nswp

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

INFORME MUNDIAL

Las trabajadoras sexuales y el acceso a tratamiento para el VIH a nivel mundial

Agradecimientos

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

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

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

Las trabajadoras sexuales[1] y el acceso a tratamiento para el VIH a nivel mundial

"No nos quedaremos calladas mientras se llevan nuestras vidas"

TRABAJADORAS SEXUALES EN EL FESTIVAL SOBRE LA LIBERTAD DEL TRABAJO SEXUAL, CALCUTA (INDIA), 2012

Introducción

En 2009, 33 millones de personas vivían con VIH, 68% de ellas en África. A nivel mundial, las trabajadoras sexuales tienen un 13,5% de más probabilidades de vivir con VIH en comparación con la población en general (ONUSIDA 2013). Sin embargo, en muchos lugares los índices de VIH de las trabajadoras sexuales no son conocidos debido a la falta de investigación o a la reticencia de las mismas trabajadoras sexuales de documentarlo por miedo a que esa respuesta les generaría el trato de 'vectores de la enfermedad' en vez de enfocar la atención en el contexto socio-legal más amplio que informa su riesgo al VIH.

A nivel mundial, solo 65% de las personas que viven con VIH (PVVIH) tienen acceso a tratamiento. En el Caribe, la cobertura de la terapia antirretroviral (TAR) subió de 1% en 2004 a 51% en 2008; sin embargo, la mayoría de las PVVIH en el Caribe viven en países con una cobertura nacional de TAR menor al 50%. El TAR está disponible para un 58% de las PVVIH en Haití y Jamaica, y para más de un 99% en Cuba. Solo un tercio de las PVVIH en los EEUU reciben TAR. Los afroamericanos y jóvenes en este país son las poblaciones que reciben menos atención continuada y tratamiento efectivo (CDC 2012a). En Birmania, 40% de las PVVIH no tienen acceso a tratamiento y ese número debería subir por las nuevas leyes de patentes. En Europa Oriental y Asia Central, solo 26% de las personas elegibles reciben tratamiento (ONUSIDA 2013, OMS 2013). En el África Subsahariana, la cobertura del tratamiento es 56%, llegando a 6,2 millones de personas de las 11 millones elegibles.

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

Este documento resume los resultados de cinco informes sobre el acceso de las trabajadores sexuales al tratamiento de VIH en cinco regiones: África, Asia Pacífico, Europa, Latinoamérica y Norteamérica y el Caribe. Las investigaciones fueron realizadas por consultores regionales mediante encuestas en línea y reuniones con organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales e individuos para identificar las distintas barreras que impiden un acceso apropiado a la atención de salud de aquellas personas que viven con VIH.

El estigma y la discriminación están detrás de muchas de esas barreras. La fobia a las trabajadoras sexuales, homofobia, transfobia, racismo y otros prejuicios, incluyendo los que afectan a las PVVIH, podrían ser promovidos por el personal de atención de la salud y estar respaldados por medidas legales en contra de trabajadoras sexuales, personas LGBT, inmigrantes y personas que viven con VIH.

Adicionalmente, aquellas personas que no pueden pagar un seguro médico privado podrían ser elegibles a un tratamiento limitado – o en algunos casos, a ningún tipo de tratamiento. El acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas se complica aún más en países en desarrollo en donde los proveedores nacionales son afectados por regulaciones internacionales de libre comercio. Los efectos de esto no pueden subestimarse.

Las siguientes páginas describen las distintas barreras que enfrentan las trabajadoras sexuales que viven con VIH al tratar de disfrutar su derecho a la salud. Al final se han incluido una serie de recomendaciones sobre acciones para superar esas barreras.

Barreras que impiden el tratamiento efectivo del VIH para las trabajadores sexuales

MARGINALIZACIÓN

Los más afectados por el VIH son comunidades que sufren de discriminación (sexismo, homofobia, transfobia, fobia a trabajadoras sexuales, racismo, colonialismo y xenofobia), desigualdad socio-económica (pobreza, falta de vivienda adecuada, cuidados de la salud inaccesibles), encarcelación, criminalización y dependencia en las drogas. Estas personas podrían ser marginadas por ser inmigrantes recién llegados o indocumentados y pueden tener un acceso reducido a los servicios al vivir en comunidades remotas o rurales. La falta de mediadores culturales para facilitar el acceso a los servicios de las trabajadoras sexuales inmigrantes se nota particularmente en Europa. Los miembros de grupos étnicos fácilmente identificables como los Roma en Bulgaria, Macedonia y Serbia, los Uzbeks en Rusia y Latinoamericanos y Africanos en Francia y Reino Unido, son particularmente vulnerables al acoso, abuso y violaciones de derechos humanos. Las trabajadoras sexuales que viven con VIH y carecen de vivienda, lugar para dormir o almacenar los medicamentos, además de estar en una constante lucha para evadir las autoridades policiales, podrían tener necesidades más inmediatas que el acceso a tratamiento. La discriminación la viven no solo las trabajadoras sexuales sino sus familias, incluyendo prejuicios y presiones recibidas por sus hijos en las escuelas, tal como lo reportan trabajadoras sexuales en Camboya

Los más afectados por el VIH son comunidades que sufren de discriminación...

Las trabajadoras sexuales viven en un círculo que parte de la criminalización de su oficio (y otros aspectos de sus vidas como orientación sexual, identidad de género, uso de drogas o estatus de VIH) continua con la encarcelación, pobreza, falta de vivienda adecuada y termina con un mayor riesgo de contraer el VIH y todos los desafíos en el acceso y mantenimiento de un tratamiento apropiado para el mismo.

A las trabajadoras sexuales se les etiqueta como una ofensa a la moral pública y a los valores familiares; como una amenaza seria a la salud, bienestar y seguridad pública, o, como en Suecia, como víctimas forzadas de la industria del sexo por la dominación masculina. Ese estigma es perpetuado por los medios de comunicación tal como sucedió en Grecia en 2011 en donde la privacidad y confidencialidad de unas trabajadoras sexuales fue violada con la publicación de sus identidades, ocupación y estatus de VIH. El estigma interno, alimentado por prejuicios, criminalización y cubertura negativa en los medios de comunicación, pueden generar una baja autoestima y una menor preocupación sobre su misma salud, algo que contribuye a la vulnerabilidad al VIH de las trabajadoras sexuales.

El acceso a tratamiento es un derecho humano y su negación está relacionada con la falta de reconocimiento del trabajo sexual como un verdadero trabajo, un tema que debe ser aclarado en los programas nacionales de SIDA.

...prejuicios, criminalización y cubertura negativa en los medios de comunicación, pueden generar una baja autoestima y una menor preocupación sobre su misma salud, algo que contribuye a la vulnerabilidad al VIH de las trabajadoras sexuales.

RESTRICCIONES LEGALES Y SUS EFECTOS

La criminalización del trabajo sexual y actividades relacionadas genera vulnerabilidades en las trabajadoras sexuales, incluyendo en temas de salud. Eso ocurre cuando las leyes son dirigidas a las mismas trabajadoras sexuales, sus clientes o terceras personas como managers y recepcionistas. Cada uno de esos enfoques produce acciones policiales que desestabilizan las condiciones laborales de las trabajadoras sexuales, forzándolas a la clandestinidad y aumentando su vulnerabilidad a los abusos y violencia. Debe indicarse que la puesta en práctica de las leyes muchas veces excede el texto de las mismas y las policías alrededor del mundo abusan de sus poderes y recurren a la extorsión y acoso de las trabajadoras sexuales. Las acciones policiales en contra del tráfico de personas conllevan a la detención de trabajadoras sexuales inmigrantes, exponiéndolas a abusos físicos y sexuales, y desmotivando aún más el trabajo en la calle.

Aun en sitios donde el trabajo sexual no está criminalizado o penalizado, si el mismo no es tratado como una ocupación legítima entonces las trabajadoras sexuales no son vistas como ciudadanas plenas ante la ley. Las trabajadoras sexuales no tienen protección legal o derechos laborales, muchas veces algo necesario para ser incluidas en los sistemas nacionales de atención de la salud. Como el trabajo sexual no es reconocido como parte del mercado laboral, o una forma de autoempleo en la mayoría de Europa, no existe un marco para que las trabajadoras sexuales inmigrantes soliciten residencia o permisos de trabajo.

La criminalización de la transmisión, exposición y no revelación del estatus de VIH sirve para desmotivar a las trabajadoras sexuales de hacerse la prueba de VIH. Igualmente, disuade a las trabajadoras sexuales que viven con VIH a obtener acceso a los servicios vitales de salud y a revelar plenamente sus circunstancias si lo hacen. Las trabajadoras sexuales no tienen incentivos para revelar su ocupación a los servicios de salud y sociales debido a las penas severas que enfrentan, incluyendo cargos penales, si son arrestadas por estar involucradas en trabajo sexual. En Canadá, la criminalización puede ocasionar una sentencia de asalto sexual agravado, lo que las coloca en el registro por ofensas sexuales y amenaza el estatus de inmigración en esos casos. Esas leyes también son usadas para justificar pruebas involuntarias de VIH en redadas policiales, tal como pasa en Europa Oriental y Asia Central. Adicionalmente,

algunos países como Chipre y Uzbekistán, ponen restricciones a la residencia y entrada de las PVVIH y las PVVIH inmigrantes son deportadas en Moldava, Rusia, Kazakstán y Turkmenistán.

La criminalización de las relaciones sexuales entre hombres impacta más a los trabajadores sexuales, mientras que ofensas criminales como 'travestismo' son usadas contra personas transgénero. Eso también pone en peligro la capacidad de trabajadores sexuales de protegerse de daños y buscar los servicios adecuados.

Las leyes punitivas sobre drogas, como la criminalización del uso de drogas en Georgia, Rusia, Kazakstán y Ucrania, constituyen barreras adicionales para las trabajadoras sexuales que viven con VIH. Las trabajadoras sexuales que usan drogas tienen un mayor riesgo a la violencia, coerción y abusos policiales en Europa Oriental y Asia Central.

Las leyes que criminalizan a las trabajadoras sexuales, PVVIH, personas LGBT y personas que usan drogas, no son puestas en práctica necesariamente de una misma manera en todos los casos. Se puede indicar que en los EEUU la policía busca desproporcionadamente a las trabajadoras sexuales transgénero o trabajadoras sexuales afro-descendientes. Las trabajadoras sexuales de la calle, al ser más visibles, tienen menos tiempo disponible para negociar con los clientes antes de realizar las transacciones ya que deben escoger entre evitar a la policía o asumir el riesgo de la transacción. Eso las expone considerablemente al abuso y la violencia. La policía en muchos países decomisa condones como evidencia de la participación en el trabajo sexual, algo que entonces desmotiva su posesión y, por lo tanto, aumenta el riesgo de las trabajadoras sexuales, sus clientes y parejas.

La policía en muchos países decomisa condones como evidencia de la participación en el trabajo sexual, algo que entonces desmotiva su posesión y, por lo tanto, aumenta el riesgo de las trabajadoras sexuales, sus clientes y parejas.

Estipulaciones legales en algunos países permiten el intercambio de información médica con autoridades policiales y servicios sociales. La documentación sobre el trabajo sexual y/o estatus de VIH podría ser usada como evidencias en procedimientos judiciales y como justificación para pruebas forzadas. Como resultado de ello, las trabajadoras sexuales no pueden tener mucha confianza que la confidencialidad será respetada. Una trabajadora sexual estadounidense indicó, "la confidencialidad cliente/paciente no implica mucho…ellos le dirán todo a la policía."

Las personas en prisiones tienen un acceso reducido a servicios y atención de salud adecuados. Las medidas de reducción del daño como equipos e insumos para sexo más seguro y uso de drogas podrían no estar disponibles. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (2012b) reconoce que los prisioneros y ex prisioneros tienen mayores índices de problemas de salud, incluyendo VIH. El estigma y la discriminación impactan a los prisioneros que viven con VIH al tener que enfrentar desafíos en el inicio o mantenimiento de tratamiento, incluyendo TAR. Una trabajadora sexual de Guyana comentó como dos amigos 'murieron por negación' en una prisión: 'tenían una pena de algunos años cada uno y no aceptaron recibir tratamiento por el estigma que lo acompaña'. En los EEUU no hay una atención estandarizada para los prisioneros que viven con VIH. Las autoridades carcelarias podrían negarles a los prisioneros el derecho a tomar sus medicamentos en el momento prescrito, confiscar medicamentos y hasta violar la confidencialidad médica.

Las trabajadoras inmigrantes en el mundo enfrentan barreras que impiden el acceso a tratamiento debido a la falta de documentos, escasos recursos o, simplemente, barreras lingüísticas. Adicionalmente, los inmigrantes internos en la gran mayoría de Europa Oriental y Asia Central, así como algunos Balcanes, no tienen acceso a los servicios locales si están registrados en una parte diferente del país – y los documentos de identificación necesarios para obtener la residencia son muchas veces confiscados por las autoridades policiales en redadas o encarcelamiento. En Canadá, el acceso de los refugiados al tratamiento está restringido a problemas de salud pública, eso significa que a pesar de tener derecho a TAR se les niegan otros tratamientos cruciales para mantener su salud (HALCO 2012).

RELACIÓN CON SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Las trabajadoras sexuales evitan revelar su ocupación al personal de la atención de salud por miedo a trato discriminatorio o prejuiciado; preguntas irrelevantes o invasivas motivadas por la curiosidad general sobre el sexo y 'rareza' de las trabajadoras sexuales; y/o temor a ser reportadas a las autoridades por su ocupación, estatus de VIH o de inmigración. Las acciones en contra del tráfico de personas también pueden tener un impacto en ese último punto debido a la presunción que las trabajadoras sexuales inmigrantes son víctimas del tráfico y de las intervenciones dañinas y sin bases que se realizan por ello. La reticencia a no revelar la ocupación y las condiciones de salud menoscaban la posibilidad de establecer y mantener una relación terapéutica constructiva entre trabajadoras sexuales y proveedores de servicios de salud.

La reticencia a no revelar la ocupación y las condiciones de salud menoscaban la posibilidad de establecer y mantener una relación terapéutica constructiva entre trabajadoras sexuales y proveedores de servicios de salud.

Las experiencias negativas en el sistema de atención de la salud reportadas por las trabajadoras sexuales incluyen actitudes discriminatorias y paternalistas del personal; hostilidad en el trato y reticencia a verlas; violaciones de sus derechos a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado; y negativa a la hora prescribir antirretrovirales (ARV) y otros tratamientos a pesar de la ausencia de contraindicaciones. Esas barreras pueden ocasionar un retraso a la hora de solicitar tratamiento, la interrupción de regímenes de tratamiento, uso de tratamientos tradicionales y alternativos en vez de la atención de salud disponible o, incluso, la total evasión de los servicios de salud.

Otra barrera que impide un tratamiento efectivo es la fragmentación de los servicios de salud, lo que obliga a las trabajadoras sexuales a visitar una cantidad de proveedores de servicios aislados y enfocados en áreas muy específicas como, por ejemplo, TAR, tuberculosis, hepatitis viral y otras infecciones transmitidas sexualmente (ITS), y (si están disponibles) terapias de sustitución con opioides. Eso ha sido reportado particularmente en Europa Oriental como algo inconveniente y poco funcional. Las PVVIH podrían carecer de información sobre dónde ir, cuales son los procesos y como tener acceso al tratamiento de VIH. En México, por ejemplo, se reporta que los centros pertinentes no tienen promoción ni mecanismos adecuados para conectarse con quienes los necesitan.

FINANCIAMIENTO

El entorno de financiamiento sigue siendo muy difícil para las intervenciones lideradas por trabajadoras sexuales que podrían mejorar el acceso a tratamiento. Ya el financiamiento para el VIH y trabajo sexual representa una porción muy pequeña del financiamiento del VIH – uno por ciento, como fue reportado por ONUSIDA en 2009. Los programas de VIH tienen un descenso de financiamiento en general (en 2010 bajó un 10% de los gobiernos donantes) con cortes dramáticos, dejando a los servicios existente en una situación muy vulnerable por la eliminación del apoyo. Los financistas que anteriormente dieron recursos a organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales y luego cambiaron prioridades no han ofrecido un financiamiento 'puente', generando consecuencias catastróficas en su habilidad para continuar en funcionamiento.

Ya el financiamiento para el VIH y trabajo sexual representa una porción muy pequeña del financiamiento del VIH – uno por ciento, como fue reportado por ONUSIDA en 2009.

Países en Europa Oriental y Asia Central tienen una alta dependencia en su donante principal, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que también enfrenta dificultades por promesas incumplidas de países donantes. En noviembre del 2011, el Fondo Mundial tuvo que cancelar una ronda de financiamiento y suspender nuevas subvenciones. Posteriormente introdujo el Mecanismo de Financiamiento Transitorio dirigido a prevenir la interrupción de servicios, pero que no permitía la ampliación del tratamiento o el financiamiento para el fortalecimiento de comunidades o trabajo de incidencia política. En México, sus donaciones se enfocaron en estrategias de prevención del VIH y no cubrió el acceso a los ARV.

El Plan Presidencial de Emergencia para Alivio del SIDA (PEPFAR) contribuyó con un 58% del gasto mundial en programas de VIH y SIDA en 2009. PEPFAR es un donante importante en el Caribe, Asia Central y África. A pesar que su declaración en contra del trabajo sexual, una condición impuesta a los beneficiarios de los recursos, fue declarada inconstitucional en 2013 para organizaciones con base en EEUU, ese fallo no afecta los requisitos de organizaciones extranjeras. El enfoque PEPFAR menoscaba las mejores prácticas en la prevención del VIH, al hacer difícil o imposible la promoción del liderazgo de las trabajadoras sexuales, la contratación de educadores entre pares, la reafirmación de los valores de las trabajadoras sexuales como parte de la sociedad y la lucha contra el estigma (Proyecto de Mejores Prácticas en Políticas 2011). Como los financistas líderes, PEPFAR y el Fondo Mundial tienen el poder de asegurar que las trabajadoras sexuales estén representadas e incluidas en los programas de VIH, pero no le han sacado provecho a ese poder.

Los países en el Caribe, Balcanes y Europa Oriental están viviendo cambios en su elegibilidad para el financiamiento al estar recalificados como de ingresos alto-medio (ONUSIDA 2012, ACTION/TB Europe Coalition 2012, Grupo de Referencia sobre VIH y Derechos Humanos de ONUSIDA 2012). Cada vez más, sus gobiernos están obligados a ejercer control sobre los programas de VIH pero estos podrían no priorizar la respuesta al VIH que tenga como meta a las poblaciones vulnerables y marginadas al preferir dirigir los recursos a la población en general o personas de bajo riesgo.

Muchas organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales en África no pueden atraer financistas de Europa o EEUU. Sin embargo, el informe de África sugiere que estas se están dirigiendo a un enfoque de derechos humanos en vez de un financiamiento específico para el VIH, resaltando los esfuerzos más allá del paradigma del VIH/SIDA e incorporando los derechos sociales, económicos y

civiles en sus solicitudes de financiamiento. Los financistas privados continúan siendo muy importantes para las organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales dado que es poco probable que los gobiernos nacionales apoyen a organizaciones que podrían luego desafiar sus propias leyes como asuntos de derechos humanos. SHARP (2006) nota que "el financiamiento gubernamental de la incidencia política en contra de políticas gubernamentales podría ser simplemente imposible o poco deseable por el conflicto inherente."

Mientras que la cuota de financiamiento recibido por organizaciones en contra del tráfico de personas continua aumentando, las organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales, ya en crisis, enfrentan muchos problemas para atraer el financiamiento de programas no vinculados al tráfico de personas. Los acuerdos de financiamiento nacionales e internacionales muchas veces favorecen iniciativas en contra del tráfico de personas al privilegiar 'el rescate y la rehabilitación' en vez de enfoques fundamentados en los derechos. La mezcla intencional del trabajo sexual con el tráfico de personas menoscaba los derechos de las trabajadoras sexuales mientras fortalece las acciones policiales en contra y arresto de trabajadoras sexuales.

DISPONIBILIDAD Y ACCESO A MEDICAMENTOS

Las trabajadoras sexuales necesitan medicamentos no tóxicos de primera línea para el VIH con bajas posibilidades de interacción dañina con otros medicamentos, así como tratamiento para co-infecciones del VIH como hepatitis C, tuberculosis resistente a medicamentos, ITS e infecciones oportunistas. Sin embargo, el alto costo muchas veces lleva a los gobiernos a excluir el tratamiento de VIH de los seguros de salud pública o sistemas de seguridad social (Red Mundial de Personas que viven con VIH et al., 2013). El acceso a un tratamiento efectivo también podría ser impedido por sistemas de adquisición y distribución deficientes, faltas de insumos o retraso en la llegada de los medicamentos. En Perú, por ejemplo, los medicamentos requeridos podrían, muchas veces, solo estar disponibles por una semana, lo que puede generar variaciones en los ARV causando repercusiones negativas para algunos pacientes. Los ARV no siempre están disponibles en áreas rurales, fronterizas y mineras de Brasil en donde los servicios, si existen, tienen muy poca estructura.

Sin embargo, el alto costo muchas veces lleva a los gobiernos a excluir el tratamiento de VIH de los seguros de salud pública o sistemas de seguridad social…

Las trabajadoras sexuales en EEUU tienen menos probabilidades de tener cobertura de salud que la población en general y menos de un 20% de las PVVIH tienen seguros médicos privados, mientras que un tercio de las PVVIH no tienen cobertura en lo absoluto (AVERT, n.d.). A pesar que la Ley de Medicamentos Asequibles y el Programa Ryan White de VIH/SIDA podrían ayudar en el acceso a tratamiento, los inmigrantes no están incluidos. Adicionalmente, los inmigrantes con documentos no tienen acceso a Medicaid, un programa social de atención a la salud para personas de bajos ingresos, en los primeros cincos años de inmigración.

EFECTO DE LOS ACUERDOS INTERNACIONALES DE COMERCIO

Las leyes nacionales que regulan la aprobación de los medicamentos en venta, la manera de mercadearlos, la determinación de precios adecuados y quiénes deben pagar por los mismos, muchas veces están impactadas por acuerdos de comercio internacionales sobre propiedad intelectual. Un ejemplo significativo es el Acuerdo de Aspectos Relacionados con el Comercio y los Derechos de Propiedad Intelectual (Acuerdo sobre los ADPIC o TRIPS por sus siglas en inglés), implementado por la Organización Mundial del Comercio (OMC) y que

afecta a todos sus países miembros así como también aquellos que deseen unirse. El mismo abarca a todos los productos, ya sean considerados de lujo o medicamentos que salvan vidas, y da derechos de patentes exclusivas por un mínimo de veinte años a las compañías que los originan. Esas compañías tienen un monopolio sobre la producción y venta de esos productos, algo que les permite aumentar los precios sin miedo a la competencia. A pesar que algunos países tienen leyes para regular directamente los precios de los medicamentos, estas no siempre son usadas en todos los casos.

Los países signatarios del TRIPS tienen el derecho a una 'licencia obligatoria' que permite la producción de medicamentos genéricos sin el consentimiento del dueño de la patente a cambio de una 'remuneración adecuada'. Esto puede limitar los monopolios y bajar los precios. La producción y venta de medicamentos genéricos ayuda a aquellos que no pueden comprar las versiones comerciales. Sin embargo, a pesar de la firma de la Declaración de Doha en noviembre del 2001, permitiendo esas flexibilidades, estas no han sido implementadas de manera amplia y efectiva en la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos en la región europea debido a la falta de un marco legal coherente o la ausencia de recursos administrativos y técnicos para evaluar patentes, negociar con los dueños de las patentes y tomar decisiones sobre la remuneración (El Said & Kapczynski 2011, ICO et al. 2013). Algunos países menos desarrollados, como Haití, están exentos de las reglas de TRIPS hasta el 2016 en el caso de los productos farmacéuticos. Muchos países africanos tienen una extensión hasta el 2021 para firmar TRIPS pero ya empezaron a colocar restricciones en la propiedad intelectual de medicamentos en línea con las regulaciones de la OMC. Brasil pudo negociar con el Acuerdo Norteamericano de Libre Comercio (NAFTA) de una manera que le permite continuar la producción de medicamentos genéricos, y Kenia y Sudáfrica fueron los primeros países en el África subsahariana con leyes que permiten la importación de medicamentos genéricos para expandir el acceso a tratamiento. Sin embargo, el financiamiento es inadecuado para la investigación y elaboración de medicamentos genéricos (Correa 2004).

La producción y venta de medicamentos genéricos ayuda a aquellos que no pueden comprar las versiones comerciales.

Los países sede de compañías farmacéuticas de marca y ciertos países desarrollados, especialmente los EEUU y países miembros de la UE, han intentado imponer reglas de propiedad intelectual aún más severas por medio de acuerdos de comercio regionales o bilaterales, destruyendo gradualmente las flexibilidades TRIPS. A estos se les ha denominado TRIPS-plus. Esos acuerdos también requieren la adopción de medidas como la extensión de la exclusividad de la data de la patente y su ejecución, lo que amenaza la producción y distribución de medicamentos genéricos en muchos países de medianos y bajos ingresos. Los países desarrollados ponen presión a los países africanos para que firmen Acuerdos de Alianzas Económicas (EPA) y Acuerdos de Libre Comercio (FTA) que les permite a los países desarrollados circunvenir las licencias obligatorias en la exportación de medicamentos a África (Baker 2001). Eso también les permite entablar demandas contra los gobiernos africanos por aprobar leyes pro salud pública que permiten la producción de medicamentos genéricos por parte de empresas locales. Ejemplo de acuerdos TRIPS-plus incluyen el próximo Acuerdo Transpacífico (TPP) a ser firmado por doce países que limitan con el Pacífico; el Acuerdo de Libre Comercio Integral y Exhaustivo (DCFTA) firmado recientemente por Georgia y Moldava (Comisión Europea 2013); el Acuerdo de Alianza y Cooperación entre la Unión Europea y los países de Asia Central (Comisión Europea 2010); el ALC Europeo firmado por Albania, Montenegro, Serbia y Turquía; y, el memorándum de entendimiento entre los Estados Unidos y Trinidad y Tobago de 1994, limitando la posibilidad de los dos países de crear 'excepciones limitadas' para derechos exclusivos de patentes sobre medicamentos.

El TPP puede extender las definiciones de 'inversiones' a la propiedad intelectual, y permitir que las compañías demanden a los gobiernos si sus leyes afectan negativamente sus inversiones, incluyendo posibles ganancias. Eso menoscabaría la autonomía nacional de los gobiernos y eliminaría la protección de empresas locales. Mientras tanto, la UE está actualmente negociando un EPA con países clave de ingresos medio que incluyen India, Tailandia, las Filipinas e Indonesia. Esos países pueden producir medicamentos genéricos pero EPA limitará severamente su producción. Las compañías en India, particularmente, tienen un rol líder en el suministro de ARV genéricos a países con ingresos bajos-medios a nivel mundial, a través de vías gubernamentales de financiamiento o suministro de tratamientos financiados por los donantes, pero eso posiblemente se ponga en peligro.

Las compañías en India, particularmente, tienen un rol líder en el suministro de ARV genéricos a países con ingresos bajos-medios a nivel mundial, a través de vías gubernamentales de financiamiento o suministro de tratamientos financiados por los donantes, pero eso posiblemente se ponga en peligro.

El Acuerdo Comercial Anti-Falsificación (ACTA por sus siglas en inglés) liderado por EEUU, restringe el acceso a los medicamentos genéricos y, a pesar de no estar especificado en su texto, y ha conllevado a su decomiso en algunas fronteras internacionales. Los activistas han exhortado a los gobiernos a rechazar medidas en contra de la falsificación de productos y, por el contrario, fortalecer a sus autoridades regulatorias de medicamentos para asegurar la calidad.

Los altos precios que cobran las compañías farmacéuticas por medicamentos con patente pueden obligar a los gobiernos a tomar decisiones sobre quienes van a recibir tratamiento. Las trabajadoras sexuales, ya marginadas y estigmatizadas, están seguramente al final de la fila, algo que no solo las afecta individualmente sino también a sus familias.

Los acuerdos TRIPS-plus son negociados frecuentemente en secreto con poca información disponible para el público. El público, incluyendo las trabajadoras sexuales, debe estar informado sobre los marcos comerciales que impactan la disponibilidad de medicamentos para las PVVIH. Los gobiernos están realizando pocos esfuerzos para incluir a los actores interesados relevantes en la toma de decisiones como, por ejemplo, en Malasia en donde las ONG no están incluidas en el proceso. Las trabajadoras sexuales y otros activistas necesitan destrezas para cambiar esos comportamientos y superar los grupos de presión que le dan más prioridad a las ganancias económicas que a la salud pública.

Recomendaciones

LEYES Y DERECHOS

Los gobiernos deben rechazar las leyes que criminalizan el trabajo sexual; la transmisión, exposición o no revelación del estatus de VIH; las relaciones sexuales entre personas de un mismo sexo; la identidad transgénero y comportamientos asociados; y, el uso de drogas; Así como reconsiderar las penas civiles y administrativas que afectan a las trabajadoras sexuales como en la ejecución de leyes de desorden público. Adicionalmente, los gobiernos deben rechazar o modificar las leyes en contra del tráfico de personas que confunden el trabajo sexual con el tráfico de personas, o que son utilizadas para prohibir el trabajo sexual.

Se debe dar fin al acoso y la violencia policial en contra de trabajadoras sexuales para así permitirles tener condiciones seguras de trabajo.

Los derechos de las trabajadoras sexuales deberían estar protegidos en los estándares laborales y leyes sobre seguridad y salud ocupacional.

Se deben modificar las leyes en contra de la discriminación para prohibir expresamente la discriminación con base en la ocupación, incluyendo el trabajo sexual; estatus de salud, como el estatus real o percibido de VIH; orientación sexual; e, identidad de género.

Las trabajadoras sexuales deberían estar incluidas en los procesos de reforma legal para minimizar los posibles daños, así como se debe dar financiamiento para apoyar esa participación.

Las trabajadoras sexuales, las PVVIH y otras comunidades marginadas deberían tener acceso a una vivienda adecuada y otros apoyos sociales y económicos.

Se les debe garantizar a los inmigrantes el derecho a la salud, incluyendo tratamiento de VIH sin el miedo que el estatus de VIH o de inmigración sea revelado a las autoridades.

FINANCIAMIENTO

Se debe adoptar un enfoque de financiamiento fundamentado en los derechos, conjuntamente con el rechazo de condiciones punitivas como la declaración en contra del trabajo sexual de PEPFAR.

Se debe adoptar un enfoque de financiamiento fundamentado en los derechos, conjuntamente con el rechazo de condiciones punitivas como la declaración en contra del trabajo sexual de PEPFAR.

Las iniciativas en contra del tráfico de personas deben estar fundamentadas en las evidencias y los derechos humanos, así como involucrar de manera significativa a las trabajadoras sexuales en las consultas.

EMPODERAMIENTO COMUNITARIO

Se debería realizar una consulta significativa con las trabajadoras sexuales para elaborar estrategias con el fin de atacar los problemas estructurales que contribuyen a su vulnerabilidad al VIH.

Tal como lo indican las nuevas directrices sobre trabajo sexual de la Organización Mundial de la Salud, todos los programas para trabajadoras sexuales deben ser liderados por la comunidad afectada, alimentado de esa manera la autodeterminación y el empoderamiento.

...todos los programas para trabajadoras sexuales deben ser liderados por la comunidad afectada, alimentado de esa manera la autodeterminación y el empoderamiento.

Las organizaciones lideradas por trabajadoras sexuales deben crear alianzas con otras ONG para así establecer sinergias en los temas de derechos humanos. La sociedad civil en general y otros grupos comunitarios deberían reconocer que el estigma en contra de las poblaciones clave afectadas también ocurre en foros y espacios comunitarios. Los activistas en el área de tratamiento deberían trabajar conjuntamente.

Se debe apoyar el entrenamiento de trabajadoras sexuales para combatir la discriminación, estigma y enfoques prejuiciados de los proveedores de servicios en contra de las trabajadoras sexuales, HSH, personas transgénero, personas que usan drogas y otras comunidades marginadas.

Las trabajadoras sexuales y sus aliados deberían lograr que los gobiernos rindan cuentas sobre la protección y promoción del derecho a la salud de sus ciudadanos.

REDUCCIÓN DEL DAÑO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Se debe asegurar una atención y tratamiento del VIH integral, accesible y fundamentado en las evidencias. Así como la atención primaria de salud y la atención de salud sexual y reproductiva en programas de VIH basados en los derechos.

Las personas que usan drogas deberían tener acceso a servicios efectivos de salud incluyendo los de reducción del daño (intercambio de jeringas y jeringuillas, terapia de sustitución con opioides y servicio supervisado de consumo) y tratamiento voluntario basado en las evidencias para la dependencia de drogas.

La disponibilidad de atención de salud relacionada con el VIH debería asegurarse en los sitios de detención, incluyendo tratamientos, alimentos y suplementos nutritivos, así como insumos para sexo y uso de drogas más seguros equivalentes a los ofrecidos a la comunidad.

Mayores recursos humanos y experticia en tratamiento y atención del VIH deberían estar disponibles para poder atender más pacientes, especialmente fuera de los principales centros urbanos. Se necesita un modelo descentralizado de tratamiento ya que actualmente muchas trabajadoras sexuales y sus familias deben viajar a las principales ciudades para recibirlo.

El acceso a los servicios de atención de la salud no debe estar condicionado al cese del trabajo sexual.

ACUERDOS COMERCIALES INTERNACIONALES

Los gobiernos deberían rehusarse a aceptar prematuramente los requisitos TRIPS sobre propiedad intelectual, rechazar los estándares TRIPS-plus en leyes nacionales y tratados internacionales y no ejercer presión a otros países para que adopten las medidas TRIPS-plus. Adicionalmente, los países deberían hacer pleno uso de las 'flexibilidades' de TRIPS y acuerdos similares, y cambiar las leyes de patentes para permitir la protección y promoción de los derechos de aquellas personas que necesitan acceso a los medicamentos.

Referencias

ACTION/TB Europe Coalition, 2012, *Bridging the Gap: Why the European Union Must Address the Global Fund Funding Crisis to Tackle the Escalating HIV and TB Epidemics in Eastern Europe and Central Asia* (en inglés)

AVERT, n.d., "HIV & AIDS Treatment in the United States of America", disponible en inglés en www.avert.org/aids-treatment-america.htm (2 Julio 2013)

Baker, B.K., 2011, "ACTA – Risks of Third-Party Enforcement for Access to Medicines", *Law Review*, 26(3), pp. 579–99 (en inglés)

Best Practices Policy Project (BPPP), 2011, *Appeals Court Rules on Anti-Prostitution Loyalty Oath*, disponible en inglés en www.bestpracticespolicy.org/2011/07/08/2011_aplo_ruling (26 Noviembre 2013)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012a, *CDC Fact Sheet – HIV in the United States: Stages and Care* (en inglés)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2012b, *HIV in Correctional Settings* (en inglés)

Correa, C.M., 2004, "Ownership of Knowledge – The Role of Patents in Pharmaceutical R&D", *Bulletin of the WHO* 82, pp. 784–790 (en inglés)

El Said, M. & Kapczynski, A., 2011, *Access to Medicines: The Role of Intellectual Property Law and Policy*, Working Paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law (en inglés)

European Commission, 2010, *EU's Relations With Central Asia – Partnership & Cooperation Agreements*, disponible en inglés en http://ec.europa.eu/external_relations/central_asia/pca/ (27 enero 2014)

European Commission, 2013, *Press Release: Georgia and Moldova One Step Closer to a Privileged Trade Relation With the EU*, disponible en inglés en http://trade.ec.europa.eu/doclib/press/index.cfm?id=994 (27 enero 2014)

Red Mundial de Personas que viven con VIH (GNP+), Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF), Red Internacional de Personas que usan Drogas (INPUD), Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP) & la Coalición Internacional para el Acceso al Tratamiento contra el VIH (CIAT- ITPC), 2013, *Access Challenges for HIV Treatment among People Living with HIV and Key Populations in Middle-Income Countries* (en inglés)

HIV & AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO), 2012, *Urgent Immigration Law Changes*, available disponible en inglés en http://halco.org/wp-content/uploads/2012/05/Immigration_Law_Changes-2012May_HALCO.pdf (8 noviembre 2013)

Sexual Health And Rights Project (SHARP) of the Open Society Institute, 2006, *Sex Worker Health and Rights: Where is the Funding?* (en inglés)

ONUSIDA, 2009, *Guidance Note on HIV and Sex Work* (en inglés)

ONUSIDA, 2010, *The Status of HIV in the Caribbean* (en inglés)

ONUSIDA, 2013, *Global Report*

Grupo de Referencia sobre VIH y Derechos Humanos de ONUSIDA, 2012, *The Global Fund and the Crisis of HIV Funding – A Severe Setback for HIV and Human Rights: Statement and Recommendations* (en inglés)

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013, *Global Update on HIV Treatment: Results, Impact and Opportunities* (en inglés)

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

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

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