadoras del sexo y en los servicios del programa.
C	Datos del programa recogidos del contacto regular entre las personas trabajadoras del sexo y los servicios del programa.
D	Datos administrativos relacionados con los servicios, incluyendo fármacos, consumibles y remisiones.
E	Evaluaciones cualitativas.
F	Seguimiento de la calidad.
G	Datos de los gastos.
H	Otros datos externos.

Fuentes de datos para el diseño, el seguimiento y la gestión del programa

A. Actividades específicas de recogida de datos

El mapeo de las personas trabajadoras del sexo y las estimaciones de tamaño de las poblaciones son ejemplos de actividades específicas de recogida de datos. Estas son necesarias para la iniciación de un programa, la planificación del presupuesto y las actividades del programa así como para la identificación de los servicios a ofrecer y su ubicación (véase la sección 6.2.6, parte A). Las estimaciones de tamaño de una población permite valorar la amplitud de cobertura al utilizar los datos del intercambio con las personas trabajadoras del sexo y los servicios en el territorio o el trabajo de sensibilización. Las estimaciones de tamaño basadas en los datos de campo -en lugar de las estimaciones nacionales o provinciales- son determinantes para en la elaboración de un programa, ya que ayudan a las organizaciones implementadoras a desarrollar planes de intervención basados en el territorio de acción. Los ejercicios matemáticos de estimación del tamaño pueden ser utilizados para validar estas estimaciones. Las estimaciones de tamaño son actualizadas periódicamente y se puede efectuar un nuevo mapeo si la situación social, política o económica conduce a cambios significativos para la población de personas trabajadoras del sexo.

Nota: Los mapas y otros datos que contienen información sobre las personas trabajadoras del sexo (p.ej., ubicación, tipos de prácticas sexuales, etc.) se deben considerar confidenciales y mantenerse en una ubicación central segura, como puede ser un espacio seguro (centro de acogida).⁷ Los planificadores de programas y organizaciones implementadoras deben asegurarse de que los mapas no caigan en manos de las autoridades policiales u otros grupos que puedan usarlos para localizar y clausurar los establecimientos o hasta causarles daño a las personas trabajadoras del sexo. Si estos datos confidenciales son divulgados, es muy probable que el programa pierda la confianza de la comunidad.

Las **encuestas aleatorias** constituyen otra actividad específica de recogida de datos y evalúan el uso reportado del condón con clientes y parejas regulares, el uso compartido de agujas o el acceso a servicios de VIH, con el fin de dar seguimiento al progreso del programa.

B. Datos de programa no recogidos regularmente durante el contacto directo entre las personas trabajadoras del sexo y los servicios del programa

Infraestructura de seguimiento (p.ej., número de espacios seguros, número de clínicas) **y personal** (p.ej., número de personas reclutadas, capacitadas una y otra vez por posición, calidad de la capacitación). Estos datos son importantes para el seguimiento de la prestación de servicios sobre el área geográfica predeterminada y los recursos humanos. El seguimiento del cambio de personal esperado o imprevisto de trabajadores de sensibilización comunitaria es necesario para la planificación de capacitaciones de nuevos trabajadores, así como de las actividades progresivas para el fortalecimiento de las capacidades.

Los datos de inscripción de personas trabajadoras del sexo a medida que se asocian al programa: tras la inscripción en el programa, a la persona trabajadora del sexo se le asigna un código único (que debe proteger su anonimato). Datos útiles para recoger en la inscripción incluyen:

- Variables demográficas sobre la persona trabajadora del sexo: edad, género, tipo de sexo comercial practicado (en las calles, establecimientos, entre otros), cantidad de tiempo practicando el trabajo sexual, etc
- Variables que capten los hábitos antes de la participación en el programa: uso reportado del condón en el último acto de sexo comercial con penetración; estimación de parejas por semana; prueba de VIH voluntaria durante el último año, entre otros.

Estos datos son útiles en la estimación de las necesidades de condones y lubricantes de las personas trabajadoras del sexo (según el tipo de sexo comercial y el promedio de parejas que les exigen el sexo con penetración) y proporcionan una medida del riesgo entre la población para la priorización de servicios. Los datos pueden ser triangulados con otros datos para la evaluación del programa.

⁷ Lugar donde las personas trabajadoras del sexo se reúnen para relajarse, conocer a otros miembros de la comunidad y llevar a cabo eventos sociales, reuniones o capacitaciones. Consultar el capítulo 3, sección 3.3 para más detalles.

C. Datos de programa obtenidos del contacto regular entre las personas trabajadoras del sexo y los servicios del programa

Los datos obtenidos de las personas trabajadoras del sexo a través del contacto regular con los trabajadores y servicios de sensibilización y servicios clínicos son clave en el seguimiento de la cobertura del programa. Idealmente, esta información debería ser recogida en el momento del contacto y traspasada a la ONG y a los niveles provincial, estatal y nacional del programa con la mínima transcripción posible para evitar errores. Dependiendo del nivel de educación del trabajador de sensibilización comunitaria, pueden ser utilizadas herramientas gráficas. En este caso, el papel del supervisor/jefe del trabajador de sensibilización comunitaria es el de captar esta información de forma anónima en un formato electrónico (p.ej., número de contactos nuevos y frecuentes, número de condones repartidos, número de remisiones, entre otros).

Además de los datos asociados con las actividades de sensibilización rutinaria, algunos datos a los que el programa podría dar seguimiento son aquellos generados de manera irregular, como los datos sobre los incidentes de violencia o la violación de sus derechos humanos. Debido a que estos hechos acontecen de manera extraordinaria y que generalmente se requiere un formulario complementario para registrarlos, estos datos pueden ser difíciles de seguir. Se recomienda que cada lugar de intervención entregue informes rutinarios aunque no haya ningún acontecimiento a reportar, con el fin de entender si las bajas cifras reflejan la realidad o existe un error en la recogida de la información.

Mecanismos de seguimiento. Las personas trabajadoras del sexo pueden presentar una elevada movilidad, desplazándose de un área a otra en un país o incluso emigrando a través de las fronteras. Por consiguiente, es difícil seguir el número total de personas trabajadoras del sexo beneficiarias de servicios ya que, al mudarse a otras áreas atendidas por otro equipo u organización implementadora, podrían contabilizarse como personas trabajadoras del sexo «nuevas» en el programa. Una manera de abordar este asunto es preguntar a las personas trabajadoras del sexo aparentemente “nuevos” en el programa si han recibido servicios anteriormente y dónde; otra manera sería proveer alguna forma de identificación anónima y no estigmatizante que indique que la persona trabajadora del sexo ha sido beneficiaria de servicios del programa. Una ONG local o unidad de servicio podría registrar los nuevos contactos, los contactos nuevos en el territorio y los contactos anteriores como una forma de distinguir entre unos y otros, mientras se capta el grado de movilidad.

Los marcadores biométricos, como las huellas digitales registradas electrónicamente, han sido con frecuencia propuestas como una manera de identificar a las personas participantes del programa. El gasto asociado con la instalación de dispositivos electrónicos de recogida de datos en todos los puntos de servicio así como el mantenimiento de una base de datos centralizada hace esta propuesta inviable para la mayoría de programas. Sin embargo, incluso cuando el costo no constituye un problema, el uso de datos biométricos es considerado un atentado a los derechos de las personas trabajadoras del sexo, debido al potencial de abuso de los datos de identificación por parte de las autoridades policiales u otros grupos. Por lo tanto, el uso de datos biométricos no es recomendado en programas con personas trabajadoras del sexo.

D. Datos administrativos relacionados con los servicios, incluyendo fármacos, consumibles y remisiones

El abastecimiento de fármacos y consumibles se realiza siguiendo una política de gestión de existencias y procedimientos apropiados. Estos datos administrativos son importantes para garantizar el abastecimiento constante e ininterrumpido de fármacos, consumibles y mercancías; para dar seguimiento al consumo/distribución como marcadores de la cobertura (p.ej., condones distribuidos en comparación con el área estimada); y para corroborar los informes clínicos (p.ej., fármacos para las ITS y síndromes reportados).

Los resultados de las remisiones (es decir, si la persona trabajadora del sexo remitida a un servicio se presentó a la consulta, y no en función de los resultados clínicos) deberían ser evaluados a través de un canal de comunicación establecido con el servicio de remisión. Los resultados clínicos, como el de una prueba de VIH o una carga vírica indetectable, son resultados cuyo seguimiento es importante, sin embargo, la recogida de estos datos no incumbe a las intervenciones con las personas trabajadoras del sexo.

E. Evaluaciones cualitativas

Las evaluaciones cualitativas periódicas con los miembros de la comunidad pueden determinar si la comunicación es fluida y eficaz y si existen necesidades desatendidas que puedan ser satisfechas por el programa. También podrían ser utilizadas para un análisis más profundo y la comprensión de las respuestas en las encuestas cuantitativas.

Recuadro 6.3

Ejemplo de caso: utilización de la información cualitativa y otras fuentes de datos para informar al programa. Ghana

En Ghana, dos estudios cualitativos recientes han mostrado la tendencia relacionada con hombres jóvenes que tienen sexo con hombres y que practican también el sexo comercial con hombres mayores con el fin de beneficiarse de apoyo material, incluyendo ropa, renta y comida. En el 2012, FHI 360/SHARPER (el proyecto *Strengthening HIV and AIDS Response Partnership with Evidence-based Results* (Fortalecer las asociaciones de respuesta al VIH y SIDA con resultados basados en evidencias) financiado por USAID en Ghana) identificó a un colectivo hasta hoy invisible de hombres trabajadores del sexo que trabajan en prostíbulos o a través de internet. Los debates con estos hombres trabajadoras del sexo revelaron que sólo una pequeña proporción había sido atendida a través de las intervenciones de educación tradicionales dirigidas por la comunidad para los hombres que tienen sexo con hombres. SHARPER estableció relaciones con tres de las siete redes de sexo comercial y, a principios de 2013, comenzó a implementar sensibilización sobre la prevención y el APV a través de eventos. En la actualidad, algo menos del 50 por ciento de los individuos atendidos conocen su estado serológico y los hombres trabajadores del sexo infectados por el VIH han sido remitidos a los servicios de atención y tratamiento correspondientes.

F. Seguimiento de la calidad

El proceso de establecimiento de estándares descrito en la sección 6.2.1 sirve de fundamento del seguimiento de la calidad, así que los servicios son evaluados en relación con los estándares especificados (aseguramiento de la calidad). Las evaluaciones pueden realizarse externamente a través de auditorías de calidad o del uso de enfoques participativos. La adopción de medidas para resolver las deficiencias identificadas (mejora de la calidad) es un paso importante para maximizar la calidad de los servicios.

G. Datos sobre los gastos

Estos datos son importantes para seguir el estado financiero del proyecto y garantizar que los pagos a las organizaciones implementadoras se efectúen de manera puntual, con el fin de asegurar el funcionamiento continuado del programa. Además, la codificación estandarizada a través de todas las organizaciones implementadoras puede permitir al programa estimar el costo por beneficiario de cada una de las organizaciones implementadoras e identificar a aquellos a los que se debería aplicar controles de gestión adicionales.

H. Otros datos externos

Los datos de otras fuentes externas al programa, como la vigilancia gubernamental, la investigación académica o las encuestas efectuadas por otras instituciones pueden ser útiles para informar del progreso o destacar ajustes necesarios del programa.

Tabla 6.3 Indicadores de seguimiento ilustrativos de una intervención con varios componentes en el sexo comercial

Estos son indicadores ilustrativos; otros indicadores pueden ser apropiados para cada zona de intervención. Los planificadores de programas deberían consultar la «Technical guide for countries to programme, monitor and set targets for HIV prevention, treatment and care for sex workers and men who have sex with men and transgender people» de la OMS (en desarrollo desde septiembre del 2013) y otras directrices nacionales. Las consideraciones prioritarias son: indicadores útiles para la implementación que también pueden ser incorporados a niveles superiores; y la coherencia en las definiciones entre todos los asociados implementadores del país con el fin de obtener una visión global del progreso.

Componente	Indicador	Fuentes de información
Establecimiento y mantenimiento de la infraestructura del programa		
La presencia en la zona geográfica	% de distritos y municipalidades con contratos de servicios firmados.	Datos/informes del programa. Documentos de planificación basados en “mapeos” y estimaciones de tamaño.
	% de municipios y lugares donde se han establecido servicios integrales.	Datos/informes del programa. Documentos de planificación basados en “mapeos” y estimaciones de tamaño.
Los servicios en la zona geográfica	% de oficinas del proyecto establecidas.	Datos/informes del programa. Documentos de planificación basados en “mapeos” y estimaciones de tamaño.
	% de espacios seguros (centros de acogida)/ centros comunitarios establecidos o abiertos.	Datos/informes del programa. Documentos de planificación basados en “mapeos” y estimaciones de tamaño.
	% de intervenciones que hayan establecido vínculos para servicios de salud reproductiva.	Datos/informes del programa. Informes de evaluación de los lugares de intervención
	% de intervenciones que hayan establecido vínculos para servicios del APV.	Datos/informes del programa. Informes de evaluación de los lugares de intervención
	% de intervenciones que hayan establecido vínculos para servicios de atención y tratamiento del VIH.	Datos/informes del programa. Informes de evaluación de los lugares de intervención
El personal del proyecto reclutado y formado	% de directores/coordinadores regionales o municipales.	Informes del programa. Documentos de planificación.
	% de supervisores/responsables de sensibilización (el objetivo es de 1 por cada 5–7 trabajadores de sensibilización comunitaria).	Informes del programa. Estimaciones de tamaño de la población.
	% de personal técnico a nivel de región y municipio (el número debe permitir una visita por lo menos mensual de todos los lugares de intervención para la supervisión con apoyo/ revisión de datos: generalmente 1 por cada 3-5 lugares). Áreas técnicas orientativas: seguimiento de la gestión, servicios clínicos (salud reproductiva, APV, TAR), intervenciones estructurales/defensa de derechos, sensibilización, gestión/administración financiera.	Informes del programa. Documentos de planificación.

Componente	Indicador	Fuentes de información
	% de personal administrativo y financiero.	Informes del programa. Documentos de planificación.
	% de trabajadores de sensibilización comunitaria (el objetivo es de ~1 por cada 50 personas trabajadoras del sexo en un lugar dado).	Informes del programa Estimaciones de tamaño de la población.
Cambio de personal	Número de trabajadores de sensibilización comunitaria que cesaron de trabajar durante el mes anterior.	Informes del programa
Capacitación del personal	Número de trabajadores de sensibilización comunitaria formados durante el mes anterior.	Informes del programa
	Número de supervisores/responsables de sensibilización formados durante el mes anterior.	Informes del programa
	Número de personal técnico formado durante el mes anterior.	Informes del programa
Intervenciones sobre los hábitos de conducta		
Frecuencia del contacto con las personas trabajadoras del sexo	% de personas trabajadoras del sexo individuales atendidas mensualmente con el paquete de prevención (como definido por el programa; véase la sección 6.2.1) (Se calcula dividiendo el número total de personas trabajadoras del sexo individuales atendidas por los trabajadores de sensibilización comunitaria en un mes por el número total de personas trabajadoras del sexo objetivo del programa)	Herramientas de microplanificación. Estimaciones periódicas de los denominadores.
Condones y lubricantes		
Distribución y abastecimiento adecuado de condones	Razón entre el número de condones distribuidos y el número estimado de condones necesarios al mes.	Herramientas de microplanificación. Registros del abastecimiento de condones. Preguntas de inscripción sobre el tipo de sexo comercial practicado y promedio de parejas. Otras evaluaciones de áreas.
	Número de ONG/OG/OBC que hayan reportado falta de suministro de condones para su distribución gratuita durante el mes anterior.	Registros de abastecimiento de condones de las ONG/OG/OBC.
	Número de ONG/OG/OBC que hayan reportado falta de suministro de lubricantes para su distribución gratuita durante el mes anterior.	Registros de abastecimiento de las ONG/OG/OBC.
Cambio de hábitos	% de personas trabajadoras del sexo que hayan reportado el uso del condón durante su último acto de sexo comercial.	Preguntas de inscripción (de referencia). Preguntas de rutina en las consultas médicas. Encuestas aleatorias.

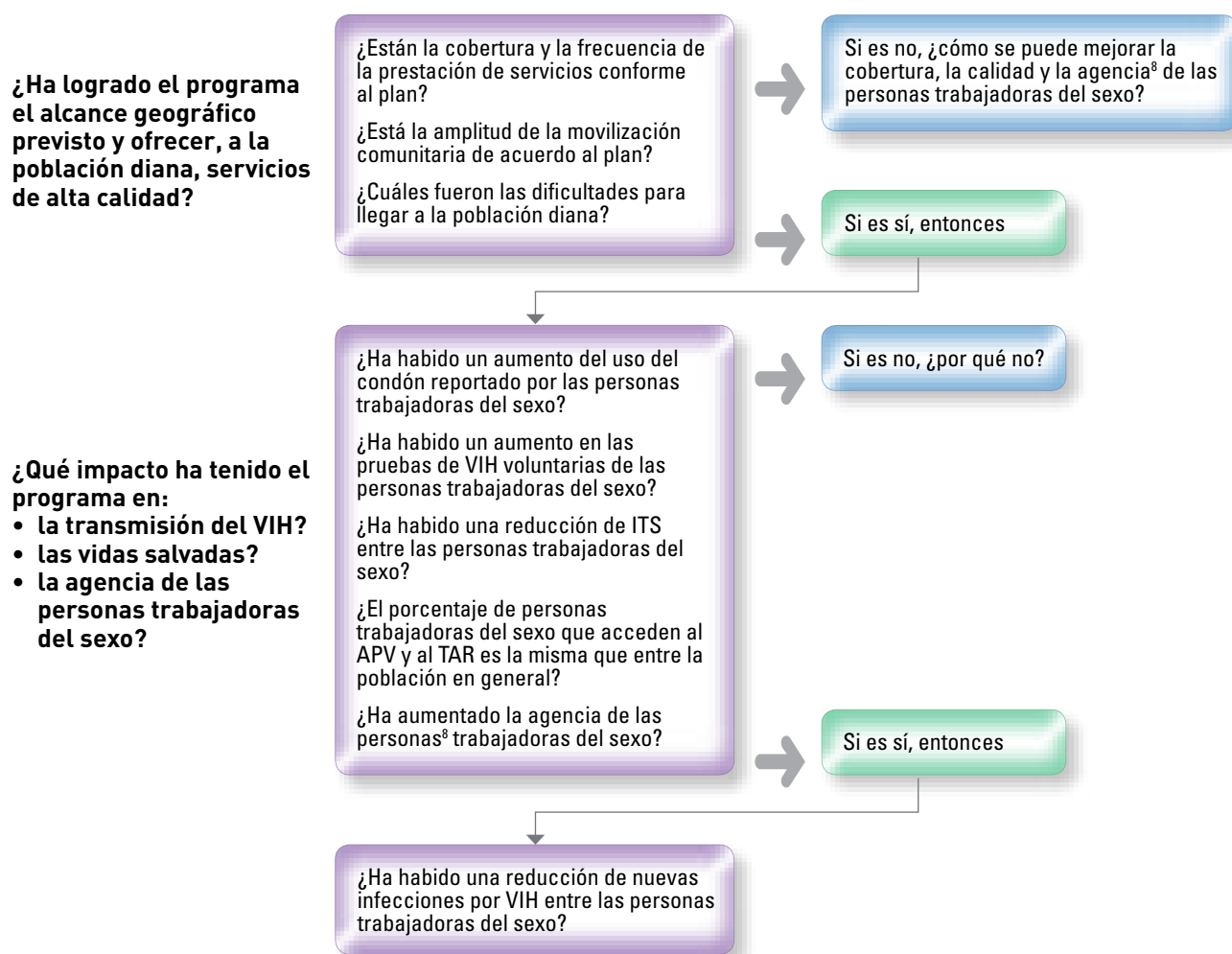
6 Gestión de programas y fortalecimiento de la capacidad organizativa

Componente	Indicador	Fuentes de información
	% de personas trabajadoras del sexo que hayan reportado el uso del condón durante su último acto sexual con su pareja regular.	Preguntas de inscripción (de referencia). Preguntas de rutina en las consultas médicas. Encuestas aleatorias.
Servicios clínicos		
Uso de servicios de salud reproductiva/ITS	% de personas trabajadoras del sexo remitidas a servicios de ITS al mes.	Formularios de remisión. Estimaciones periódicas de los denominadores.
	% de personas trabajadoras del sexo que hayan tenido acceso a los servicios de ITS al mes.	Formularios clínicos Estimaciones periódicas de los denominadores.
Síndromes de ITS	% de personas trabajadoras del sexo con síndromes de ITS que acuden a la consulta trimestralmente.	Formularios clínicos.
APV	% de personas trabajadoras del sexo remitidos a servicios de APV al mes.	Formularios de remisión. Estimaciones periódicas de los denominadores.
Atención y tratamiento del VIH	% de personas trabajadoras del sexo que recientemente han sido diagnosticados con VIH y remitidos a servicios de atención mensual.	Formularios del programa
	% de personas trabajadoras del sexo elegibles para el TAR que han iniciado el tratamiento con frecuencia mensual.	Formularios del programa
	% de personas trabajadoras del sexo que han iniciado su TAR y permanecen y se adhieren al tratamiento durante un año.	Formularios clínicos
Intervenciones estructurales/Movilización comunitaria		
Violaciones de derechos	Número de incidentes de violencia contra las personas trabajadoras del sexo reportados.	Formularios de reportes de violencia
	% de reportes de violencia que fueron objeto de respuesta dentro de [período de tiempo designado] por el sistema de respuesta a las crisis.	Formularios de respuesta a una situación crítica
Estigmatización	Número de incidentes de estigmatización en los servicios clínicos reportados.	Formularios de reportes de estigmatización
Derechos sociales	Número de personas trabajadoras del sexo que acceden a tarjetas de racionamiento/ tarjetas de votación/identificación/cuentas bancarias, entre otros.	Formularios de informes
Movilización comunitaria	% de miembros de grupos comunitarios que son personas trabajadoras del sexo pero no son trabajadores de sensibilización comunitaria.	Formularios de informes

6.2.3 Planificar la evaluación del programa

Un plan de evaluación debería valorar la fidelidad del programa a su diseño original (es decir, ¿ha sido implementado siguiendo las secuencias y con los elementos definidos en el modelo lógico del programa?) como también a su impacto previsto. Un marco ilustrativo de evaluación de alto nivel se presenta en la figura 6.2. Véase también la sección 6.8 para una lista de documentos de orientación para el diseño de programas de evaluación para personas trabajadoras del sexo.

Figura 6.2 Marco de evaluación para programas de VIH/ITS de múltiples componentes para personas trabajadoras del sexo



Algunos aspectos clave a tener en cuenta en el diseño de la evaluación son los siguientes:

- **Claridad de los objetivos de la evaluación.** Dado que el análisis y la difusión son generalmente insuficientemente presupuestados, se aconseja definir y presupuestar las actividades de seguimiento y evaluación desde el inicio del programa. Se recomienda que el 5–10 por ciento del presupuesto total sea asignado al seguimiento y la evaluación.

Es necesario identificar claramente lo que se está midiendo, para quién y con cuanta «certidumbre» en la inferencia estadística. Los niveles de certeza son definidos en términos de adecuación, plausibilidad y probabilidad:

- Las **evaluaciones de adecuación** evalúan el nivel de conformidad de las intervenciones según el marco lógico del programa y si ocurrió el cambio esperado.

8 El término «agencia» en este contexto (y en otras partes de este capítulo donde el término claramente no significa «organización») refiere a la elección, el control y el poder que una persona trabajadora del sexo tiene para actuar por sí misma.

- › se debieron al programa, por lo general por la elección de un grupo de control.
- › Las **evaluaciones de plausibilidad** recogen datos que aumentan la confianza en que los cambios observados son atribuibles al programa, generalmente a través de la presencia de un grupo de control. En el caso de los programas dirigidos a las personas trabajadoras del sexo, es muy probable que se trate de un grupo de control veterano constituido a partir de la recogida de datos inicial.
- › Las **evaluaciones de probabilidad** implican la aleatorización y no son necesarias o factibles para la mayoría de evaluaciones de programas.

La mayoría de evaluaciones dirigidas a personas trabajadoras del sexo encajan entre la adecuación y la plausibilidad. Cabe señalar que los datos de seguimiento sólidos son esenciales, primero en demostrar que el programa ha sido implementado según lo previsto y, segundo, como indicador para los responsables y financiadores de que el programa va por buen camino.

- **Triangulación de los datos.** Las verdaderas encuestas de referencia (es decir, las realizadas antes de que se inicien las intervenciones) en las comunidades de personas trabajadoras del sexo son difíciles de lograr. Los programas necesitan fortalecer la confianza con la comunidad antes de comenzar a hacer preguntas íntimas o de plantearse recoger muestras biológicas. El fortalecimiento de la confianza por lo general implica la prestación de servicios, y los hábitos iniciales en relación con el uso del condón pueden cambiar rápidamente. Por lo tanto, es importante intentar obtener información adicional sobre el uso del condón de «referencia» a través de los cuestionarios de inscripción o por medio de la triangulación de los datos de distribución con los resultados de las encuestas (véase la sección 6.2.2).
- **Validación de los datos del programa.** Las encuestas que se utilizan para la evaluación también deberían utilizarse para la validación de los otros datos del programa, cuando sea posible. En particular, las encuestas pueden emplearse para:
 - › la estimación de la cobertura del programa y la validación de las estimaciones de seguimiento.
 - › Elaborar estimaciones de tamaño utilizando enfoques más matemáticos.
 - › Evaluar el nivel de la violencia reportada.
 - › Medir el nivel de agencia⁹ individual y comunitaria.
- **Plan de difusión:** Los planes de difusión deberían incluir actividades en todos los niveles – desde el nivel central hasta el nivel local – incluyendo a las propias personas trabajadoras del sexo. La difusión crea un sentimiento de propiedad de los resultados entre ellas, lo cual ayuda a mejorar los programas.

Organización de un programa estandarizado para personas trabajadoras del sexo

6.2.4 Definir la estructura de gestión

La presencia de una estructura de gestión clara en la cual las funciones y las responsabilidades estén bien definidos es esencial para la buena gestión del programa. Esto incluye los roles y responsabilidades en cada nivel de implementación, tanto dentro del programa como externamente (gobierno, medios de comunicación, servicios médicos, entre otros).

A nivel nacional, el gobierno o agencia de gestión central:

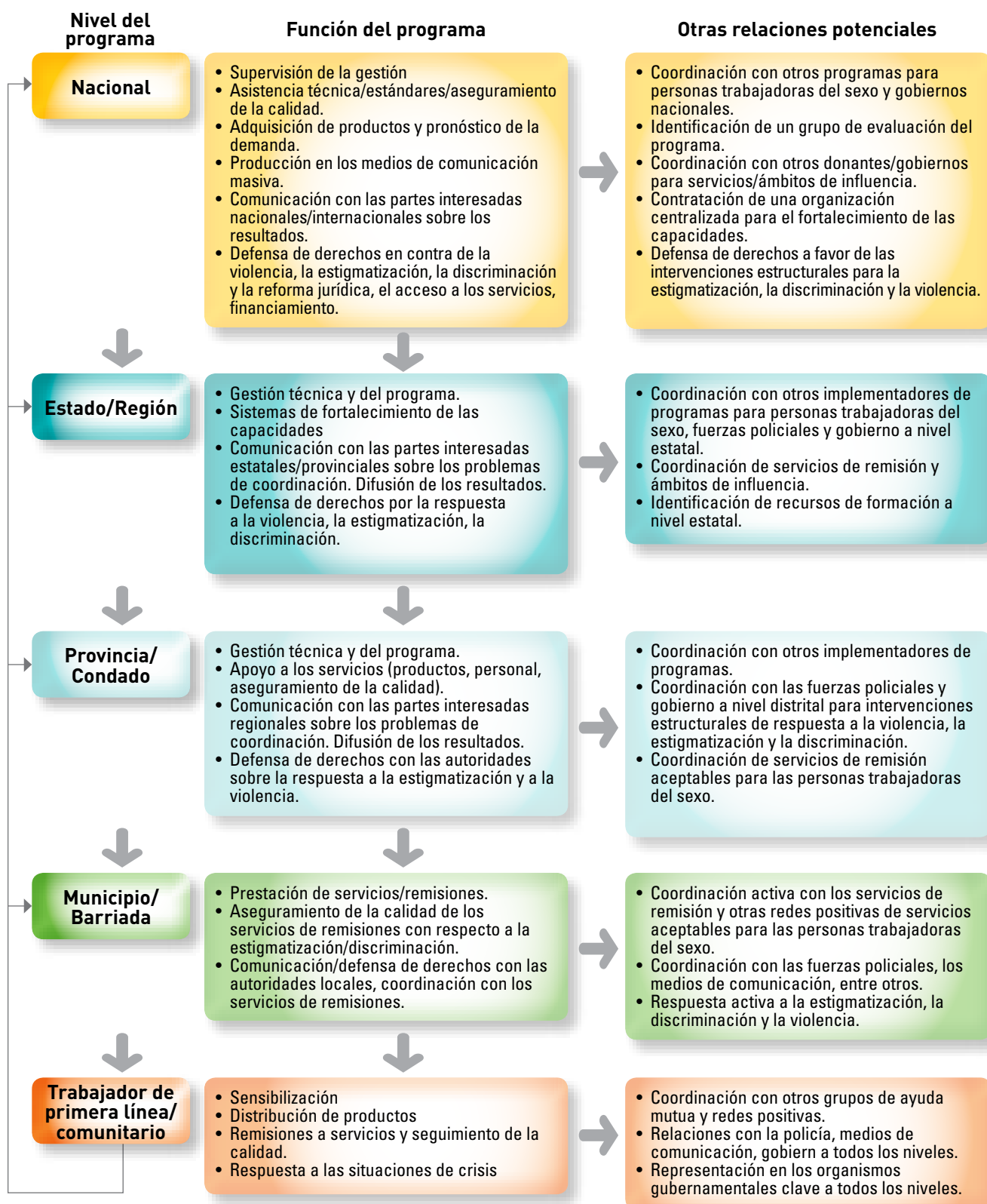
- fija los estándares del programa.
- Vigila los indicadores del inventario de instrumentos¹⁰ de todas las organizaciones implementadoras del país.

⁹ La elección, el control y el poder que tiene una persona trabajadora del sexo de actuar por sí misma.

¹⁰ Los indicadores del inventario de instrumentos constituyen los indicadores más importantes para el seguimiento del programa y son aglutinados a nivel nacional. Proporcionan una visión general del funcionamiento del programa (así como los medidores en el tablero de instrumentos de un coche indican al conductor el estado de funcionamiento del motor).

- Garantiza que la implementación de los programas se lleve a cabo en zonas prioritarias y entre los colectivos de personas trabajadoras del sexo.
- Cuenta con una visión centralizada de los datos de seguimiento.
- Garantiza un plan de evaluación a nivel nacional.

Figure 6.3 Estructura de gestión ilustrativa para un programa nacional de prevención y atención con personas trabajadoras del sexo (las funciones del programa no son absolutas)



Si el gobierno o la agencia de gestión central no fijan los estándares ni exigen informes centralizados de indicadores, las organizaciones implementadoras deberían, en consulta con el gobierno, trabajar juntos para estandarizar un paquete mínimo y centralizar la recogida de indicadores.

La figura 6.3 ilustra la estructura de gestión de un programa nacional y describe las relaciones de supervisión y presentación de informes con el programa así como también las relaciones externas manejadas a varios niveles. Las funciones de gestión clave son las siguientes:

- **fijar metas** junto con la supervisión en el territorio tanto para la calidad como para el progreso del programa; revisión periódica del avance con respecto a los objetivos y ajuste de las estrategias y tácticas de la intervención; utilizar la experiencia y datos del programa para efectuar revisiones intermedias.
- **Establecer una cultura organizativa** con el objetivo de:
 - › Capacitar a las personas trabajadoras del sexo en la gestión del programa.
 - › Capacitar al personal en todos los niveles para utilizar los datos de seguimiento locales para el mejoramiento del programa.

Implementación de un programa estandarizado para personas trabajadoras del sexo

6.2.5 Priorizar

Los recursos financieros son por lo general insuficientes para dar cobertura, con la misma oferta de servicios, a todas las personas trabajadoras del sexo de todo un país; como resultado, los programas deben priorizar tanto las intervenciones como las ubicaciones. Esto se puede lograr diversificando las formas en que se atiende y se entrega el material y a través de la priorización de las zonas donde se pueda llegar al mayor número de personas trabajadoras del sexo y a aquellas con mayor riesgo. He aquí algunas consideraciones para establecer las prioridades:

¿Dónde se deben establecer los servicios?

- **Ubicaciones con el mayor número de personas trabajadoras del sexo en una zona geográfica:** esto permite a varias organizaciones implementadoras llegar, con costos de gestión limitados, a la máxima proporción de personas trabajadoras del sexo. El mayor porcentaje de personas trabajadoras del sexo generalmente se encuentran en las zonas urbanas o en lugares donde hay numerosa población masculina sola y sin sus familias (industrias de extracción, obras de construcción, paradas de camiones, áreas con trabajadores agrícolas emigrantes, entre otros).
- **Ubicaciones donde se encuentren personas trabajadoras del sexo con mayor riesgo de infección:** el mayor riesgo de infección se determina por factores como el número de parejas que pagan por algún servicio, el tipo de sexo (el sexo anal arroja el mayor riesgo) y la agencia y la experiencia de las personas trabajadoras del sexo, p.ej. las personas trabajadoras del sexo de prostíbulos pueden estar en mayor riesgo que las que trabajan en los espacios abiertos, debido a su agencia constreñida y un mayor número de clientes. Las personas trabajadoras del sexo que comienzan pueden correr mayor riesgo debido a su inexperiencia para la negociación del uso del condón y para evitar o mitigar las situaciones violentas.

¿Qué servicios deben ofrecerse? Como mínimo, los siguientes:

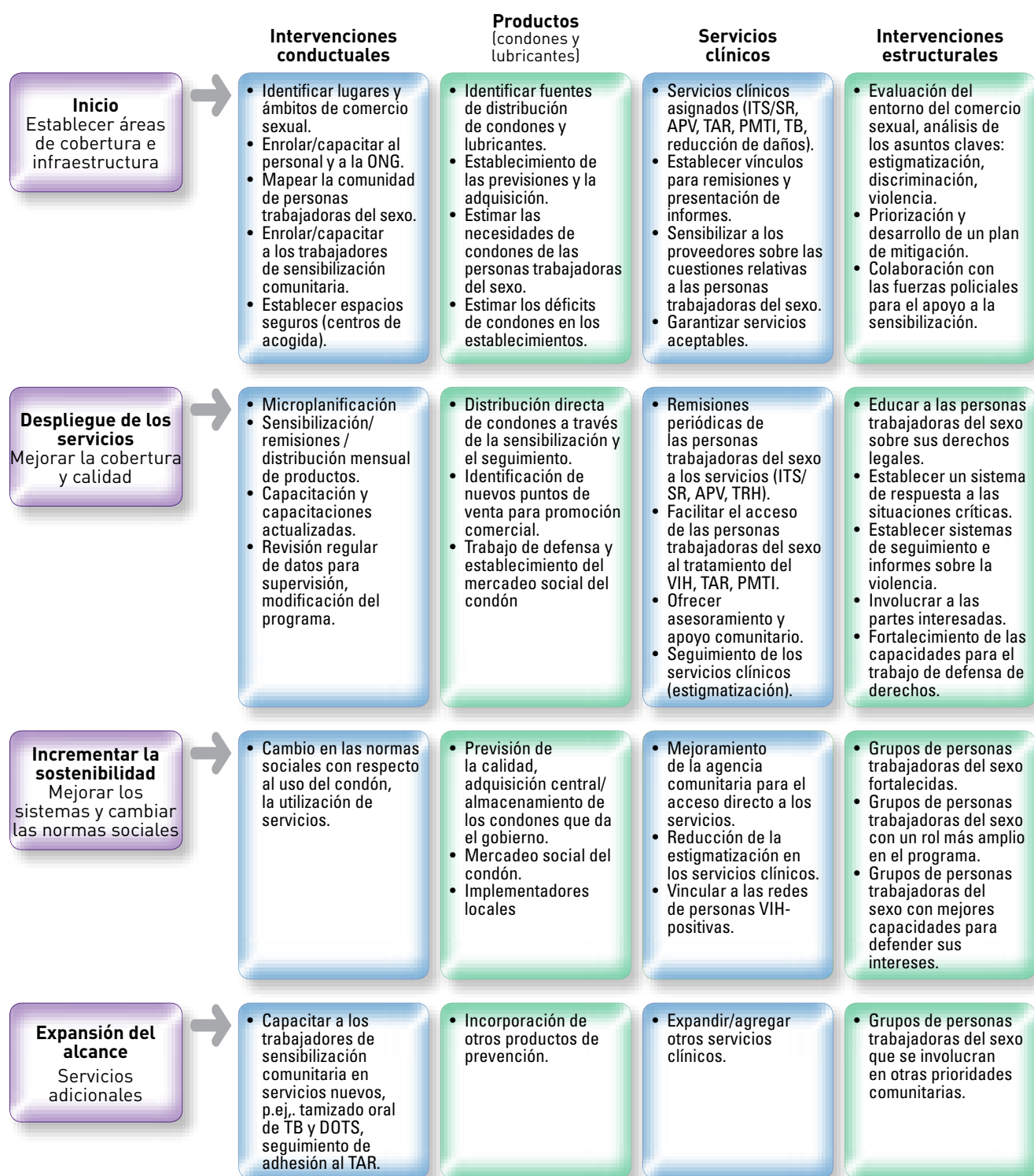
- **Distribución de productos de reducción de daños** que incluya condones y lubricantes, agujas y jeringuillas. Estos productos son esenciales para la protección de las personas trabajadoras del sexo. En algunos contextos, los productos dispensados son inadecuados para las necesidades del colectivo. Véase el capítulo 4 y 5, sección 5.5 para más detalles.

- **Actividades de empoderamiento comunitario** para aumentar el alcance y la eficacia de los servicios y la agencia de las personas trabajadoras del sexo. Como explica el capítulo 3 de manera detallada, las actividades de movilización comunitaria están demostrando ser cada vez más rentables y deberían considerarse como parte esencial de las acciones del programa y no simplemente como «deseables».
- Las **remisiones** a los servicios clínicos accesibles y aceptables de salud reproductiva, de ITS, la terapia de reemplazo hormonal, las pruebas de VIH, el tratamiento antirretrovírico (TAR), la tuberculosis (TB), la vacunación y gestión de la hepatitis B y la terapia de sustitución de opiáceos (véase también el capítulo 5 para más detalles). Los servicios de remisión de alta calidad a veces son más difíciles de establecer que los servicios propios del proyecto. Los servicios de remisión con frecuencia requieren de un cambio de actitud por parte de los proveedores para garantizar comportamientos de no discriminación, no estigmatización y respeto a la confidencialidad. También por parte de las personas trabajadoras del sexo, quienes podrían haber experimentado abuso o discriminación de parte de los prestadores de servicios en ocasiones anteriores. A veces es necesario colaborar con las unidades administrativas para cambiar los horarios clínicos y que sean más accesibles para las personas trabajadoras del sexo. Por otra parte, la capacitación del personal es a menudo necesaria para su familiarización con los protocolos clínicos específicos para trabajar con las personas trabajadoras del sexo. Algunos programas utilizan sistemas de cupones para aumentar el acceso a los servicios clínicos de los proveedores privados. Sin embargo, las remisiones eficaces a servicios respetuosos y accesibles pueden resultar ser, a largo plazo, más sostenibles que los servicios realizados por el programa si el nivel de utilización por parte de la comunidad es alto.
- **Superar los obstáculos estructurales clave**, como la violencia y la intromisión de la policía en la prestación de servicios. Estos obstáculos se determinan en el contexto local (véase el capítulo 2 para más detalles).

6.2.6 Implementar el programa por etapas

La implementación del programa por etapas claramente definidas ayuda a lograr una amplia cobertura geográfica. Primero, el programa arranca casi simultáneamente en todas las áreas geográficas diana (contrario a un enfoque piloto repetible) mediante la creación de una infraestructura física en estas áreas. Esta etapa es seguida por la concentración en la implementación de los servicios y el mejoramiento constante de la calidad. Finalmente, con el desarrollo de las intervenciones, el enfoque de la implementación se desplaza hacia la sostenibilidad de los servicios. Otros servicios adicionales pueden agregarse gradualmente. La figura 6.4 resume la implementación por etapas del programa.

Figura 6.4 Etapas de la implementación de un programa con personas trabajadoras del sexo con múltiples componentes

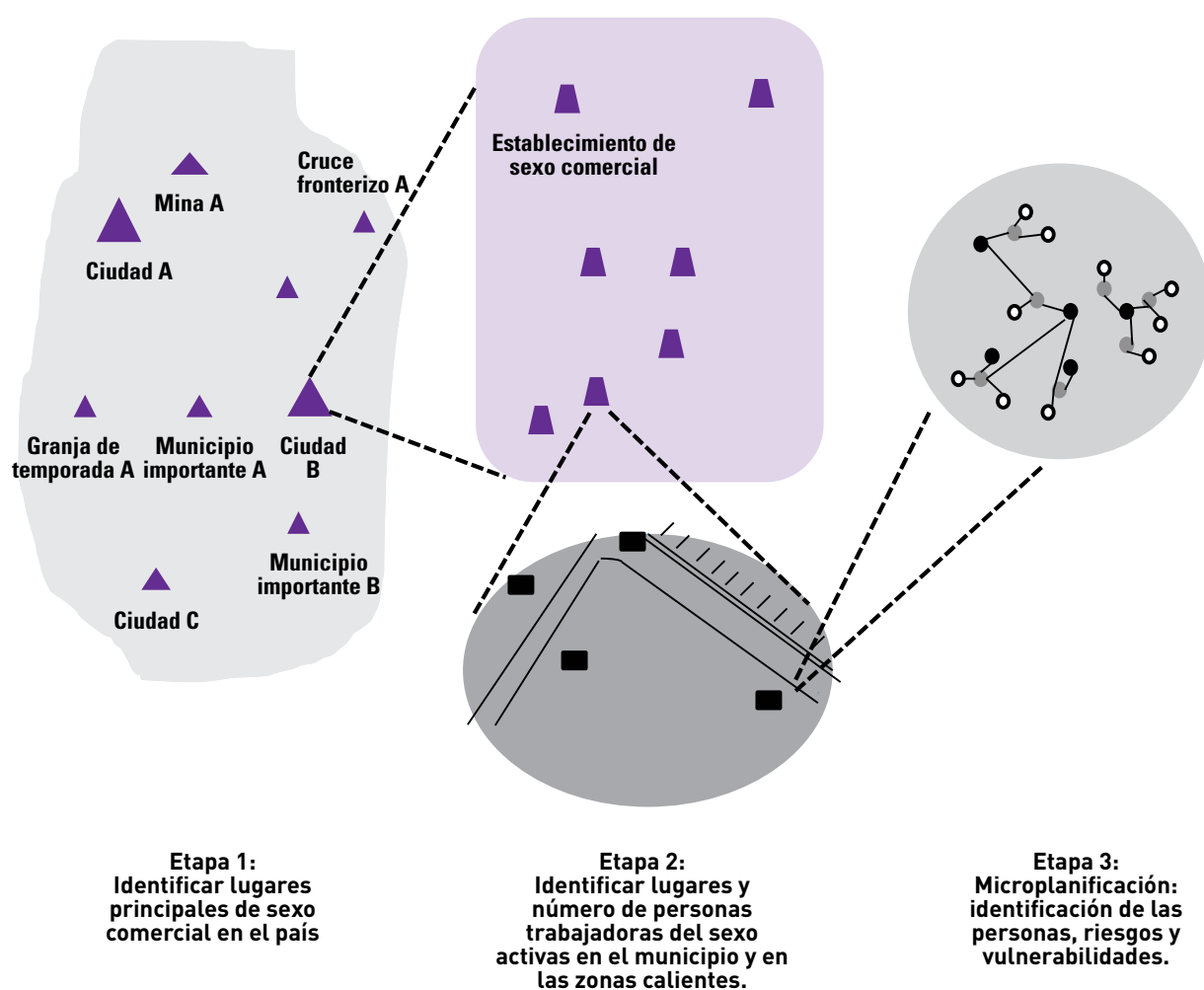


A. Desde el inicio hasta el establecimiento de las infraestructuras en la zona geográfica objetivo

Mapeo y estimaciones de tamaño: entre los pasos clave en el inicio de un programa está saber dónde establecer los servicios y contratar a las organizaciones implementadoras.

- A nivel de planificación central, la ubicación de servicios depende esencialmente de la información fiable sobre el tamaño de la comunidad de personas trabajadoras del sexo en una zona geográfica dada; del financiamiento, de fijar metas de rendimiento, de asignar recursos del programa y de evaluar la cobertura.
- A nivel de implementación, los responsables de programas tienen varios propósitos para la información sobre el mapeo y estimación del tamaño, entre ellos:
 - estimar el tamaño de la comunidad en una zona dada y determinar las necesidades de personal.
 - Localizar a las personas trabajadoras del sexo y, así, los lugares de intervención.
 - Obtener información sobre las conductas de riesgo, la percepción del riesgo y los obstáculos que puedan informar para el diseño inicial de la intervención. Véase la figura 6.5 y el recuadro 6.4 para más detalle sobre los enfoques para la identificación de puntos de servicios iniciales.

Figura 6.5 Etapas de la identificación de puntos de servicios para personas trabajadoras del sexo



Fuente: Adaptado de *A Systematic Approach to the Design and Scale-up of Targeted Interventions for HIV Prevention among Urban Sex Workers* (Karnataka Health Promotion Trust (Fideicomiso de Karnataka para la promoción de la salud), Karnataka, India, 2012).

 Recuadro
6.4

Mapeo, estimación del tamaño y microplanificación

El mapeo y la estimación de tamaño es un proceso de varias etapas, centrándose cada vez más en los niveles locales con el fin de afinar la información y hacerla más precisa (véase también la figura 6.5). El mapeo se debe siempre efectuar discretamente para no llamar excesiva atención hacia la actividad.

Primera etapa: «¿Dónde se concentra el sexo comercial en el país?» Para determinar dónde se deben establecer los servicios, un planificador a nivel central debe primero entender dónde se encuentran las personas trabajadoras del sexo. Esta información se puede obtener mediante las entrevistas a las fuerzas policiales de zonas urbanas, a los proveedores de atención sanitaria y a los representantes de las industrias que atraen a un gran número de obreros (como las de extracción, la construcción, la agricultura temporal, entre otras). Se debe obtener un número aproximado de personas trabajadoras del sexo para cada zona identificada con el fin de centrar las intervenciones inicialmente en los lugares con los colectivos más numerosos.

Segunda etapa: «¿Cuántas personas trabajadoras del sexo operan en este municipio/zona y dónde?» Una vez que se sepa la zona geográfica, se puede efectuar un mapeo y estimación de tamaño más detallados. Esta actividad puede llevarse a cabo a través de una adaptación del método PLACE (*Priorities for Local AIDS Control Efforts* (prioridades para el control local del SIDA). Véase la sección 6.8) o mediante la realización de evaluaciones participativas en el territorio, dependiendo del nivel de participación de las personas trabajadoras del sexo en el proceso de mapeo y estimación del tamaño.

- **Primera fase:** Los informantes locales clave (policía, taxistas, trabajadores de ONG, camioneros) son entrevistados con el fin de identificar dónde se encuentran las personas trabajadoras del sexo con sus clientes. Las personas trabajadoras del sexo dispuestas a cooperar también pueden ser enroladas para ayudar en la elaboración de una lista de los lugares donde se solicita el trabajo sexual.
- **Segunda fase:** Se investigan más a fondo las ubicaciones identificadas por los informantes o las destacadas por elevado número de personas trabajadoras del sexo. También se les solicita a las personas trabajadoras del sexo información más detallada del número de personas trabajadoras del sexo en función del horario, lugares específicos donde se reúnen y otras zonas cercanas donde se pueden encontrar más personas trabajadoras del sexo. (El propósito de preguntar por otras ubicaciones es encontrar sitios desconocidos y no identificados por los informantes clave en la primera fase.)
 - Dependiendo de la relación que se tenga con la comunidad más amplia de personas trabajadoras del sexo en estas zonas, los hallazgos pueden ser validados por medio de la presentación y el debate con la comunidad.
 - Mapas que contengan puntos de referencia locales y ubicaciones de trabajo sexual pueden ser elaborados, ya sea en papel o utilizando un equipo electrónico, como sistemas de posicionamiento global (GPS) o sistemas de información geográfica (GIS). Esta información debe mantenerse en estricta confidencialidad a causa de la posibilidad de daños graves potenciales si las autoridades policiales llegaran a tener acceso y quisieran utilizarla,

El programa utiliza esta información en consulta estrecha con la comunidad con el fin de decidir la ubicación de los puntos de servicio, de los espacios seguros (centros de acogida) y de las clínicas. Otras clínicas pueden ser agregadas a la lista y establecer relaciones para futuras remisiones. El diseño del programa entonces se afina y perfecciona aún más por las personas trabajadoras del sexo, que describen los lugares, los horarios, los hábitos y otras informaciones que determinarán cuándo, dónde y cómo se establecen los servicios.

Tercera etapa: «¿Quiénes son las personas trabajadoras del sexo y cuáles son sus riesgos y vulnerabilidades?» En esta etapa, los mapas de redes sociales son utilizados para identificar precisamente quienes pueden ser contactados por los trabajadores de sensibilización comunitaria y para orientar aún más la planificación local. Simultáneamente, incluir los valores y preferencias de las personas trabajadoras del sexo. Para más detalle, consultar el capítulo 3, sección 3.2.2, parte A.

**Recuadro
6.5**

Ejemplo de caso: mapeo del programa y estimación del tamaño de poblaciones clave en Kenia

Desde 2006, se han realizado en Kenia varios estudios de estimación del tamaño a pequeña escala con el fin de conocer el tamaño y la distribución de las poblaciones de personas trabajadoras del sexo. En el 2012, con el apoyo del Banco Mundial, el Programa nacional de control del SIDA e ITS de Kenia (NASCOP) llevó a cabo un ejercicio de mapeo a gran escala para disponer de información precisa sobre el número, las ubicaciones y características de las poblaciones de personas trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y personas que consumen drogas inyectables en zonas clave, tanto urbanas como semiurbanas. El objetivo era ampliar la escala, mejorar la calidad y profundizar el impacto de los programas de prevención del VIH entre estas poblaciones clave.

Cincuenta y un centros urbanos fueron mapeados, lo cual representa un 70 por ciento de los municipios con una población general de 5.000 o más en cada provincia. Estos datos, y otros datos recopilados por otros estudios realizados desde el 2006, después fueron aglutinados para la finalización de las estimaciones nacionales del 2013 de las poblaciones de personas trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y personas que consumen drogas inyectables. El NASCOP estima que existen 133.700 mujeres trabajadoras del sexo en Kenia. Es la primera vez que el gobierno ha elaborado estimaciones nacionales, por provincia y por municipio. Estas estimaciones sirven como referencia para que el NASCOP efectúe análisis de áreas para el financiamiento y la elaboración de programas y también para desarrollar un plan de ampliación que permita contactar y atender a las mujeres trabajadoras del sexo (junto con otros grupos en riesgo) como parte del plan estratégico nacional en preparación.

Distribuir las responsabilidades entre las unidades implementadoras/ONG. En la asignación a las unidades implementadoras u ONG para iniciar la prestación de servicios, es importante definir las zonas geográficas de atención para la distribución de las responsabilidades respectivas de la cobertura. Con la mayor exactitud posible, se deben evitar los solapamientos de zonas geográficas, particularmente a través de un equilibrio entre el tamaño de las distintas comunidades de personas trabajadoras del sexo asignadas a cada organización implementadora. Si la población objetivo es demasiado pequeña, la intervención será muy costosa en relación con cada persona trabajadora del sexo contactada; si la intervención es demasiado grande, la capacidad de gestión de la organización implementadora puede ser insuficiente.

Enrolar y capacitar al personal: Una intervención de VIH multicomponente para personas trabajadoras del sexo requiere de un equipo con miembros que posean una variedad de capacidades. La composición de un equipo depende de los servicios que se presten, la forma en que se prestan, el tamaño de la comunidad de personas trabajadoras del sexo y la zona geográfica abarcada. La tabla 6.4 da un ejemplo de un equipo de implementación a nivel municipal y barrial.

El equipo incluye tanto al personal que no trabaja en el sexo comercial como a los miembros de la comunidad. El personal que no es trabajador del sexo debería demostrar sensibilidad a la situación del trabajo sexual y a la discriminación, la violencia y otros problemas que afrontan las personas trabajadoras del sexo. También deberían poder hablar sin prejuicios de temas como el sexo y las necesidades de prestación de servicios. Aunque el personal es contratado para unas funciones específicas en el programa, debe contar con la flexibilidad para adaptarse a situaciones nuevas que puedan surgir en el territorio y adoptar nuevos enfoques. Dado el objetivo general de la evolución de las personas trabajadoras del sexo y del empoderamiento comunitario, el personal debería estar preparado para aprender de las personas trabajadoras del sexo mientras, simultáneamente, sirven de educadores en el proceso. El capítulo 3, recuadro 3.3 resume las características de un trabajador de sensibilización comunitaria eficaz.

El fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos constituye un aspecto importante de cualquier programa, aunque es especialmente importante en programas con personas trabajadoras del sexo donde la intención es aumentar gradualmente su participación en el programa. La Parte II de este capítulo cuenta con un debate completo sobre el fortalecimiento de las capacidades organizativas.

Tabla 6.4 Composición ilustrativa de un equipo implementador a nivel municipal/barrial para ~1.000 personas trabajadoras del sexo

Puesto (número de personal)	Responsabilidad general	Comentarios
Personal de coordinación y administración		
Coordinador de programa (1)	Responsable de la implementación general del proyecto.	
Especialista de datos (1)	Aglutina los datos, genera informes y controla la calidad de los datos.	
Contador (1)	Mantiene las cuentas al día y paga los gastos locales del programa.	
Personal médico		
<i>El número y tipo de personal médico necesario dependen de los componentes biomédicos del programa.</i>		
Médico (1)	Prestar servicios clínicos ofrecidos por el programa.	Si los servicios clínicos a la comunidad están íntegramente basados en remisiones a otros servicios, entonces no hay necesidad de este puesto.
Profesional de enfermería (1)	Garantizar/apoyar la prestación de servicios clínicos ofrecidos por el programa.	Si los servicios clínicos a la comunidad están íntegramente basados en remisiones a otros servicios, entonces no hay necesidad de este puesto.
Personal de apoyo clínico (1)	Recibir a los pacientes, atender el área de recepción.	
Personal de sensibilización		
Asesor (1)	Identificar y gestionar las cuestiones de salud mental, como la depresión y ansiedad. Proporcionar apoyo adicional al proceso de cambio de hábitos.	Aunque el programa no ofrezca servicios clínicos, un asesor puede proveer asesoramiento adicional a las personas trabajadoras del sexo sobre las cuestiones relativas a los servicios de remisiones clínicas.
Supervisores/ responsables de sensibilización (~5)	Supervisar a los trabajadores de sensibilización comunitaria cada semana. Asegurar que la información sobre la sensibilización sea registrada e incorporada en los sistemas de seguimiento rutinario.	
Trabajadores de sensibilización comunitaria (~20)	Sensibilización periódica a personas trabajadoras del sexo, abastecimiento de productos, remisiones, seguimiento e intervenciones estructurales. Apoyar el proceso de cambio de hábitos. Apoyar a las personas trabajadoras del sexo en la lucha contra la estigmatización, la discriminación y la violencia.	Partiendo del supuesto de que un trabajador de sensibilización comunitaria trabaja 5 días por semana, 4 horas por día y puede reunirse con 2 o 3 personas trabajadoras del sexo por día. Necesitará tiempo para las reuniones periódicas con los supervisores/ responsables de sensibilización y para la reunión mensual de la organización implementadora. Esta temporalización puede ajustarse en función de si las personas trabajadoras del sexo están agrupadas (p.ej. en prostíbulos) o dispersas en el territorio.
Personal de apoyo (1)	Tareas administrativas.	

B. Del establecimiento de los servicios al mejoramiento de la cobertura y calidad

Durante esta etapa de implementación, la atención se centra en garantizar la cobertura a comunidad con servicios así como también en mejorar la calidad. Esta etapa de establecimiento es un proceso continuo donde los responsables de todos los niveles revisan los avances en relación con los objetivos y ajustan las estrategias y las tácticas, según sea necesario. Las modificaciones intermedias se efectúan basándose en datos y enfoques nuevos o cambios contextuales o estructurales que afectan a los programas. La intensidad y calidad de la cobertura aumentan, así que el personal está cada día más capacitado en sus funciones. Es durante esta fase que la flexibilidad y el aprendizaje continuo del programa son sumamente valiosos. Un sistema de seguimiento sólido con revisiones periódicas es determinante para el establecimiento exitoso de los servicios. Además, indica a los financiadores y al gobierno si el programa está siendo implementado de manera eficaz.

C. Mejoramiento de los sistemas, cambios de las normas sociales y aumento de la sostenibilidad

El objetivo general de la implementación de programas es la prestación de servicios para la reducción de la transmisión del VIH e ITS y el tratamiento del VIH y otras infecciones oportunistas, mientras se fortalecen las capacidades de las personas trabajadoras del sexo en la participación de la implementación del programa y la superación de obstáculos estructurales a través de la defensa de derechos y los cambios en las políticas. Esto hace al programa más eficaz y potencialmente más sostenible. Las siguientes características ideales de estos programas incluyen:

- Las personas trabajadoras del sexo encabezan la implementación de la sensibilización, la distribución de condones y lubricantes y la facilitación eficaz de remisiones clínicas.
- Las personas trabajadoras del sexo cuentan con suficiente agencia, tanto individual como colectiva, que les permita, a ellas mismas, resolver los problemas con la policía, el sistema de salud, el gobierno y otras personas trabajadoras del sexo.
- Las personas trabajadoras del sexo ocupan puestos a nivel local, regional y nacional en los cuerpos de planificación para la prestación de servicios y las acciones de respuesta a la violencia.
- Los cambios en las normas sociales entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes convierten el uso del condón en algo habitual e incuestionable.
- Las personas trabajadoras del sexo pueden acceder a los servicios de atención sanitaria sin ser víctimas de estigmatización y discriminación con la misma frecuencia que la población en general.
- Los abastecimientos de productos de prevención son adecuados, tanto a través de mercadeo social como de los mecanismos de adquisición y distribución sólidos del país, y los programas para personas trabajadoras del sexo forman parte de un sistema de seguimiento de los productos repartidos.

En esta etapa, la implementación del programa está centrada en el fortalecimiento de sistemas, la superación de los obstáculos estructurales y el empoderamiento comunitario con la prestación y medición simultáneas de los servicios. Varias de las actividades priorizadas anteriores del programa pueden reducirse a medida que surjan cambios en las normas sociales sobre el uso del condón y la utilización de los servicios clínicos.

D. Del alcance creciente del programa a la inclusión de nuevos servicios

Una vez establecida la infraestructura, la participación y la cobertura comunitaria y que el programa esté funcionando bien, la inclusión de servicios es, supuestamente, relativamente sencilla.

6.2.7 Establecer un sistema de supervisión

La celebración periódica de reuniones de supervisión ayuda a crear una «cultura de utilización de datos» que favorezca la asunción de medidas correctoras y el mejoramiento continuo en todos los niveles, así como también la resolución de problemas a nivel individual. Reuniones periódicas se deben celebrar para la revisión de datos en todos los niveles, desde los trabajadores de sensibilización comunitaria al personal de ONG, desde el nivel provincial al regional, hasta llegar a la gestión central. Las visitas al territorio por parte del personal de supervisión también proporcionan información cualitativa sobre la implementación que ayuda a la interpretación de los datos y la identificación de soluciones.

Recuadro
6.6

Ejemplo de caso: alcance creciente del programa e inclusión de nuevos servicios de tamizado de tuberculosis en la India

La prevalencia de TB en la India es elevada y constituye una infección oportunista común entre las personas infectadas por el VIH. En el 2007, después que se ampliaron los servicios integrales de prevención del VIH durante un período de tres años, la *Avahan India AIDS Initiative* (Iniciativa Avahan sobre el SIDA en la India), en asociación con el programa nacional de TB, intensificó la búsqueda de casos entre las personas trabajadoras del sexo a través de un tamizado oral de síntomas de TB durante la sensibilización rutinaria realizada por los trabajadores de sensibilización comunitaria y en las consultas clínicas periódicas. Las personas trabajadoras del sexo con síntomas de TB fueron acompañadas a un centro de diagnóstico de TB y, si era necesario, a un centro de DOTS (tratamiento de corta duración directamente observado). A fin de capacitar a los trabajadores de sensibilización comunitaria para lograr esto, se desarrollaron herramientas dirigidas a personas con baja instrucción, incluyendo medios visuales, como cartas ilustradas, pósters y un vídeo. La actividad de tamizado oral de TB fue fácilmente integrada a las herramientas de seguimiento de los trabajadores de sensibilización comunitaria, lo que permitió su implementación rutinaria durante el trabajo de sensibilización.

Durante un período de tres años, desde abril de 2008 hasta marzo de 2011, más de 18.000 personas de un denominador de 300.000 fueron identificadas como posibles candidatas de estar infectadas de TB y fueron remitidas a un centro de diagnóstico de TB. De ellas, el 17 por ciento fueron diagnosticadas con TB.

Por ejemplo, un sistema de supervisión y revisión del programa utilizado por un proyecto importante en la India se presenta en la figura 6.6, junto con los datos de cada nivel que se utilizaron como parte de la revisión. Cabe mencionar que las reuniones del comité comunitario y las reuniones de supervisión periódicas entre los trabajadores de sensibilización comunitaria y sus supervisores o jefes son dos maneras en las que los datos sobre el programa, tanto cualitativos como cuantitativos, pueden ser recogidos. Esto constituye una parte importante del proceso de empoderamiento comunitario descrito en el capítulo 1.

Funciones complementarias de una supervisión con apoyo incluyen:

- la motivación y capacitación del personal
- compartir las directrices
- el seguimiento y evaluación del rendimiento del personal
- la gestión cotidiana de las dificultades
- la facilitación del apoyo organizativo.

6.2.8 Asegurar gradualmente la plena participación de las personas trabajadoras del sexo

Los programas dirigidos a las personas trabajadoras del sexo deberían ser diseñados de tal manera que pasen de ser elaborados *para* las personas trabajadoras del sexo a que sean hechos *con* las mismas y, finalmente, convertirse en programas elaborados por las propias personas trabajadoras del sexo. Para lograr este objetivo es necesario:

- El liderazgo de la dirección en todos los niveles debería mantener el enfoque prioritario de su intervención en el empoderamiento comunitario, así como en los componentes más técnicos. Esta priorización debería ser reiterada y brindarle un apoyo continuado.

Figura 6.6 Sistema de supervisión y seguimiento para un programa nacional de prevención y tratamiento del VIH con personas trabajadoras del sexo



- El fortalecimiento de las capacidades y el asesoramiento de las personas trabajadoras del sexo son imprescindibles para equiparlas con las herramientas, el apoyo y las capacidades necesarias para la prestación creciente de servicios, lo que se traduce en mejores servicios y posiblemente aumente la sostenibilidad de los programas (véase la sección 6.7 más abajo, y también el capítulo 1, sección 1.2.2 y el capítulo 3, sección 3.2).
- Las políticas de recursos humanos que definen los requisitos para los puestos ocupados por personas trabajadoras del sexo y los criterios de avance definidos claramente son esenciales (véase también el capítulo 3, sección 3.2.2, parte D).
- Los responsables deben responder explícitamente a las expectativas del personal y a los procesos de transferencia de responsabilidades del personal que no es persona trabajadora del sexo de las ONG a las personas trabajadoras del sexo (véase el capítulo 1, sección 1.2.1).

6.3 Fortalecimiento de las capacidades y conocimiento del programa

En la mayoría de los casos, la experiencia en intervención por parte de las personas trabajadoras del sexo es limitada. Por consiguiente, el sistema de fortalecimiento de las capacidades también necesita tener en cuenta que no todas las organizaciones implementadoras cuentan con la misma experiencia previa en este ámbito. Es igualmente cierto que para el personal, ya sea trabajador del sexo o no, no tener experiencia no significa falta de habilidades. La capacidad del personal puede fortalecerse mediante cursos de formación periódicos, prácticas en el territorio, supervisión, asesoramiento y sesiones interactivas de resolución de problemas. Idealmente, los materiales de capacitación deberían adaptarse o desarrollarse centralmente para mantener la calidad y la consistencia de esta con los estándares mínimos especificados en el programa, y basarse en una evaluación de las necesidades de fortalecimiento de las capacidades. Las evaluaciones previas y posteriores a las capacitaciones son útiles para el seguimiento de la calidad de las mismas.

Recuadro 6.7

Ejemplo de caso: evaluación organizativa y técnica de las agencias estatales del gobierno y de las organizaciones de la sociedad civil para la prestación de servicios de prevención del VIH en Nigeria

Entre octubre de 2012 y abril de 2013 el proyecto de Nigeria *Strengthening HIV Prevention Services* (SHIPS) (Fortalecer los servicios de prevención del VIH) para las poblaciones de mayor riesgo emprendió una evaluación organizativa y técnica de las Agencias estatales para el control del VIH/SIDA (SACA) y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) a través de los estados seleccionados, con el fin de identificar áreas donde abordar el fortalecimiento de las capacidades antes de la ampliación de los servicios de prevención del VIH.

Dos instrumentos elaborados a nivel nacional fueron utilizados para obtener una evaluación uniforme y objetiva: el *National Harmonized Organizational and Capacity Assessment Tool* (NHOCAT) (Instrumento nacional armonizado de evaluación organizativa y de capacidad) para las SACA, y el *Partnership Assessment and Development Framework tool* (PADEF) (Marco de valoración de asociación y desarrollo) para las OSC. Se evaluaron 11 SACA y 62 OSC. Los parámetros empíricos en el PADEF fueron utilizados para la preselección de 37 OSC como asociados implementadores potenciales para la ampliación; de estas, 20 participan actualmente como asociados implementadores. Las áreas identificadas para la capacitación por las evaluaciones del NHOCAT y del PADEF fueron utilizadas, con plazos establecidos y resultados esperados, para dar orientación en el desarrollo de un programa estructurado de fortalecimiento de sistemas para las SACA, en los estados involucrados en el proyecto SHIPS y las OSC que estaban implementando el proyecto SHIPS.

La participación constante a través de formación y asesoramiento de las SACA, junto con una supervisión eficaz con apoyo a las OSC implementadoras, está mejorando progresivamente las capacidades de las OSC en la implementación de programas de VIH, y a las SACA en la coordinación de las mismas.

Personal que no es trabajador del sexo. Los objetivos de la capacitación incluyen:

- familiarizar al personal con los aspectos específicos del proyecto (p.ej., intervención, formularios de informes, etc.).
- Fortalecer las capacidades técnicas en ámbitos nuevos (p.ej., examen anal y oral para las ITS, cuestiones de asesoramiento relacionados con el trabajo sexual).
- Orientar al personal hacia el contenido del trabajo sexual y el objetivo general de transferir las capacidades y responsabilidades a la comunidad de personas trabajadoras del sexo. Esto puede requerir un cambio en la actitud de los miembros del personal hacia las personas trabajadoras del sexo (visión de la sexualidad, moralidad en torno al trabajo sexual, entre otros).

Algunos abordajes que pueden reflejar los contenidos del programa incluyen:

- visitas rutinarias de los responsables del programa para aprender acerca de las innovaciones locales y transferir las lecciones a otros ámbitos de trabajo.
- Celebración periódica de reuniones de revisión del programa junto con varias organizaciones implementadoras; las reuniones también pueden servir para el intercambio de información.
- Reuniones de especialistas técnicos de lugares distintos para el intercambio de estrategias.
- Revisión formal de los enfoques del programa, los estándares mínimos, los procedimientos operativos estándar y los formularios de informes.

Personal que es trabajador del sexo. El objetivo del programa es involucrar cada vez más a las personas trabajadoras del sexo en la gestión del programa y capacitarlos para que puedan superar los obstáculos contextuales y estructurales que dificultan las conductas preventivas. Los objetivos de la capacitación son fortalecer las capacidades de las personas trabajadoras del sexo para realizar el trabajo de sensibilización, manejar cada vez más todos los aspectos de la sensibilización y llegar a ocupar otros puestos dentro del programa, incluyendo el nivel de gestión. Este fortalecimiento puede efectuarse a través de etapas de capacitación básica y avanzada. Más detalles pueden encontrarse en el capítulo 3, sección 3.2.2, parte B.

Aunque el personal que no es trabajador del sexo y el que sí lo es no pueden ser distintos con respecto a sus perfiles y los niveles de experiencia, cuando sea posible se deben ofrecer las capacitaciones de manera conjunta para que los participantes puedan aprender unos de otros y satisfacer las lagunas en sus conocimientos y habilidades colaborativamente.

6.4 Formación y fortalecimiento del personal

Son varias las buenas prácticas que han sido articuladas para garantizar un nivel óptimo del personal y que este esté motivado y satisfecho en su trabajo. Estas prácticas incluyen:

- descripción diáfana de los puestos y las funciones así como de las responsabilidades para todos los puestos en el programa, incluidos los puestos destinados para las personas trabajadoras del sexo.
- Información clara que muestre a cada cual de qué y quién es responsable.
- Fortalecimiento del equipo y una cultura de asesoramiento mutuo.
- Criterios claros para las revisiones de rendimiento.
- Políticas claras sobre la licencia, el reembolso de los gastos de viajes y la remuneración por el trabajo, incluyendo políticas equitativas para las personas trabajadoras del sexo. Idealmente, estas políticas deberían ser las mismas en todo el país.
- Oportunidades de capacitación para puestos diferentes en la organización, como pueden ser los de supervisor de sensibilización, asistente clínico, enfermería, asesoramiento, trabajo social o responsable de la oficina.

Parte II: Fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones de personas trabajadoras del sexo

6.5 Introducción

El fortalecimiento de las capacidades organizativas permite mejorar la capacidad de una organización para planificar, gestionar y autofinanciarse y hacer posible la implementación de su propia visión y estrategia, en lugar de seguir solamente la visión de las organizaciones donantes. En el contexto de la prevención del VIH y en términos más generales, este enfoque es de la mayor importancia para las organizaciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo, sea porque ya estuvieran establecidas o si llegaron a su conformación como resultado del establecimiento de programas de prevención del VIH.

Los asociados en el desarrollo cuentan con una larga trayectoria respecto al fortalecimiento de las capacidades.¹¹ Los esfuerzos iniciales estaban orientados a ayudar a las organizaciones a gestionar los fondos de un donante en particular, o a implementar programas técnicos apoyados por estos. En la actualidad, el abordaje del fortalecimiento de las capacidades es el de reforzar a la organización como un todo, aunque aún exista alguna orientación hacia el mejoramiento de la capacidad de la implementación de un proyecto específico. De hecho, el fortalecimiento de las capacidades dentro del contexto de la implementación de un proyecto resulta generalmente más eficaz que el fortalecimiento de las capacidades organizativas realizado por separado, ya que el primero permite la aplicación práctica del aprendizaje teórico.

Como otras organizaciones, las organizaciones de personas trabajadoras del sexo se enfrentan a diversos retos de crecimiento y sostenibilidad, y para beneficiarse de distintos enfoques. Una organización establecida puede contar con un mejor entendimiento de las necesidades de la comunidad y estar mejor capacitada para gestionar el proceso del fortalecimiento de las capacidades, mientras que una organización recién establecida puede necesitar más orientación. Sin embargo, ciertos principios incumben al fortalecimiento de las capacidades en general. El apoyo debe ser:

- **Integral.** El reconocimiento de todas las necesidades para el fortalecimiento de las capacidades de una organización permite la adopción de un enfoque más sistemático y plantea la oportunidad para satisfacer todas las necesidades esenciales.
- **Contextualizado y personalizado.** El apoyo concedido debe ser adaptado a los contextos culturales, políticos y sociales, y debería también responder a las necesidades específicas de la organización que está siendo apoyada.
- **De propiedad local.** Al entender el proceso y sentirlo propio, las partes interesadas pueden contribuir a la identificación de las necesidades y a apoyar al fortalecimiento de las capacidades. Sin embargo, si la organización no está tomando sus propias decisiones, el fortalecimiento de las capacidades será un fracaso.
- **Otorgado a tiempo oportuno.** El tipo, el nivel y la intensidad del fortalecimiento de las capacidades debería basarse en la capacidad de la organización de absorber la información y utilizarla.
- **Orientado hacia el interior/exterio.** Mientras que es esencial que una organización vele por la adecuación de su personal y sus estructuras internas, también es importante recordar que cualquier organización forma parte de una comunidad más amplia y debe entender las oportunidades de asociación así como los beneficios potenciales de las alianzas externas.
- **Orientado hacia la sostenibilidad.** El fortalecimiento de las capacidades debería reforzar la capacidad de la organización para mantener una base de recursos esenciales para su buen funcionamiento.
- **Orientado hacia el aprendizaje.** Una organización que no continúa su aprendizaje sobre sus funciones, los beneficiarios, la comunidad, los ámbitos técnicos, entre otros, se estancará y dejará de ser relevante.

¹¹ Aunque aquí se utiliza el término «fortalecimiento de las capacidades», también los términos «desarrollo de las capacidades», «desarrollo organizativo» o varios otros términos servirían igualmente.

**Recuadro
6.8**

El rol del empoderamiento comunitario en el fortalecimiento de las capacidades

El rol del fortalecimiento comunitario es el de institucionalizar el apoyo a las personas trabajadoras del sexo y empoderar aún más a sus organizaciones con el fin de que estas puedan responder a sus propias necesidades. Esto es importante por dos razones:

- Debido a que muchas poblaciones de personas trabajadoras del sexo son migrantes y los responsables de las intervenciones podrían no permanecer con la organización a largo plazo, la creación de una estructura organizativa brinda con el tiempo la seguridad y los procesos que garantizan el reemplazo de las personas clave después de su marcha.
- Aunque el empoderamiento comunitario apoyado por otros exija que las comunidades tomen sus propias decisiones, estas organizaciones siguen siendo dirigidas por organismos externos. Las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo no están comprometidas con las fuerzas externas y serán, por definición, más autónomas.

Cabe mencionar que no todos los grupos de personas trabajadoras del sexo se convertirán (o deberían convertirse) en organizaciones independientes. Le corresponde a cada comunidad de personas trabajadoras del sexo definir su propio proceder. Esto puede implicar el desarrollo de una OBC o una ONG, aunque algunas organizaciones podrían encontrar más fácil y apropiado continuar su funcionamiento a través de otras organizaciones.

6.6 Crear una organización registrada

El capítulo 2, sección 1.2.3 describe algunas de las maneras en las cuales pueden formarse las organizaciones o colectivos de personas trabajadoras del sexo. Es probable que, al principio, estas organizaciones sean agrupaciones informales que después crean estructuras e inician procesos con el fin de ejecutar más eficazmente un programa definido por la comunidad.

Dependiendo del tipo, del tamaño y de los objetivos de la organización, así como también del país donde está siendo creada, puede decidir el convertirse en una entidad registrada legalmente. El proceso para lograr esto varía de un país a otro.

Es esencial que la organización tenga una comprensión clara de sus propias expectativas con respecto a su tamaño, alcance geográfico, tipos de actividades, entre otros. Una declaración de misión, visión y estrategia o plan estratégico ayudan a una organización a definir estos elementos.

La mayoría de los países cuentan con organismos de coordinación de las ONG que ofrecen asesoramiento u orientación acerca del proceso para la creación de una organización formal. Las redes de organizaciones que disponen de servicios relacionados con el SIDA como el *Asia Pacific Council of AIDS Service Organizations* (APCASO) (Consejo Regional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA para Asia y el Pacífico) y el *African Council of AIDS Service Organizations* (AfriCASO) (Consejo Africano de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA) pueden brindar este tipo de apoyo. En ciertos países, las redes que abarcan a todos los sectores, como el *Botswana Council of Non-Governmental Organizations* (BOCONGO) (Consejo de Organizaciones No Gubernamentales de Botsuana) y el *Namibia NGO Forum* (NANGOF) (Foro de las ONG de Namibia) también pueden proporcionar información.¹² Las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo también pueden brindar asesoramiento y apoyo en los asuntos del registro y en superar los obstáculos que afrontan las personas trabajadoras del sexo al registrar sus propias organizaciones.

Los documentos necesarios para el registro deben obtenerse de la oficina gubernamental relevante. Los requisitos de documentación detallados son definidos por el gobierno. He aquí algunos ejemplos de

12 APCASO: www.apcaso.org AfriCASO: www.africaso.net BOCONGO: www.bocongo.org.bw NANGOF: www.nangoftrust.org.na/

documentación requerida:

- uno de los siguientes documentos: memorándum de asociación, estatutos, constitución, carta jurídica, entre otros.
- Informe de actividades anuales.
- Informes financieros o de auditoría.
- Recursos organizativos.
- Organigrama o plan del personal (y manual de recursos humanos, si está disponible).
- Composición de la junta directiva, las normas y reglamentos que rigen a la misma (la aprobación de la junta también es necesaria para el registro).
- Cartas de apoyo de organismos asociados clave.

Algunos de estos documentos podrían no estar disponibles para las organizaciones que recientemente están comenzando y pueden necesitar que se elaboren. Si la organización encuentra los requisitos demasiado complejos o difíciles de satisfacer, puede ser posible registrarse como miembro de una red. Esto puede ser un paso intermedio apropiado para una organización en formación y en camino para su propio registro, brindándole la protección y apoyo de una red mientras que crece y elabora los documentos necesarios para su registro independiente. *The Global Network of Sex Work Projects* (NSWP) (Red global de proyectos de trabajo sexual) no exige que los grupos dirigidos por personas trabajadoras del sexo estén registrados legalmente antes de aplicar para la membresía a la red y hasta puede conectarlos con otros miembros que pueden apoyarlos en el fortalecimiento de las capacidades organizativas.¹³

6.7 Fortalecimiento de las capacidades organizativas

El fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones de personas trabajadoras del sexo presenta ciertos desafíos:

- La estigmatización y la legalidad o ilegalidad del trabajo sexual.
- Las organizaciones de personas trabajadoras del sexo, si cuentan con personal compuesto exclusivamente por ellas mismas, pueden carecer inicialmente de una gama completa de capacidades técnicas necesarias para su óptimo funcionamiento.
- Los miembros del personal que continúan sus actividades en el trabajo sexual por razones económicas u otras podrían no contar con el tiempo suficiente para priorizar su trabajo en la organización.
- La movilidad de las personas trabajadoras del sexo podría dificultar la permanencia del personal y mantener la congruencia dentro de la organización.

A fin de compensar la falta de capacidades, algunas organizaciones optan por subcontratar ciertas funciones, como la gestión financiera, a empresas que ofrecen estos servicios. Una manera de minimizar la pérdida de personal es involucrar a más personas en las actividades organizativas, de modo que haya un número mayor de trabajadores con memoria institucional. Este aspecto es especialmente importante para la capacitación de liderazgo y para facilitar transiciones sin complicaciones.

Las organizaciones también pueden fortalecer sus capacidades en ciertos ámbitos. Una buena práctica sería que la organización se someta a una evaluación de capacidades. Existen muchas herramientas para lograr esto, incluso las autoevaluaciones, aunque una evaluación bien facilitada ayudaría a la organización a exponer problemas que tal vez no identificaría por sí sola. La evaluación le proporciona a la organización un plan de fortalecimiento de las capacidades para abordar los aspectos identificados para ser mejorados. El capítulo 1, sección 1.2.6 presenta algunos contenidos sobre liderazgo y gestión financiera, mientras que las secciones 6.2.2 y 6.2.3 más arriba describen el seguimiento de los datos y la evaluación del programa. Los otros aspectos generalmente abordados durante una evaluación y que son los más importantes para que las organizaciones fortalezcan su capacidad se presentan a continuación.

¹³ www.nswp.org

6.7.1 Gobernabilidad

La buena gobernabilidad está relacionada con la gestión responsable de la visión estratégica y de los recursos de una organización. La transparencia, la responsabilidad, la gestión eficaz y el respeto al estado de derecho son componentes esenciales de una buena gobernabilidad y de la capacidad de una organización para cumplir su mandato. Las evaluaciones organizativas ayudan a las organizaciones a fortalecer sus capacidades y a aplicar las siguientes buenas prácticas de gobernabilidad:

- una visión y misión claras que impulsen a la organización.
- Una estructura organizativa que esté en consonancia con la misión.
- Un órgano gobernante (junta) que brinde orientación y trabajo de defensa de derechos.
- Un proceso de selección participativo del órgano gobernante y del liderazgo.
- Procesos definidos para la toma de decisiones que involucren e informan a los miembros.
- La participación comunitaria en comités que supervisen los programas.

Es importante que una organización cuente con una visión clara. Pueden surgir a menudo muchas presiones internas y externas sobre una organización para que se involucre en asuntos que tal vez no sean de su interés; sin embargo, la visión le permite mantenerse centrada en lo que ha identificado como su misión fundamental.

Una junta brinda dirección estratégica, apoyo en asuntos legales, contabilidad, entre otros, y protege a la organización. En el caso de las organizaciones de personas trabajadoras del sexo, una junta puede incluir miembros con vínculos e influencias con el fin de realizar trabajo de defensa para la eliminación de la estigmatización que enfrentan las personas trabajadoras del sexo. La junta puede también ayudar en la recaudación de fondos. El tamaño de la junta es menos importante que el compromiso de sus miembros; deberían ser seleccionados de acuerdo a su compromiso con la causa de la organización y su contribución a su establecimiento y crecimiento.

6.7.2 Gestión de proyectos

La agenda de una organización se traduce en acciones concretas, a menudo en la forma de programas y proyectos. Una organización va por buen camino si:

- elabora y sigue planes de trabajo y presupuestos realistas que estén alineados con su visión y misión.
- Define las intervenciones técnicas que se conforman a las mejores prácticas locales e internacionales.
- Garantiza que sus programas y proyectos responden a las necesidades de sus miembros.

Los proyectos y programas bien gestionados y técnicamente sólidos no sólo permiten alcanzar los objetivos organizativos, sino también aumentar la confianza en los donantes y las partes interesadas clave sobre la competencia de la organización.

6.7.3 Movilización de recursos

Las organizaciones deben realizar actividades constantes de movilización de los recursos necesarios para el financiamiento a largo plazo de las actividades. Es importante que la organización actúe de manera estratégica y que mire más allá del plazo inmediato, especialmente si en la actualidad se está beneficiando de algún subsidio que se agotará dentro de varios años. Mientras que no haya garantía de que una organización podrá recaudar fondos, existen algunas prácticas que pueden ayudar a una organización a lograrlo. Cuestiones importantes a tener en cuenta con respecto a la movilización de recursos incluyen:

- ¿Está la estrategia de movilización de recursos en línea con la visión y la misión de la organización?
- ¿Se pueden recaudar los recursos a través de los miembros de la organización, es decir, mediante una pequeña cuota de afiliación mensual o anual? Esto aumentaría el sentido de pertenencia; sin embargo, la suma no debería ser muy alta con el fin de no excluir a las personas trabajadoras del sexo.
- ¿Existen las fuentes de financiamiento gubernamentales que pudieran financiar ciertas actividades o programas?

6.7.4 Creación de redes

El desarrollo de una organización de personas trabajadoras del sexo sólida y exitosa depende tanto de las relaciones como de los sistemas. La creación de redes involucra a los donantes, las comunidades, el gobierno a nivel nacional y local, los proveedores de servicios y las redes de ONG. La creación de redes permite el cumplimiento de los derechos humanos, la prestación de servicios integrales para las personas beneficiarias y el desarrollo de relaciones con donantes (véase el recuadro 6.9 y también el capítulo 1, sección 1.2.8).

Dos de los aspectos de la creación de redes que son especialmente importantes para las organizaciones de personas trabajadoras del sexo son: el compromiso con el gobierno (p.ej. con la clase política, las fuerzas policiales, los programas de derechos sociales y de salud) y el compromiso con las organizaciones e instituciones no gubernamentales.

Compromiso con el gobierno

- Esto es particularmente importante y permite a los programas para las personas trabajadoras del sexo realizar trabajo de defensa de derechos para acceder a los servicios sanitarios; la eliminación de la discriminación y el acoso; la protección y compensación por la violencia y sus derechos de ciudadanía.
- Una organización asociada que colabora con una organización de personas trabajadoras del sexo en el fortalecimiento de las capacidades puede disponer de contactos que faciliten que los miembros de los grupos dirigidos por la comunidad puedan participar en comités responsables de la supervisión de los programas de salud, o brindar acceso a los políticos y otros funcionarios.
- El fortalecimiento de las capacidades puede ayudar a las personas trabajadoras del sexo que no están familiarizadas con la estructura de las reuniones formales o con el protocolo de reunión con los funcionarios, a aprender formas de participación e involucrarse de manera eficaz.

Recuadro 6.9

Ejemplo de caso: relación directa entre la comunidad y el gobierno de la India

En 2010, representantes de colectivos de personas trabajadoras del sexo y grupos comunitarios que representaban a la comunidad transgénero, hombres que tienen sexo con hombres y personas que consumen drogas inyectables, fueron invitadas a hacer presentaciones en una reunión de consenso de la Comisión de Planificación del país, que elabora los planes quinquenales del gobierno de la India. Su acceso a este órgano de gobierno de alto nivel a través de su Civil Society Window Initiative (Iniciativa de ventana de la Sociedad Civil) se vio facilitada por el Centre for Advocacy Research, una organización no gubernamental que trabajaba con los grupos de la comunidad temas de defensa de derechos.

Los representantes de siete estados de la India asistentes hablaron de los desafíos que enfrentan para acceder a los servicios públicos y a sus derechos sociales, y presentaron recomendaciones para un mejor acceso a los servicios, entre ellos a los de salud, las pensiones, la educación y otras opciones de sustento. Al año siguiente, estas recomendaciones fueron incluidas en el documento estratégico de la Comisión de Planificación en el 12º plan quinquenal. El documento recomendó la implementación de programas dirigidos a las comunidades que sufren discriminación a causa de su identidad social y cultural, incluyendo a las personas trabajadoras del sexo y a las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero.

El testimonio de los grupos comunitarios frente a la Comisión de Planificación ayudó a impulsar su credibilidad como defensores a los ojos del gobierno y abrió las puertas al diálogo político con las agencias gubernamentales responsables del desarrollo de las mujeres y la infancia, los medios de subsistencia rurales y los servicios jurídicos. Tras las consultas estatales, los diferentes departamentos gubernamentales estaban preparados, en septiembre de 2013, para elaborar nuevos reglamentos que facilitarían el acceso a los servicios sociales de las personas trabajadoras del sexo, hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.

Compromiso con las organizaciones e instituciones no gubernamentales

Esto incluye:

- otras OBC/ONG u organizaciones de personas trabajadoras del sexo dirigidas por la comunidad
- los grupos religiosos y otros grupos comunitarios
- los medios de comunicación
- otras OBC/ONG que trabajan en ámbitos relacionados (derechos sociales, derechos humanos, violencia, salud, entre otros).

El fortalecimiento de las capacidades ayuda a las organizaciones de las personas trabajadoras del sexo a analizar la relevancia de los grupos o instituciones sociales poderosas, como los grupos religiosos y los medios de comunicación, y a aprender a implicarlos e influirles. Algunos ejemplos incluyen el cambio en el enfoque de una iglesia que pasó de condenar el trabajo sexual a respetar a las personas que viven con el VIH, o alentar a los periódicos a reportar positiva y correctamente sobre los esfuerzos de las personas trabajadoras del sexo para reducir la infección por el VIH.

Recuadro 6.10
Ejemplo de caso: redes de personas trabajadoras del sexo

Una vez que los colectivos de personas trabajadoras del sexo se forman, pueden integrarse en redes regionales, nacionales y mundiales constituidas por otras personas trabajadoras del sexo. Por ejemplo, el Karnataka Health Promotion Trust (Fideicomiso de Karnataka para la promoción de la salud) en la India utiliza un modelo «federal» de gobernabilidad en el cual los diferentes colectivos locales forman comités subregionales, regionales y estatales con el fin de aumentar el poder de la negociación de los colectivos de personas trabajadoras del sexo a múltiples niveles. La *Asia Pacific Network of Sex Workers* (Red de Trabajadores Sexuales para Asia y el Pacífico) vincula a los proyectos de personas trabajadoras del sexo de toda la región. La *Global Network of Sex Work Projects* (Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual) cuenta con representación de organizaciones de personas trabajadoras del sexo en todo el mundo.

6.8 Recursos y lecturas complementarias**Planificación estratégica y gestión de programas**

1. *Planning guide for the health sector response to HIV/AIDS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502535_eng.pdf
2. *Planificación y gestión orientada a resultados en VIH/SIDA: Manual*. Washington, DC: Equipo Mundial para el Seguimiento y la Evaluación (GAMET), Programa Global de VIH/SIDA del Banco Mundial, 2007. <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/ResultsHandbookSpanishSept07.pdf>
3. *Guide to the strategic planning process for a national response to HIV/AIDS*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1998. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub05/jc441-stratplan-intro_en.pdf
4. *Practical guidance for scaling up health service innovations*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud Y ExpandNet, 2009. http://www.expandnet.net/PDFs/WHO_ExpandNet_Practical_Guide_published.pdf
5. *Nine steps for developing a scaling-up strategy*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y ExpandNet, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500319_eng.pdf
6. *A Commodity Management Planning Guide for the Scale-Up of HIV Counseling and Testing Services*. Arlington, VA: Management Sciences for Health, 2008. http://www.msh.org/sites/msh.org/files/HIV-Testing-Commodity-Guide-VCT_final.pdf

7. *Management and Organizational Sustainability Tool (MOST): A Guide for Users and Facilitators, Second edition*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2004. <http://www.msh.org/resources/management-and-organizational-sustainability-tool-most>
8. *National Guidelines for Implementation of HIV Prevention Programs for Female Sex Workers in Nigeria*. Agencia Nacional del Control del SIDA, Gobierno de Nigeria, 2013. http://naca.gov.ng/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=152&Itemid=268

Definición del marco de planificación secuencial del programa, la implementación de los componentes y de los estándares

1. *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach*. Ginebra: OMS, UNFPA, UNAIDS, NSWP, 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf
2. *A Systematic Approach to the Design and Scale-up of Targeted Interventions for HIV Prevention among Urban Female Sex Workers*. Bangalore, India: Karnataka Health Promotion Trust, Universidad de Manitoba, Banco Mundial, 2012. <http://www.khpt.org/reports%20pdf/A%20Systematic%20Approach%20to%20the%20Design%20and%20Scale-Up%20of%20Targeted%20Interventions%20for%20HIV%20Prevention,%20full%20version.pdf>
3. *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf
4. *Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV*. Ginebra: Grupo de trabajo mundial de ONUSIDA/OMS sobre el VIH/SIDA y vigilancia de las ITS, 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/2011_estimating_populations_en.pdf
5. *PLACE—Priorities for Local AIDS Control Efforts: A Manual for Implementing the PLACE Method*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2005. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-05-13>
6. *Clinic Operational Guidelines & Standards: Comprehensive STI Services for Sex workers in Avahan-Supported Clinics in India*. Nueva Delhi: Family Health international [sin fecha]. <https://www.indiahiv.org/Documents/Avahan%20COGS.pdf>
7. *Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action: Logic Model Development Guide*. Battle Creek, MI: W.K. Kellogg Foundation, 2004. <http://www.wkcf.org/knowledge-center/resources/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide.aspx>

Sistema de seguimiento rutinario de programas

1. *Technical Guide for Countries to Programme, Monitor and Set Targets for HIV Prevention, Treatment and Care for Sex Workers, Men who Have Sex with Men and Transgender People*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2013. En imprenta. http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/targets_key_populations/
2. *Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People. Volume 1: National and Sub-National Levels*. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation, 2013. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>
3. *Toolkit for monitoring and evaluation of interventions for sex workers*. Organización Mundial de la Salud, Regiones de Sudeste Asiático y Pacífico Occidental, 2009. http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/ToolKit_M_E_SW.pdf
4. *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2000. https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub05/jc427-mon_ev-full_en.pdf
5. *A Guide to Monitoring and Evaluation of Capacity-Building Interventions in the Health Sector in Developing Countries. MEASURE Evaluation Manual Series, No.7*. Chapel Hill, NC: Carolina Population Center, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, 2003. http://www.aidstar-two.org/Tools-Database.cfm?action=detail&id=86&language_id=
6. *Monitoring and Evaluation Systems Strengthening Tool*. Desarrollado por el Fondo Mundial, PEPFAR, USAID y otros. Publicado a través del proyecto Measure Evaluation de USAID, 2007. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-07-18>

Sistema de supervisión

1. *STI Clinic Supervisory Handbook, Comprehensive STI services for Sex Workers in Avahan-Supported Clinics in India*. New Delhi: Family Health International [sin fecha]. http://www.aidsdatahub.org/dmdocuments/STI_Clinic_Supervisory_Handbook.pdf
2. *Making Supervision Supportive and Sustainable: New Approaches to Old Problems*. Washington, DC: Maximizing Access and Quality Initiative, 2002. <http://www.k4health.org/sites/default/files/maqpaperonsupervision.pdf>
3. *Supportive Supervision to Improve Integrated Primary Health Care*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2006. <http://www1.msh.org/Documents/OccasionalPapers/upload/Supportive-Supervision-to-Improve-Primary-Health-Care.pdf>
4. *Supportive Supervision to Improve Integrated Primary Health Care*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010. <http://www1.msh.org/Documents/OccasionalPapers/upload/Supportive-Supervision-to-Improve-Primary-Health-Care.pdf>

Evaluación

1. *Operational Guidelines for Monitoring and Evaluation of HIV Programmes for Sex Workers, Men who have Sex with Men, and Transgender People*. Measure Evaluation, Carolina del Norte, 2013.
 - a. *Volume I: National and Sub-National Levels*. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/ms-11-49a>
 - b. *Volume II: Service Delivery Providers*. En imprenta.
2. *Behavioral Surveillance Surveys: Guidelines for Repeated Behavioral Surveys in Populations at Risk of HIV*. Arlington, VA: Family Health International, 2000. http://www.who.int/hiv/strategic/en/bss_fhi2000.pdf
3. *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*. Geneva: UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2011/20110518_Surveillance_among_most_at_risk.pdf

Fortalecimiento de las capacidades organizativas

1. *Community Mobilization of Female Sex Workers. Module 2: A Strategic Approach to Empower Female Sex Workers in Karnataka*. Bangalore, India: Karnataka Health Promotion Trust, 2008. http://www.khpt.org/Community_Mobilization.pdf
2. *Managers Who Lead: A Handbook for Improving Health Services*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2005. <http://www.msh.org/sites/msh.org/files/mwl-2008-edition.pdf>
3. *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010. <http://www.msh.org/resources/health-systems-in-action-an-ebook-for-leaders-and-managers>
4. *Systematic Organizational Capacity Building: Tackling Planning and Implementation Challenges*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2011. www.aidstar-two.org/upload/AS2_Tech-Brief3.pdf
5. *Organizational Capacity Building Framework: A Foundation for Stronger, More Sustainable HIV/AIDS Programs, Organizations & Networks*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2011. www.aidstar-two.org/upload/AS2_TechnicalBrief-2_4-Jan-2011.pdf
6. *Challenges Encountered in Capacity Building: A Review of Literature and Selected Tools*. Cambridge, MA: Management Sciences for Health, 2010. www.aidstar-two.org/Focus-Areas/upload/AS2_TechnicalBrief_1.pdf

Lecturas complementarias

1. Blanchard JF, Bhattacharjee P, Kumaran S, et al. «Concepts and strategies for scaling up focused prevention for sex workers in India». *Sexually Transmitted Infections*, 2008; 84:ii9–ii23. http://sti.bmj.com/cgi/content/abstract/84/Suppl_2/ii9
2. Chandrashekar S, Guinness L, Kumaranayake L, et al. «The effects of scale on the costs of targeted HIV prevention interventions among female and male sex workers, men who have sex with men, and transgenders in India». *Sexually Transmitted Infections*, 2010; 86:i89–i94. http://sti.bmj.com/content/86/Suppl_1/i89.full.pdf
3. Chandrashekar S, Vassall A, Reddy B, et al. «The costs of HIV prevention for different target populations in Mumbai, Thane and Bangalore». *BMC Public Health*, 2011; 11(Suppl 6):S7. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-S6-S7.pdf>

4. Chandrasekaran P, Dallabetta G, Loo V, et al. «Evaluation design for large-scale HIV prevention programs: the case of Avahan, the India AIDS Initiative». *AIDS*, 2008; 22(Suppl 5):S1–S15. <http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/abstract.00002030-200812005-00001.htm>
5. Kerrigan D, Wirtz A, Baral S, et al. *The Global HIV Epidemics among Sex Workers*. Washington, DC: Banco Mundial, 2013. <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongSexWorkers.pdf>
6. Schwartländer B, Stover J, Hallett T, et al. «Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS». *The Lancet*, 2011; 377:2031–2041. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611607022>
7. Semini I, Batona G, Lafrance C, et al. «Implementing for results: program analysis of the HIV/STI interventions for sex workers in Benin». *AIDS Care*, 2013; 25(Suppl 1):S30–S39. <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2013.784392>
8. Shahmanesh M, Patel V, Mabey D, et al. «Effectiveness of interventions for the prevention of HIV and other sexually transmitted infections in female sex workers in resource poor setting: a systematic review». *Tropical Medicine and International Health*, 2008; 13:659–679. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2008.02040.x/pdf>
9. Verma R, Shekhar A, Khobragade S, et al. «Scale-up and coverage of Avahan: a large-scale HIV-prevention program among female sex workers and men who have sex with men in four Indian states». *Sexually Transmitted Infections*, 2010; 86:i76–i82. http://sti.bmj.com/content/86/Suppl_1/i76.full.pdf



**Para más información, pónganse
en contacto con:**

Organización Mundial de la Salud
Departamento de VIH/SIDA
20, Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

ISBN 978 92 4 350618 0

