

DIRECTRICES OPERACIONALES

Cómo responder a las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios



Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y Fondo de Población de las Naciones Unidas

DIRECTRICES OPERACIONALES

Cómo responder a las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
y Fondo de Población de las Naciones Unidas

2021

Agradecimientos

Numerosas personas han contribuido a la elaboración de estas directrices, incluso en tareas de investigación formativa, redacción, revisión y edición. El proceso ha estado dirigido por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), contando con aportes de las redes de trabajadores y trabajadoras sexuales, agentes humanitarios y socios para el desarrollo. A lo largo de todo el proceso se han ido incorporando diversos recursos existentes.

La redacción de las directrices anteriores se apoyó con las contribuciones de Jennifer Butler (UNFPA), Michelle Decker y Andrea Wirtz (Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins), entre otras personas. Jennifer (Rosenberg) Kupferman profundizó en el análisis contextual y se encargó de reformular el texto. La guía final se basó en estos aportes y fue objeto de una nueva revisión y actualización.

Queremos agradecer el tiempo y los conocimientos especializados ofrecidos por todos los expertos que se enumeran a continuación, así como los ejemplos prácticos, herramientas y otros recursos aportados por las organizaciones que contribuyeron a elaborar esta guía:

Ann Burton, ACNUR
 Jennifer Butler, UNFPA
 Sarah Chynoweth, WRC
 Nadine Cornier, UNFPA
 Anna-Louise Crago, consultora
 Charles Dago, UNICEF
 Henia Dakkak, UNFPA
 Robyn Dayton, FHI360
 Sandra Harlass, ACNUR
 Joanina Karugaba, ACNUR
 Danielle Bishop, ACNUR
 Eszter Kismödi, consultora
 Anneka Knutsson, UNFPA
 Jules Kim, Scarlet Alliance
 Jennifer (Rosenberg) Kupferman, Open Coast
 Désirée Lichtenstein, UNFPA
 Virginia MacDonald, OMS
 Evgenia Maron, consultora
 Neil McCulloch, NSW
 Ruth Morgan Thomas, NSW
 Laxmi Murthy, SANGRAM
 Elani Nassif, ONUSIDA
 Megan Obermeyer, ACNUR
 Andrey Poshtaruk, UNFPA
 Vivek Rai, ONU Mujeres
 Meena Saraswathi Seshu, SANGRAM
 Catrin Schulte-Hillen, ACNUR
 Sally Shackleton, Frontline AIDS
 Kate Shannon, Universidad de Columbia Británica
 Sangita Singh, consultora
 Tim Sladden, UNFPA
 Rachel Thomas, OSF
 Annette Verster, OMS
 Tisha Wheeler, USAID

Abreviaturas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
AE	Anticoncepción de emergencia
AP	Apoyo psicosocial
ARAP	Anticonceptivo reversible de acción prolongada
CA	Centro de acogida
CPO	Comité Permanente entre Organismos (sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios)
DI	Desplazados internos
EGD	Edad, género y diversidad (política de)
HIVST	Autodiagnóstico del VIH
HTS	Servicios de diagnóstico del VIH
ITS	Infección de transmisión sexual
KESWA	Kenya Sex Worker Association (Asociación de Personas Trabajadoras Sexuales de Kenya)
LGBTIQ+	Personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, intersexuales y queer
mhGAP	Plan de acción para los problemas de salud mental
MS	Ministerio de Salud
MTI	Manual de Trabajo Interinstitucional (sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios)
NSWP	Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PLHIV	Personas que viven con el VIH
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPE	Profilaxis posterior a la exposición
PrEP	Profilaxis anterior a la exposición
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (para la salud reproductiva en situaciones de crisis)
PTMI	Prevención de la transmisión maternoinfantil (del VIH, la sífilis y el VHB)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMAPS	Salud mental y apoyo psicosocial
SOGIE	Orientación sexual, identidad y expresión de género
SSR	Salud sexual y reproductiva
SWIT	Herramienta de aplicación sobre el VIH y las ITS para personas trabajadoras sexuales (para programas integrales con personas trabajadoras sexuales en el ámbito del VIH y las ITS)
TAR	Terapia antirretrovírica
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VG	Violencia de género
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VPH	Virus del papiloma humano
“5 C” (de los servicios de diagnóstico del VIH)	Consentimiento, confidencialidad, consejo, (resultados) correctos, conexión con los servicios

Índice

Agradecimientos.....	2
Abreviaturas	3
Glosario. Definición de conceptos.....	6
Notas sobre la terminología.....	9
Terminología en relación con los niños y las niñas.....	9
Terminología basada en derechos.....	9
Terminología referente a la trata de personas.....	10
Terminología relativa a la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género diversas (SOGIE).....	10
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1. Finalidad.....	14
1.2. Limitaciones de la presente directriz	15
1.3. Principios rectores para trabajar con personas que venden o intercambian sexo	16
2. ACCIONES Y RESPUESTAS EN LOS ÁMBITOS DE LA SALUD Y LA PROTECCIÓN.....	18
2.1. Resumen	19
2.2. Preparación	21
2.3. Respuesta general	24
2.3.1. Concientizar y mejorar la comprensión de los riesgos.....	24
2.3.2. Mejorar las actitudes y reducir el estigma.....	27
2.4. Respuesta en el ámbito de la salud	28
2.4.1. Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM)	28
Preservativos y lubricantes de base acuosa	28
Profilaxis previa a la exposición para el VIH.....	29
Profilaxis posterior a la exposición para el VIH.....	29
Anticoncepción.....	30
Tratamiento de complicaciones del aborto	31
Tratamiento clínico de violaciones.....	31
Atención de la salud materna (cuidados prenatales y posnatales, atención obstétrica y neonatal de emergencia)	32
Tratamiento de infecciones de transmisión sexual	33
Tratamiento preventivo periódico de infecciones de transmisión sexual	33
2.4.2. Respuesta integral en el ámbito de la salud.....	34
Archivo de toma de información con preguntas para la detección adaptadas al contexto.	34
Otros programas relativos a los preservativos y lubricantes y a los servicios de anticoncepción	35
Profilaxis previa a la exposición para el VIH.....	36
Servicios de diagnóstico de VIH y su tratamiento	36
Embarazos no deseados.....	37
Detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino.....	38
Atención a personas que viven con el VIH.....	38
Salud mental	39
2.5. Protección	40
2.5.1. Medidas y acciones mínimas iniciales de protección.....	41
Información sobre las disposiciones legales, los derechos y la protección	41
Identificación de vulnerabilidades.....	41
Fomento de la reducción del daño	41
2.5.2. Medidas y acciones de protección integrales.....	42
Empoderamiento comunitario	43

Difusión liderada por la comunidad y educación entre pares	43
Espacios seguros y centros de acogida	44
Acceso remoto a servicios de apoyo psicosocial, jurídico y de otro tipo	44
Fortalecimiento de la defensa de los derechos y el fomento de la reducción del daño en contextos humanitarios	45
Capacitación, información y desarrollo de capacidades en materia de seguridad	45
Identificación de riesgos (detección de vulnerabilidades)	45
Identificación de estrategias dirigidas por la comunidad para reducir la vulnerabilidad	45
Documentar la violencia a la que se enfrentan las personas que venden sexo en contextos humanitarios	46
Empoderamiento económico de las personas que venden sexo	46
3. DIAGNÓSTICO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	48
3.1. Diagnósticos periódicos	49
3.2. Seguimiento	50
3.3. Evaluación	51
ANEXOS	52
Anexo 1	
Protocolos de terapia antirretrovírica recomendados por la OMS para la profilaxis posterior a la exposición	53
Anexo 2	
Resumen de la eficacia de los métodos de control de la natalidad	54
Anexo 3.1	
Ejemplo de archivo de información del paciente (UNFPA)	55
Anexo 3.2	
Ejemplo de formularios de admisión clínica y de contacto (Ministerio de Salud, Kenya)	57
Anexo 3.3	
Ejemplo de formularios de admisión clínica y de contacto (FHI360, Vínculos entre el continuo de servicios relacionados con el VIH para poblaciones clave afectadas por el VIH)	59
Anexo 4	
Protocolos de la OMS para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual en personas adultas	62
Anexo 5	
Asesoramiento para los servicios de diagnóstico del VIH	64
Anexo 6	
Qué se debe hacer y qué no en la prestación de servicios de salud y de protección a personas que venden o intercambian sexo	65
Anexo 7	
Elementos clave del empoderamiento comunitario y valores fundamentales para empoderar a las comunidades	66
Anexo 8	
Difusión liderada por la comunidad y educación entre pares: información adicional	67
Anexo 9	
Lista de verificación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos	70
Anexo 10	
Indicadores clave de los servicios de anticoncepción	73
Anexo 11	
Ejemplo de un plano de planta de un centro de acogida	74
Anexo 12	
Ejemplos de buenas prácticas en programas de salud y protección	75
Anexo 13	
Recursos adicionales	79

Glosario. Definición de conceptos

Adolescente: persona de 10 a 19 años¹.

Explotación y abuso sexuales: la “explotación sexual” se refiere a todo abuso cometido o amenaza de abuso en una situación de vulnerabilidad, de relación de fuerza desigual o de confianza, con propósitos sexuales, a los efectos, aunque sin estar exclusivamente limitado a ellos, de aprovecharse material, social o políticamente de la explotación sexual de otra persona. De modo análogo, la expresión “abuso sexual” se refiere a toda intrusión física cometida o amenaza de intrusión física de carácter sexual, ya sea por la fuerza, en condiciones de desigualdad o con coacción².

Interseccionalidad: describe la naturaleza interconectada de las categorizaciones sociales como la raza, la clase social y el género, tal como se aplican a una persona o a un grupo de personas determinado, y que se considera que crean sistemas de discriminación o desventaja superpuestos e interdependientes.

Joven: persona de 10 a 24 años.

Menor: persona que todavía no ha alcanzado la mayoría de edad, aquella que establece la separación legal entre la infancia de la edad adulta y que, por lo general, es de 18 años, aunque puede variar según el contexto y las leyes locales.

Niño/a: persona menor de 18 años, a menos que, en virtud de las leyes que le sean de aplicación, alcance antes la mayoría de edad³.

Personas que venden sexo: sinónimo de “persona trabajadora sexual” según la definición de este término recogida en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).⁴ El término “persona trabajadora sexual” pretende evitar cualquier juicio de valor y se centra en las condiciones de trabajo en las que se venden servicios sexuales. Las personas trabajadoras sexuales incluyen las mujeres, hombres y personas adultas transgénero –así como los jóvenes mayores de 18 años– que, con su consentimiento, reciben de manera periódica u ocasional dinero o bienes a cambio de servicios sexuales. El trabajo sexual puede adoptar muchas formas y variar en cuanto a su grado de “formalización” u organización, así como entre los diferentes países y comunidades y dentro de ellos⁵. Abarca personas que se pueden identificar o no como trabajadores y trabajadoras sexuales, así como personas que pueden no definir conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos^{6,7}. El trabajo sexual se define como la venta consensuada de sexo entre personas adultas; por lo tanto, los niños y niñas (personas menores de 18 años) no pueden realizar este tipo de actividad. De hecho, en los casos en que se ven implicados en la venta de sexo, se considera que son víctimas de explotación sexual. En este documento se utiliza la expresión “personas que venden sexo” y se establece una diferenciación entre esta actividad y la trata de personas y la explotación (véase **explotación sexual, abuso sexual y trata de personas**).

1 UNICEF, *The State of the World's Children Report*, <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2011>.

2 Boletín del Secretario General. Medidas especiales de protección contra la explotación y el abuso sexuales (octubre de 2003). Disponible en <https://undocs.org/es/ST/SGB/2003/13>.

3 Naciones Unidas, 1989. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (artículo 1). Documento de las Naciones Unidas con signatura A/Res/44/25, 1989.

4 ONUSIDA (2015), *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA* (Ginebra).

5 OMS (2014), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Ginebra).

6 ONUSIDA (2002), *Trabajo sexual y VIH/SIDA: Actualización Técnica* (Ginebra).

7 OMS (2002), *Sex Workers – Part of the Solution. An Analysis of HIV Prevention Programming to Prevent HIV Transmission during Commercial Sex in Developing Countries* (Ginebra).

Poblaciones clave: poblaciones que, como resultado de determinados comportamientos, presentan un mayor riesgo de contraer el VIH, independientemente del tipo o contexto epidémico local. Este riesgo puede aumentar como consecuencia de factores jurídicos y sociales.⁸ La Organización Mundial de la Salud reconoce cinco poblaciones clave:

- personas gais, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres;
- personas que se inyectan drogas;
- personas que se encuentran en prisión y en otros entornos cerrados;
- personas trabajadoras sexuales;
- personas transgénero.⁹

Política de edad, género y diversidad: aquella que requiere aplicar un enfoque que tenga en cuenta la edad, el género y la diversidad en todos los aspectos del trabajo.

Protección: todas las actividades encaminadas a obtener el pleno respeto de los derechos de la persona de acuerdo con la ley y el espíritu de los de los organismos jurídicos pertinentes (es decir, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario y Derecho Internacional de los Refugiados).¹⁰ Uno de los principios fundamentales de la acción humanitaria es garantizar la seguridad de todas las personas afectadas por un conflicto o una crisis. Todos los derechos de las personas afectadas y los deberes de los titulares de obligaciones deben comprenderse, respetarse, protegerse y cumplirse sin discriminación¹¹.

Reducción de daños: un conjunto global de políticas, programas y enfoques que buscan reducir las consecuencias para la salud, sociales y económicas perjudiciales, asociadas al consumo de drogas inyectables. El uso del término se ha ampliado con el tiempo a otros ámbitos, como el trabajo sexual¹² y el aborto¹³.

Relaciones sexuales transaccionales: relación sexual extramatrimonial de carácter no mercantil, motivada por la suposición implícita de que, a cambio del sexo, se obtendrá apoyo material u otros beneficios¹⁴. De acuerdo con la definición actual, la mayoría de las personas involucradas en relaciones sexuales transaccionales se consideran a sí mismas como parejas o amantes, en lugar de como vendedores o compradores. Puede ser contraproducente mezclar las relaciones sexuales transaccionales con el trabajo sexual en el diseño y la financiación de las intervenciones, puesto que las intervenciones diseñadas para los trabajadores sexuales no llegarán a las personas que practican el sexo transaccional.

8 OMS (2016), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Ginebra).

9 *Ibid.*

10 Comité Permanente entre Organismos (1999), *Protection of Internally Displaced Persons*, documento de política del CPO, p. 4 (Nueva York). Véase también Sylvie Giossi Caverzasio, *Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards* (Ginebra, CICR, 2001), p. 19.

11 Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (2016), *Policy on Protection in Humanitarian Action* (Nueva York).

12 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2015), *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA* (Ginebra). El término "reducción de daños" tiene su origen en los esfuerzos dirigidos a abordar los efectos negativos que sufren las personas que se inyectan drogas. En la actualidad se utiliza en un sentido más amplio para hacer referencia a la reducción de daños asociados a otros comportamientos, incluido el trabajo sexual. Para obtener más información, véase Open Society Institute (2006). "Harm Reduction, Health and Human Rights, and Sex Work"; Rekart, Michael L. (2005). "Sex-work harm reduction," *The Lancet*, vol. 366, págs. 2123-2134.

13 Julia Tasset y Lisa H. Harris, "Harm reduction for abortion in the United States", *Obstetrics & Gynecology*, vol. 131, núm. 4 (abril de 2018).

14 ONUSIDA (2018), *Transactional Sex and HIV Risk: From Analysis to Action* (Ginebra).

Transgénero: término genérico que define a las personas cuya identidad y expresión de género no se ajusta a las normas y expectativas tradicionalmente asociadas con el sexo determinado al nacer. Las personas transgénero incluyen personas que se han sometido a una intervención quirúrgica para el cambio de sexo o a tratamientos médicos distintos de la cirugía para cambiar de género (por ejemplo, terapia hormonal), así como las personas que se definen a sí mismas como sin género, con múltiples géneros o con géneros alternativos. Las personas transgénero pueden identificarse a sí mismas como transgénero, mujeres, hombres, mujeres u hombres trans, transexuales, *hijra*, *kathoey*, *waria* o muchas otras identidades transgénero, y pueden expresar su género de diferentes formas masculinas, femeninas o andróginas¹⁵.

Trata de personas: la contratación, el transporte, el traslado, el cobijo o la recepción de personas por medio de amenazas o del uso de la fuerza u otras formas de coacción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder, o de dar o recibir pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona o tener control sobre otra persona, con el propósito de explotación. La explotación incluye, como mínimo, la prostitución de otras personas u otras formas de explotación sexual, los servicios o trabajos forzosos, la esclavitud o las prácticas similares a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.¹⁶

Violencia de género: término genérico que denota cualquier acto dañino perpetrado contra la voluntad de una persona y que se basa en diferencias socialmente atribuidas entre los hombres y las mujeres (es decir, en el género). Incluye los actos que inflijan un daño o sufrimiento físico, sexual o mental, las amenazas de cometer tales actos, la coerción u otras formas de privación de libertad. Estos actos pueden ocurrir en público o en privado. El término se utiliza habitualmente para subrayar que la desigualdad sistémica entre hombres y mujeres, presente en todas las sociedades del mundo. Actúa como una característica unificadora y fundamental de la mayoría de las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Incluye también la violencia sexual cometida con el objetivo explícito de “reforzar las normas de género desiguales de masculinidad y feminidad”. Se utiliza cada vez más para destacar las dimensiones de género de determinadas formas de violencia contra los hombres y los niños, en particular las formas de violencia sexual cometidas con el objetivo explícito de reforzar las normas de género desiguales de masculinidad y feminidad.¹⁷

15 ONUSIDA (2015), *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA* (Ginebra).

16 Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Protocolo de Palermo). Adoptado y abierto para su firma, ratificación y adhesión en virtud de la resolución 55/25 de la Asamblea General, de 15 de noviembre de 2000. Disponible en <https://www.refworld.org/es/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50ab8f392>.

17 Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (2015), *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria*. Nueva York.

Notas sobre la terminología

La terminología empleada en el ámbito de la orientación sexual, el trabajo sexual y las cuestiones relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos evoluciona sin cesar. Se observan contradicciones en el uso de determinados términos entre diferentes documentos dependiendo del editor y de la fecha de publicación. El presente documento se basa principalmente en la definición de trabajo sexual que aplica ONUSIDA, aunque reconoce la utilización de términos alternativos y la lógica subyacente a ellos.

Terminología en relación con los niños y las niñas

Deben evitarse expresiones como “relaciones sexuales transaccionales”, “venta de sexo”, “intercambio de sexo” y “trabajo sexual” en referencia a niños y niñas menores de 18 años, puesto que el uso de dichas expresiones: 1) corre el riesgo de legitimar determinadas formas de explotación sexual infantil, y 2) puede ser perjudicial para el niño o niña a que se refiera, o implicar que se traslade la culpa al niño o niña.¹⁸ Dicho esto, los documentos de orientación se refieren a los “jóvenes que venden sexo” como personas de 10 a 24 años, incluidos niños y niñas de 10 a 17 años que son objeto de explotación sexual y jóvenes adultos de 18 a 24 años que se dedican al trabajo sexual¹⁹.

Terminología basada en derechos

Deberá utilizarse esta terminología siempre que se haga referencia a la venta de sexo o a personas que vendan o intercambien sexo. La terminología basada en derechos evita la estigmatización y los juicios de valor. No valora el comportamiento de las personas como bueno o malo. Decir que alguien “vende sexo”, “intercambia sexo” o “realiza trabajo sexual” es utilizar terminología basada en derechos. Se deben evitar los términos que entrañen juicios de valor o se basen en hipótesis acerca de las razones por las que una persona vende sexo. Un ejemplo es la expresión “trabajo sexual como medio para sobrevivir”. De manera similar, las expresiones que se refieren a la venta de sexo como una “estrategia de adaptación negativa” implican juicios de valor y pueden reforzar el estigma. Los términos que asignan una identidad a una persona por el hecho de vender sexo también son inapropiados, como el hecho de referirse a alguien como una “prostituta”.

18 Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre explotación sexual de niñas, niños y adolescentes (2016), *Orientaciones terminológicas para la protección de niñas, niños y adolescentes contra la explotación y el abuso sexuales*, págs. 33-36. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/SR/TerminologyGuidelines_sp.pdf.

19 OMS (2015), *Technical Brief on HIV and Young People Who Sell Sex* (Ginebra).

Terminología referente a la trata de personas

La redacción del Protocolo de Palermo sobre la trata de personas²⁰ suele dar lugar a confusiones problemáticas entre el trabajo sexual y la explotación sexual. La definición de trabajo sexual como “explotación sexual” agudiza la vulnerabilidad de las personas trabajadoras sexuales y da lugar a que se vulneren sus derechos humanos, por lo que es preciso evitarla. El hecho de mezclar el trabajo sexual con la explotación sexual o la trata perpetúa las condiciones peligrosas y de coerción en las que se desarrolla el trabajo sexual y lleva a adoptar leyes dañinas que limitan el acceso de las personas trabajadoras sexuales a la justicia y los servicios. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito reflexionó sobre el concepto de “explotación” en el Protocolo contra la trata de personas, reconociendo que el trabajo sexual no debe confundirse con la trata de seres humanos y que la “explotación sexual” no se refiere a cualquier tipo de trabajo sexual. Cuando se utilice en el contexto del Protocolo, el término “trata” no debe aplicarse a la prostitución en general, puesto que los Estados miembros han dejado claro que no era esa su intención^{21, 22}. La presente directriz sobre las personas que venden sexo en contextos humanitarios distingue la venta de sexo de la trata de personas y la explotación, temas que se abordan en una directriz específica.²³

Terminología relativa a la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género diversas (SOGIE)

Se utilizan diversos términos en referencia a minorías sexuales y de género específicas: hombres gais, hombres bisexuales, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas **queer**, hombres trans, mujeres trans, personas no binarias, etc. Pese a que esta terminología pretende ser precisa, también es muy diversa y variada. La experiencia sugiere que durante la fase de planificación de los servicios es importante llevar a cabo una evaluación contextualizada de los términos empleados a nivel local para referirse a la identidad de género y la orientación sexual, y de cómo influyen estas identidades en las necesidades de salud y de protección²⁴.

20 Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (Protocolo de Palermo). Adoptado y abierto para su firma, ratificación y adhesión en virtud de la resolución 55/25 de la Asamblea General, de 15 de noviembre de 2000. Disponible en <https://www.refworld.org/es/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50ab8f392>.

21 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), *Issue Paper: The Concept of Exploitation in the Trafficking in Persons Protocol* (Viena). Disponible en https://www.unodc.org/documents/human-trafficking/2015/UNODC_IP_Exploitation_2015.pdf.

22 NSWP (2019), *Briefing Note: Sex work is Not Sexual Exploitation* (Edimburgo).

23 Grupo Temático Mundial sobre Protección (2020), *An Introductory Guide to Anti-trafficking Action in Internal Displacement Contexts*. Disponible en <https://publications.iom.int/books/introductory-guide-anti-trafficking-action-internal-displacement-contexts-2020>.

24 ACNUR (2015), *Protección de las personas con orientación sexual e identidad de género diversas* (Ginebra).

1. Introducción

Las personas afectadas por conflictos y crisis experimentan alteraciones en su vida personal, social y económica, incluida la separación familiar, la pérdida de ingresos y bienes, la agitación cultural y el colapso de las estructuras sociales tradicionales y las oportunidades de subsistencia. El acceso a las necesidades básicas y los medios de vida puede permanecer interrumpido durante períodos prolongados. Todos estos factores pueden aumentar la presión sobre las personas para vender o intercambiar sexo por dinero o bienes para mantenerse a sí mismos y a sus dependientes.

Otros factores que influyen en la venta y el intercambio de sexo en contextos humanitarios están relacionados con la ruptura de las redes sociales. Las personas pueden verse rechazadas por su familia o excluidas de la comunidad por diversos motivos, como su orientación sexual y su identidad de género²⁵, o por haber experimentado violencia sexual, en particular una violación o un embarazo no deseado²⁶.

Pese a que no existen estimaciones fiables sobre la prevalencia de la venta o el intercambio de sexo en contextos humanitarios, varios documentos reflejan el hecho de que las personas que se involucran (con frecuencia o de forma ocasional, durante un período breve o prolongado) en la venta o intercambio de sexo constituyen un grupo altamente heterogéneo que incluye hombres, mujeres, jóvenes²⁷, personas con diferente orientación sexual y con distintas identidades y expresiones de género, tanto casadas como no casadas (que viven en pareja o no, con o sin hijos) y personas con discapacidad.

Las razones y los factores que llevan a una persona a vender o intercambiar sexo son diversos en cualquier contexto, y los entornos humanitarios no son ajenos a esta realidad. Pese a que la elección personal puede verse gravemente limitada, un enfoque basado en los derechos humanos atribuye a toda persona “capacidad de actuación”, es decir, el derecho a decidir sobre sus actos, por extraños que parezcan dichos actos a otras personas, y esto exige respeto y ausencia de discriminación. La decisión de vender sexo, por ejemplo, debido a la escasez de opciones para obtener ingresos, es diferente del hecho de que una persona se vea forzada, obligada o engañada a hacerlo, lo que constituye explotación o abuso.

Esta directriz no realiza juicio de valor alguno en uno u otro sentido, ni pretende definir categorías en cuanto a la venta o el intercambio de sexo de forma voluntaria o no. Reconoce la enorme vulnerabilidad de todas las personas que venden o intercambian sexo y las diferencias que pueden existir en las situaciones de cada persona, y que, por tanto, deben abordarse teniendo en cuenta esa diversidad. Pese a las numerosas diferencias en términos de contexto y circunstancias, todos los tipos de trabajo sexual comparten algunas características comunes importantes, y todas las personas que venden o intercambian sexo se enfrentan a los mismos riesgos específicos para su salud y a un mayor riesgo de violencia.

25 *Ibid.*

26 Doris Burtscher y Catrine Schulte-Hillen, *Better Dead than Being Mocked. Unwanted Pregnancy and Abortion – An Anthropological Study on Perceptions and Attitudes* (Médicos sin Fronteras, 2018).

27 Pese a que esta directriz no aborda específicamente la venta o el intercambio de sexo por parte de menores, no es infrecuente que los jóvenes, incluidos los menores en contextos de desplazamiento, vendan o intercambien sexo. Las circunstancias en las que lo hacen son diversas, al igual que sus necesidades. Para obtener orientaciones específicas sobre el trabajo con niños, niñas y adolescentes que venden o intercambian sexo, se alienta a los agentes humanitarios a consultar el documento *Technical Brief on HIV and Young People Who Sell Sex* de la OMS (2015).



1.1. Finalidad

Esta directriz propone acciones para responder a las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios. Estas acciones se pueden llevar a cabo en distintos grados y en contextos diferentes (por ejemplo, en emergencias agudas o en períodos de transición o estabilización, así como en situaciones de desplazamiento prolongado; en campamentos o fuera de ellos; y en entornos rurales o urbanos), y en grupos diversos (refugiados, solicitantes de asilo, desplazados internos, apátridas u otras personas afectadas por crisis humanitarias). La directriz va expresamente dirigida al personal del ACNUR y el UNFPA dedicado a labores de salud y protección, así como a sus socios, aunque también puede resultar de utilidad para otros agentes.

La directriz destaca cómo deben armonizarse las prácticas humanitarias con los marcos generales de los derechos humanos para responder a las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo.²⁸ Se apoya en orientaciones normativas y en normas relativas a buenas prácticas elaboradas por los organismos de las Naciones Unidas en colaboración con organizaciones de trabajadoras sexuales, y se alinea con las normas de derechos humanos consagradas en los tratados internacionales de derechos humanos²⁹.

La protección de los derechos y la satisfacción de las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo constituyen prioridades urgentes. La directriz ofrece, ante todo, una serie de recomendaciones técnicas para los agentes que trabajan o forman parte de los sectores o grupos temáticos sobre salud y protección. No obstante, los principios y enfoques clave que aquí se describen son pertinentes en todos los sectores, especialmente la gestión de campamentos; el suministro y la logística; el agua, saneamiento e higiene (WASH); y la seguridad alimentaria.

28 ONUSIDA (2012), *Guidance Note on HIV and Sex Work* (Ginebra); OMS (2016), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Ginebra); OMS (2013), *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo* (Ginebra); Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2017), *Promoting a Rights-based Approach to Migration, Health, and HIV and AIDS* (Ginebra).

29 OMS (2015), *Sexual Health, Human Rights and the Law* (Ginebra).



1.2. Limitaciones de la presente directriz

Esta directriz se centra en acciones dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud –en especial, la atención de la salud sexual y reproductiva (SSR)– y a la protección para todas las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios. Sin embargo, existen otras reglamentaciones y directrices específicas relacionadas con:

- los menores (de 18 años) implicados en la venta o el intercambio de sexo, actividades consideradas como explotación sexual en virtud del derecho internacional³⁰;
- situaciones equivalentes a la coerción, el uso de la fuerza o la trata, consideradas formas de violencia sexual y, por lo tanto, constitutivas de delito³¹;
- situaciones específicas a las que se haga referencia como “explotación y abuso sexuales”, perpetradas por el propio personal humanitario.³²

Estas situaciones son objeto de regulaciones, directrices y acciones específicas que no se tratan en el presente documento. Los servicios de salud –en particular la atención de la SSR, incluido el tratamiento clínico proporcionado a las personas supervivientes de violaciones– y los servicios de protección son puntos de entrada muy importantes para la identificación de personas que sufren determinadas formas de violencia y permiten remitirlas a los canales establecidos, a través de los cuales se puede dar respuesta a sus necesidades específicas. Todas las personas que venden o intercambian sexo deberían recibir los servicios contemplados en esta directriz, si bien es preciso estar alerta para garantizar que se establezcan medidas adicionales de protección y asistencia en los casos en que se hayan producido situaciones de violencia, uso de la fuerza o coerción.

30 La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño es un tratado internacional con fuerza de ley que obliga a las naciones a proteger los derechos de los niños y las niñas. Los artículos 34 y 35 de la Convención sobre los Derechos del Niño exigen que los Estados protejan a los niños y las niñas frente a todas las formas de explotación y abuso sexuales.

31 Grupo Temático Mundial sobre Protección (2020), *An Introductory Guide to Anti-trafficking Action in Internal Displacement Contexts*.

32 El coordinador de las Naciones Unidas en el país que se ocupa de las cuestiones relacionadas con la explotación y el abuso sexuales es responsable de coordinar los procesos interinstitucionales dirigidos a abordar tales casos de explotación y abuso sexuales. Boletín del Secretario General. Medidas especiales de protección contra la explotación y el abuso sexuales (2003).



1.3. Principios rectores para trabajar con personas que venden o intercambian sexo

Los principios aplicables a la toma de decisiones, las intervenciones y la interacción con personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios se encuentran ya establecidos en los marcos humanitarios.

1. Garantizar un enfoque basado en los derechos humanos, especialmente el derecho a:

- la autodeterminación, la autonomía y la libre elección;
- la seguridad y la protección frente a la violencia;
- la privacidad y la confidencialidad;
- la igualdad y la no discriminación;
- el máximo nivel de salud alcanzable.

2. Ante todo, no causar daño; se debe adoptar un enfoque ético consistente en:

- prestar servicios sin discriminación ni juicios de valor;
- actuar de conformidad con los deseos de las personas que venden o intercambian sexo;
- mantener la confidencialidad y la privacidad de las personas que venden o intercambian sexo;
- obtener el consentimiento informado para cualquier remisión o servicio;
- considerar el daño que pueden ocasionar sus palabras, acciones y actitudes, con el fin de evitar consecuencias negativas.

3. Utilizar enfoques dirigidos a reducir los daños, es decir, políticas, programas y prácticas que reduzcan los efectos para la salud, sociales y jurídicos negativos, en especial:

- empoderamiento comunitario;
- difusión y educación de base comunitaria y lideradas por pares;
- mitigación de riesgos: promoción de la salud y la seguridad en el trabajo sexual.

4. Garantizar que las intervenciones se apoyen en datos empíricos: existen pruebas sustanciales de aquellas iniciativas que resultan eficaces para mejorar la salud y la seguridad de las personas que venden o intercambian sexo. Buena parte de este conocimiento se ha originado fuera del ámbito humanitario³³. Las herramientas y los recursos existentes –publicados por los socios para el desarrollo, a menudo en colaboración con las organizaciones de personas trabajadoras sexuales– se adaptan en esta directriz a los contextos humanitarios.

5. Garantizar un enfoque de protección basada en la comunidad, especialmente a través de la programación participativa y del compromiso liderado por pares. El empoderamiento de la comunidad de personas que venden sexo es una intervención en sí misma, además de ser esencial para una eficaz planificación, ejecución y seguimiento³⁴. Por ejemplo, los programas deberían involucrar a personas que vendan o intercambien sexo para educar a otras personas que, como ellas, también se dediquen a estas actividades. El empoderamiento comunitario implica una apropiación colectiva que posibilita que las personas trabajen juntas para aumentar la concientización, desarrollar las aptitudes personales y proporcionarse asistencia mutua. Reconoce la libre elección de las personas y su capacidad para llevar a cabo acciones de reducción de daños, así como para reducir los riesgos y la vulnerabilidad propios y de sus pares.

33 OMS (2013), *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas* (Ginebra).

34 *Ibíd.*

- 6. Garantizar un enfoque sensible a la edad, el género y la diversidad (EGD)³⁵** y que tenga en cuenta los diversos perfiles y los factores de riesgo interseccional de las personas que venden o intercambian sexo. Un enfoque sensible a la EGD presenta matices, es adecuado al contexto y asegura la prestación de servicios centrada en las personas y la adopción de medidas basadas en las necesidades. Los programas deben incluir un paquete mínimo de servicios de salud y protección esenciales, adaptados a la situación, las necesidades, los valores y los deseos de cada persona. Los programas flexibles garantizan el apoyo a un grupo diverso de personas, incluidas las que pertenecen a géneros y culturas diferentes. Es necesario evitar cualquier suposición acerca de las personas que venden o intercambian sexo y preguntar a cada persona cuáles son sus necesidades y preferencias.
- 7. Coordinarse con el Gobierno del país de acogida y con otros agentes comunitarios:** explorar y crear vínculos con entidades del país de acogida; abrir líneas de comunicación para establecer respuestas coordinadas; e identificar los servicios, recursos y leyes existentes en relación con el trabajo sexual. Consultar y crear vínculos con diversos socios, como el Ministerio de Salud del país, el Consejo Nacional sobre el SIDA, las organizaciones no gubernamentales y de base comunitaria –incluidas las lideradas por organizaciones, redes y alianzas de personas trabajadoras sexuales de la comunidad de acogida–, proveedores de servicios de SSR, centros de acogida de personas trabajadoras sexuales y proveedores de asistencia jurídica.

35 ACNUR (2018), *Política de edad, género y diversidad* (Ginebra).

2. Acciones y respuestas en los ámbitos de la salud y la protección

Las acciones de apoyo a las personas que venden o intercambian sexo pueden integrarse en respuestas humanitarias más amplias o pueden desarrollarse como actividades, programas y estructuras independientes y separados. En cada entorno es necesario sopesar los pros y los contras de cada enfoque, es decir, las ventajas de un programa independiente que se centra en acciones específicas para una población concreta (por ejemplo, mejor acceso, atención especializada y conocimiento y capacidad de los proveedores) se deben sopesar con las desventajas, incluidos los peligros de centrar más la atención en un grupo estigmatizado, los desafíos de emergentes en materia de seguridad y los costos adicionales.



2.1. Resumen

El objetivo general de la directriz es mejorar la salud, el bienestar y la seguridad de las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios. Sus objetivos específicos pueden resumirse del siguiente modo:

- garantizar un acceso no discriminatorio a los servicios de atención de la salud primarios, secundarios y terciarios, incluida la atención de la SSR y los servicios de respuesta a la violencia de género, como la salud mental y el apoyo psicosocial;
- reducir la transmisión del VIH, la hepatitis viral (virus de la hepatitis A, virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS);
- reducir el número de embarazos no deseados;
- reducir la necesidad de practicar abortos, prevenir los abortos peligrosos y garantizar la atención posterior al aborto;
- aumentar la supervivencia y mejorar la salud de las personas que viven con el VIH;
- ofrecer protección frente a la violencia, la discriminación, el abuso y otras vulneraciones de los derechos humanos;
- garantizar la disponibilidad de atención médica y protección para las personas supervivientes de violencia;
- mejorar el empoderamiento comunitario entre las personas que venden o intercambian sexo;
- reducir los riesgos y las amenazas a la seguridad relacionadas con la venta o el intercambio de sexo;
- combatir el estigma y la discriminación contra las personas que venden o intercambian sexo y contra sus familias;
- mejorar la seguridad de las personas que venden o intercambian sexo, así como sus conocimientos y aptitudes en materia de salud;
- prevenir la violencia, documentarla y responder a ella, incluidas las agresiones sexuales;
- garantizar el acceso a asistencia jurídica.

La directriz reconoce los desafíos inherentes a la asistencia humanitaria, incluidos los que conlleva el trabajo en las diferentes fases de una crisis –desde una emergencia súbita y aguda hasta situaciones que se prolongan en el tiempo– y en contextos diversos, tanto en campamentos como fuera de ellos, y en entornos rurales y urbanos. La capacidad para desarrollar respuestas específicas para las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios depende de la disponibilidad de recursos, la disposición de los diversos agentes a implicarse y la capacidad de movilizar y coordinar las acciones de los diferentes equipos de respuesta.

La directriz describe, por orden de prioridad, un conjunto de acciones destinadas a mejorar el acceso a los servicios de salud y la protección de las personas que venden o intercambian sexo. La mayoría de las acciones son adecuadas en un contexto de “respuesta mínima”. Sin embargo, estas intervenciones iniciales pueden desarrollarse para convertirse en programas más amplios en situaciones humanitarias en transición y estabilizadas. Por ejemplo, se debe garantizar la disponibilidad de preservativos y lubricantes en cualquier tipo de contexto y en todo momento, independientemente de los programas de salud. En función de la capacidad, el grado de concientización y la disposición de los distintos agentes, este suministro inicial de preservativos y lubricantes puede dar lugar a una colaboración activa con las comunidades, con objeto de identificar los puntos de distribución pertinentes, fomentar el uso de preservativos femeninos, promover la enseñanza (por pares) de aptitudes de negociación para el uso de preservativos e identificar una mayor variedad de establecimientos y canales de distribución para mejorar su disponibilidad, aceptación y utilización³⁶.

36 Nota: junto con los preservativos, siempre deben ponerse a disposición de las personas que venden o intercambian sexo sobres de lubricante para asegurar una adecuada lubricación, reducir la abrasión vaginal o anal y reducir el riesgo de rotura del preservativo durante la relación sexual.

La directriz no pretende ofrecer una hoja de ruta para las intervenciones, sino que presenta una serie de acciones para dar respuesta a las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo. La presente directriz se divide en varias secciones, como se detalla en el cuadro siguiente:

Preparación	Aumentar el nivel de concientización de los agentes humanitarios, comprender los riesgos y mejorar las actitudes.
Respuesta	Directriz general de respuesta en relación con la importancia de la concientización, de cambiar las actitudes de los agentes humanitarios y combatir el estigma; directriz sobre la respuesta en materia de salud para el desarrollo de acciones mínimas e integrales centradas en la SSR; y directriz en materia de protección, para el desarrollo de acciones mínimas e integrales dirigidas a abordar las necesidades de protección.

Todas estas actividades deben guiarse por un enfoque basado en el compromiso y el empoderamiento comunitarios.



2.2. Preparación

Se proponen las siguientes acciones siguiendo un orden secuencial, desde respuestas iniciales mínimas inmediatas hasta acciones a más largo plazo en situaciones más estables. La primera acción que debe llevarse a cabo en cualquier situación –y la más importante– es concientizar a los agentes humanitarios, los miembros de la comunidad y los proveedores de servicios pertinentes. El conocimiento de las circunstancias y de las necesidades de salud y de protección de las personas que venden e intercambian sexo (y de quienes dependen de ellas) permite y facilita el acceso de estas personas a servicios no discriminatorios. Las siguientes acciones preparatorias permitirán desarrollar y aplicar los servicios.

1. **Incluya programas dirigidos a las personas que venden o intercambian sexo en los planes de acción humanitaria.** La capacidad de ofrecer una respuesta oportuna a las necesidades de las personas que venden sexo guarda una relación directa con la inclusión de dichas necesidades en los planes de preparación y de contingencia. Es importante involucrar en dicha respuesta a todas las partes interesadas pertinentes, especialmente a las organizaciones de personas trabajadoras sexuales nacionales o locales, las y los trabajadores de la salud de los organismos ejecutantes implicados en la atención de la SSR, los agentes dedicados a labores de protección y los representantes de las comunidades, los grupos de mujeres y otras poblaciones pertinentes. En la fase de preparación, las personas trabajadoras sexuales deben participar en el análisis de la situación y en la evaluación de las necesidades; ambas tareas deben estar adaptadas al contexto nacional.
2. **Familiarícese con el contexto jurídico local.** Esto incluye conocer las leyes y reglamentos locales que tipifican como delito o regulan la venta de sexo, las relaciones entre personas del mismo sexo, las relaciones sexuales fuera del matrimonio, la anticoncepción y el aborto, así como las disposiciones legales referentes a la realización de pruebas obligatorias para el diagnóstico del VIH y de ITS. En ese sentido pueden ser pertinentes las leyes nacionales aplicables tanto a la comunidad de acogida como a la población afectada. También deben tenerse en cuenta las disposiciones legales regionales o internacionales:
 - Consulte con juristas de la comunidad de acogida o con organizaciones locales de base comunitaria que trabajen y mantengan contacto con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Mantenga contacto con socios locales para saber si se aplican las leyes y de qué modo (por ejemplo, para conocer las prácticas policiales, de arresto, de detención y de enjuiciamiento), así como los riesgos a los que se enfrentan las personas desplazadas en este ámbito (riesgo de sufrir abusos durante la detención, o riesgo de devolución en el caso de las personas arrestadas por vender o intercambiar sexo).³⁷ Siempre que sea posible, aplique un enfoque sensible a la EGD en sus análisis; por ejemplo, las lesbianas, los gais, las personas bisexuales, transgénero, intersexuales y queer (LGBTIQ+), las personas indígenas o las mujeres desplazadas pueden verse expuestas a riesgos diferentes que otras personas desplazadas.
 - La información recopilada durante la evaluación inicial de las necesidades se puede utilizar para elaborar un plan de respuesta a fin de proporcionar asistencia jurídica a cualquier persona desplazada que sea arrestada por actividades vinculadas a la venta o el intercambio de sexo. La información sobre la seguridad y la salud proporcionada a las personas dedicadas a vender o intercambiar sexo debe incluir recomendaciones acerca de cómo tratar con los agentes de

37 El principio de no devolución constituye una protección esencial en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, el derecho de los refugiados, el derecho humanitario y el derecho consuetudinario. Prohíbe que los Estados trasladen o excluyan a personas de su jurisdicción o control efectivo cuando existan razones sustanciales para creer que la persona correría el riesgo de sufrir un daño irreparable tras su regreso, por ejemplo, de ser objeto de persecución, tortura, maltrato u otras vulneraciones graves de los derechos humanos. <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/GlobalCompactMigration/ThePrincipleNon-RefoulementUnderInternationalHumanRightsLaw.pdf>

policía o los funcionarios de seguridad de los campamentos. Esta información debe elaborarse de modo que sea adecuada al contexto y accesible para los diferentes grupos de personas que venden o intercambian sexo (teniendo en cuenta, por ejemplo, el idioma, el formato y el medio de comunicación en el que se presente).

- Pueden ser de aplicación diversas leyes y directivas nacionales, por ejemplo, relativas a intervenciones médicas específicas y situaciones de violencia. Estas incluyen la legislación sobre el aborto, los anticonceptivos (es decir, la necesidad de obtener el consentimiento del esposo y la normativa referente a la esterilización), la atención médica para menores (aprobación y consentimiento de los progenitores o tutores legales) y la violencia sexual, en especial la violación y otras formas de violencia (certificación médico-jurídica y requisitos de notificación obligatoria). Los documentos de referencia incluidos en el **anexo 13** ofrecen más información sobre las limitaciones y cuestiones jurídicas.

Consideraciones jurídicas específicas en relación con los menores

- Las directrices de la OMS³⁸ señalan que “la criminalización del trabajo sexual puede afectar, en particular, al acceso a los servicios de salud por parte de las y los jóvenes menores de 18 años involucrados en el trabajo sexual. ... Numerosos ordenamientos jurídicos que tipifican esta actividad como delito persiguen simultáneamente a las personas que fuerzan a los menores a ejercer trabajo sexual y a los propios menores. El enjuiciamiento de personas menores de 18 años como delincuentes no consigue más que estigmatizar a las y los jóvenes y hacer su vida aún más difícil”. Además, las citadas directrices aclaran que “pese a que el derecho internacional de los derechos humanos, el derecho laboral internacional³⁹ y el derecho penal internacional⁴⁰ consideran como delito cualquier implicación de personas menores de 18 años en el trabajo sexual, millones de jóvenes, niños y niñas están involucrados en el sector del comercio del sexo. ... Las estrategias que ofrecen educación y vías alternativas de ganarse la vida a las personas menores de 18 años involucradas en el trabajo sexual son las que tienen mayor probabilidad de ser productivas”. En los contextos humanitarios, la prioridad es satisfacer las necesidades de salud y de protección inmediatas de las y los jóvenes que venden sexo, incluidos aquellos que deciden continuar haciéndolo⁴¹. Las intervenciones de remisión a otras instancias pueden considerarse respuestas secundarias adaptadas a cada caso, dependiendo de la edad de la persona, de sus preferencias y de los recursos de apoyo disponibles.
- Los menores que venden o intercambian sexo tienen derecho a gozar de protección frente a los cargos penales, la violencia policial y la “rehabilitación” o detención arbitraria⁴². Existen diversas recomendaciones acerca de cómo trabajar con jóvenes que venden sexo; dichas recomendaciones pueden integrarse en las respuestas humanitarias. Entre ellas figura la necesidad de ofrecer una atención de la SSR integral y adecuada para las y los jóvenes, así como de subrayar la importancia de la educación entre pares. El proveedor de servicios es responsable de respetar los puntos de vista de cada niño o niña y de reconocer la evolución de su capacidad para ejercer sus derechos en nombre propio, de acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Esto reviste una importancia especial en lo que respecta al acceso de los menores a las pruebas de diagnóstico del VIH y su tratamiento, a anticonceptivos y a otros tratamientos médicos a los que deseen acceder sin necesidad de obtener el consentimiento de sus progenitores. Estas cuestiones deben ser consideradas como

38 OMS (2015), *Sexual Health, Human Rights and the Law* (Ginebra, págs. 28-29).

39 *Declaración de la OIT relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo*. OIT (1999), Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil (Ginebra), “[u]tilización, reclutamiento u oferta de niños para la prostitución, la producción de pornografía o las actuaciones pornográficas”. Disponible en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312327:NO.

40 Resolución A/RES/54/263 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, <https://undocs.org/es/A/RES/54/263>.

41 OMS (2015), *HIV and Young People Who Sell Sex* (Ginebra).

42 *Ibíd.*

parte del debate político nacional y de la promoción correspondiente, dando siempre prioridad a la consideración del interés superior del niño.

3. Identifique y consulte a los socios locales de la comunidad de acogida. Identifique a todos los socios locales⁴³ que puedan estar involucrados o tener alguna influencia en el ámbito de la salud y la protección de las personas que venden o intercambian sexo. Incluya a los organismos gubernamentales, las ONG, las organizaciones comunitarias y los proveedores de servicios nacionales y locales que tengan experiencia en el trabajo con poblaciones clave.

- Establezca vínculos con los socios locales para ayudar a mejorar la capacidad de la población afectada para responder a una crisis humanitaria. Esto requiere comprender tanto las necesidades de la población en su conjunto, como las específicas de las personas que venden o intercambian sexo. La dinámica local en la comunidad de acogida puede influir poderosamente en los riesgos y desafíos potenciales. Las consultas iniciales pueden tener lugar durante la identificación de los servicios, recursos y leyes existentes acerca del trabajo sexual, con el objetivo de detectar tanto los posibles recursos de apoyo existentes a nivel local como los riesgos de violencia.
- Identifique a los socios para proporcionar específicamente servicios de salud y protección a las personas que venden o intercambian sexo. Puede tratarse, entre otros, de socios en operaciones y en la ejecución del ACNUR y el UNFPA, además de otras organizaciones locales. Puede suceder que, en un primer momento, los socios potenciales carezcan de una capacidad o un conocimiento de la situación elevados, o que no estén plenamente de acuerdo en trabajar con personas que venden o intercambian sexo. Cabe la posibilidad de invitar a esos socios a participar en talleres de aclaración de valores con el fin de sensibilizarlos antes de lograr que asuman un compromiso formal. Todos los socios deben estar de acuerdo con los principios rectores reflejados en estas directrices y respetar un código de conducta acorde con los principios humanitarios. Una vez establecido, el sistema de seguimiento puede identificar servicios que se evitan, se subutilizan u ofrecen una atención de calidad deficiente, incluidos los socios con actitudes negativas y las situaciones de vulneración de la confidencialidad. La organización de grupos de discusión periódicos puede ayudar a conocer los aspectos cualitativos relacionados con estos desafíos.

4. Disponga reservas de estabilización de suministros médicos y redistribuya los suministros a las zonas donde más se necesiten⁴⁴. Preste apoyo al transporte y la adquisición de emergencia para asegurar la disponibilidad del suministro de medicamentos y artículos básicos en entornos humanitarios. En emergencias agudas en las que no se disponga de reservas de estabilización, cerciórese de que las necesidades de las personas involucradas en el intercambio o la venta de sexo se tengan en cuenta en los pedidos de suministros de emergencia, como preservativos, lubricantes, tratamientos para infecciones de transmisión sexual (ITS), medicamentos antirretrovíricos (ARV) para la profilaxis anterior y posterior a la exposición y la prevención de la transmisión de la madre al niño, así como kits de profilaxis inicial para la terapia antirretrovírica, servicios de diagnóstico del VIH y servicios o artículos básicos para programas combinados de prevención.

43 Entre los grupos e instituciones locales pertinentes figuran el Ministerio de Salud nacional, los equipos de prevención y tratamiento del VIH y las ITS, las alianzas y ONG que se ocupan de las personas trabajadoras sexuales, las clínicas locales de SSR, los centros de acogida de personas trabajadoras sexuales, los centros de salud o las organizaciones de base comunitaria que trabajan con (o lideradas por) redes de personas trabajadoras sexuales de la comunidad de acogida, proveedores de asistencia jurídica y grupos dedicados a la defensa de los derechos humanos.

44 Los suministros esenciales para personas que venden sexo incluyen preservativos masculinos y femeninos y lubricantes, otros tipos de anticonceptivos modernos, kits para el diagnóstico del VIH y terapias antirretrovíricas, kits para el diagnóstico y tratamiento de otras ITS, profilaxis previa y posterior a la exposición, profilaxis para ITS y artículos básicos para el cuidado después de un aborto.



2.3. Respuesta general

2.3.1. CONCIENTIZAR Y MEJORAR LA COMPRENSIÓN DE LOS RIESGOS

Se necesita un diálogo abierto entre los agentes que trabajan en el ámbito de la salud y el de la protección para intercambiar información, experiencias, directrices y herramientas de ejecución. Entre los principales enfoques figuran los siguientes:

- Durante las reuniones del equipo, plantee la cuestión de las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo y debata el asunto con otros agentes durante las reuniones de coordinación del sector o del campamento. Estos debates pueden ayudar a identificar a otras personas que deseen colaborar. Además, pueden posibilitar un análisis de los contextos y desafíos específicos a nivel local a los que se enfrentan las personas que venden o intercambian sexo. Una breve presentación formal con datos puede ayudar a sentar las bases. La presentación debería facilitarse en formato impreso o a través de un enlace web.
- Sensibilice a diversos agentes acerca de los derechos y necesidades de las personas que venden o intercambian sexo y de los desafíos económicos y sociales que afrontan las personas durante una crisis humanitaria. Para ello será necesario conversar con:
 - miembros de la comunidad que representen perspectivas diferentes y diversas, especialmente mujeres líderes y otros miembros influyentes de la comunidad y líderes locales (religiosos, por ejemplo), mandos militares, jefes de policía y otros miembros de la comunidad;
 - personas voluntarias y trabajadoras y trabajadores comunitarios;
 - funcionarios de seguridad, incluida la policía.

Estos agentes serán cruciales para posibilitar y lograr el cambio (es decir, para romper el silencio y cambiar las actitudes de la comunidad). Los temas tratados deberían incluir 1) los principios de acción sin daño⁴⁵; 2) los derechos humanos, como el derecho a la privacidad, a acceder a servicios de salud y de protección y a vivir sin violencia ni discriminación; 3) la prevención y mitigación del riesgo al que están expuestas las personas que venden o intercambian sexo; 4) las prácticas de protección que afectan a los derechos humanos; y 5) el papel del personal de seguridad en la prevención del VIH⁴⁶.

Reúna a diferentes socios para que debatan, identifiquen y alcancen un acuerdo acerca de las situaciones locales en las que deban abordarse las necesidades de salud y de protección con carácter urgente. Pese a que quizá no sea posible llevar a cabo una intervención integral al inicio de una emergencia o en determinados contextos en los que los recursos escasean, todos los agentes deben responder a las necesidades urgentes en materia de salud y de protección. Es preciso determinar con antelación los agentes, contactos y rutas de remisión fundamentales teniendo en cuenta las situaciones específicas de las personas involucradas en la venta o el intercambio de sexo. Deberán desarrollarse procedimientos operativos estándar para hacer frente a las amenazas y la violencia con el fin de guiar las intervenciones.

45 Véanse los comentarios al respecto en el punto 3 ("Identifique a los socios de la comunidad local y consúlteles") del apartado 2.2.

46 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, *Training Manual for Law Enforcement Officials on HIV Service Provision for People Who Inject Drugs – Module 3 Overview of the Role of Police in Public Health and the Importance of Working with Key Populations* (Viena), disponible en https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Lemanual/LE_Manual_presentations_and_annexes.pdf.

El proyecto Masisi en la República Democrática del Congo (2014-2015): un estudio de caso del ACNUR

Contexto: más de 20 años de inestabilidad y conflicto provocaron un importante desplazamiento de población en Kivu del Sur (RDC). En Masisi, los desplazados internos vivían en cuatro campamentos habilitados para ellos.

Una encuesta realizada por el ACNUR entre una muestra aleatoria compuesta por 582 mujeres y niñas desplazadas de 15 a 49 años en diciembre de 2013 puso de manifiesto que:

- el 33% de los menores y el 48% de las mujeres adultas habían mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero en los últimos tres meses;
- el 37% de las mujeres y niñas habían sufrido abusos sexuales en los 12 últimos meses: el 44% a manos de una persona desconocida, el 27% por parte de un cliente durante el trabajo sexual y el 13% a manos de una pareja íntima;
- el 13% de las mujeres y niñas tuvieron de 4 a 10 parejas en los tres últimos meses, un 38% de las cuales jamás usaba preservativos.

Enfoque: el proyecto tenía por objetivo abordar las necesidades y los derechos médicos y de protección de las mujeres que mantenían relaciones sexuales a cambio de dinero. Con ello pretendía contribuir a reducir la transmisión del VIH y las ITS, disminuir el número de embarazos no deseados, promover el respeto de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales y reducir la violencia sexual. El proyecto utilizó un enfoque sistemático por etapas, como se describe a continuación.

1. Evaluación inicial.
2. Creación de un equipo multisectorial.
3. Capacitación y comunicación previas al proyecto con fines de sensibilización y para lograr la apropiación de las partes interesadas.
4. Identificación y detección de zonas críticas y efectos de bola de nieve.
5. Definición de perfiles y elaboración de planes individuales de reducción de riesgos.
6. Colaboración con las trabajadoras sexuales con fines de liderazgo, diseño y apoyo entre pares (inclusión en el equipo multisectorial).
7. Fortalecimiento de los servicios (SSR, VIH, violencia de género, AP, protección, remisión).
8. Remisión de niños y niñas en situaciones de explotación hacia agentes dedicados a labores de protección.
9. Seguimiento y evaluación.

Resultados: se estableció un sistema de recopilación rutinaria de datos al comienzo del proyecto. El análisis de los datos recogidos entre diciembre de 2013 y diciembre de 2014 mostró los resultados siguientes (n=880 mujeres que vendían sexo):

- 68 mujeres (el 7%) recibieron profilaxis posterior a la exposición tras una violación durante el primer año del proyecto;
- 83 (el 9,4%) recibieron anticonceptivos de emergencia;
- no se observó seroconversión de VIH entre las participantes en el programa;
- el 100% asistían puntualmente a sus revisiones trimestrales de salud reproductiva.

Conclusiones:

- El lenguaje y las actitudes de los socios de servicios y otras partes interesadas pueden ser inadecuados o entrañar juicios de valor. Para garantizar un enfoque coordinado y respetuoso es fundamental dedicar un tiempo a explicar el planteamiento y obtener la aceptación del socio antes de poner en marcha el proyecto.

- Las trabajadoras sexuales asumen riesgos al participar en el programa, puesto que su visibilidad aumenta. Esto puede dar lugar a discriminación y violencia contra ellas o sus hijos. Es preciso realizar todos los esfuerzos necesarios para proteger su anonimato y su seguridad; para ello se necesita contar con el apoyo de proveedores de servicios de salud, de la policía y del personal docente (por ejemplo, mantenimiento de registros seguros, sesiones en grupos reducidos, utilización de diferentes espacios para las reuniones).
- A menudo, los clientes se comportan de forma violenta y se niegan a utilizar preservativos. Recuperar la dignidad y mejorar los mecanismos de apoyo para las mujeres que venden sexo es el primer paso para reducir la violencia de género contra las trabajadoras sexuales y garantizar el uso de preservativos. El enfoque de programación liderado por las trabajadoras sexuales, combinado con educación y apoyo psicológico o con la provisión de información acerca de los derechos de las mujeres, es una estrategia esencial.
- Los niños y las niñas que sufren abusos sexuales o situaciones de explotación y los hijos de las trabajadoras sexuales se encuentran en grave peligro y requieren intervenciones rápidas. Los programas de salud y protección deben incluir rutas de remisión e intervenciones dirigidas a estos niños y niñas.
- El empoderamiento y la implicación de las mujeres que venden sexo, así como el apoyo que se les proporcionó para dirigir el proyecto, dieron lugar a soluciones adecuadas e innovadoras (por ejemplo, colaboración con el personal docente y con entidades dedicadas a la protección de la infancia para acabar con el acoso a los hijos de las trabajadoras sexuales y evitar el abandono escolar de las niñas que se encuentran en situaciones de explotación).

2.3.2. MEJORAR LAS ACTITUDES Y REDUCIR EL ESTIGMA

El estigma es uno de los principales impulsores de la violencia y la discriminación contra las personas que venden o intercambian sexo⁴⁷.

No solamente las mujeres que venden sexo, sino también los hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, así como las personas transgénero involucradas en el trabajo sexual, pueden enfrentarse a un doble estigma y a la criminalización, dada su particular vulnerabilidad a diferentes formas de violencia, discriminación y abuso. Para mejorar las actitudes, garantizar el respeto y la dignidad y no causar daño, se puede considerar una serie de medidas básicas:

- organizar sesiones de capacitación breves para compartir información sobre las circunstancias y necesidades de todas las personas que venden o intercambian sexo, y sugerir estrategias para abordar sus diversas necesidades;
- establecer normas mínimas de capacitación con el fin de concientizar, aclarar los valores y desarrollar actitudes de apoyo y sin estigmas entre el personal de salud y de protección;
- proporcionar herramientas, directrices y ejercicios de forma estructurada para ayudar a los distintos agentes a reconocer el modo en que sus valores y actitudes influyen en sus decisiones y sus acciones (o su inacción) hacia las personas que venden o intercambian sexo;
- se han desarrollado herramientas para la aclaración de valores y la transformación de actitudes en otros problemas que crean estigma y discriminación.⁴⁸ Existen, por ejemplo, orientaciones específicas para la atención integral a grupos minoritarios, como las personas trans⁴⁹. Este tipo de herramientas y enfoques puede ser adecuado para reflexionar sobre los valores y actitudes de los diversos agentes acerca de las personas que venden o intercambian sexo, así como para aclarar dichos valores y actitudes;
- ayudar a los participantes a reconocer que los sesgos conscientes e inconscientes influyen en sus actitudes y valores. La capacitación puede abarcar la realización de evaluaciones objetivas de las necesidades, enfoques positivos y sin juicios de valor, la necesidad de garantizar una disposición profesional para ayudar a otras personas, el análisis de las actitudes mostradas durante las interacciones y conversaciones y la necesidad de tomarse en serio las denuncias de violencia;
- abrir diálogos en todos los niveles (con los agentes humanitarios, los proveedores de servicios de salud y el personal de protección, los líderes comunitarios y dentro de las comunidades, y con las propias personas trabajadoras sexuales) para identificar los desafíos específicos y estrategias que permitan abordarlos.

47 *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo* (SWIT).

48 Recurso recomendado: IPAS, <https://www.ipas.org/resource/transformacion-de-actitudes-respecto-al-aborto-un-juego-de-herramientas-para-la-aclaracion-de-valores-para-publicos-humanitarios/>.

49 USAID, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), OMS, Red de Personas Transgénero de Asia y el Pacífico y Health Policy Network (2010), *Blueprint for the Provision of comprehensive care for trans people and trans communities in Asia and the Pacific* (Nueva York).



2.4. Respuesta en el ámbito de la salud

2.4.1. PAQUETE DE SERVICIOS INICIALES MÍNIMOS (PSIM)

En esta sección se resumen las respuestas prioritarias en el ámbito de la salud para las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios. A continuación se desarrolla la directriz técnica, que debe acompañarse de una consideración específica de los siguientes aspectos:

- **Necesidad de contar con un acceso no discriminatorio a todos los servicios de salud.**
Es necesario que todos los agentes del ámbito de salud estén concienciados para garantizar la prestación de servicios de salud no estigmatizantes y no discriminatorios a todas las personas que venden o intercambian sexo, así como a las percibidas como tales y a quienes dependan de ellas.
- **Garantizar el acceso a los suministros médicos necesarios y a una cadena de suministro operativa.** Identificar las necesidades de suministros médicos adicionales y alcanzar un acuerdo acerca de los mecanismos de adquisición y las cadenas de suministro. Consúltense las directrices del UNFPA sobre suministros de salud reproductiva en contextos humanitarios.⁵⁰
- **Garantizar una adecuada capacidad clínica de los proveedores de servicios de salud.** Identificar y abordar las necesidades de capacitación y apoyo.
- **Identificar rutas de remisión específicas.** Involucrar a las personas que venden e intercambian sexo como educadores para sus pares y como personas conocedoras de esa realidad en el desarrollo de rutas de remisión; recopilar opiniones y comentarios para llevar a cabo un seguimiento constante de dichas rutas, garantizando al mismo tiempo que se responda a cualquier aportación que se reciba.

Preservativos y lubricantes de base acuosa

La utilización correcta y constante de preservativos es el medio más eficaz para prevenir la transmisión sexual del VIH y de otras ITS entre personas que venden o intercambian sexo, sus clientes y sus otras parejas sexuales. Los preservativos también contribuyen a evitar embarazos no deseados.

Los preservativos y lubricantes masculinos y femeninos deben exhibirse y ofrecerse de forma gratuita en lugares públicos, centros de salud, instalaciones de salud y otras ubicaciones adecuadas. Los preservativos y lubricantes deben cumplir las especificaciones del UNFPA y la OMS (es decir, ser de base acuosa) y lo ideal es que se envasen y distribuyan conjuntamente. Los proveedores de servicios de salud y los educadores entre pares necesitan información sobre el uso correcto de los preservativos tanto masculinos como femeninos para poder concienciar y enseñar a otras personas cómo utilizarlos. Los preservativos femeninos también deben incluirse en las adquisiciones de preservativos y los programas que se lleven a cabo en contextos estables, así como en los lugares en los que ya se vinieran utilizando este tipo de preservativos antes del inicio de una situación humanitaria⁵¹. Existe la posibilidad de dar a conocer las características y ventajas específicas de los preservativos femeninos:

- a diferencia del preservativo masculino, el femenino se introduce en el interior de la mujer y se puede insertar antes de la relación sexual;
- se puede utilizar cuando los clientes no pueden mantener una erección;

⁵⁰ Las directrices del UNFPA están disponibles en <https://www.unfpaprocedurement.org/es/humanitarian-supplies>.
⁵¹ *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, capítulo "Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM)", pág. 40.

- el uso del preservativo femenino requiere un menor grado de cooperación por parte de la pareja sexual;⁵²
- aumenta la capacidad de elección y concede un mayor control a la mujer.

Además de garantizar un acceso sencillo a los preservativos, también es importante proteger la privacidad y la confidencialidad de las personas, así como anticipar cualquier posible barrera de acceso (por ejemplo, una ubicación fácilmente visible, limitación de horarios de acceso o la existencia de requisitos de identificación).

Todos los preservativos masculinos y femeninos son artículos básicos de un solo uso y nunca deben reutilizarse. No se deben utilizar al mismo tiempo preservativos masculinos y femeninos, pues podrían romperse por la fricción.

Es necesario desarrollar y difundir mensajes de comunicación adaptados a las personas que venden o intercambian sexo para reducir las barreras al uso del preservativo. Las personas que venden sexo deberían tener las siguientes posibilidades:

- posibilitar que las personas que venden sexo puedan disponer de tantos condones y lubricantes como necesiten;
- informar a dichas personas sobre el uso correcto y constante de preservativos masculinos y femeninos con lubricante;
- informarlas acerca de dónde pueden encontrar preservativos y lubricantes;
- asegurar que las personas que venden sexo sepan cómo utilizar y eliminar los preservativos de forma segura, así como usar el tipo correcto de lubricante y evitar los lubricantes de base grasa y las sustancias que debilitan los preservativos de látex.

Profilaxis previa a la exposición para el VIH

La profilaxis previa a la exposición consiste en utilizar medicamentos antirretrovíricos para prevenir el contagio del VIH por parte de personas que no están infectadas pero que corren un “riesgo sustancial” de contraer el virus, como las personas que venden o intercambian sexo.⁵³ Se recomienda ofrecer profilaxis previa a la exposición que contenga tenofovir disoproxil fumarato (TDF) a toda persona que corra un riesgo sustancial de infección por VIH (especialmente a las dedicadas a la venta o el intercambio de sexo) como parte de la combinación de métodos de prevención de este virus.⁵⁴ Dado que es cada vez más habitual que los programas nacionales incluyan la profilaxis previa a la exposición para las personas de riesgo, es posible que las personas afectadas por emergencias humanitarias ya reciban este tipo de profilaxis, por lo que deberá garantizarse su continuidad.

Profilaxis posterior a la exposición para el VIH⁵⁵

Se debe ofrecer terapia antirretrovírica para la profilaxis posterior a la exposición e iniciar el tratamiento lo antes posible en cualquier persona cuya exposición implique la posibilidad de transmisión del VIH (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección con una pareja sexual cuya condición con respecto al VIH se desconoce, penetración de la piel con el uso de equipos de inyección sin esterilizar o exposición ocupacional). El tratamiento profiláctico posterior a la exposición debe comenzar lo antes posible, como máximo 72 horas después de la exposición.

La profilaxis posterior a la exposición no es necesaria en personas que ya hayan sido diagnosticadas de VIH y estén recibiendo terapia antirretrovírica.

52 SWIT, capítulo 4: “Programa para el uso del condón y los lubricantes”, pág. 86.

53 El “riesgo sustancial” se define como una incidencia del VIH ≥ 3 por 100 personas-años.

54 OMS (2016), *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection – Recommendations for a Public Health approach – Second Edition* (Ginebra).

55 OMS (2016), *Consolidated Guidelines on the Use of ARV Drugs for Treating and Preventing HIV Infection* (Ginebra).

El uso reiterado de profilaxis posterior a la exposición no está contraindicado; sin embargo, existen estrategias de protección más adecuadas, como el uso de preservativos, los programas de reducción del daño para las personas que se inyectan drogas o la profilaxis previa a la exposición (véase la sección “Profilaxis previa a la exposición para el VIH”). Pese a que las pruebas de detección del VIH no son obligatorias, pueden realizarse si así lo desea la persona expuesta.

En la mayoría de los contextos existirán protocolos nacionales para la profilaxis posterior a la exposición, que deberán utilizarse como referencia. En el caso de no disponer de directrices nacionales, consúltense las internacionales. Las recomendaciones referentes a la terapia antirretrovírica se actualizan a menudo, también las que afectan a la profilaxis posterior a la exposición. En la actualidad, las directrices generales siguientes⁵⁶ están validadas por la OMS. Al desarrollar protocolos, se deberán consultar las directrices actualizadas de la OMS.

El régimen de profilaxis posterior a la exposición incluye:

- un tratamiento durante 28 días con al menos dos (y preferiblemente tres) medicamentos antirretrovíricos, según la recomendación formulada tras la pertinente evaluación de los riesgos;
- mejorar el seguimiento de los consejos proporcionados a todas las personas que inicien la PPE para el VIH (véase el **anexo 1**).

Anticoncepción

Además de utilizar preservativos masculinos o femeninos para prevenir el VIH, otras ITS y el embarazo, puede ser necesario ofrecer protección adicional contra embarazos no deseados con otros métodos anticonceptivos modernos. Se recomienda la doble protección (utilizando preservativos y otro método moderno) porque: 1) los preservativos se utilizan con menos frecuencia con las parejas íntimas o los cónyuges que con otras parejas o clientes; y 2) los preservativos requieren un uso constante durante la relación sexual y la plena colaboración con la pareja sexual. Además, los preservativos presentan una tasa de ineficacia relativamente elevada si se utilizan como único método anticonceptivo.⁵⁷ Los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP) son los que ofrecen mayores tasas de eficacia; los anticonceptivos hormonales inyectables (intramusculares o subcutáneos) se consideran los más discretos.

Se debe garantizar la disponibilidad de diversos métodos anticonceptivos, tanto de acción rápida como reversibles de acción prolongada (incluidos preservativos masculinos y femeninos y anticonceptivos de emergencia) en los centros de atención primaria de la salud para satisfacer la demanda.⁵⁸ En el **anexo 2** se ofrece un resumen de los métodos y sus respectivos niveles de eficacia.

Los anticonceptivos de emergencia deben estar disponibles en cualquier lugar y ofrecerse a cualquier mujer o niña en edad reproductiva que manifieste preocupación tras haber mantenido relaciones sexuales sin protección. Los anticonceptivos no deben reservarse únicamente a las víctimas de violación. Los anticonceptivos de emergencia no tienen efectos secundarios y pueden utilizarse varias veces si es necesario; no obstante, en el caso de riesgo continuo de embarazo, se recomienda emplear métodos más eficaces. Los anticonceptivos de emergencia orales no son perjudiciales para un embarazo ya en curso y se pueden utilizar sin una prueba de embarazo previa. Lo ideal es que el anticonceptivo de emergencia se administre dentro de las 72 horas siguientes a la relación sexual sin protección, aunque se puede utilizar hasta 120 horas después de dicha relación sin pérdida de eficacia.

56 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, capítulo “PSIM”, págs. 32-33.

57 El porcentaje habitual de ineficacia de los preservativos masculinos es del 13%, y el de los femeninos, del 21%. CDC, <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/index.htm>. Gráfico sobre la eficacia de los anticonceptivos: <http://www.contraceptivetechnology.org/the-book/take-a-peek/contraceptive-efficacy/>.

58 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, capítulo “PSIM”, págs. 50-51.

Como alternativa a los anticonceptivos de emergencia orales, el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre también se puede utilizar hasta 120 horas después de mantener relaciones sexuales sin protección. Si escoge este método, la mujer puede conservar el DIU de cobre como ARAP. El DIU de cobre puede mantenerse en el organismo hasta 10 años; se puede retirar en el momento en que la paciente lo desee, lo que implica una recuperación inmediata de la fecundidad. Antes de colocar un DIU de cobre es preciso descartar que exista un embarazo en curso y tratar cualquier ITS o cualquier infección del aparato reproductor. Los DIU con acción hormonal (es decir, distintos de los de cobre) no están indicados como método anticonceptivo de emergencia. Si bien las directrices actuales instan a extremar la precaución en el uso del DIU en mujeres con alto riesgo de ITS, también reconoce que no todas las mujeres que venden o intercambian o intercambian sexo comparten las mismas situaciones de vida y los mismos riesgos de ITS. Por este motivo, el DIU sigue siendo una opción viable para determinadas mujeres incluso si no se identifican a sí mismas como trabajadoras sexuales. En determinados casos deberá considerarse la posibilidad de utilizar un DIU (consultándolo con un proveedor de servicios de salud cualificado) teniendo en cuenta los riesgos de ITS de la mujer y otros factores pertinentes.⁵⁹ Se deben eliminar los obstáculos al uso de cualquier método anticonceptivo, especialmente su costo y cualquier requisito que exija su autorización por terceros.⁶⁰

Tratamiento de complicaciones del aborto

Las complicaciones del aborto son una de las cuatro causas principales de mortalidad materna directa a escala mundial.⁶¹ Se consideran emergencias obstétricas y deben tratarse en consecuencia. El personal de salud debe recibir capacitación con carácter prioritario acerca del tratamiento clínico de las complicaciones relacionadas con el aborto. Dicha capacitación debe ir acompañada de la aclaración de valores y el cambio de actitudes para garantizar que no se discrimine a las pacientes y concientizar del posible sesgo del socio, que puede influir en su juicio clínico y en su actuación. El personal debe ser consciente de sus responsabilidades profesionales hacia las mujeres y niñas que presenten complicaciones relacionadas con el aborto, en especial de su responsabilidad de salvaguardar la confidencialidad médica. En la mayoría de los contextos existirán protocolos nacionales sobre esta materia, que deberán utilizarse como referencia. En el caso de no disponer de directrices nacionales, consúltense las internacionales.

Tratamiento clínico de violaciones

Las personas que venden o intercambian sexo son particularmente vulnerables a la violencia y, en particular, a la de carácter sexual, como resultado del estigma, de la discriminación y de que a menudo se encuentran en situación de aislamiento. Necesitan recibir los mismos cuidados clínicos que cualquier otra persona superviviente de una violación, incluida la compasión, la escucha activa, una actitud profesional, atención clínica y medidas de protección. El tratamiento clínico de las violaciones se basa en un enfoque centrado en la persona superviviente y sigue los principios rectores de seguridad, respeto, confidencialidad y no discriminación.⁶² El requisito legal que establece la obligación de denunciar una violación debe evaluarse con cuidado, dado que puede causar un daño mayor a las supervivientes en lugar de actuar como medida de protección.

El tratamiento clínico de las supervivientes de violaciones o de violencia en la pareja tiene por objetivo responder a las necesidades físicas y psicológicas que puede experimentar una víctima tras una agresión, así como brindar el tratamiento necesario para evitar consecuencias de salud a largo plazo,

59 Lisa Dulli, Samuel Field, Rose Masaba y John Ndiritu, "Addressing broader reproductive health needs of female sex workers through integrated family planning/HIV prevention services – a non-randomized trial of a health-services intervention designed to improve uptake of family planning services in Kenya", *PLOS ONE*, vol. 14, núm. 7 (julio de 2019).

60 OMS (2014), *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services* (Ginebra).

61 OMS, "Mortalidad materna". Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.

62 *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, capítulo "PSIM", págs. 24-25.

como el tratamiento de lesiones; la prevención del tétanos, el VIH y el VHB; el tratamiento preventivo de ITS, y la prevención de embarazos no deseados. El apoyo psicosocial (AP) es una parte integral del tratamiento clínico de las violaciones. Todo proveedor de servicios de salud debe estar familiarizado con los primeros auxilios psicológicos.

La mayoría de los ordenamientos jurídicos nacionales consideran la violación como un delito y la persona superviviente tiene derecho a recibir un certificado médico-jurídico. Las directrices acerca de las personas cualificadas para cumplimentar y firmar dicho certificado varían según el contexto, pero, en caso de duda, deberá rellenarse un certificado normalizado, firmarse y ponerse a disposición de la persona superviviente para respaldar posibles demandas futuras. Deberá conservarse una copia del certificado en un lugar seguro y confidencial, por lo general el centro de salud.

Aparte de las necesidades de salud inmediatas y a más largo plazo, incluidas las relativas a la salud mental y al apoyo psicosocial, las personas supervivientes de violaciones pueden tener otras necesidades, por ejemplo, un lugar seguro, protección, asistencia jurídica y medidas dirigidas a mejorar su resiliencia mediante la capacitación en materia de seguridad y el desarrollo de aptitudes.⁶³

Los proveedores de servicios de salud deben garantizar de forma inmediata la seguridad de las personas supervivientes de una violación (como ocurre con cualquier otra persona superviviente de violencia). Para ello, se pueden utilizar las rutas de remisión establecidos a otros agentes fiables u ofrecer la hospitalización hasta que se pueda brindar a estas personas una atención más adecuada. Cualquier acción, ya sea con el fin de ofrecer atención de salud inmediata o la remisión a otros servicios, exige proporcionar al paciente toda la información sobre las opciones y alternativas disponibles, así como obtener su consentimiento.⁶⁴ En el caso de los niños y niñas, y en ausencia de un representante legal o cuando existan dudas sobre la buena voluntad de este último, los profesionales de la salud tienen el compromiso de actuar siempre de acuerdo con el interés superior del menor.⁶⁵

En la mayoría de los contextos existirán protocolos nacionales, que deberán utilizarse como referencia. En el caso de no disponer de directrices nacionales, consulte los protocolos internacionales. Las recomendaciones se actualizan a menudo; las directrices más recientes de la OMS, el UNFPA y el ACNUR están consolidadas en el documento *Clinical Management of Rape Survivors and Intimate Partner Violence*.⁶⁶ Al desarrollar protocolos locales, se deberán consultar las directrices actualizadas.

Nota: las personas que venden o intercambian sexo pueden ser objeto de otras formas de violencia de género. Los hombres gais, otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero pueden ser particularmente vulnerables a la discriminación y el abuso por su orientación sexual o por su identidad o expresión de género. En la **sección 2.5** se profundiza en las diferentes formas de violencia de género y las acciones conexas.

Atención de la salud materna (cuidados prenatales y posnatales, atención obstétrica y neonatal de emergencia)

Se deben identificar todas las rutas de acceso a la atención materna, a los cuidados obstétricos de emergencia y al cuidado de los recién nacidos, y apoyar los servicios conexos para garantizar un mejor acceso para las personas que venden o intercambian sexo. Consúltese el *Manual de*

63 CPO (2017), *Interagency Gender-Based Violence Case Management Guidelines*.

<https://reliefweb.int/report/world/interagency-gender-based-violence-case-management-guidelines>

64 Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, *GBV Guidelines, Guiding Principles and Approaches* (Nueva York), págs. 45-47.

65 ACNUDH, Convención sobre los Derechos del Niño (artículo 3), "[e]n todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño". La valoración del interés superior de un niño o una niña implica evaluar y buscar un equilibrio entre todos los elementos necesarios para tomar una decisión en una situación específica para un niño o grupo de niños concreto" (ACNUDH, Ginebra, 1989).

66 OMS, UNFPA y ACNUR (2020), *Clinical Management of Rape and Intimate Partner Violence* (Ginebra).

*Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*⁶⁷ para obtener más información al respecto.

Tratamiento de infecciones de transmisión sexual

Es importante que las personas que venden sexo sepan reconocer los síntomas de las ITS y busquen atención de salud para dichas infecciones. El tratamiento sindrómico de las ITS es un componente del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la salud reproductiva en situaciones de crisis. Dicho tratamiento se utiliza en muchos países en los que no se dispone de servicios de laboratorio o donde se considera que este enfoque es el más rentable. El tratamiento sindrómico utiliza un algoritmo basado en los síntomas y signos clínicos declarados por el propio paciente –por ejemplo, dolor en la parte inferior del abdomen, úlceras genitales, secreción uretral o vaginal, úlcera o secreción anorrectal– para identificar el tratamiento o tratamientos más probables que necesite. Este método permite realizar una única consulta sin necesidad de contar con la intervención de un laboratorio. Los antibióticos recomendados por la OMS para el tratamiento sindrómico de las ITS⁶⁸ están disponibles en los kits interinstitucionales de salud reproductiva. El enfoque sindrómico se utiliza ampliamente, aunque es probable que también existan protocolos nacionales. En los casos en que se disponga de servicios de patología para las ITS, se podrá ofrecer el diagnóstico etiológico de dichas infecciones, por ejemplo, cuando haya refugiados individuales o asentamientos de refugiados en los centros urbanos o cerca de ellos.

Tratamiento preventivo periódico de infecciones de transmisión sexual

En lugares con alta prevalencia de ITS (por ejemplo, con más de un 15% de prevalencia de gonorrea o clamidia) y servicios de salud limitados, se puede ofrecer un tratamiento preventivo periódico (TPP) para las ITS comunes a las personas que venden o intercambian sexo. La aceptación de dicha oferta, que únicamente debe ser una medida de emergencia y de corta duración, ha de ser siempre voluntaria⁶⁹. El tratamiento preventivo puede comenzar el mismo día, a modo de anticoncepción de emergencia y profilaxis posterior a la exposición para el VIH. Además:

- el TPP debe ser siempre gratuito, voluntario, confidencial e incluir el consentimiento informado; además, debe ir acompañado de asesoramiento, especialmente sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento;
- el TPP debe formar parte de un sistema integral de atención de la SSR (que incluya el empoderamiento comunitario, la difusión entre pares y la mejora de la promoción de los preservativos y de las aptitudes de negociación). El TPP solo puede ser una medida temporal, mientras se desarrollan los servicios de atención de las ITS;
- se debe llevar a cabo un seguimiento constante de los posibles beneficios y de los daños que podrían experimentar las personas que venden o intercambian sexo como consecuencia de la oferta de TPP;
- el TPP debe retirarse progresivamente lo antes posible, en un plazo máximo de seis meses, incluso aunque la prevalencia no haya descendido, dado que para entonces deberían haberse establecido otras medidas de prevención y control de las ITS.⁷⁰

67 Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (2018), *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*.

68 Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis, *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios*, capítulo "PSIM", pág. 31, tabla 3.2.

69 Véase SWIT, capítulo 5: "Servicios clínicos y de apoyo".

70 Anteriormente, las personas trabajadoras sexuales han manifestado que los riesgos del TPP superan sus beneficios. Se debe llevar a cabo un seguimiento constante de los daños que pueden experimentar las personas que venden o intercambian sexo. El TPP debe ofrecerse siempre junto con toda la información pertinente, ser voluntario y no imponerse nunca como parte de una iniciativa obligatoria de salud pública.

En la mayoría de los contextos existirán protocolos nacionales, que deberán utilizarse como referencia. En el caso de no disponer de directrices nacionales, consulte los protocolos internacionales. En el **anexo 4** pueden consultarse los tratamientos actualmente recomendados para las ITS comunes. En el caso de que haya otras ITS que también sean prevalentes en la zona (como el chancroide), deberá proporcionarse tratamiento preventivo para ellas. Las directrices de la OMS que se incluyen representan la versión más reciente disponible, y las recomendaciones se actualizan con frecuencia. Al desarrollar protocolos, se deberán consultar las directrices más actualizadas de la OMS.

2.4.2. RESPUESTA INTEGRAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

A medida que se estabiliza una situación de emergencia, o en situaciones en las que esta se prolonga más en el tiempo, surge la necesidad de desarrollar programas más amplios y de mejorar el empoderamiento comunitario, la difusión y la promoción de la salud, sobre la base de las medidas inicialmente adoptadas en los ámbitos de la atención y la protección de la salud. Las respuestas mínimas inmediatas deben ser sustituidas por acciones más amplias y estudiadas, dirigidas a alentar y fomentar comportamientos más inclinados a la búsqueda de atención de salud. Esto conlleva el paso de un enfoque centrado en la atención primaria de la salud y basado fundamentalmente en centros fijos, a otro con un mayor grado de promoción, visitas domiciliarias y búsqueda activa de casos en personas concretas, así como la colaboración con grupos vulnerables y a los que resulta difícil llegar, como las personas que venden o intercambian sexo. Los mensajes en materia de salud se pueden perfeccionar y el perfil de los interlocutores (equipos y agentes de respuesta humanitaria) se puede adaptar para elevar la confianza y la aceptación por parte de las personas que venden o intercambian sexo. Cabe la posibilidad de recurrir a personas trabajadoras sexuales como educadores y educadoras entre pares para identificar a otras personas y conseguir que acudan a los servicios de salud; de igual modo, las personas trabajadoras sexuales que ya cuenten con experiencia en el uso de los servicios de salud y protección pueden acompañar a otras personas que venden o intercambian sexo para guiarlas y hacer que se sientan seguras cuando acudan a estos servicios.

Los servicios de salud y de protección justifican la adopción de un enfoque basado en derechos y centrado en las personas, garantizando así el consentimiento voluntario e informado y evitando cualquier forma de coerción o cualquier juicio de valor. Se necesita una atención de alta calidad, información adecuada y empoderamiento de los pacientes para que las personas puedan tomar sus propias decisiones sobre la aceptación del tratamiento y los cuidados.

Se deberá trabajar para promover el acceso a los servicios de salud y sociales nacionales entre las poblaciones en contextos humanitarios, especialmente entre las personas que venden o intercambian sexo. Esto incluye el acceso a los programas nacionales de lucha contra el VIH y la tuberculosis, a las terapias antirretrovíricas, a la vacunación y detección del virus del papiloma humano y a la detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Archivo de toma de información con preguntas para la detección adaptadas al contexto

Los profesionales médicos y los agentes de salud comunitarios pueden rellenar, para cada persona atendida en un centro de salud, un formulario de recogida de información. Dicho formulario permite realizar un seguimiento del paciente y de los servicios que recibe. A cada persona se le asigna un código de identificación único y confidencial, y se obtiene información acerca de: 1) los riesgos y vulnerabilidades de la persona; y 2) los servicios que recibe en cada visita. Esto permite mejorar el seguimiento y ayuda a entablar una relación con cada persona, además de ilustrar la naturaleza profesional y competente de la atención recibida⁷¹ (pueden consultarse ejemplos de este tipo de formularios en los **anexos 3.1, 3.2 y 3.3**). Los archivos de recogida de información no son

71 Véase también SWIT, capítulo 5.1: "Principios operativos para los servicios clínicos y de apoyo".

obligatorios, y una persona que se niegue a cumplimentar un archivo de este tipo debe poder acceder a todos los servicios disponibles sin restricción alguna.

Otros programas relativos a los preservativos y lubricantes y a los servicios de anticoncepción

En el marco de una intervención integral se puede intensificar la promoción del uso constante de preservativos a través de:

- la educación a las personas usuarias para mejorar sus competencias para la vida y sus aptitudes de negociación sobre el uso de preservativos;
- la educación y difusión entre pares, fomentando la distribución, promoción y educación sobre el uso correcto de los preservativos;
- capacitación específica a los proveedores de servicios de salud y a los educadores entre pares sobre el uso de preservativos;
- otros elementos relacionados con los programas de utilización de preservativos dirigidos a personas que venden o intercambian sexo: planificación del suministro de preservativos, diversificación de establecimientos, promoción del uso de preservativos liderada por pares, promoción del envasado conjunto de preservativos y lubricantes, sugerencias sobre servicios sexuales sin penetración que no requieran preservativo y programas sobre el uso de preservativos con hombres y personas transgénero que venden o intercambian sexo.

Los servicios de anticoncepción integrales se apoyan en la disponibilidad inicial de preservativos, la anticoncepción de emergencia y otros métodos anticonceptivos (por lo general, píldoras anticonceptivas orales e inyecciones), lo que incrementa la disponibilidad y la promoción de toda la gama de métodos anticonceptivos modernos. Los trabajadores de la salud pueden recibir capacitación adicional para la aplicación de todos los métodos de acción prolongada, incluidos los implantes y los DIU.

Se debe considerar la posibilidad de ofrecer capacitación específica sobre métodos anticonceptivos y aclaración de valores en una fase temprana para garantizar que los proveedores de servicios cuenten con los conocimientos clínicos necesarios, actitudes de apoyo adecuadas y aptitudes para la administración de implantes, DIU y otros ARAP. Al debatir sobre las diferentes opciones de anticoncepción, los proveedores deben ser conscientes del sesgo que pueden tener. Se deberá mantener un debate específico acerca de los anticonceptivos que se pondrán a disposición de los adolescentes y puede que sea necesario tener en cuenta las restricciones jurídicas aplicables, así como las formas de eliminar cualquier obstáculo que estas puedan plantear. Se deberá priorizar siempre el interés superior y las necesidades de salud y de protección inmediatas de los jóvenes que estén involucrados en la venta o el intercambio de sexo.

Los servicios de anticoncepción⁷² deberán proporcionar información sobre:

- los criterios de aptitud médica aplicables a los anticonceptivos,⁷³ incluyendo orientaciones sobre si las personas con determinadas enfermedades pueden utilizar ciertos métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz;
- una selección de recomendaciones prácticas sobre el uso de anticonceptivos, que deberán explicar cómo utilizar los diversos métodos.

Las necesidades y las preferencias de cada persona en lo que respecta a los anticonceptivos pueden ser diferentes, así como sus posibles restricciones; la elección final de un método u otro corresponde a la persona que busca protección anticonceptiva.

72 OMS (2018), *Family Planning – A Global Handbook for Providers* (Ginebra).

73 OMS (2020), *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use in Humanitarian Settings* (Ginebra).

Profilaxis previa a la exposición para el VIH

Se deberá ofrecer profilaxis previa a la exposición a cualquier persona que haya dado negativo en una prueba de detección del VIH y cuyo riesgo de contraer el virus sea elevado, especialmente a las personas que hayan contraído otras ITS y a aquellas que vendan o intercambien sexo. La profilaxis previa a la exposición requiere la administración de una dosis oral diaria, en forma de píldora combinada de dosis fija.⁷⁴ Se deberá llevar a cabo un seguimiento del paciente con frecuencia como mínimo trimestral. Hasta el momento no se han observado efectos adversos de la profilaxis previa a la exposición en madres o lactantes durante el embarazo y la lactancia. Es importante informar de que la profilaxis previa a la exposición no protege frente a otras ITS ni frente a un embarazo no deseado. Las personas que venden o intercambian sexo deben seguir protegiéndose: preservativos para el sexo vaginal y anal, así como protectores dentales para el sexo oral; la profilaxis previa a la exposición ofrece un nivel adicional de protección contra el VIH.

Es fundamental trasladar mensajes adecuados y ofrecer asesoramiento con el fin de aumentar la aceptación y optimizar el uso de la profilaxis previa a la exposición, que debe brindarse de conformidad con las directrices vigentes a nivel nacional. En el caso de no disponer de directrices nacionales, consulte las directrices internacionales más recientes. Es preciso mantenerse al tanto de las actualizaciones, ya que los métodos y protocolos de tratamiento cambian con regularidad:

- *directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave;*⁷⁵
- *prevención y control de infecciones de transmisión sexual (ITS) en la era de la profilaxis oral previa a la exposición para el VIH.*⁷⁶

Además de la profilaxis previa a la exposición, las acciones selectivas para la prevención de la infección por VIH deberán incluir servicios de diagnóstico del VIH, utilización de preservativos y diagnóstico y tratamiento de ITS.

Servicios de diagnóstico de VIH y su tratamiento

Las pruebas voluntarias para el diagnóstico del VIH y el posterior tratamiento a las personas que reciban un diagnóstico positivo de VIH con terapia antirretrovírica y tratamientos contra infecciones oportunistas constituyen medidas importantes que contribuyen a reducir la transmisión y a mejorar la salud y la supervivencia de las personas que viven con el VIH.

- Las personas que venden o intercambian sexo necesitan acceder a asesoramiento, pruebas de diagnóstico y tratamiento del VIH de manera voluntaria.
- Los servicios de diagnóstico del VIH se guían por las “5 C”: consentimiento, confidencialidad, consejo, resultados correctos de las pruebas y conexión con la prevención, el tratamiento y la atención del VIH.⁷⁷ Cualquier persona a la que se realice una prueba de diagnóstico del VIH que arroje un resultado positivo se le debe ofrecer TAR a lo largo de toda la vida, independientemente de su recuento de CD4 y de su carga viral en el momento del diagnóstico.⁷⁸ Por lo tanto, es prioritario garantizar el acceso a pruebas de diagnóstico voluntarias y al tratamiento de la enfermedad.
- En función del contexto y de los recursos disponibles, se pueden ofrecer pruebas de diagnóstico voluntarias a través de diversos medios y en espacios seguros, como centros de acogida, hogares, bares, clubes y burdeles, así como mediante servicios móviles de promoción.

74 CDC, “Pre-exposure prophylaxis”. Disponible en <https://www.cdc.gov/hiv/risk/prep/index.html>.

75 OMS (2016), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Ginebra).

76 OMS (2019), *Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections (STIs) in the Era of Oral Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) for HIV* (Ginebra).

77 OMS (2015), *Consolidated Guidelines on HIV Testing Services – 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection* (Ginebra).

78 OMS (2015), *Guideline on When to Start Antiretroviral Therapy and on Pre-exposure Prophylaxis for HIV* (Ginebra).

- Cuando resulte factible, se deberán ofrecer pruebas de autodiagnóstico de VIH como método adicional a los servicios de diagnóstico del VIH.⁷⁹ El autodiagnóstico es un proceso por el cual una persona que desea conocer su situación con respecto al VIH recoge una muestra, realiza una prueba e interpreta el resultado en privado. Existe la posibilidad de impartir capacitación a los promotores, los educadores entre pares y los asesores legos para que desempeñen un papel importante en el fomento del autodiagnóstico del VIH, pero también para ofrecer asesoramiento y garantizar el cumplimiento del tratamiento. El autodiagnóstico es una prueba de detección (es decir, no proporciona un diagnóstico definitivo), por lo que se requiere una prueba de confirmación si el resultado inicial es positivo. El autodiagnóstico puede aumentar el número de personas que realizan pruebas, conocen su situación y se someten a tratamiento en el caso de que la prueba sea positiva. La OMS actualizó sus directrices para la realización de pruebas de autodiagnóstico en 2019⁸⁰ y alienta a los países a llevar a cabo proyectos piloto y de demostración con el fin de identificar enfoques eficaces para su aplicación en poblaciones clave. Para que el autodiagnóstico resulte eficaz, también se debe disponer de pruebas de confirmación y servicios de tratamiento.
- Como mínimo, todos los centros de salud deben disponer de servicios de diagnóstico del VIH.⁸¹ Estas deben ofrecerse sistemáticamente a las poblaciones clave, especialmente a las personas que venden o intercambian sexo, en todos los centros de salud y a cualquier persona que presente una ITS.
- Las pruebas de diagnóstico de VIH no deben ser obligatorias para las personas que venden sexo, ni se deberá coaccionar a estas para que las realicen.

Para las personas a las que se confirme que viven con el VIH, existen por lo general protocolos TAR disponibles a nivel nacional, que deberán seguirse siempre y cuando no contravengan las recomendaciones más recientes de la OMS sobre la TAR de primera y segunda línea⁸² y las directrices específicas de TAR para poblaciones clave.⁸³ El tratamiento de infecciones oportunistas ha de ser una consideración sistemática.

En lo que respecta a las pruebas de diagnóstico del VIH y su tratamiento, deberán seguirse las directrices nacionales siempre que estén disponibles. Cuando no se disponga de ellas, consúltense:

- *las directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave*,⁸⁴
- las directrices adicionales recogidas en el **anexo 13**, específicas para las personas trabajadoras sexuales.

Embarazos no deseados

Los embarazos no deseados pueden provocar aislamiento e incluso el rechazo de la familia o la comunidad. Además, se sabe que el aislamiento es un factor que contribuye a la decisión de vender o intercambiar sexo.

79 OMS (2019), *Consolidated Guidelines on Self Care interventions for Health: Sexual and Reproductive Health and Rights* (Ginebra).

80 OMS (2019), *Sinopsis de políticas: La OMS recomienda la autodetección del VIH: actualización de datos y claves para el éxito* (Ginebra). Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.36>.

81 OMS (2019), *Directrices unificadas sobre los servicios de detección del VIH para una epidemia cambiante* (Ginebra). Disponible en <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.31>.

82 OMS (2019), *Update of Recommendations on First and Second Line Antiretroviral Regimes* (Ginebra).

83 OMS (2017), *Key Considerations for Differentiated Antiretroviral Therapy Delivery for Specific Populations: Children, Adolescents, Pregnant and Breastfeeding Women and Key Populations* (Ginebra).

84 OMS (2016), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations* (Ginebra). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf?sequence=8>, págs. 53-54.

Las mujeres y las niñas que se queden embarazadas sin planearlo pueden intentar poner fin a su embarazo. Si no disponen de servicios que les permitan hacerlo en condiciones de seguridad, pueden optar por recurrir a métodos peligrosos a pesar del riesgo que ello conlleva para su salud, su vida y su fecundidad futura.

Los abortos peligrosos son una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial⁸⁵; en algunos contextos representan hasta el 30% del total de las muertes maternas. La prevención de los abortos peligrosos constituye una prioridad en el ámbito de la salud pública.⁸⁶ El tratamiento de los abortos peligrosos se considera atención obstétrica de emergencia y no está sometido a restricciones jurídicas en ningún país.

Detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino

Se recomienda establecer pruebas de detección del cáncer de cuello uterino con carácter prioritario para toda mujer de 30 a 49 años; estas pruebas también son beneficiosas, aunque solamente se realicen una vez en la vida.⁸⁷ Las pruebas de detección pueden llevarse a cabo mediante inspección visual con ácido acético (vinagre) o mediante citología vaginal convencional (prueba de Papanicolaou). Si está disponible, también se puede efectuar la prueba de detección de la infección por el virus del papiloma humano (VPH), la principal causa del cáncer de cuello uterino. Las lesiones precancerosas y cancerosas deben tratarse de forma inmediata. Las infecciones por VPH son más probables y también presentan un mayor riesgo de persistir y desembocar en cáncer en personas que viven con el VIH⁸⁸, que deberían someterse periódicamente a pruebas de detección de lesiones precancerosas y a su tratamiento inmediato.⁸⁹ Es preciso establecer rutas de remisión para recibir tratamiento. Las pruebas de detección de otros tipos de cáncer –como el cáncer de mama, el cáncer colorrectal y el de próstata– deben formar parte de la atención rutinaria, y se deben establecer vínculos con los servicios de tratamiento.⁹⁰

Nota: se recomienda la vacunación contra el VPH a mujeres adolescentes en todos los contextos estables, sobre todo en países con alta prevalencia de cáncer de cuello uterino. El principal grupo destinatario son las adolescentes de 9 a 14 años. Sin embargo, cada vez es más habitual incluir en los programas de vacunación a mujeres adolescentes de más edad y a las jóvenes, así como a hombres adolescentes. Dos o tres dosis de la vacuna bastan para lograr una protección total contra los principales serotipos del VPH.⁹¹

En los casos en que existan programas de vacunación a nivel nacional, debe garantizarse la inclusión de las personas refugiadas.

Atención a personas que viven con el VIH

Además de los servicios de diagnóstico del VIH, TAR y prevención del cáncer de cuello uterino y servicios de detección y tratamiento para las personas que viven con el VIH, se recomienda intensificar las pruebas de detección y el tratamiento de la tuberculosis y el virus de la hepatitis B. A las personas que viven con el VIH y son seronegativas al VHB se les puede vacunar contra este último.

85 OMS, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y PNUD (2019), *Tendencias en la mortalidad materna de 2000 a 2017* (Washington DC, Grupo del Banco Mundial).

86 OMS (2019), *Preventing unsafe Abortion – Evidence Brief* (Ginebra).

87 OMS (2013), *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (Ginebra).

88 OMS (2016), *Guide to Introducing HPV Vaccination into National Immunization Programmes* (Ginebra).

89 OMS (2013), *Directrices de la OPS/OMS sobre tamizaje y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino* (Ginebra).

90 SWIT, capítulo 5, Servicios clínicos y de apoyo, pág. 127.

91 OMS, "Human Papillomavirus (HPV)". Disponible en <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>.

Salud mental

Las poblaciones afectadas por una crisis pueden experimentar un conjunto muy amplio y diverso de problemas mentales y neurológicos. Las personas trabajadoras sexuales pueden ser particularmente vulnerables a los problemas de salud mental; la pobreza, la criminalización, la marginación, la discriminación y la violencia se añaden a las tensiones propias de una crisis humanitaria.

Una salud mental deficiente puede suponer un obstáculo para someterse a pruebas de diagnóstico o al tratamiento del VIH, así como para que las personas que viven con este virus reciban un tratamiento continuado. Los programas deben vigilar y abordar cualquier barrera que dificulte el acceso a los servicios de salud mental, por ejemplo, las creadas por proveedores de servicios de salud que carecen de la cualificación necesaria para reconocer los problemas de salud mental o que incluso estigmatizan activamente a las personas trabajadoras sexuales que presentan este tipo de problemas.⁹²

La *Guía de intervención humanitaria*⁹³ del Plan de acción para los problemas de salud mental (mhGAP) de la OMS contiene recomendaciones para el tratamiento en primera línea de enfermedades mentales, enfermedades neurológicas y consumo de sustancias. Las recomendaciones van dirigidas a proveedores de servicios de salud no especializados en contextos humanitarios, en los que el acceso a especialistas y a opciones de tratamiento es limitado. Se trata de una herramienta práctica cuya finalidad es ayudar a los centros de salud generales a evaluar y tratar el estrés agudo, la aflicción, la depresión, el trastorno por estrés postraumático, la psicosis, la epilepsia, la discapacidad intelectual, el consumo de sustancias nocivas y el riesgo de suicidio. Los proveedores de servicios de salud han recibido capacitación en el marco del mhGAP en numerosas situaciones relacionadas con refugiados. Los gestores de programas deberán identificar rutas de remisión y concientizar a los proveedores de servicios sobre los derechos y las necesidades en materia de salud mental de las personas que venden o intercambian sexo.

Con independencia de que exista o no disponibilidad de servicios especializados de salud mental, los profesionales de la salud desempeñan un papel importante en el bienestar psicosocial de las personas que venden o intercambian sexo. De acuerdo con la *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* elaborada por el Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios, las consideraciones psicosociales que respetan la dignidad, la seguridad y la autonomía de las personas que acceden a los servicios básicos contribuyen a prevenir trastornos mentales y a mejorar la resiliencia psicosocial de las personas usuarias de los servicios.⁹⁴

Además, el apoyo que proporcionan los miembros de la comunidad puede ejercer tanto un efecto protector como terapéutico para las personas que experimentan estrés psicosocial o son vulnerables a él. Este hecho subraya la importancia de los espacios seguros, del trabajo social liderado por la comunidad y de otras medidas que se detallan en la **sección 2.5.2: Consumo de sustancias**.

Se ha documentado una coincidencia entre el trabajo sexual y el consumo de sustancias, a lo que a menudo se añaden problemas de salud mental.⁹⁵ A las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios y a aquellas que consumen o se inyectan drogas se les deberían ofrecer rutas de remisión sin juicios de valor a los servicios de reducción de daños disponibles, como programas de distribución de agujas y jeringuillas, terapia de sustitución con opiáceos, servicios de diagnóstico del VIH, servicios de salud mental y otras intervenciones cuando estén disponibles. En el caso de que todavía no lo estén, se deberá abogar por que los programas nacionales se extiendan a lugares que acojan a poblaciones afectadas por crisis humanitarias, o se establezcan en ellos.

92 SWIT, capítulo 5, Servicios clínicos y de apoyo, pág. 128.

93 OMS y ACNUR (2015) *mhGAP Humanitarian Intervention Guide – Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies* (Ginebra, OMS).

94 Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (2005), *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes* (Nueva York).

95 Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2013), *HIV-related Vulnerabilities and the Intersection of Sex work and Drug Use* (Viena).



2.5. Protección

Las personas que venden o intercambian sexo pueden verse expuestas a un riesgo mayor de violencia como resultado de ello. Es fundamental que los agentes humanitarios –en especial los que se dedican a la protección– comprendan los factores que contribuyen a la violencia que sufren estas personas, sepan reconocerlos y respondan a ellos. Dichos factores incluyen el estigma, la marginación, el acoso y la extorsión, así como la criminalización del trabajo sexual. Pese a que la venta o el intercambio de sexo aumentan la vulnerabilidad de las personas a la violencia, no son en sí mismos una forma de violencia. Es importante reconocer que, en los contextos humanitarios, existe la posibilidad de que se produzca un solapamiento parcial de la venta o el intercambio de sexo con la violencia de género. A pesar de que todas las personas involucradas en la venta o el intercambio de sexo presentan necesidades comunes en materia de salud, las consideraciones relativas a la protección deben diferenciar entre:

- personas que consideran que están implicadas en la venta o el intercambio de sexo sin que nadie las fuerce ni las coaccione;
- personas que consideran que otra persona las está forzando o coaccionando para que vendan o intercambien sexo;
- menores implicados en la venta o el intercambio de sexo.

Las personas pertenecientes al primer grupo necesitan que se les proporcione un entorno seguro y una serie de aptitudes que les permitan vender o intercambiar sexo en condiciones de seguridad. Los otros dos grupos son formas de violencia de género que deben abordarse a través de intervenciones de protección. Estas cuestiones se tratan en las secciones que siguen.

Si las personas involucradas en la venta o el intercambio de sexo consideran que lo hacen sin verse forzadas o coaccionadas por otra persona, desde el punto de vista de los derechos humanos –que reconocen la libre elección de cada persona– se debe respetar su decisión de vender sexo. El objetivo del sector o grupo temático de protección no es evitar que las personas realicen este tipo de prácticas.⁹⁶ En lugar de ello, los agentes dedicados a la protección deben prevenir la violencia contra las personas que venden o intercambian sexo y ayudarlas a conocer y exigir sus derechos a recibir asistencia, a disfrutar de seguridad y a recibir un trato digno. Es fundamental que los agentes humanitarios –especialmente los dedicados a la protección– comprendan los factores que contribuyen a la violencia contra las personas que venden o intercambian sexo, entre los que cabe citar el estigma, la marginación, la violencia interpersonal y de género en sentido amplio, y la criminalización del trabajo sexual. Dichos agentes deben reconocer estos factores desencadenantes y tenerlos en cuenta cuando proporcionen apoyo y respuestas a las personas que venden o intercambian sexo.

La acción humanitaria debe incluir en todo momento un esfuerzo activo por reducir el estigma y las actitudes negativas hacia las personas que venden o intercambian sexo. El estigma es uno de los principales impulsores de la violencia y la discriminación contra las personas que venden sexo y favorece un entorno más tolerante con la violencia y la discriminación. Las medidas encaminadas a reducir el estigma incluyen la organización de diálogos, la aclaración de valores y el reconocimiento de las necesidades específicas, así como la respuesta a ellas. Se requiere diálogo en todos los niveles: entre los agentes humanitarios, con los proveedores de servicios de salud y el personal de protección, con los líderes comunitarios, en el seno de las comunidades y con las personas trabajadoras sexuales y sus familias. El hecho de contar con métodos estructurados para explorar los valores y las actitudes puede ayudar a que los distintos agentes reconozcan cómo

96 Como se indica en la introducción, uno de los objetivos a largo plazo de la asistencia humanitaria es abordar los factores estructurales que provocan la escasez, la desigualdad y la violencia en los entornos humanitarios, y que influyen en las decisiones de las personas de vender e intercambiar sexo. Se necesita un cambio en las políticas nacionales y mundiales para facilitar que los desplazados forzosos puedan acceder a recursos y oportunidades, de manera que nadie que no lo desee tenga que recurrir a la venta de sexo para satisfacer sus necesidades básicas.

influyen sus propios valores, actitudes y sesgos inconscientes en sus acciones (o su inacción) con respecto a las personas que venden o intercambian sexo.

2.5.1. MEDIDAS Y ACCIONES MÍNIMAS INICIALES DE PROTECCIÓN

Información sobre las disposiciones legales, los derechos y la protección

Todo contacto con personas que vendan o intercambien sexo debe utilizarse como una oportunidad para proporcionar información sobre las disposiciones legales y la protección, incluidos los derechos de las personas y cómo exigirlos, cómo actuar si son detenidas y con quién contactar. La información debe elaborarse de modo que sea adecuada al contexto y accesible para los diferentes grupos de personas que venden o intercambian sexo (teniendo en cuenta, por ejemplo, el idioma, los formatos y el soporte en el que se presente).

Identificación de vulnerabilidades

Resulta útil identificar las características adicionales de las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios con el fin de desarrollar servicios que respondan mejor a sus necesidades específicas. Las personas que venden o intercambian sexo pueden incluir:

- hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que pueden enfrentarse a problemas adicionales como resultado de la tipificación como delito de las relaciones entre personas del mismo sexo;
- personas transgénero, tanto hombres como mujeres (las mujeres trans que venden sexo suelen presentar mayores tasas de VIH que las personas trabajadoras sexuales que no son trans);
- personas trabajadoras sexuales con discapacidad: muchas personas con discapacidad encuentran barreras para acceder a otros tipos de trabajos. A menudo los agentes humanitarios no se percatan de que las personas con discapacidad pueden estar vendiendo sexo (debido a sesgos inconscientes acerca de estas personas);
- niños y niñas, menores y jóvenes no acompañados y separados de sus familias;
- mujeres de edad avanzada que venden sexo (incluso casadas o viudas);
- personas pertenecientes a minorías étnicas, incluidas las personas indígenas desplazadas.

Cuando las personas que venden o intercambian sexo acceden a los servicios, se las puede invitar a compartir sus circunstancias, sus características y sus preferencias asistenciales. También se pueden visitar los lugares en los que las personas venden o intercambian sexo para mejorar el diálogo. Una vez identificadas las diferentes vulnerabilidades de las personas que venden sexo, se pueden llevar a cabo otras iniciativas específicas para abordar sus necesidades concretas.

Fomento de la reducción del daño

Las medidas de reducción del daño en favor de las personas que venden o intercambian sexo incluyen diversos tipos de intervenciones dirigidas a minimizar los riesgos para la salud y la seguridad asociados a la venta de sexo. La sección anterior se centra en las intervenciones en el ámbito de la salud, incluyendo el suministro y la promoción del uso de preservativos, pruebas de diagnóstico del VIH y otras ITS, la provisión de profilaxis previa y posterior a la exposición y de TAR, así como la necesidad de garantizar el acceso a anticonceptivos. La presente sección se centra en la protección y hace hincapié en otro conjunto de acciones destinadas a reducir los riesgos para la seguridad a los que están expuestas las personas que venden o intercambian sexo. Dichas acciones incluyen iniciativas de concientización, prácticas de trabajo seguras y la adquisición de determinadas aptitudes, por ejemplo, de negociación con los clientes.

Existen múltiples posibilidades para reducir los daños. Sin embargo, el enfoque de reducción de daños debe incluir y garantizar un apoyo sin juicios de valor a las personas que han optado por actividades o comportamientos que entrañan determinados riesgos, especialmente la venta de sexo. El objetivo de la reducción de daños es minimizar estos riesgos, más que cambiar la conducta de riesgo en sí. Se trata de un enfoque basado en derechos y centrado en las personas que va al encuentro de estas allí donde están, en lugar indicar “dónde deben ir”. La clave del planteamiento de reducción de daños reside, por tanto, en comprender la situación de la persona y las amenazas a las que se enfrenta, así como identificar medidas que reduzcan los riesgos asociados a dichas amenazas.

Desde el punto de vista de la protección, el fomento de la reducción del daño requiere un conocimiento de las leyes, políticas y prácticas locales que aumentan la vulnerabilidad de las personas que venden o intercambian sexo. Entre las vulnerabilidades específicas de estas personas figuran las siguientes:

- la falta de apoyo o asistencia. La carencia de alimentos básicos y medios de vida puede empujar a las personas a vender o intercambiar sexo. Es preciso llevar a cabo un seguimiento constante de las deficiencias en la asistencia humanitaria y ponerlas de manifiesto. Todos los agentes humanitarios son responsables de realizar una labor de promoción para mejorar la asistencia alimentaria, los medios de vida y el cumplimiento de las normas internacionales;
- actividades de seguridad que suponen una amenaza en los campamentos. El acoso y abuso a personas que venden o intercambian sexo son acciones discriminatorias que deben identificarse y abordarse. En ocasiones se destruyen o desmantelan los “puntos de reunión” que utilizan las personas que venden o intercambian sexo con el fin de dispersar a las personas, lo que incrementa su aislamiento y su vulnerabilidad. Los agentes deben identificar estas amenazas potenciales y abogar por que se emprendan reformas, para lo cual tendrán que debatir sobre posibles soluciones con los gestores de los campamentos. El personal policial y de seguridad debe ser informado y concienciado sobre los derechos de las personas que venden o intercambian sexo. Es necesario armonizar el funcionamiento y los procedimientos y prácticas de seguridad de los campamentos con las medidas de reducción de daños dirigidas a las personas que venden o intercambian sexo.

2.5.2. MEDIDAS Y ACCIONES DE PROTECCIÓN INTEGRALES

A partir de la experiencia del ACNUR en operaciones de protección, la mejor manera de abordar las necesidades de los desplazados forzados que se implican en el trabajo sexual es a través de paquetes integrales de servicios de salud y protección adaptados a sus necesidades específicas. Los programas de salud y protección dirigidos a personas que venden o intercambian sexo deben ser flexibles y adecuados a las necesidades y restricciones concretas de cada contexto humanitario. En los campamentos, por ejemplo, puede ser necesario prestar servicios tanto dentro como fuera de ellos. La clave para el éxito de la respuesta es garantizar una prestación continua de servicios a las personas que venden o intercambian sexo. Una vez que se haya abordado la vulnerabilidad inmediata a la violencia y la discriminación, se pueden ir desarrollando otros enfoques de reducción de daños en entornos estabilizados o de crisis más prolongadas. Estos planteamientos se apoyan en los programas dirigidos a poblaciones clave en contextos de desarrollo más amplios e incluyen: 1) empoderamiento comunitario; 2) difusión liderada por la comunidad y educación entre pares; 3) establecimiento de espacios seguros y centros de acogida; y 4) defensa de los derechos y fomento de la reducción del daño.

Empoderamiento comunitario

El empoderamiento comunitario es una parte esencial de la programación basada en derechos con y para las personas que venden o intercambian sexo. Conlleva el desarrollo de los conocimientos, las capacidades, las aptitudes y la confianza de las personas que venden o intercambian sexo, de modo que puedan adoptar decisiones con conocimiento de causa y cuidar mejor de sí mismas y de sus pares. En los **anexos 6, 7 y 8** puede consultarse un conjunto de enfoques básicos para guiar el empoderamiento comunitario. No existe ninguna fórmula establecida, aunque los elementos clave de un programa de empoderamiento comunitario (junto con diversos modelos de este tipo de empoderamiento liderado por pares) se han aplicado tanto en contextos humanitarios urbanos como en campamentos. El ACNUR proporciona directrices específicas sobre la protección basada en la comunidad en situaciones relacionadas con refugiados y otras circunstancias de desplazamiento forzoso.⁹⁷

Difusión liderada por la comunidad y educación entre pares⁹⁸

La difusión liderada por la comunidad y la educación entre pares son dos elementos clave, interrelacionados y probados sobre el terreno de un programa de empoderamiento comunitario.⁹⁹ Ambas suelen correr a cargo de las mismas personas, que con frecuencia también están implicadas en la venta de sexo y son contratadas o dirigidas por una ONG local de base comunitaria. En el marco de estas iniciativas se proporciona capacitación sobre diversos temas, como: 1) salud sexual; 2) distribución de preservativos, demostración de su uso y aptitudes de negociación; 3) seguridad en la venta de sexo; 4) asesoramiento entre pares; y 5) rutas de remisión. Los promotores y los educadores entre pares comparten este conocimiento y distribuyen los recursos a través de actividades individuales o en grupos reducidos. Existe un flujo de información en dos direcciones, de la ONG u otro proveedor de servicios a los promotores y de ahí a los miembros de la comunidad, y de la comunidad al proveedor de servicios, acerca de la realidad que viven las personas dedicadas a la venta o el intercambio de sexo, sus aptitudes, recursos y necesidades, con objeto de continuar mejorando la colaboración y la programación.

Los pasos para el desarrollo de programas de difusión liderada por la comunidad y educación entre pares incluyen:

- identificar los ámbitos de difusión;
- reclutar y capacitar a los promotores comunitarios y a educadores entre pares, aplicando un enfoque sensible a la EGD para garantizar que lleguen eficazmente a los diferentes grupos de la comunidad;
- remunerar a los promotores y a los educadores (puesto que están renunciando a un tiempo que podrían emplear en actividades generadoras de ingresos);
- generar oportunidades de liderazgo para identificar a las personas capaces de desempeñar este tipo de papel;
- garantizar la documentación de la experiencia y el diálogo con pares y entre ellos, presentación de información e identificación de necesidades de apoyo psicosocial (por ejemplo, mediante sesiones periódicas de información al equipo e intercambio de puntos de vista);
- supervisar, asesorar y apoyar a los promotores;
- adaptar el trabajo de difusión a los diferentes contextos, por ejemplo, teniendo en cuenta la edad, el género, el idioma, la religión y el grupo étnico de las personas destinatarias.

97 ACNUR (2013), *Guidance on Community Based Protection* (Ginebra).

98 Consúltese el **anexo 8** para obtener más información y recursos adicionales sobre la educación entre pares.

99 SWIT, capítulo 3: "Servicios dirigidos por la comunidad".

Espacios seguros y centros de acogida¹⁰⁰

Los espacios seguros para las personas que venden o intercambian sexo son lugares en los que dichas personas pueden socializar, desarrollar un sentimiento de comunidad o establecer una red de pares, así como realizar actividades grupales. Se trata de espacios en los que las personas también pueden buscar alojamiento y recibir asesoramiento, por ejemplo, si han experimentado violencia o agresiones o si presentan necesidades específicas en materia de protección. En los contextos humanitarios, se trata de instalaciones clave para la interacción entre el personal de programas y el de protección, los promotores, los educadores entre pares y las personas beneficiarias. Los espacios seguros también se pueden utilizar para:

- compartir información con las personas que venden sexo y entre ellas;
- suministrar preservativos, lubricantes y servicios clínicos;
- debatir sobre los riesgos, la discriminación y la violencia a la que se enfrentan las personas que venden sexo;
- debatir sobre necesidades de protección específicas (por ejemplo, la necesidad de identificación, documentación y asesoramiento jurídico);
- planificar y revisar las actividades y respuestas de divulgación;
- celebrar sesiones educativas y de capacitación para educadores entre pares y promotores;
- prestar servicios especializados, por ejemplo, de salud mental y apoyo psicosocial o la gestión de casos de violencia de género.

La ubicación y configuración de un espacio seguro variará en función de la situación, el contexto y los recursos disponibles a nivel local. La elección del lugar debe tener en cuenta su discreción, por ejemplo, su visibilidad por parte de otras personas, especialmente de la comunidad en general. Se pueden crear espacios seguros exclusivamente para personas que venden o intercambian sexo, aunque esto puede atraer la atención y suponer un riesgo. Otra opción consiste en designar una zona multiusos y utilizarla parte del tiempo como espacio seguro, en momentos o días determinados. Se podría establecer un centro de acogida a tiempo parcial en una clínica de salud o un centro para mujeres; de ese modo disminuiría su visibilidad como lugar en el que las personas que venden o intercambian sexo se reúnen y debaten sobre sus problemas y desafíos.¹⁰¹

Acceso remoto a servicios de apoyo psicosocial, jurídico y de otro tipo

La posibilidad de acceder de forma remota a servicios de apoyo puede aumentar la difusión de información y la utilización de los servicios. El apoyo a distancia debe cumplir una serie de principios rectores, incluida una atención específica a la garantía de la confidencialidad. Las decisiones acerca de cómo proporcionar este acceso remoto deben basarse en las preferencias de la población local, así como en una evaluación del acceso y la conectividad disponibles para los diferentes grupos. Es posible que en algunas comunidades de acogida ya exista infraestructura para la provisión de acceso remoto, como líneas telefónicas de atención gratuita para personas trabajadoras sexuales locales. Incluso en los campamentos puede ser posible crear una línea telefónica de asistencia a la que puedan llamar las personas para obtener apoyo, asesoramiento o remisión de forma inmediata, por ejemplo, en respuesta a una situación de violencia, arresto, pérdida de sus documentos de identidad, por haber mantenido relaciones sexuales sin protección u otras crisis que puedan haber experimentado. También se pueden facilitar a las personas

100 Esta sección es una adaptación del capítulo 3 del documento SWIT, titulado "Servicios dirigidos por la comunidad", y concretamente de su **sección 3.3**, "Espacios seguros (centros de acogida)", págs. 62-65.

101 En el **anexo 11** puede consultarse un ejemplo de distribución de un espacio seguro. Además, en el recuadro 1 sobre buenas prácticas del **anexo 12** se presenta un ejemplo de espacio seguro para trabajadoras sexuales en un entorno de campamento. Pueden encontrarse directrices adicionales sobre el establecimiento de espacios seguros en el documento SWIT, capítulo 3 (Servicios dirigidos por la comunidad), **sección 3.3** (Espacios seguros (centros de acogida)), págs. 63-66.

trabajadoras sexuales enlaces a recursos basados en web, o cargarse estos en las plataformas de medios sociales que utilizan las personas refugiadas o desplazadas internas.¹⁰²

Fortalecimiento de la defensa de los derechos y el fomento de la reducción del daño en contextos humanitarios

A largo plazo es necesario abordar los factores estructurales profundos, como la escasez de recursos, la desigualdad, las desigualdades de género, la discriminación y la violencia en los contextos humanitarios, factores que influyen en las decisiones de las personas de vender e intercambiar sexo. Se necesita un cambio de políticas a nivel nacional y mundial para aumentar el acceso de las personas desplazadas a los recursos y oportunidades, de modo que puedan disponer de una mayor capacidad de elección sobre si optar o no por la venta o el intercambio de sexo para satisfacer sus necesidades y las de sus dependientes. Cabe la posibilidad de mantener diálogos con los Estados de acogida para fomentar la responsabilidad local en favor de una mayor reducción de las amenazas y del acoso por parte de los funcionarios locales encargados de hacer cumplir la ley, así como para garantizar la provisión de programas y servicios basados en derechos a las personas que venden o intercambian sexo.¹⁰³

Capacitación, información y desarrollo de capacidades en materia de seguridad

A lo largo del tiempo se pueden desarrollar programas de apoyo más completos para las personas que venden o intercambian sexo en los ámbitos siguientes.

Identificación de riesgos (detección de vulnerabilidades)

Trabaje con las personas que venden o intercambian sexo (a través de grupos de discusión y conversaciones individuales) para identificar y mitigar los riesgos a los que se enfrentan. Los riesgos pueden incluir el acoso y el arresto por parte de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, la violencia de los clientes y otros miembros de la comunidad, la pérdida de confidencialidad en las comunidades de acogida y afectadas y la discriminación por parte de los proveedores de servicios. Pueden existir determinadas zonas críticas o de peligro en las que las personas que venden o intercambian sexo sean particularmente vulnerables a los ataques. También se pueden celebrar consultas con las personas trabajadoras sexuales y los proveedores de servicios de la comunidad de acogida para identificar riesgos adicionales a nivel local.

Identificación de estrategias dirigidas por la comunidad para reducir la vulnerabilidad

Existen diversos documentos de orientación disponibles¹⁰⁴ que se pueden adaptar al contexto local. Algunas de las medidas que se podrían adoptar son las siguientes:

102 Puede encontrarse información adicional en el documento *Guía Útil para Proveedores de Servicios TIC y Trabajo Sexual* (NSWP, Edimburgo, 2016).

103 Amnistía Internacional (2016), *Política de Amnistía Internacional sobre la obligación del Estado de respetar, proteger y realizar los derechos humanos de las trabajadoras y los trabajadores sexuales* (Londres).

104 Existe una serie de herramientas dedicadas a la cuestión de la seguridad en el trabajo sexual que pueden adaptarse a las personas que venden sexo en contextos humanitarios específicos. AidsFonds, por ejemplo, ha publicado un manual de capacitación para educadores entre pares titulado *Health, Rights, Safety* (2017). Las guías prácticas desarrolladas por personas trabajadoras sexuales de todo el mundo contienen también gran cantidad de consejos prácticos que las personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzoso en campamentos y ciudades pueden encontrar útiles. Un ejemplo es *Keeping Safe: Safety Advice for Sex Workers in the UK*, publicado por la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual del Reino Unido. Para obtener más información sobre estrategias de seguridad, véase el documento SWIT, capítulo 2, "Abordar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo", **sección 2.2.5**, titulada "Promover la protección y la seguridad de las personas trabajadoras del sexo", pág. 31.

- la mejora de la iluminación y la organización de patrullas de seguridad;
- la difusión de información y consejos de seguridad;
- el trabajo por parejas o grupos;
- la práctica entre pares de la negociación sobre el uso del preservativo;
- la promoción de la seguridad y la protección en lugares de trabajo como bares, hoteles y otros alojamientos;
- el fomento del mantenimiento y la puesta en común de listas de agresores;
- la realización de cursos de capacitación sobre seguridad y legítima defensa.

Documentar la violencia a la que se enfrentan las personas que venden sexo en contextos humanitarios

La violencia puede ir dirigida contra las personas que venden o intercambian sexo, así como contra sus familiares y dependientes.

La documentación de la violencia puede ser una herramienta poderosa, puesto que permite obtener pruebas para abogar en favor de la dotación de una mayor cantidad de recursos que se pueden utilizar para mejorar la seguridad, ejecutar más programas de apoyo para las personas que venden o intercambian sexo, aumentar las ayudas de subsistencia o financiar intervenciones destinadas a abordar otros riesgos que se hayan identificado y que afecten a dichas personas. La documentación también se puede utilizar para promover cambios en las prácticas policiales locales y las actitudes comunitarias que generan violencia contra las personas que venden sexo, o contra sus familiares y dependientes. Además, puede servir para transformar las prácticas locales que otorgan impunidad a los agresores. Al documentar o poner en común casos de violencia, deben tenerse en consideración y abordarse diversas cuestiones éticas y de seguridad.¹⁰⁵

Empoderamiento económico de las personas que venden sexo

El empoderamiento económico de las personas trabajadoras sexuales es fundamental, puesto que gracias a él es posible disminuir la vulnerabilidad y los riesgos asociados al trabajo sexual. Las personas que venden o intercambian sexo deben tener los mismos derechos que cualquier otra persona que trabaje en el empleo informal, es decir, el derecho a unas condiciones de trabajo seguras y justas, el derecho a la educación y a la capacitación profesional y el derecho a acceder a cuentas bancarias y a programas de crédito justos. El objetivo es ampliar las opciones y reducir la vulnerabilidad; por ejemplo, una persona trabajadora sexual económicamente empoderada puede encontrarse en mejor posición para rechazar una relación sexual si su pareja se niega a utilizar preservativo, tener una mayor capacidad para negociar con sus clientes y presentar un menor riesgo de violencia o abuso. Si disponen de más opciones económicas, las personas vulnerables podrán satisfacer mejor sus necesidades y las de sus familias sin asumir riesgos innecesarios.

El principal motivo de fracaso de las intervenciones de empoderamiento económico es que no implican adecuadamente a las personas trabajadoras sexuales en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación del programa. Las entidades ejecutantes del programa y el personal no deben realizar suposiciones ni valoraciones; tampoco han de imponer sus puntos de vista sobre los de las personas trabajadoras sexuales y deberán consultar a estas para conocer sus necesidades y preferencias. Los programas que no realizan estudios de mercado para determinar si existe demanda para bienes o servicios específicos a menudo fracasan. Es más, muchos programas fracasan por no disponer de financiación adecuada ni de los recursos necesarios para mantener la iniciativa más allá del período piloto.¹⁰⁶

105 OMS (2007), *Ethical and Safety Recommendations for Researching, Documenting and Monitoring Sexual Violence in Emergencies* (Ginebra), pág. 17/42: "Eight safety and ethical recommendations".

106 NSW, *Stepping up, Stepping out Project – Economic Empowerment of Sex Workers – Regional Reports Summary* (Edimburgo).

Las opciones de empoderamiento económico incluyen:

- la integración e inclusión en los programas de protección social;
- microcréditos y servicios de concesión de préstamos;
- programas de asistencia en efectivo y apoyo a los medios de vida;
- acceso a cuentas bancarias;
- programas de alfabetización;
- alfabetización financiera;
- capacitación profesional;
- clases para el desarrollo de aptitudes;
- establecimiento de programas colectivos y cooperativos gestionados por la comunidad.

Empoderamiento económico: qué hacer y qué no hacer

Lo que se debe hacer	Lo que no se debe hacer
<ul style="list-style-type: none"> ● Consultar de forma respetuosa y positiva a las personas que venden sexo. ● Involucrar a las personas que venden sexo en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas. ● Realizar estudios de mercado para determinar si existe demanda para determinados bienes y servicios. ● Incluir el empoderamiento económico entre los componentes de un programa integral destinado a satisfacer las necesidades de salud y de protección. ● Siempre que sea posible, incluir a las personas que venden sexo en las iniciativas de empoderamiento económico existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Utilizar el empoderamiento económico como medio para “rehabilitar” o “rescatar” a las personas implicadas en la venta de sexo. ● Condicionar el empoderamiento económico a que la persona abandone el trabajo sexual. ● Imponer puntos de vista a las personas que venden sexo. ● Realizar actividades de formas que estigmaticen a las personas que venden sexo.

3. Diagnóstico, seguimiento y evaluación

Es fundamental desarrollar un marco de diagnóstico, seguimiento y evaluación para medir el progreso de todas las intervenciones con personas que venden o intercambian sexo. El marco debe adaptarse para determinar si se satisfacen las necesidades de estas personas. ¿El programa está cumpliendo sus objetivos, es decir, los insumos técnicos asignados, la financiación, los recursos humanos y los consumibles (los recursos del programa) producen actividades y servicios (productos)? ¿Qué resultados se obtienen (es decir, qué beneficios ofrecen esos servicios)? ¿Cuál es el impacto global? Es decir, ¿está logrando el programa sus objetivos?

El marco de seguimiento y evaluación debe desarrollarse en colaboración con las personas que venden sexo, los equipos de respuesta humanitaria y los socios en el país. El seguimiento debe integrarse en los sistemas generales de vigilancia humanitaria y utilizar los marcos y métodos de seguimiento existentes. A continuación se ofrece un resumen de las técnicas de diagnóstico, seguimiento y evaluación disponibles.¹⁰⁷

Pueden encontrarse directrices y recursos adicionales en el documento *Monitoring Guide and Toolkit for Key Population HIV Prevention, Care and Treatment Programmes*.¹⁰⁸



3.1. Diagnósticos periódicos

Aparte de un diagnóstico inicial durante la fase de planificación, se pueden llevar a cabo diagnósticos en varias ocasiones, a intervalos, durante la ejecución del programa, con el fin de examinar cómo está respondiendo a las necesidades y los retos identificados y analizar el grado de cumplimiento de sus objetivos. Existen diversas técnicas disponibles para la realización de estos diagnósticos, entre las que cabe citar:

- diagnósticos rápidos: consisten en la recogida de información básica sobre número de personas, proveedores de servicios, recursos, suministros y financiación;
- exámenes documentales: revisión más detallada de informes, datos y comunicaciones publicados que estén disponibles;
- análisis de la situación: consiste en analizar el entorno y el contexto, por ejemplo, los factores jurídicos, políticos, socioeconómicos y culturales que repercuten en la población afectada;
- entrevistas con informantes clave: conversaciones individuales con personas que conocen la situación de primera mano;
- grupos de discusión: debates en pequeños grupos de partes interesadas clave (por un lado, las poblaciones afectadas y, por otro, los proveedores);
- métodos participativos: consisten en implicar a la comunidad, a través de las organizaciones de la sociedad civil, en la recopilación de datos e información cualitativa;
- evaluaciones de los centros y servicios de salud: análisis del funcionamiento, la calidad y la prestación de un servicio;
- cartografiado: identificación geográfica de zonas críticas, zonas de peligro y ubicación de infraestructura y proveedores de servicios;
- encuestas: recogida de datos cuantitativos entre la población utilizando muestras representativas de personas, tanto proveedores como destinatarios.

107 Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (2019), *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* (Ginebra).

108 FHI360 (2016), *Monitoring Guide and Toolkit for Key Population HIV Prevention, Care, and Treatment Programs* (Durham, Carolina del Norte).

Todo diagnóstico consta de varias fases. En primer lugar, debe confirmarse que es necesario y que proporcionará información útil. El diagnóstico debe diseñarse –utilizando una o varias de las técnicas anteriores– de forma que se garantice su validez y la calidad de los datos y la información recopilados. En su diseño deben tenerse en cuenta las consideraciones relativas a la EGD. Es necesario consultar a las personas que venden o intercambian sexo, además de a los responsables de la formulación de políticas, los agentes humanitarios y los proveedores de servicios. Se debe reflexionar sobre cualquier posible consecuencia adversa y elaborar planes para evitar o mitigar cualquier daño que pueda derivarse de la realización del diagnóstico. Se requiere el consentimiento de las personas implicadas en la venta o el intercambio de sexo de forma previa a su participación, y se invertirán esfuerzos para proteger su identidad y su confidencialidad. Se debe comprobar que los participantes entienden los métodos y los objetivos del diagnóstico; en particular, se les deben explicar las limitaciones inherentes a un diagnóstico, y que este no servirá para cambiar ni mejorar una situación determinada. También es importante ofrecer a las personas participantes información actualizada sobre cómo se están utilizando los datos y conclusiones, así como acerca de cualquier cambio observado durante el diagnóstico.



3.2. Seguimiento

Un seguimiento constante suele apoyarse en los procesos y sistemas existentes de recopilación de datos, por ejemplo, en un servicio de atención de la salud o como parte de un sistema global de información humanitaria. Los datos que se recogen de forma rutinaria en el marco de la prestación de servicios pueden utilizarse para revisar y examinar numerosos aspectos de esta. ¿Qué tendencias se observan en la utilización de los servicios? ¿Cuántos casos de VIH u otras ITS se están diagnosticando? ¿Qué características demográficas presentan las personas que acceden a los servicios? ¿Qué parámetros de calidad del servicio y satisfacción de los clientes se recogen de forma rutinaria?

Se deben recopilar datos desglosados según la edad y el género. Se pueden analizar diversas fuentes de datos periódicos, sin olvidar la necesidad de proteger la identidad del cliente y de mantener su confidencialidad, por ejemplo:

- historiales y gráficos de pacientes (como formularios de recogida de información clínica y fichas prenatales y de anticoncepción);
- registros diarios y hojas de recuento (por ejemplo, registros de nacimiento y fichas de recuento prenatales);
- formularios de laboratorio (por ejemplo, resultados de pruebas de diagnóstico del VIH o de detección de la sífilis);
- formularios de revisión de las muertes maternas y perinatales;
- revisiones de situaciones de alto riesgo de fallecimiento;
- informes de trabajadores de salud comunitarios / promotores y educadores entre pares
- formularios de notificación semanales y/o mensuales;
- encuestas periódicas (constituyen una fuente muy útil de datos de seguimiento sobre la SSR cuando se repiten a lo largo del tiempo);
- vigilancia centinela;
- inventarios de artículos básicos y suministros.

Los proveedores de servicios pueden extraer los datos pertinentes de las fuentes de datos para su compilación, una tarea que normalmente corre a cargo de supervisores. Los datos deben comunicarse con frecuencia mínima mensual. En los **anexos 9 y 10** puede consultarse una lista de posibles puntos de datos.

Una de las tareas que conlleva el proceso de seguimiento es la identificación de actividades y servicios que no se utilizan o se infrautilizan, lo que puede ser indicativo de una calidad deficiente de la atención, por ejemplo, debido a actitudes negativas de los proveedores o a vulneraciones de la confidencialidad.

Los métodos que se utilizan con este fin incluyen:

- el seguimiento de las remisiones por pares, a fin de garantizar que se recoja la información relacionada con la remisión;
- organización de grupos de discusión periódicos con las personas que venden o intercambian sexo, con objeto de adquirir una comprensión cualitativa de los desafíos a los que se enfrentan y de las soluciones que proponen.



3.3. Evaluación

El cumplimiento de los objetivos a largo plazo de un programa se mide a través de evaluaciones puntuales, al término del programa y, en ocasiones, mediante evaluaciones de mitad de período. La evaluación es un análisis más profundo que el seguimiento constante de los datos rutinarios y entraña un examen cuantitativo y cualitativo del grado de consecución de los objetivos de un programa, mediante un estudio de los resultados globales de la intervención. A continuación se presenta una serie de preguntas habituales a las que se trata de dar respuesta durante una evaluación:

- ¿Qué objetivos perseguíamos?
- ¿Cuál era nuestra teoría de cambio y nuestro marco lógico?
- ¿Qué hicimos?
- ¿Qué logramos?
- ¿Se ajustan los resultados obtenidos a las previsiones?
- ¿Qué acciones resultaron eficaces y por qué? ¿Con qué beneficiarios resultaron más eficaces y por qué?
- ¿Qué acciones no resultaron eficaces y por qué? ¿Con qué beneficiarios resultaron menos eficaces y por qué?
- ¿Qué lecciones hemos aprendido?
- ¿Qué otras acciones es necesario llevar a cabo para lograr el impacto deseado?

Resulta útil contratar a un tercero externo que no haya estado involucrado en la ejecución del programa para que se encargue de la evaluación y garantizar su objetividad e imparcialidad. En el diseño de la evaluación se deberán incorporar las consideraciones relativas a la edad, el género y la diversidad.

Anexos



Anexo 1

Protocolos de terapia antirretrovírica recomendados por la OMS para la profilaxis posterior a la exposición

Adultos y adolescentes \geq 40 kg

- Régimen general (dos ARV): tenofovir y lamivudina o emtricitabina
- Tercer medicamento recomendado: lopinavir/ritonavir o atazanavir/ritonavir
- Cuando esté disponible, se estudiará la posibilidad de administrar raltegravir, darunavir/ritonavir o efavirenz como opciones alternativas.

Niños < 40 kg

- Dos ARV: zidovudina y lamivudina
- La dosis varía según el peso del niño; las formulaciones pueden presentarse en forma de jarabe o de comprimidos/cápsulas.

Anexo 2

Resumen de la eficacia de los métodos de control de la natalidad¹⁰⁹



109 OMS, Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, USAID (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*, 3.ª edición (OMS, Ginebra).

Anexo 3.1

Ejemplo de archivo de información del paciente (UNFPA)

Núm. único: F	Alergias:	Fecha de la 1.ª visita:	Edad en la 1.ª visita:
---------------	-----------	-------------------------	------------------------

Historial médico (en la primera visita)

Número de hijos nacidos vivos	Cesárea (sí/no)
Número de hijos que todavía viven	Ha recibido transfusión de sangre alguna vez (sí/no)
Número de hijos que viven bajo el mismo techo que la paciente	Se ha sometido alguna vez a una intervención quirúrgica (especificar)
Edad del hijo o hija menor	¿Sufre alguna enfermedad crónica? (especificar)
¿Actualmente en período de lactancia materna? (sí/no)	¿Ha recibido alguna vez tratamiento para una ITS? (especificar cuándo y cuál)
Número de bebés nacidos muertos/ abortos espontáneos/abortos	¿Se ha sometido alguna vez a la prueba de diagnóstico del VIH? (fecha de la última prueba)

Evaluación de riesgos

	Inicial	3 meses	6 meses	1 año	1 año y ½	2 años	3 años
En la última semana Fecha							
¿Ha mantenido alguna vez relaciones sexuales con penetración con un cliente sin preservativo?							
¿Ha utilizado sistemáticamente preservativo con su pareja o esposo?							
¿Ha utilizado sistemáticamente preservativo con sus clientes habituales?							
¿Ha utilizado sistemáticamente preservativo con clientes no habituales?							
¿Se le ha roto algún preservativo?							
¿Alguno de sus clientes tenía secreción uretral o ardor al orinar?							
¿Ha realizado trabajo sexual bajo la influencia del alcohol?							
¿Ha realizado trabajo sexual bajo la influencia de drogas?							
¿Ha realizado alguna vez trabajo sexual extra para poder comprar alcohol o drogas?							
¿Cuántos clientes tiene en un día de trabajo sexual normal?							
¿Cuántos días trabaja en un mes normal?							
¿Practica el lavado vaginal?							
¿Introduce objetos o sustancias en su vagina para tener "sexo seco"?							
¿Mantiene relaciones sexuales durante la menstruación?							

Asesoramiento

	Fecha						
Asesoramiento antes de la prueba del VIH							
Asesoramiento después de la prueba del VIH							
Promoción y demostración del uso del preservativo							
Disuasión del lavado vaginal							
Planificación familiar							
Aptitudes de negociación							
Abuso de sustancias							
Después de sufrir violencia de género							
Remisión (especificar)							

Estudios

	Fecha						
Prueba serológica para la detección de sífilis							
Prueba de diagnóstico rápido de sífilis							
Frotis vaginal para la detección de hongos							
Frotis vaginal para la detección de Trichomonas V.							
Vaginosis bacteriana (células indicadoras > 20%)							
Prueba para la detección rápida de <i>N. Gonorrhoea</i> / <i>Chlamydia T.</i>							
Prueba para la detección del cáncer de cuello uterino							

Planificación familiar

	Fecha						
Píldora anticonceptiva combinada (suministros para 3 meses)							
Depo-Provera							
Implante							
Otros (especificar)							

Fecha de consulta: _____ Motivo: visita trimestral ; quejas ; contacto

En caso de visita trimestral: en la fecha programada con más de una semana de antelación
con más de una semana de retraso

En caso de quejas, especificar (por ejemplo: secreción vaginal anormal, dolor, violación...) _____

Historial:

Examen

Secreción vaginal Verrugas genitales Erupción vulvar, edema
Disuria Úlcera genital Prurito
Dispareunia Hemorragia de contacto Dolor en la parte inferior del abdomen
Otros (especificar: por ejemplo, piojos, lesiones...) _____

SI PRESENTA eritema de cuello uterino
O pus procedente del cuello uterino
Prescribir tratamiento para NG/CT

Estudios

Resultados

Diagnóstico de infecciones de transmisión no sexual Paciente sana Candidiasis Vaginosis bacteriana
Otras (especificar) _____

Diagnóstico de ITS Gonorrea (NG) Clamidia (CT) Tricomoniasis Piojos púbicos
Verrugas Herpes Enfermedad inflamatoria pélvica Sífilis Fase _____

Tratamiento

Remisiones

Fecha de la siguiente visita trimestral:

Fecha de consulta: _____ Motivo: visita trimestral ; quejas ; contacto

En caso de visita trimestral: en la fecha programada con más de una semana de antelación
con más de una semana de retraso

En caso de quejas, especificar (por ejemplo: secreción vaginal anormal, dolor, violación...) _____

Historial:

Examen

Secreción vaginal Verrugas genitales Erupción vulvar, edema
Disuria Úlcera genital Prurito
Dispareunia Hemorragia de contacto Dolor en la parte inferior del abdomen
Otros (especificar: por ejemplo, piojos, lesiones...) _____

SI PRESENTA eritema de cuello uterino
O pus procedente del cuello uterino
Prescribir tratamiento para NG/CT

Estudios

Resultados

Diagnóstico de infecciones de transmisión no sexual Paciente sana Candidiasis Vaginosis bacteriana
Otras (especificar) _____

Diagnóstico de ITS Gonorrea (NG) Clamidia (CT) Tricomoniasis Piojos púbicos
Verrugas Herpes Enfermedad inflamatoria pélvica Sífilis Fase _____

Tratamiento

Remisiones

Fecha de la siguiente visita trimestral:

Anexo 3.2

Ejemplo de formularios de admisión clínica y de contacto (Ministerio de Salud, Kenya)

Formulario de admisión clínica¹¹⁰

Condado: _____ Subcondado: _____
 Circunscripción: _____ Asociado en la ejecución: _____
 Fecha de admisión (DD/MM/AAAA): ____/____/____ Código MFL (lista general de centros sanitarios): _____
 Identificador único del paciente: _____

Tipo de población clave
 (marque la opción que proceda)

Trabajadora sexual	Hombre que tiene relaciones sexuales con hombres	Hombre que tiene relaciones sexuales con mujeres	Persona que se inyecta drogas	Persona que consume drogas	Hombre trans	Mujer trans
--------------------	--	--	-------------------------------	----------------------------	--------------	-------------

1	Nombre del paciente: _____
2	¿Se ha puesto en contacto con usted un/a educador/a entre pares en relación con cualquier servicio de salud? 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
3	¿Tiene alguna pareja sexual estable con la que mantenga relaciones de forma gratuita? 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>
4	a. ¿Qué año empezó a realizar trabajo sexual? Año: _____ b. ¿Qué año empezó a tener relaciones sexuales con hombres (únicamente para hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres)? Año: _____ c. ¿Qué año empezó a consumir drogas (inyectándose las o fumándolas)? Año: _____
5	¿Ha experimentado alguna vez violencia física o sexual? 1= Sí <input type="checkbox"/> 2= No <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo, especificar: física, sexual o ambas) _____
6	a) ¿Se ha sometido alguna vez a la prueba del VIH? 1= Sí <input type="checkbox"/> 2= No <input type="checkbox"/> Si ha respondido "NO", pase a la pregunta 10. b) La última vez que realizó la prueba del VIH, ¿a qué tipo de prueba se sometió? <input type="checkbox"/> Prueba de diagnóstico rápido del VIH <input type="checkbox"/> Autodiagnóstico
7	¿Le importaría compartir conmigo el resultado de su prueba más reciente? (Marque con un círculo el número que corresponda) 1= El resultado fue positivo <input type="checkbox"/> 2= El resultado fue negativo <input type="checkbox"/> 3= No deseo compartir con usted el resultado de mi prueba <input type="checkbox"/>
8	SI EL RESULTADO DE SU PRUEBA FUE POSITIVO, ¿recibe algún tipo de atención para el VIH? 1= Sí <input type="checkbox"/> 2= No <input type="checkbox"/> (Si ha respondido "NO", remítase el paciente a ATENCIÓN)
9	Si ha respondido "Sí" (es decir, el paciente recibe atención), PREGUNTAR lo siguiente: Nombre del centro: _____ Número CCC: _____ Prueba de carga viral: 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Fecha del resultado de la prueba de carga viral: _____
10	¿Desea someterse a la prueba del VIH? 1= Sí <input type="checkbox"/> 2= No <input type="checkbox"/> Si ha respondido "No", indique el motivo _____
11	Si debiera recibir algún tipo de servicio clínico, indíquenos cómo podemos ponernos en contacto con usted: Teléfono 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Educador/a entre pares 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Trabajador/a de extensión 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Asesor/a clínico/a / de VIH 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Compañero/a de tratamiento 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Nombre del compañero o compañera de tratamiento _____ Núm. de teléfono del compañero o compañera de tratamiento _____ Firma o huella dactilar del paciente _____ Cumplimentado por: _____ Fecha: _____

110 República de Kenya, Ministerio de Salud. Formulario de admisión clínica.

Anexo 3.3.

Ejemplo de formularios de admisión clínica y de contacto (FHI360, Vínculos entre el continuo de servicios relacionados con el VIH para poblaciones clave afectadas por el VIH)

HERRAMIENTA 9A: FORMULARIO DE ADMISIÓN CLÍNICA PARA HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES Y MUJERES TRANSGÉNERO

Nombre del asociado en la ejecución: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Distrito: _____ Ubicación: _____ Lugar: _____

Supervisor de la labor de extensión: _____ Trabajador/a de extensión entre pares: _____

Nombre del paciente: _____ Sexo: Mujer Hombre Transgénero

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Identificador del programa: _____

Dirección de contacto: _____

Número de teléfono: _____

1	¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños? (indíquese la edad en años completos)		
2	¿Dónde se cruza o reúne PRINCIPALMENTE con sus clientes o parejas? RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS OPCIONES APLICABLES	Nombre del lugar o lugares:	
		<input type="checkbox"/> Bar con habitaciones	<input type="checkbox"/> Bar sin habitaciones
		<input type="checkbox"/> Local para mantener relaciones sexuales (burdel)	<input type="checkbox"/> Club de <i>strip tease</i>
		<input type="checkbox"/> Calles o autopistas	<input type="checkbox"/> Vivienda
		<input type="checkbox"/> Casino	<input type="checkbox"/> Playa
		<input type="checkbox"/> Hoteles, pensiones y otros alojamientos	<input type="checkbox"/> Salones de masajes
		<input type="checkbox"/> Parques	<input type="checkbox"/> Cervecerías
		<input type="checkbox"/> Aseos públicos	<input type="checkbox"/> Otros
3	En promedio, ¿cuántos actos sexuales con penetración (anales) realiza...?	Por día	Por semana
4	¿Ha visitado algún centro de acogida, clínica o centro de bienestar para recibir algún servicio en los últimos 6 meses?	Sí	No
5	En caso afirmativo, ¿qué centro de acogida visitó?		
6	¿Se ha puesto en contacto con usted algún trabajador o trabajadora de extensión entre pares del programa de prevención del VIH?	Sí	No

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
7	¿Ha experimentado alguno de estos síntomas en los últimos 6 meses? POR FAVOR, LÉALOS TODOS	<input type="checkbox"/> Úlcera genital o anal <input type="checkbox"/> Secreción pestilente anal o del pene <input type="checkbox"/> Bultos indoloros en la zona anal o del pene <input type="checkbox"/> Comezón en la zona genital o anal <input type="checkbox"/> Erupción en la zona genital o anal <input type="checkbox"/> Bubón <input type="checkbox"/> Disuria <input type="checkbox"/> Dolor en la parte inferior del abdomen <input type="checkbox"/> Otros	
8	¿Dónde ha recibido tratamiento para los síntomas que ha experimentado en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Médico privado <input type="checkbox"/> Clínica pública <input type="checkbox"/> Herbolario <input type="checkbox"/> Clínica de una ONG o un programa <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> No ha recibido tratamiento	

HISTORIAL SEXUAL Y EVALUACIÓN DE RIESGOS			
9	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual?		
10	¿Ha tenido relaciones sexuales con otro hombre en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11	¿Cuántas parejas masculinas tuvo durante la ÚLTIMA SEMANA?		
12	¿Qué tipo de relaciones tiene en la mayoría de sus encuentros sexuales?	<input type="checkbox"/> Anal penetrativo <input type="checkbox"/> Anal receptivo <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otros tipos	
13	¿Alguna vez ha recibido dinero en efectivo o bienes a cambio de mantener relaciones sexuales con un hombre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14	En caso afirmativo, ¿a qué edad empezó a realizar trabajo sexual? (solo para hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres)		
15	En la ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántos hombres le entregaron dinero en efectivo o bienes a cambio de sexo? (solo para hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres)		
16	En la ÚLTIMA SEMANA, ¿cuántos hombres no le pagaron con dinero en efectivo o bienes a cambio de sexo? (solo para hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres)		
17	¿Utilizó preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18	¿Utilizó lubricante la última vez que tuvo relaciones sexuales anales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19	En el último mes, ¿cuántas veces consumió bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> La mayor parte de los días	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Todos los días
20	¿Ha utilizado o consumido alguna vez una droga con fines no médicos?	ALGUNA VEZ	EL MES PASADO
		LA SEMANA PASADA	
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO			
21	¿Ha experimentado violencia en algún momento a lo largo de los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22	En caso afirmativo, ¿de qué tipo? Marque todas las opciones que mencione la persona entrevistada	<input type="checkbox"/> Acoso <input type="checkbox"/> Violencia física <input type="checkbox"/> Violencia sexual <input type="checkbox"/> Discriminación <input type="checkbox"/> Otros	
23	¿Quién le agredió?	<input type="checkbox"/> Grupos de presión de la comunidad <input type="checkbox"/> Líderes locales <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Fuerzas militares <input type="checkbox"/> Proxenas <input type="checkbox"/> Encargados y propietarios de bares <input type="checkbox"/> Bandas locales <input type="checkbox"/> Un/a compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/> Un/a juez/a	<input type="checkbox"/> Funcionarios públicos <input type="checkbox"/> Miembros de la comunidad en general <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Grupos religiosos <input type="checkbox"/> Pareja habitual <input type="checkbox"/> Clientes <input type="checkbox"/> Proveedor de servicios de salud <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Otros (especifique)
24	¿Buscó ayuda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25	Si buscó ayuda, ¿dónde acudió? MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE MENCIONE LA PERSONA ENTREVISTADA	<input type="checkbox"/> Centro médico u hospital <input type="checkbox"/> Servicio jurídico/policía <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Pares <input type="checkbox"/> Amistades <input type="checkbox"/> Líder religioso <input type="checkbox"/> Jefe o anciano de la aldea <input type="checkbox"/> Otros	

ASESORAMIENTO Y PRUEBAS VOLUNTARIAS DEL VIH		
26	¿Se ha sometido alguna vez a la prueba del VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 33)
27	En caso afirmativo, ¿hace cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> En los 3 últimos meses <input type="checkbox"/> En los 6 últimos meses <input type="checkbox"/> En el último año <input type="checkbox"/> Hace más de 1 año
28	En caso afirmativo, ¿le importaría compartir conmigo el resultado de su prueba?	<input type="checkbox"/> Di positivo <input type="checkbox"/> Di negativo <input type="checkbox"/> Resultado desconocido <input type="checkbox"/> No deseo compartir con usted el resultado de mi prueba
29	Si su resultado fue positivo, ¿ha revelado a alguien su situación con respecto al VIH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
30	En caso afirmativo, ¿a quién?	<input type="checkbox"/> Novio <input type="checkbox"/> Cliente habitual <input type="checkbox"/> Amigo/a / familiar
31	Si el resultado de su prueba fue positivo, ¿recibe algún tipo de atención para el VIH?	<input type="checkbox"/> Sí (por favor, especifique la duración). Duración: _____ <input type="checkbox"/> No
32	Si recibe atención, ¿qué centro se la proporciona? (Indique la dirección del centro)	
33	¿Podemos ponernos en contacto con usted (incluso por SMS) para prestarle servicios relacionados con ITS, planificación familiar, atención del VIH, violencia de género u otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
34	¿Podemos ponernos en contacto con usted a través de su trabajador/a de extensión entre pares o del supervisor de la labor de extensión para prestarle servicios relacionados con ITS, planificación familiar, atención del VIH, violencia de género u otros?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
35	Nombre del proveedor de servicios:	Firma o huella dactilar del paciente _____ Firma _____ Fecha _____

Anexo 4

Protocolos de la OMS para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual en personas adultas

Referencia: OMS (2021, de próxima publicación), *Guidelines for the management of people with symptoms of Sexually Transmitted Infections*.

Nota: consúltense las directrices para el tratamiento de mujeres embarazadas o en período de lactancia y pacientes menores de 16 años.

ITS	Opciones de tratamiento	Dosis	Observaciones
Neisseria gonorrhoea	Ceftriaxona + azitromicina	250 mg por vía intramuscular en dosis única 1 gr por vía oral en dosis única	Primera opción. Utilícese la terapia dual cuando no se haya determinado la resistencia antimicrobiana. No es necesario administrar azitromicina cuando exista sensibilidad demostrada a la ceftriaxona
	Cefixima + azitromicina	400 mg por vía oral en dosis única 1 gr por vía oral en dosis única	Utilícese la terapia dual cuando no se haya determinado la resistencia antimicrobiana. No es necesario administrar azitromicina cuando exista sensibilidad demostrada a la cefixima
Chlamydia trachomatis	Doxiciclina	100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días (14 días en el caso de enfermedad inflamatoria pélvica)	Primera opción. Contraindicado durante el embarazo
	Azitromicina	1 gr por vía oral en dosis única	El fármaco también impide la incubación de la sífilis (dentro de los 30 días siguientes a la exposición)
	Eritromicina	500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 7 días (14 días en el caso de enfermedad inflamatoria pélvica)	
	Ofloxacino	200-400 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días	
Chlamydia trachomatis en mujeres embarazadas o en período de lactancia	Eritromicina	500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 7 días	Primera opción.
	Azitromicina	1 gr por vía oral en dosis única	El fármaco también impide la incubación de la sífilis (dentro de los 30 días siguientes a la exposición)
Sífilis (temprana): (primaria, secundaria y latente temprana, es decir < 2 años desde la infección)	Penicilina benzatínica	2,4 millones de UI por vía intramuscular en dosis única	Primera opción. Puede administrarse en dos inyecciones en puntos separados
	Doxiciclina	100 mg por vía oral dos veces al día durante 14 días	Contraindicado durante el embarazo
	Eritromicina	500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 14 días	Se puede utilizar en mujeres embarazadas, pero no cruza la barrera placentaria. Los recién nacidos deberán recibir tratamiento poco después del parto
Sífilis (tardía): (latente tardía e infección terciaria)	Penicilina benzatínica	2,4 millones de UI por vía intramuscular, una vez por semana durante 3 semanas	Primera opción. Puede administrarse en dos inyecciones en puntos separados
	Penicilina procaínica	1,2 millones de UI por vía intramuscular, diariamente durante 20 días	
	Doxiciclina	100 mg por vía oral dos veces al día durante 30 días	Para pacientes alérgicos a la penicilina, pero está contraindicada durante el embarazo.

ITS	Opciones de tratamiento	Dosis	Observaciones
Sífilis (tardía) en mujeres embarazadas y en período de lactancia Trichomonas vaginalis	Eritromicina	500 mg por vía oral cuatro veces al día durante 30 días	Este antibiótico también actúa contra la infección por clamidia
	Metronidazol	2 gr por vía oral en dosis única O BIEN 400 mg o 500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días	Primera opción. Idealmente, deberá evitarse durante el primer trimestre de embarazo (véase más adelante)
	Tinidazole	2 gr por vía oral en dosis única O BIEN 500 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días	
Trichomonas vaginalis en mujeres embarazadas (segundo y tercer trimestre de embarazo)	Metronidazol	200 mg o 250 mg por vía oral tres veces al día durante 7 días O BIEN Gel (0,75%), 1 aplicador completo (5 g) dos veces al día durante 7 días	Idealmente, deberá evitarse durante el primer trimestre de embarazo a menos que el beneficio supere los riesgos
Mycoplasma genitalium	Azitromicina	500 mg por vía oral el primer día; 250 mg por vía oral del segundo al quinto día	
Herpes genital (infección primaria)	Aciclovir	400 mg por vía oral tres veces al día durante 10 días O BIEN 200 mg por vía oral cinco veces al día durante 10 días	Primera opción. Durante el embarazo, utilícese únicamente aciclovir cuando el beneficio supere los riesgos
	Valaciclovir	500 mg por vía oral dos veces al día durante 10 días	
	Famciclovir	250 mg por vía oral tres veces al día durante 10 días	
Herpes genital (infección recurrente, terapia episódica)	Aciclovir	400 mg por vía oral tres veces al día durante 5 días O BIEN 800 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días O BIEN 800 mg por vía oral tres veces al día durante 2 días	Primera opción. Utilícese el mismo tratamiento para las mujeres embarazadas o en período de lactancia
	Valaciclovir	500 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días	
	Famciclovir	250 mg por vía oral dos veces al día durante 5 días	
Herpes genital (infección recurrente, terapia de supresión)	Aciclovir	400 mg por vía oral dos veces al día	La terapia de supresión está recomendada para personas con cuatro o más episodios por año, síntomas graves o episodios que provoquen estrés. Las personas que viven con el VIH requieren una dosis mayor o una duración más amplia
	Valaciclovir	500 mg por vía oral una vez al día	
	Famciclovir	250 mg por vía oral dos veces al día	

En relación con otras ITS y con el tratamiento de personas menores de 16 años, consúltense las directrices de la OMS.

Anexo 5

Asesoramiento para los servicios de diagnóstico del VIH¹¹²

Preparación

Una preparación adecuada para la realización de pruebas de diagnóstico del VIH incluye un trabajo de concientización de la comunidad y creación de demanda en el seno de esta, la capacitación de proveedores, la selección de los lugares y momentos en que se prestarán los servicios y la adquisición de suministros.

Concientización de la comunidad y creación de demanda para los servicios de realización de pruebas voluntarias de diagnóstico del VIH

- Se deberá informar a los miembros de la comunidad acerca de los beneficios de conocer la propia situación con respecto al VIH y sobre la disponibilidad de tratamiento en el caso de estar infectados por este virus. Incluso si se llevan a cabo actividades de concientización dirigidas al público en general o a poblaciones clave, es posible que las personas trabajadoras sexuales no conozcan servicios respetuosos con ellas o proporcionados por personas trabajadoras sexuales (como ellas) capacitadas y cualificadas.
- En el marco de las campañas de concientización se deberá informar a las personas trabajadoras sexuales de su derecho a la confidencialidad, de la obligación de obtener su consentimiento y de su derecho a negarse a realizar las pruebas de diagnóstico del VIH si así lo desean.

Capacitación de socios y promotores comunitarios

- La capacitación en materia de diagnóstico del VIH debe seguir las normas nacionales e internacionales (véase la **sección 2.4.2**).
- La capacitación de asesores que se encargarán de realizar las pruebas de diagnóstico del VIH a las personas trabajadoras sexuales debe incluir capacitación adicional sobre:
 - su deber de ser respetuosos y abstenerse de realizar juicios de valor;
 - las necesidades específicas de las personas trabajadoras sexuales;
 - la absoluta obligación de mantener la confidencialidad, no solo en lo que concierne a los resultados de las pruebas del VIH sino también a cualquier otra información que les sea facilitada durante la sesión de asesoramiento, incluida la implicación de la persona en el trabajo sexual.

Lugar y momento de prestación de los servicios

- Tanto el momento como el lugar en que se realicen las pruebas voluntarias para el diagnóstico del VIH deben responder a las necesidades y peticiones de las personas trabajadoras sexuales. En algunos contextos, esto puede significar que los servicios deban prestarse en horario vespertino o durante los fines de semana, como las pruebas nocturnas para la detección del VIH que se han realizado en varios países.
- Los entornos comunitarios pueden resultar más atractivos que los centros de salud.

¿Con qué frecuencia debe ofrecerse la realización de pruebas de diagnóstico del VIH?¹¹³

- Se deberá aconsejar a las personas que obtengan un resultado negativo en las pruebas de diagnóstico del VIH que regresen al cabo de cuatro semanas para repetir la prueba. Posteriormente, lo ideal es que la prueba se repita cada tres meses, o que se les ofrezca la posibilidad de repetirla al menos una vez al año, como recomienda la OMS para las personas con mayor riesgo.
- También se deberá ofrecer la posibilidad de repetir las pruebas de diagnóstico del VIH cada vez que se diagnostique una nueva ITS a una persona.

112 OMS (2013), Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas (Ginebra).

113 SWIT, capítulo 5, Servicios clínicos y de apoyo.

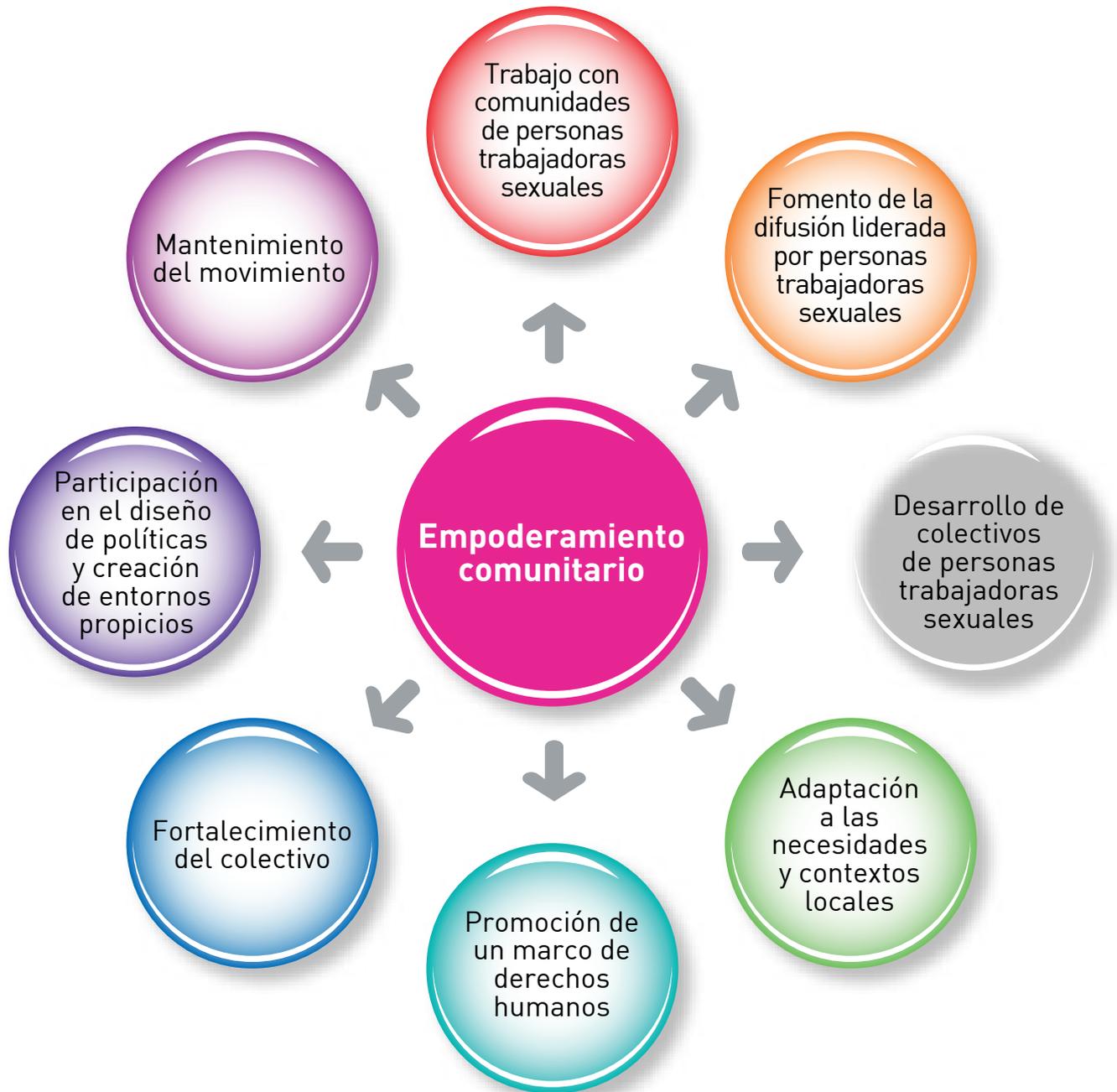
Anexo 6

Qué se debe hacer y qué no en la prestación de servicios de salud y de protección a personas que venden o intercambian sexo

Lo que se debe hacer	Lo que no se debe hacer
<p>Escuchar atentamente a la persona y realizar afirmaciones de apoyo, demostrando una mentalidad abierta</p> <p><i>Ejemplos</i> "Usted no está solo/a en esto" "No tiene nada de lo que avergonzarse"</p>	<p>Realizar afirmaciones que entrañen juicios de valor</p> <p><i>Ejemplos</i> "¿Qué pensarían sus hijos de usted?" "Usted sabe que su religión prohíbe esto. Dios lo desaprueba".</p>
<p>Formular preguntas carentes de juicios de valor para tratar de entender las necesidades de salud y de protección de una persona</p> <p><i>Ejemplos</i> "¿Tiene acceso a preservativos y lubricantes?" "¿Le han obligado alguna vez a mantener relaciones sexuales sin preservativo?" "¿Le ha agredido alguien mientras vendía sexo?"</p>	<p>Realizar cualquier tipo de suposición acerca de alguien que esté vendiendo o intercambiando sexo, cuándo comenzó a hacerlo o cómo se siente al respecto</p> <p><i>Ejemplos</i> Las personas que venden sexo han experimentado algún tipo de trauma. Las personas que venden sexo son malas personas. Todas las personas que venden sexo se ven obligadas a ello.</p>
<p>Ofrecer a la persona la posibilidad de remitirla a los servicios designados, que se ha demostrado que son adecuados (es decir, que son profesionales, sensibles, confidenciales y ofrecen cuidados de una calidad adecuada)</p> <p><i>Ejemplos</i> Informar a la persona sobre las opciones de remisión. Preguntarle si está dispuesta a acudir a dichos servicios y si le interesa. Pedirle consentimiento antes de contratar a un proveedor.</p>	<p>Remitir a alguien a un proveedor sin verificar si es competente en la materia, comprensivo y se abstiene de realizar juicios de valor</p> <p><i>Ejemplos</i> Remitir a alguien a un proveedor de servicios de salud que carezca de capacitación sobre las necesidades específicas de las personas involucradas en la venta o el intercambio de sexo. Remitir a una persona a una iniciativa de apoyo a los medios de subsistencia sin comprobar si le interesa, simplemente por suponer o tener la percepción de que es lo mejor para ella.</p>
<p>Utilizar un lenguaje carente de juicios de valor y basado en derechos</p> <p><i>Ejemplos</i> Describir el servicio prestado como "venta o intercambio de sexo". Utilizar los términos "trabajo sexual" o "personas involucradas en el trabajo sexual".</p>	<p>Utilizar un lenguaje que elimine la capacidad de la persona para decidir sobre la venta o el intercambio de sexo</p> <p>Utilizar términos que impliquen que la venta de sexo es una actividad inherentemente coercitiva o violenta</p> <p><i>Ejemplos</i> Referirse a la venta o el intercambio de sexo como "trabajo sexual como medio de sobrevivir". Describir la venta o el intercambio de sexo como "estrategia de adaptación negativa". Utilizar el término "prostituta".</p>
<p>Presentar todas las opciones de remisión, proporcionar información y confianza para obtener el consentimiento informado</p> <p><i>Ejemplos</i> Ofrecer información detallada sobre todos los proveedores de servicios disponibles. Explicar los procedimientos y cualquier efecto o riesgo colateral. Ofrecerse a acompañar a la persona si lo desea.</p>	<p>Realizar suposiciones acerca del tipo de apoyo o remisión que busca una persona</p> <p><i>Ejemplos</i> Todas las personas que venden sexo necesitan tratamiento para alguna ITS. Una mujer que vende sexo desea que la rehabiliten o rescaten. Si una persona que vende sexo recibe ayuda (por ejemplo, si se amplían sus opciones para ganarse la vida y se le ofrece asistencia alimentaria y no alimentaria), dejará de hacerlo.</p>
<p>Crear un entorno acogedor para las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas</p> <p><i>Ejemplo:</i> "Yo utilizo 'ella'. ¿Qué pronombre prefiere?"</p>	<p>Realizar suposiciones o cotillear acerca de la sexualidad de una persona o del tipo de relaciones sexuales que tiene</p>
<p>Atender a la persona de forma compasiva</p> <p><i>Ejemplo:</i> "¿Qué podemos hacer hoy para ayudarle?"</p>	<p>Insistir en que la persona necesita determinados tipos de atención y apoyo</p> <p><i>Ejemplos</i> Pedir diversas pruebas de diagnóstico de ITS sin consultar a la persona o sin obtener su consentimiento. Prescribir anticonceptivos sin consultar a la persona o sin obtener su consentimiento.</p>
<p>Apoyar la libre elección individual</p> <p><i>Ejemplos</i> Preguntar a una persona cómo piensa que puede protegerse a sí misma cuando vende o intercambia sexo. Preguntar a una persona qué apoyo necesita mientras vende o intercambia sexo.</p>	<p>Dar por supuesto que una persona que vende o intercambia sexo necesita rehabilitarse</p>
<p>Mantener unos niveles profesionales de ética y respeto de los derechos humanos; en especial, mantener la privacidad y la confidencialidad y garantizar la ausencia de discriminación durante la atención y el apoyo</p>	<p>Discutir o revelar la identidad de una persona que vende sexo, o divulgar cualquier información que la identifique, sin contar con su consentimiento expreso e informado</p>

Anexo 7

Elementos clave del empoderamiento comunitario y valores fundamentales para empoderar a las comunidades



Fuente: *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo (SWIT)*.

Anexo 8

Difusión liderada por la comunidad y educación entre pares: información adicional

Valores fundamentales para empoderar a las comunidades

1. **Empático/a:** esfuércese constantemente por comprender la situación, las necesidades, los deseos, las limitaciones, las oportunidades y las aspiraciones de todos los pares, beneficiarios, socios y equipos de respuesta.
2. **Inclusivo/a:** incluya a todas las personas afectadas en la identificación de los problemas y desafíos, el diseño de soluciones y la aplicación de las respuestas, compartiendo abiertamente todas las ideas y soluciones.
3. **Digno/a de confianza:** entable cualquier relación desde la buena voluntad, la honestidad y la integridad, como le gustaría que hicieran con usted.
4. **Centrado/a en la persona:** considere los cambios y objetivos deseados de los pares o beneficiarios a corto, mediano y largo plazo.
5. **Consciente:** reflexione y preste atención a los efectos que tienen sus acciones en sus pares y en otras personas; esfuércese por tratar de anticipar y evitar las consecuencias indeseadas.
6. **Decoroso/a:** trate a sus pares con el honor, la dignidad y el respeto que se han ganado y merecen.
7. **Colaborativo/a:** entable alianzas con sus pares, proveedores de servicios, equipos de respuesta y otros agentes, aprovechando las fortalezas de las personas y mitigando sus debilidades, de forma que toda persona involucrada tenga la oportunidad de aportar valor y obtener un beneficio.
8. **Responsable:** sea responsable y exija a sus pares, socios y equipos de respuesta que también se comporten de manera ética. Esto permitirá generar un sentimiento de apropiación tanto de los éxitos como de los fracasos de todas las partes interesadas que integran la cadena de valor.
9. **Innovador/a:** esfuércese por resolver los problemas y superar los obstáculos a los que se enfrentan sus pares de formas creativas que nunca se hayan probado antes.
10. **Perfeccionista:** ofrezca y cree oportunidades, servicios y productos de la máxima calidad y que sean resilientes y sostenibles.
11. **Práctico/a:** no se centre en la ideología sino en el sentido común y en realizar contribuciones útiles que permitan lograr los objetivos de manera eficaz y eficiente.
12. **Impulsor/a:** intente crear y poner en práctica procesos y soluciones que tengan efectos multiplicadores rápidos y positivos.

Adaptado de Community Empowerment Solutions:

<https://www.cesolutions.org/our-core-values-approach>

El empoderamiento comunitario de las personas que venden o intercambian sexo puede tener lugar en cualquier contexto humanitario, incluidas las emergencias agudas y los entornos con escasos recursos, y también en cualquier lugar en el que haya personas que vendan sexo. Se puede ofrecer educación presencial entre pares durante las labores de trabajo social comunitario o en los centros de acogida, o bien de forma remota a través de mensajes de telefonía móvil y de los medios sociales. Los educadores entre pares pueden llevar a cabo una amplia variedad de actividades de información y desarrollo de capacidades. Cuando un educador entre pares recomienda un servicio o un proveedor en particular, puede que sea el único proveedor o servicio en el que confía y el único al que acude^{114, 115}. A modo de ejemplos de actividades de los educadores entre pares cabe citar los siguientes:

- celebrar reuniones periódicas (por ejemplo, mensuales) individuales con sus pares que venden sexo en un lugar designado y seguro;
- evaluar las necesidades que presenta cada persona en materia de prevención del VIH y las ITS, atención y apoyo;
- elaborar un plan con los puntos focales del sector o grupo temático de salud para abordar dichas necesidades;
- evaluar la necesidad de preservativos y lubricantes de cada persona según su actividad sexual habitual;
- distribuir suficientes preservativos y lubricantes para que la persona disponga de suficientes unidades hasta la próxima visita;
- promover y alentar a las personas que venden sexo a acudir a espacios seguros (centros de acogida);
- ofrecer y remitir a las personas a clínicas o a profesionales de la salud designados y de confianza para:
 - revisiones y tratamiento de ITS: diagnóstico, tratamiento, asesoramiento, evaluación de riesgos, comunicación sobre cambios de comportamiento y promoción del uso de preservativos;
 - realizar pruebas de diagnóstico del VIH y recibir servicios ART, además de ofrecer apoyo y vigilar el cumplimiento del tratamiento por parte de las personas a las que se haya diagnosticado el VIH;
 - recibir tratamiento, atención y apoyo psicosocial tras sufrir violencia de género;
 - recibir otros tipos de atención en materia de SSR, incluida la anticoncepción y la realización de pruebas para la detección del cáncer;
 - servicios de asesoramiento y reducción de los daños provocados por las drogas y el alcohol;
 - pruebas de detección de la tuberculosis y la hepatitis vírica y servicios de tratamiento para estas enfermedades.

Nota: los educadores entre pares pueden explicar y describir los servicios, remitir a las personas a los servicios o profesionales adecuados, generar confianza y acompañar a las personas si lo desean, así como facilitar el acceso.

- Proporcionar sugerencias en materia de seguridad y consejos acerca de cómo:
 - tratar con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, las autoridades de los campamentos y el resto del personal de seguridad;
 - negociar el uso de preservativos y unas relaciones sexuales sin riesgo;
 - ejercer su legítima defensa, trabajar por parejas, tratar con clientes agresivos o con aquellos conocidos por ser violentos;
 - acceder a servicios de asistencia jurídica y de apoyo psicosocial.
- Rendir cuentas y exponer sus puntos de vista sobre las actividades ante los puntos focales de salud o protección o ante los gestores del programa:
 - resumir las actividades de trabajo social comunitario y educación entre pares, como el número de personas atendidas, la información y los artículos básicos proporcionados y las remisiones efectuadas;
 - notificar los riesgos específicos identificados entre las personas que venden sexo, por ejemplo, ubicaciones, momentos, personas y actividades de riesgo;
 - sugerir enfoques para mitigar los riesgos y mejorar las relaciones con el personal de seguridad o los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, los líderes comunitarios y los equipos de respuesta humanitaria;
 - informar sobre la calidad de la atención proporcionada (por ejemplo, por los profesionales de la salud, el personal de protección y otros agentes humanitarios).

114 Véase SWIT, capítulo 3.2: "La sensibilización dirigida por la comunidad".

115 Esta lista se ha adaptado de SWIT, capítulo 3.2.1: "¿Qué hacen los trabajadores de sensibilización comunitaria?".

La labor de difusión dirigida por la comunidad y la educación entre pares pueden realizarse dentro de unos límites bien definidos, como en el seno de un campamento. Sin embargo, siempre que sea posible, estas actividades deberían establecer vínculos con las redes de personas trabajadoras sexuales de la comunidad de acogida. Cabe la posibilidad de organizar actividades complementarias, por ejemplo, de invitar a personas trabajadoras sexuales de la comunidad de acogida para dar charlas ante un grupo de personas que venden sexo; también se pueden organizar actividades grupales en un espacio seguro, según los intereses o las preocupaciones comunes. En algunos contextos se podrá ofrecer educación entre pares virtual o a distancia; de ese modo se garantizará que se sigan las buenas prácticas y se evitarán nuevos peligros, como se resumen en la *Guía Útil para Proveedores de Servicios TIC y Trabajo Sexual* elaborada por la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual.¹¹⁶ Estas iniciativas deben ser complementarias (y no sustitutivas) de las actividades presenciales de difusión entre pares. En los recuadros 1 a 4 sobre buenas prácticas del **anexo 12** se ofrecen ejemplos de educación y difusión entre pares en diversos contextos, así como en colaboración con organizaciones de personas trabajadoras sexuales locales o nacionales.

116 NSWP (2016), *Guía Útil para Proveedores de Servicios TIC y Trabajo Sexual* (Edimburgo).

Anexo 9

Lista de verificación del Paquete de Servicios Iniciales Mínimos¹¹⁷**FIGURA 3.2: LISTA DE VERIFICACIÓN DEL PSIM DE SAMPIE**

ÁREA GEOGRÁFICA:		PERÍODO DE NOTIFICACIÓN: --/--/20 -- A --/--/20 --	FECHA DE INICIO DE LA RESPUESTA SANITARIA: --/--/20 --	INFORME ELABORADO POR:	
1. Organismo principal de SSR y Coordinador de SSR					
				SÍ	NO
1.1	Organismo principal de SSR identificado y Coordinador de SSR operativo dentro del sector o grupo temático de salud				
	Organismo principal				
	Coordinador de SSR				
1.2	Reuniones de las partes interesadas en SSR organizadas y celebradas periódicamente:		SÍ	NO	
	Nacionales (MENSUALES)				
	Subnacionales o de distrito (QUINCENALES)				
	Locales (SEMANALES)				
1.3	Las partes interesadas pertinentes lideran o participan en reuniones del grupo de trabajo de SSR		SÍ	NO	
	Ministerio de Salud				
	UNFPA y otros organismos pertinentes de las Naciones Unidas				
	ONG internacionales				
	ONG locales				
	Protección/violencia de género				
	VIH				
	Sociedad civil, incluidos los grupos marginados (adolescentes, personas con discapacidad, personas LGBTQIA)				
1.4	Contando con las aportaciones de los sectores o grupos temáticos de salud, protección o violencia de género y del programa nacional de lucha contra el VIH, se asegura de identificar los servicios existentes de SSR y de investigar su historial				
2. Características demográficas					
2.1	Población total				
2.2	Número de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años, estimado en el 25% de la población)				
2.3	Número de hombres sexualmente activos (estimado en el 20% de la población)				
2.4	Tasa bruta de natalidad (población nacional del país de acogida o población afectada, o estimada en el 4% de la población)				
3. Prevención de la violencia sexual y respuesta a las necesidades de las personas supervivientes					
				SÍ	NO
3.1	¿Existen mecanismos de coordinación multisectoriales para prevenir la violencia sexual?				
3.2	Acceso seguro a centros de salud				
	Porcentaje de centros sanitarios con medidas de seguridad (letrinas separadas por sexos con pestillo interior, iluminación en torno al centro sanitario, sistema para controlar quién entra en el centro o sale de él, es decir, vigilantes o servicio de recepción)				%
3.3	Servicios de salud confidenciales para el tratamiento de supervivientes de violencia sexual		SÍ	NO	
	Porcentaje de centros sanitarios que proporcionan tratamiento clínico a las personas supervivientes de violencia sexual (número de centros de salud que ofrecen atención/total de centros de salud x 100%)				%
	Anticoncepción de emergencia				
	Prueba de embarazo				
	Embarazo				
	Profilaxis posterior a la exposición				
	Antibióticos para la prevención y el tratamiento de ITS				
	Toxoide tetánico/inmunoglobulina tetánica				
	Vacuna contra la hepatitis B				

117 Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Situaciones de Crisis (2019), *Manual de Trabajo Interinstitucional sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios* (Ginebra).

	Abortos sin riesgo		
	Remisión a servicios de salud		
	Remisión a servicios de aborto sin riesgo		
	Remisión a servicios de apoyo psicológico y social		
3.4	Número de incidentes de violencia sexual notificados a los servicios de salud		
	Porcentaje de supervivientes de violencia sexual que, teniendo derecho a ella, reciben profilaxis posterior a la exposición en un plazo de 72 horas desde un incidente (número de supervivientes con derecho a recibir PPE que la reciben en un plazo de 72 horas desde un incidente/número total de supervivientes con derecho a recibir PPE)x100%		%
		SÍ	NO
3.5	Información sobre los beneficios de la atención a supervivientes de violencia sexual y dónde se presta		
4. Prevención y respuesta al VIH			
4.1	Existencia de protocolos seguros y racionales para transfusiones de sangre		
4.2	Unidades de sangre analizadas/total de unidades de sangre donadas x 100		
4.3	Los centros de salud cuentan con suficientes materiales para garantizar la aplicación de las precauciones habituales		
4.4	Disponibilidad de preservativos lubricados de forma gratuita:		
	Centros de salud		
	A nivel comunitario		
	Adolescentes		
	LGBTQIA		
	Personas con discapacidad		
	Personas trabajadoras sexuales		
4.5	Número aproximado de preservativos recogidos en este período		
4.6	Número de preservativos repuestos en puntos de distribución en este período (especifíquense los lugares)		
4.7	Medicamentos antirretrovíricos disponibles para continuar con el tratamiento de las personas que estuvieran recibiendo esta terapia antes de la emergencia, incluida la transmisión de la madre al niño		
4.8	¿PPE disponible para supervivientes de violencia sexual? ¿PPE disponible para personas con exposición ocupacional?		
4.9	Profilaxis con cotrimoxazol para infecciones oportunistas		
4.10	Disponibilidad de diagnóstico y tratamiento sindrómico para ITS en los centros de salud		
5. Prevención del exceso de morbilidad y mortalidad materna y neonatal			
5.1	Disponibilidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia (EmONC) básica e integral por cada 500.000 habitantes	SÍ	NO
	Centros de salud con EmONC básica, cinco por cada 500.000 habitantes		
	Hospital con EmONC integral, uno por cada 500.000 habitantes		
5.2	Centro de salud (que garantiza EmONC básica las 24 horas del día, todos los días de la semana)	SÍ	NO
	Un profesional sanitario cualificado de turno por cada 50 consultas ambulatorias por día		
	Suministros adecuados, incluso para recién nacidos, para apoyar la EmONC básica disponible		
	Hospital (que garantice EmONC integral 24/7)	SÍ	NO
	Un proveedor de servicios cualificado de turno por cada 20-30 camas de pacientes hospitalizadas para los pabellones obstétricos		
	Un equipo de turno integrado por un/a doctor/a, un/a enfermero/a, una partera y un/a anestesiista		
	Medicamentos y suministros adecuados para apoyar la EmONC integral 24/7		
	Atención tras un aborto		
	Cobertura de la atención tras un aborto (número de centros de salud en los que se presta dicha atención/número de centros de salud) x 100%		
	Número de mujeres y niñas que reciben atención tras un aborto		
5.3	Sistema de remisión para emergencias obstétricas y neonatales con medios de comunicación (radios, teléfonos móviles) operativos 24/7	SÍ	NO

	Transporte desde la comunidad al centro de salud disponible 24/7		
	Transporte desde el centro de salud al hospital disponible 24/7		
5.4	Cadena de frío existente y operativa (para la oxitocina y las pruebas de análisis de sangre)		
5.5	Proporción del total de nacimientos que tiene lugar en centros de salud (número de mujeres que dieron a luz en centros de salud en el período especificado/número previsto de nacimientos en el mismo período)		%
5.6	Necesidad de EmONC satisfecha (número de mujeres con complicaciones obstétricas directas graves que recibieron tratamiento en centros de EmONC en el período especificado/número previsto de mujeres con complicaciones obstétricas directas graves en la misma zona y el mismo período)		%
5.7	Número de partos con cesárea/número de hijos nacidos vivos en centros de salud x 100%		%
5.8	Suministros y artículos básicos para partos higiénicos y cuidados neonatales		
5.9	Cobertura de kits para partos higiénicos (número de kits para partos higiénicos distribuidos allí donde no es posible acceder a centros de salud/número estimado de mujeres embarazadas) x 100%		%
5.10	Número de kits para el cuidado de recién nacidos distribuidos, incluso en clínicas y hospitales		
5.11	¿Está informada la comunidad sobre el peligro que entrañan las complicaciones del embarazo y el parto y dónde buscar atención?		
6. Prevención de embarazos no planeados			
6.1	Métodos de acción breve disponibles en al menos un centro	SÍ	NO
6.2	Preservativos		
6.3	Anticoncepción de emergencia (píldoras de progestina)		
6.4	Píldoras anticonceptivas orales		
6.5	Inyectables		
6.6	Implantes		
6.7	Dispositivo intrauterino		
6.8	Número de centros de salud que mantienen un suministro de cada método para 3 meses como mínimo	NÚMERO	
	Preservativos		
	Anticoncepción de emergencia (píldoras de progestina)		
	Píldoras anticonceptivas combinadas orales		
	Píldoras anticonceptivas de progestina		
	Inyectables		
	Implantes		
	Dispositivo intrauterino		
7. Planificación de la transición hacia servicios de SSR integrales			
7.1	Prestación de servicios	SÍ	NO
	Se identifican las necesidades de SSR que existen en la comunidad		
	Se identifican emplazamientos adecuados para la prestación de servicios de SSR		
7.2	Personal sanitario	SÍ	NO
	Se evalúan las capacidades del personal		
	Se identifican las necesidades y niveles de personal		
	Se diseñan y planifican cursos de capacitación		
7.3	Sistema de información sobre la salud	SÍ	NO
	Se incluye información sobre la SSR en el sistema de información sobre la salud		
7.4	Artículos médicos básicos	SÍ	NO
	Se identifican las necesidades de artículos médicos básicos		
	Se identifican, consolidan y refuerzan las líneas de suministro de artículos básicos para la SSR		
7.5	Financiación	SÍ	NO
	Se identifican posibilidades para la financiación de la SSR		
7.6	Gobernanza, liderazgo	SÍ	NO
7.7	Se revisan las leyes, las políticas y los protocolos relacionados con la SSR		

Anexo 10

Indicadores clave de los servicios de anticoncepción

FIGURA 7.2: INDICADORES CLAVE

INDICADOR	DEFINICIÓN	DATOS FUENTE	COMENTARIOS
INDICADORES DEL CENTRO			
Número de clientes que inician un método anticonceptivo moderno en este centro, según método	Número de clientes que comienzan a utilizar un método anticonceptivo, según método <ol style="list-style-type: none"> a. DIU b. Implantes c. Ligadura de trompas d. Vasectomía e. Píldoras anticonceptivas combinadas orales f. Inyectables g. Preservativos (masculinos o femeninos) h. Anticonceptivos de emergencia <ol style="list-style-type: none"> 1. Píldoras anticonceptivas de emergencia 2. DIU como método anticonceptivo de emergencia 	Registros de centros	Puede incluir cualquier cliente que inicie un método moderno, incluidos los que lo hagan tras abandonar otro método Debe definir durante cuánto tiempo interrumpe el cliente un método antes de reanudarlo; por ejemplo, si una clienta ha dejado de utilizar un método durante 6 meses (es decir, si hace 6 meses que no acudió a su última cita), debe considerarse que reinicia el método
Integración	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de clientes de anticoncepción a los que también se asesora sobre infecciones de transmisión sexual • Porcentaje de clientes de anticoncepción a los que también se remite a una fuente de un método anticonceptivo continuo 		
Combinación de métodos	Numerador: Número de clientes de anticoncepción que inician cada método Denominador: Número de clientes que inician un método anticonceptivo moderno en este centro	Registros de centros	
INDICADORES PROGRAMÁTICOS			
Número de puntos de prestación de servicios de anticoncepción que no experimentaron situaciones de falta de existencias de métodos a lo largo del mes anterior	Número de puntos de prestación de servicios de anticoncepción que no experimentaron situaciones de falta de existencias de métodos (durante más de un día) a lo largo del mes anterior	Registros de existencias	Es importante verificar las existencias de todos los métodos que proporciona el centro (por ejemplo, píldoras anticonceptivas orales, anticonceptivos inyectables, DIU, implantes, anticonceptivos de emergencia)
Número de proveedores que poseen competencias técnicas para proporcionar anticonceptivos	Número de proveedores que poseen competencias técnicas, medidas a través de una lista de verificación, para proporcionar métodos anticonceptivos, según método	Registros del programa o de supervisión	Los supervisores deben observar la competencia de los proveedores periódicamente (por ejemplo, dos veces al año) utilizando una lista de verificación con cada método

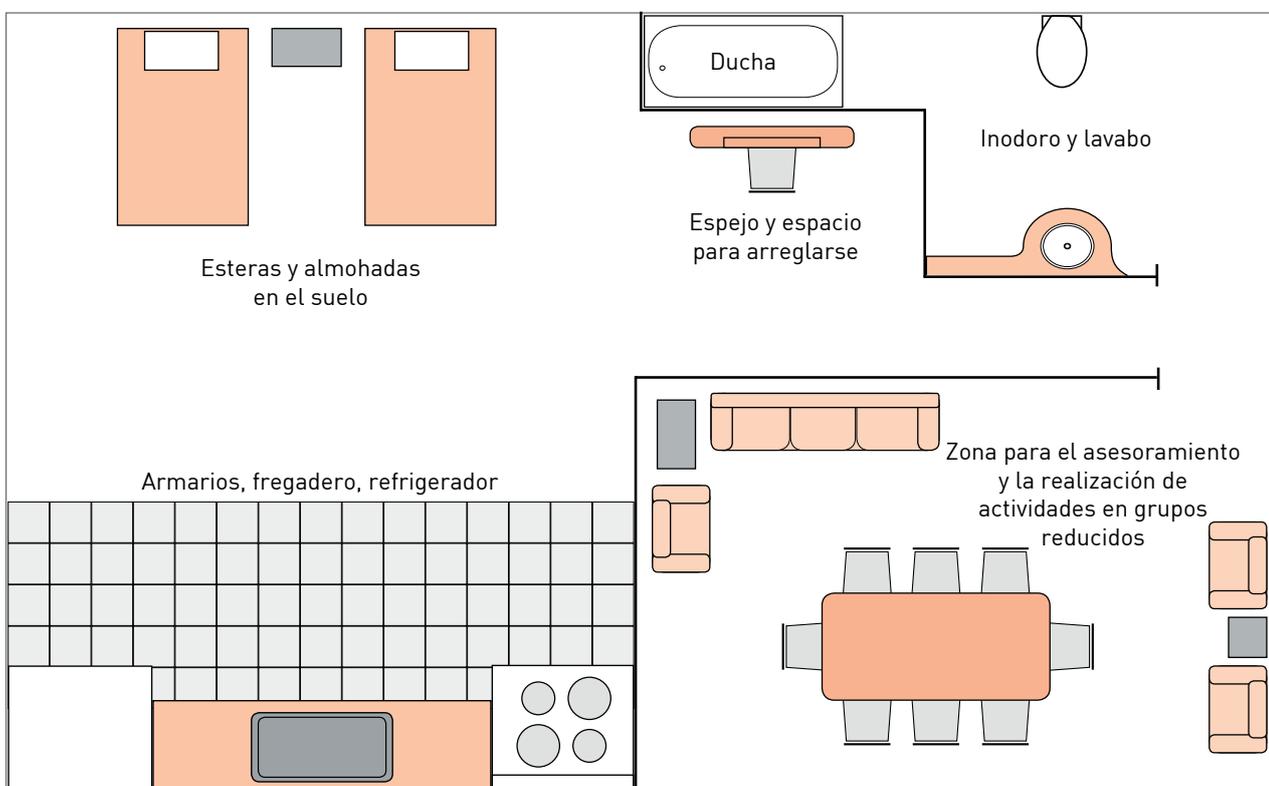
Anexo 11

Ejemplo de un plano de planta de un centro de acogida

Los espacios seguros para las personas que venden sexo –también conocidos como centros de acogida– son lugares en los que dichas personas pueden socializar, desarrollar un sentimiento de comunidad o establecer una red de pares, así como realizar actividades grupales. Se trata de espacios en los que las personas también pueden buscar alojamiento y recibir asesoramiento, por ejemplo, si han experimentado violencia o agresiones. En los contextos humanitarios, se trata de instalaciones clave para la interacción entre el personal de programas, las personas dedicadas a la labor de difusión entre pares y las personas beneficiarias. Pueden proporcionar refugio a quien haya sufrido una agresión o una violación y servir como lugar en el que:

- compartir información con las personas que venden sexo y entre ellas;
- suministrar preservativos, lubricantes y servicios clínicos;
- debatir sobre los riesgos, la discriminación y la violencia a la que se enfrentan las personas que venden sexo;
- planificar y revisar las actividades y respuestas de divulgación;
- celebrar sesiones educativas y de capacitación para educadores entre pares y promotores.

La ubicación y configuración de un espacio seguro variará en función de la situación y el contexto locales. El lugar elegido debe ser discreto, es decir, su finalidad no debe ser evidente para otras personas, incluidos los miembros de la comunidad. En ocasiones, los espacios seguros solamente se utilizan para prestar servicios a las personas que venden sexo. Sin embargo, a veces esto puede atraer una atención indeseada, por lo que puede resultar útil emplear para este fin un espacio polivalente durante parte del tiempo, es decir, a determinadas horas o ciertos días. Se podría establecer un centro de acogida a tiempo parcial, por ejemplo, en un centro de salud o para mujeres; ello permitiría reducir su visibilidad como lugar utilizado por personas que venden sexo.¹¹⁸ En el gráfico siguiente se ofrece un ejemplo de distribución de un espacio seguro dedicado. En el recuadro 1 sobre buenas prácticas del **anexo 12** se presenta un ejemplo de espacio seguro para trabajadoras sexuales en un entorno de campamento. Pueden encontrarse directrices operativas adicionales sobre el establecimiento de espacios seguros en el capítulo 3.3 del documento *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo* (SWIT).



118 Si se ubica un espacio seguro en un centro para mujeres ya existente, es probable que los hombres o personas transgénero que venden sexo tengan dificultades para acceder a él.

Anexo 12

Ejemplos de buenas prácticas en programas de salud y protección

Recuadro 1 sobre buenas prácticas

Centro de acogida y educación entre pares para mujeres que venden sexo en el campamento para personas refugiadas de Kakuma (Comité Internacional de Rescate, Kenya)

El Comité Internacional de Rescate se ha asociado con el Ministerio de Salud de Kenya y con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados para ejecutar un programa de servicios de salud y sociales específicamente dirigido a mujeres que venden sexo en el campamento para personas refugiadas de Kakuma. Uno de los pilares del programa es el empoderamiento y la educación liderados por pares. Las mujeres que se presentan voluntarias para convertirse en líderes entre pares reciben capacitación sobre diversos temas relacionados con la salud y la seguridad, desde el uso de preservativos hasta la importancia de los programas de detección del cáncer de cuello uterino. También aprenden estrategias para proporcionar apoyo a sus pares, distribuir preservativos y lubricantes, remitir a sus pares a proveedores de confianza y acompañarlas a las revisiones médicas. Las líderes entre pares llevan a cabo su labor de difusión en diferentes ubicaciones del campamento y cada una de ellas recibe un pequeño incentivo por sus esfuerzos. El programa de educación entre pares está vinculado a una organización de personas trabajadoras sexuales de la comunidad de acogida, cuyos miembros organizan sesiones de capacitación entre pares.

Otro de los aspectos del programa es un centro integral de acogida ubicado en el hospital de referencia del campamento. Cuatro empleados capacitados, trabajando por parejas, gestionan el centro para asegurar que esté abierto las 24 horas del día y que las visitantes reciban un apoyo amistoso y competente cuando lleguen (no es necesario concertar cita), además de diversos servicios clínicos de carácter voluntario. El centro de acogida organiza asimismo reuniones periódicas de líderes entre pares y encuentros comunitarios entre mujeres que venden sexo.

Las conclusiones de una reciente evaluación del programa sugieren que, desde su puesta en marcha en 2011, este ha aumentado el acceso a la información esencial sobre las relaciones sexuales sin riesgo y los servicios de salud entre las participantes, incluido el acceso a terapia antirretrovírica sin interrupciones para las que viven con el VIH. Más de 700 mujeres se han inscrito en el programa, cuya tasa de retención de participantes alcanza el 75%. Para otras iniciativas que aspiren a implantar un programa similar en un campamento, el Comité Internacional de Rescate señala que “la integración [de un centro de acogida] en un centro de salud secundario existente resulta idónea”, y que es preciso seleccionar cuidadosamente al personal del programa para garantizar que esté formado por “especialistas comprometidos y capacitados, con actitudes favorables” hacia las personas que venden sexo. “Podemos garantizar [actitudes positivas] en nuestro centro de acogida, puesto que evaluamos continuamente las actitudes de nuestro personal”, manifiesta el director del programa. Reconociendo la necesidad de discreción con respecto al centro de acogida, el Comité Internacional de Rescate observa que la mayoría de las personas del campamento ni siquiera conocen su existencia: “tan solo es como una puerta trasera que lleva a un conjunto de habitaciones, no tiene ningún tipo de señalización” y “el personal [del programa] es probablemente el único que sabe lo que ocurre ahí; ni siquiera es algo de dominio público entre el personal del sistema de salud”.

Las participantes en el programa son en su mayoría (89%) mujeres adultas, aunque también hay mujeres jóvenes menores de 18 años que venden o intercambian sexo.

A partir de los resultados de su evaluación –“recursos muy escasos, pero un impacto enorme”–, el Comité Internacional de Rescate está debatiendo sobre la forma de reproducir su enfoque selectivo en las operaciones que lleva a cabo en otros países.

Para obtener más información, consúltese “Breaking the Barrier – Meeting Sex worker Needs in Humanitarian and Low-resource Settings” (Comité Internacional de Rescate, 2017, Nueva York). Disponible en <https://gbvresponders.org/research-learning/completed-research/>. El resumen anterior del programa está basado en el informe de investigación del Comité Internacional de Rescate y en comunicaciones personales.

Recuadro 2 sobre buenas prácticas

Educadores refugiados llevan a cabo una labor de difusión entre pares en entornos urbanos y en campamentos [Reproductive Health Uganda (RHU), Uganda]

Desde 2008, RHU, entidad afiliada a la Federación Internacional de Planificación de la Familia, trabaja con personas trabajadoras sexuales de Uganda para mejorar su acceso a la información sobre la salud sexual y reproductiva y a la atención en este campo. Uno de los pilares fundamentales de esta labor es un programa en el que personas voluntarias participan en un curso de capacitación de cinco días de duración para convertirse en educadores entre pares en sus comunidades. Se trata de una capacitación integral en la que se tratan temas que abarcan desde la seguridad en la venta de sexo hasta los derechos humanos, la combinación del papel del padre o madre con el de persona que vende sexo, la violencia de género, la anticoncepción, la interacción con las fuerzas del orden y la prevención y tratamiento del VIH y las ITS. A continuación, los educadores entre pares actúan como “embajadores” en sus comunidades, participando en diversas actividades con el objetivo de informar y apoyar a otras personas que venden sexo, por ejemplo, mediante la organización de sesiones informativas, la distribución de preservativos, la remisión y el asesoramiento entre pares.

En 2015, RHU colaboró con la Women’s Refugee Commission para ampliar su programa de educación entre pares a fin de satisfacer las necesidades de las personas refugiadas que venden sexo. Fue la primera vez que RHU se dedicaba a promover la inclusión de los refugiados y adaptó sus materiales didácticos para dar respuesta a sus necesidades y preocupaciones particulares. A través de este proyecto piloto, 80 mujeres refugiadas recibieron capacitación como educadoras entre pares: 50 en Kampala y 30 en el asentamiento de Nakivale. Sus comentarios positivos acerca del proyecto destacaron el potencial que tiene la educación entre pares para salvar vidas, al facilitar la difusión y el uso de información crucial sobre la salud y la atención sexual y reproductiva a través de redes de pares de confianza.

Para obtener más información sobre este proyecto, véase RHU y Women’s Refugee Commission (2016), Supporting Refugee Women Engaged in Sex Work Through the Peer Education Model & Bringing Mobile Clinics to Refugee Neighborhoods (Women’s Refugee Commission, Nueva York).

Recuadro 3 sobre buenas prácticas

Las personas refugiadas se asocian con las personas trabajadoras sexuales de Kenya para acceder a los servicios y llevar a cabo actividades de empoderamiento [Kenya Sex Workers Alliance (KESWA), Kenya]

KESWA es una organización dirigida por y para las personas trabajadoras sexuales de Kenya. Tras observar que solamente “unas pocas personas refugiadas empoderadas” accedían a los servicios para personas trabajadoras sexuales que ofrecía una clínica local, KESWA se propuso conocer mejor las barreras a las que se enfrentaban las personas refugiadas que vendían sexo, con el objetivo de permitir que accedieran a servicios de apoyo y de incluirlas en el trabajo de difusión.

KESWA adoptó medidas proactivas para incluir a las personas refugiadas que vendían sexo en “foros de empoderamiento de sus derechos” y trabajar con ellas para eliminar determinadas barreras de acceso, como la preferencia de las mujeres musulmanas de recibir tratamiento para sus ITS por parte de otras mujeres en lugar de por profesionales de la salud de sexo masculino. KESWA utiliza también sus redes de asistencia jurídica para acudir en ayuda de las personas refugiadas que son detenidas y acosadas por la policía local por carecer de documentación adecuada o por vender sexo. Además, las personas refugiadas que venden sexo han recibido capacitación para convertirse en promotores entre pares y voluntarios para realizar labores de promoción en los medios de comunicación para KESWA.

KESWA organiza la Academia de trabajadores sexuales de África, un programa de aprendizaje mediante el empoderamiento comunitario y el desarrollo de capacidades que reúne a equipos nacionales de personas trabajadoras sexuales procedentes de toda África. El programa se basa en la Implementación de *programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo* (SWIT). La Academia de trabajadores sexuales de África ha contado con la participación de personas refugiadas del Sudán y Sudán del Sur, que han tenido la oportunidad de aprender las mejores prácticas para su seguridad, su salud y sus aptitudes de promoción, así como para promover sus redes de apoyo entre pares y sus derechos en el país.

Para obtener más información, consúltese el sitio web de KESWA. Disponible en <https://keswa-kenya.org/>

Recuadro 4 sobre buenas prácticas

Fortalecimiento de las capacidades locales para responder a las necesidades de las personas refugiadas y migrantes involucradas en la venta o el intercambio de sexo o en el trabajo sexual, e integración de un enfoque basado en derechos en una respuesta de emergencia (Ecuador)**Introducción**

De acuerdo con los datos correspondientes a 2019 facilitados por el Ministerio de Salud Pública, el número de venezolanos que solicitan “un folleto en el que se expliquen las medidas profilácticas (carnet de profilaxis)” para realizar legalmente trabajos sexuales en zonas fronterizas ha aumentado un 45%; en Quito, el incremento ha sido superior al 50%. La mayoría de los servicios no son accesibles para esta población, y la implicación del sector humanitario ha sido limitada debido a las restricciones de fondos y de capacidad.

Ejecución

- El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en colaboración con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), se propuso mejorar las iniciativas existentes en el establecimiento de las Redes Regionales de Espacios Seguros, el Grupo de Trabajo sobre Violencia de Género, el Ministerio de Salud Pública y otros socios clave en el Ecuador, así como fortalecer la capacidad de los socios locales para responder a las necesidades de los refugiados y migrantes que realizan trabajos sexuales, mitigando al mismo tiempo el riesgo de explotación sexual.
- Las oficinas sobre el terreno del UNFPA y el ACNUR en Carchi y Sucumbíos desarrollaron siete talleres de capacitación sobre el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos con la participación de 180 funcionarios del Ministerio de Salud Pública, personal del ACNUR y sus socios, organizaciones no gubernamentales y otros organismos implicados en las respuestas humanitarias a nivel local.
- Se reforzó la coordinación directa con el Ministerio de Salud Pública, lo que permitió asegurar una provisión ininterrumpida de suministros, equipos médicos y kits de salud sexual y reproductiva para las unidades de salud de nivel primario y para los hospitales básicos y de tipo C que ofrecen atención primaria y atención secundaria básica.

Resultados

- La capacitación condujo a la formación de equipos multidisciplinares e intersectoriales con el ACNUR, el Ministerio de Salud Pública y el UNFPA para la ejecución de actividades adicionales con otras instituciones interesadas a nivel local.
- También se desarrolló la capacidad de los comités y grupos comunitarios que trabajan en el ámbito de la prevención de la violencia de género y la respuesta a ella a través de auditorías de seguridad.
- La distribución de 1.000 conjuntos de herramientas de difusión mejoró el compromiso y el trabajo comunitario con personas de la competencia del ACNUR involucradas en el trabajo sexual.
- Se organizaron cinco talleres sobre salud sexual y reproductiva y violencia de género, gracias a los cuales se fortalecieron las redes de protección comunitaria y el apoyo entre pares a personas refugiadas y migrantes involucradas en la venta de sexo o con alta probabilidad de verse involucradas en ella.

(Continúa en la página siguiente)

Experiencias adquiridas

- La coordinación interinstitucional, intersectorial y entre organismos es fundamental, sobre todo en lo que concierne a la respuesta. Si bien se han logrado progresos importantes, es necesario continuar trabajando para evitar duplicidades e ineficiencias.
- El acompañamiento constante a las unidades operativas se ha convertido en una necesidad central y un medio para incluir los enfoques centrados en los derechos sexuales y reproductivos, la salud sexual y reproductiva y la movilidad humana en la práctica diaria, complementándose y justificándose mutuamente.

Conclusiones

Mediante la colaboración con organizaciones locales, el proyecto garantizó su sostenibilidad, al desarrollar la capacidad de los agentes participantes para integrar un enfoque basado en derechos en la promoción de la salud sexual en todas sus intervenciones; al mismo tiempo, se mejoró el grado de inclusión de los programas existentes, lo que permite que respondan mejor a las necesidades de las personas de la competencia del ACNUR.

Anexo 13

Recursos adicionales

Poblaciones clave: directrices específicas respecto al trabajo sexual en contextos humanitarios

Los recursos siguientes ofrecen orientaciones para la ejecución de programas con personas que venden sexo y para los proveedores de servicios que trabajan con ellas. Algunos de los recursos presentados se centran en el trabajo sexual; otros en cambio, prestan atención al trabajo con otras poblaciones clave, como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas transgénero y aquellas que se inyectan drogas. Las personas desplazadas forzadas que venden sexo también pueden ser miembros de estas comunidades.

- Desmond Tutu HIV Foundation (2012), *Sex Workers: An Introductory Guide for Health-care Workers in South Africa* (Ciudad del Cabo).
- International HIV/AIDS Alliance y VÍNCULOS (2018). *Safety and Security Toolkit – Strengthening the Implementation of HIV Programmes for and with Key Populations* (Durham, Carolina del Norte, FHI 360).
- Ministerio de Salud de Kenya (2017), *National AIDS and STI Control Programme – Manual for Peer Educators* (Nairobi).
- VÍNCULOS (2019), *Violence Prevention and Response Training Curriculum for Peers and Outreach Workers* (Durham, Carolina del Norte, FHI 360).
- VÍNCULOS (2017), *LINKAGES Enhanced Peer Outreach Approach (EPOA) – Implementation Guide* (Durham, Carolina del Norte, FHI 360).
- VÍNCULOS (2019), *Law Enforcement Training – Preventing and Responding to Violence against Key Populations to Increase Access to Justice and Strengthen the HIV Response* (Durham, Carolina del Norte, FHI 360).
- VÍNCULOS (2019), *A Guide to Comprehensive Violence Prevention and Response in Key Population Programs* (Durham, Carolina del Norte, FHI 360).
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *IRGT: Una red global de mujeres trans y VIH*, UNFPA, Centro de Excelencia para la Salud de las Personas Transgénero de la Universidad de California en San Francisco, Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins y OMS (2017), *Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes with People Who Inject Drugs – Practical Guidance for Collaborative Interventions (the “IDUIT”)* (Ginebra).
- OMS, UNFPA, Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual y Banco Mundial (2013), *Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas (“SWIT”)* (OMS, Ginebra).
- OMS (2016), *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations – 2016 Update* (Ginebra).
- OMS (2015), *Technical Brief– HIV and Young People Who Sell Sex* (Ginebra).

Contexto jurídico y derechos (poblaciones clave y con VIH)

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2015), *Know Your Rights, Use Your Laws* (Nueva York). Disponible en https://www.eurasia.undp.org/content/rbec/en/home/library/hiv_aids/know-your-rights-use-your-laws.html.
- Regional HIV Legal Network (también en la región de Europa Oriental y Asia Central). Disponible en <http://hiv-legalaid.org/en/index.php?r=2.1>.

Violencia de género

- Recursos sobre protección basada en la comunidad <https://communities.unhcr.org/communitybasedprotection/en.html>
- Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (2015), *Directrices para la integración de las intervenciones contra la violencia de género en la acción humanitaria. Reducir el riesgo, promover la resiliencia e impulsar la recuperación* (Nueva York).
- Comité Permanente entre Organismos sobre Salud Reproductiva en Escenarios Humanitarios (2017), *GBV Case Management Guidelines* (Nueva York).
- UNFPA (2015), *Estándares Mínimos para la Prevención y Respuesta a la Violencia de Género en Situaciones de Emergencia* (Nueva York).
- UNFPA, *Estándares Mínimos Interagenciales para la Programación sobre Violencia de Género en Emergencias* (Nueva York, Área de Responsabilidad de Violencia de Género del UNFPA)

Título:

Directrices operacionales – Cómo responder a las necesidades de salud y de protección de las personas que venden o intercambian sexo en contextos humanitarios

Idioma: **Español**

eISBN: **9789214030942**

© ACNUR y UNFPA
2021

Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción y difusión con fines educativos o de otra índole con fines no comerciales sin necesidad de autorización previa por escrito de los titulares de los derechos de autor, siempre que se cite plenamente la fuente.

La reproducción para reventa u otros fines comerciales, o la traducción para cualquier propósito, está prohibida sin el permiso por escrito de los titulares de los derechos de autor.

Se han adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que contiene esta publicación. Sin embargo, su distribución se realiza sin garantía de ninguna clase, sea expresa o tácita. La responsabilidad de la interpretación y utilización del material recae exclusivamente en el lector. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y el UNFPA no serán responsables en ningún caso de los daños que puedan derivarse de su uso.

Cualquier consulta relacionada con este documento deberá dirigirse a:

UNFPA

División Técnica
Subdivisión de Salud Sexual y Reproductiva
605 Third Avenue, 3rd Floor
Nueva York 10158, Estados Unidos de América
Correo electrónico: hq@unfpa.org

ACNUR

División de Resiliencia y Búsqueda de Soluciones
Sección de Salud Pública
CP 2500
CH-1211 Genève 2 Dépôt
Suiza
Correo electrónico: HQPHN@unhcr.org