

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH Y OTRAS INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE LAS PERSONAS
TRABAJADORAS DEL SEXO EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS
Y MEDIOS

Recomendaciones para un enfoque de salud pública

Diciembre de 2012



**PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH Y OTRAS INFECCIONES
DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE LAS PERSONAS
TRABAJADORAS DEL SEXO EN PAÍSES DE INGRESOS BAJOS
Y MEDIOS**

Recomendaciones para un enfoque de salud pública

Diciembre de 2012

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las personas trabajadoras del sexo en países de ingresos bajos y medios: recomendaciones para un enfoque de salud pública.

1. Prostitución. 2. Infecciones por VIH – prevención y control. 3. Enfermedades de transmisión sexual – prevención y control. 4. Parejas sexuales. 5. Sexo inseguro. 6. Conducta sexual. 7. Países en desarrollo. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350474 2

(Clasificación NLM: WC 503.7)

© **Organización Mundial de la Salud, 2013**

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

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

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

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

Maquetación de: L'IV com Sàri, Villars-sous-Yens (Suiza).

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	6
RESUMEN DE ORIENTACIÓN	7
1. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Consideraciones previas	10
1.2 Justificación (por qué es necesario este documento)	11
1.3 Objetivos y destinatarios	12
1.4 Definiciones	12
1.5 Alcance de las directrices	12
2. METODOLOGÍA Y PROCESO	13
2.1 Enfoque GRADE	13
2.2 Proceso	14
3. RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS	16
3.1 Definición	16
3.2 Consideraciones previas	16
3.3 Recomendaciones de buenas prácticas	17
4. RECOMENDACIONES TÉCNICAS	19
4.1 Empoderamiento comunitario	19
4.2 Promoción del uso del condón	22
4.3 Tamizado de ITS asintomáticas	24
4.4 Tratamiento preventivo periódico de las ITS	26
4.5 Asesoramiento y pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH	29
4.6 Tratamiento antirretrovírico	32
4.7 Programas de distribución de agujas y jeringuillas	34
4.8 Vacunación contra el virus de la hepatitis B	35
5. CONSIDERACIONES OPERATIVAS	37
6. CARENCIAS EN INVESTIGACIÓN Y ADAPTACIONES FUTURAS DE LAS DIRECTRICES	39
6.1 Empoderamiento comunitario	39
6.2 Tamizado de las ITS	39
6.3 Diagnóstico y tratamiento de las ITS	40
6.4 Tratamiento antirretrovírico preventivo	40

7. CONCLUSIÓN 41

REFERENCIAS 42

Anexos

Todos los anexos pueden consultarse en la siguiente dirección de Internet:
www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/

- Anexo 1: Preguntas en formato PICO y otras recomendaciones
- Anexo 2: Marcos de resultados
- Anexo 3: Perfiles de las evidencias y tablas de decisión
- Anexo 4: Informe sobre valores y preferencias
- Anexo 5: Estrategias de búsqueda
- Anexo 6: Resúmenes de las evidencias

AGRADECIMIENTOS

El contenido de estas directrices refleja el esfuerzo y dedicación de numerosos expertos que han aportado su tiempo y sus conocimientos.

Responsables de programas nacionales

Ministerio de Salud del Brasil: Ângela Pires Pinto y Marcia Rejane Colombo
Ministerio de Salud de Côte d'Ivoire: Marguerite Thiam-Niangoin
Programa Nacional de Control del SIDA (Irán): Kianoush Kamali
Programa Nacional de Control del SIDA y las ETS (Sri Lanka): C. D. Wickramasuriya
Centro Nacional para el Control de las ETS (China): Xiang-Sheng Chen
Servicio Estatal del VIH/SIDA y otras Enfermedades Socialmente Peligrosas (Ucrania): Tetyana Aleksandrina

Investigadores

Ashodaya Samithi (India): Sushena Reza-Paul
Centro de la Columbia Británica para la Excelencia en VIH/SIDA (Canadá): Kate Shannon
Centro para la Lucha contra la Estigmatización y Marginación (India): Meena Seshu
Universidad de Columbia, Nueva York (Estados Unidos): Joanne Csete
Centro Médico de la Universidad Erasmo de Róterdam (Países Bajos): Richard Steen
Consejo de Investigaciones en Ciencias Humanas (Sudáfrica): Sean Jooste
Instituto de Medicina Tropical (Bélgica): Bea Vuylsteke
Facultad Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos): Caitlin Kennedy y Deana Kerrigan
Instituto Sonagachi de Investigación y Formación (India): Smarajit Jana
Universidad Norteamericana de Beirut (Líbano): Elie Akl
Grupo Consultivo del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual (India): Nandinee Bandyopadhyay
Universidad de Witwatersrand (Sudáfrica): Mathew Chersich y Marlise Richter

Representantes de personas trabajadoras del sexo

Alianza Africana de Personas Trabajadoras del Sexo y WONETHA (Uganda): Kyomya Macklean
Red de Personas Trabajadoras del Sexo de Asia y el Pacífico (Malasia): Khartini Slamah
Asociación Pro Apoyo a las Sexo-Servidoras (México): Alejandra Gil Cuervo
Programa de Empoderamiento y Apoyo para Camareras de Barra (Kenia): Peninah Mwangi
Danaya So (Malí): Housnatou Tembely
Fundación para el Empoderamiento (Tailandia): Chantiwipa Apisuk
Coalición de Trabajo Sexual de Guayana (Guayana): Cracey Annatola Fernandes
Opciones de Salud para Hombres Jóvenes en relación con el VIH, el SIDA y las ITS (Kenia): John Mukabaru Mathenge
Organización de Personas Trabajadoras del Sexo de Indonesia (Indonesia): Pardamean Napitu
Comité Internacional para los Derechos de l@s Person@s Trabajador@s del Sexo en Europa (Francia / Reino Unido): Thierry Schaffauser
Movimiento de Trabajadoras Sexuales del Perú (Perú): Ángela Villón Bustamante
Red para los Derechos y la Defensa de Las Personas Trabajadoras del Sexo (Hungría): Marianne Bodzsar

Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP): Anna-Louise Crago (Canadá), Andrew Hunter (Tailandia) y Ruth Morgan Thomas (Reino Unido)
Liga Ucraniana Legalife (Ucrania): Nataliia Isaeva
Veshya Anyay Mukti Parishad (India): Shabana Dastagir Goundi

Socios para el desarrollo

Fundación Bill y Melinda Gates (Estados Unidos): Tisha Wheeler
Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Suiza): Tonya Nyagiro
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (Estados Unidos): Clancy Broxton

Revisores externos

Ashodaya Samithi (India): Sushena Reza-Paul
Fundación Bill y Melinda Gates (Estados Unidos): Gina Dallabetta
Programa Nacional contra el SIDA (Tailandia): Petchsri Sirirund
Asesor de salud pública (México): Fernando Zacarías
Asesor de salud pública (Tailandia): Graham Neilsen

Organismos de las Naciones Unidas

Sede Central del ONUSIDA: Els Klinkert, Susan Timberlake y Alison Crocket
Sede Central del PNUD: Susana Fried
Sede Central del UNFPA: Jenny Butler
Oficina regional del UNFPA para Asia y el Pacífico: Chaiyos Kunanusont
Oficina regional del UNFPA para Europa Oriental y Asia Central: Tim Sladden
Oficina nacional del UNFPA en Tailandia: Taweessap Siraprapasiri

Organización Mundial de la Salud

Sede Central de la OMS: Avni Amin, Rachel Baggaley, Nicolas Clark, Jesús María García-Calleja, Antonio Carlos Gerbase, Gottfried Hirschall, Ying-Ru Lo, Manjula Lusti-Narasimhan, Francis Ndowa, Lori Newman, Kevin O'Reilly, Michelle Rodolph, Igor Toskin, Annette Verster y Marco Vitoria
Oficina Regional de la OMS para África: Innocent Ntaganira y Frank Lule
Oficina Regional de la OMS para Europa: Brenda José Van den Bergh
Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental: Iyanthi Abeyewickreme
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental: Pengfei Zhao

Coordinación general

Rachel Baggaley, Antonio Carlos Gerbase, Ying-Ru Lo y Annette Verster (Departamento de VIH/SIDA la OMS) y Jenny Butler (UNFPA)

Bea Vuylsteke se encargó de la redacción inicial, que fue completada por Rachel Baggaley, Jenny Butler, Alison Crocket, Antonio Gerbase, Ying-Ru Lo, Ruth Morgan Thomas, Michelle Rodolph y Annette Verster. Carmen Figueroa, Isabel Holgado y Rafael Mazín se encargaron de revisar la traducción.

Financiación y declaraciones de intereses

La elaboración de estas directrices ha contado con el apoyo de la Sociedad Alemana de Cooperación Internacional (GIZ), del Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo alemán, del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y del UNFPA. Todos los miembros de los diferentes grupos de trabajo sobre las directrices presentaron su correspondiente declaración de intereses. En total se declararon once posibles conflictos de intereses. La Secretaría de la OMS evaluó dichos conflictos y determinó que no eran suficientes para impedir la participación de esas once personas en la elaboración de las directrices.

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

APV	Asesoramiento y pruebas de carácter voluntario
ARV	Antirretrovírico
C. trachomatis/CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
ECA	Estudio controlado aleatorio
ELISA	Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA la Tuberculosis y la Malaria
GDG	Grupo para el desarrollo de guías clínicas
GIZ	Cooperación Internacional Alemana
GRADE	Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones
HTP	Hemaglutinación de <i>Treponema pallidum</i> (prueba diagnóstica)
IC	Intervalo de confianza
ITS	Infección de transmisión sexual
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental
NAAT	Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos
N. gonorrhoeae	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
NSWP	Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OR	Oportunidad relativa (odds ratio)
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PICO	Población, Intervención, Comparación y Observación
PTMH	Prevención de la transmisión de la madre al hijo
RPR	Reagina plasmática rápida
RR	Riesgo relativo / razón de riesgos
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAR	Tratamiento antirretrovírico
TARAA	Tratamiento antirretrovírico altamente activo
UG	Úlcera genital
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VDRL	<i>Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas</i>
VHB	Virus de la hepatitis B
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

RESUMEN EJECUTIVO

En numerosos lugares, las personas trabajadoras del sexo* son altamente vulnerables al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual (ITS) debido a múltiples factores, como el número elevado de parejas sexuales, las condiciones de trabajo poco seguras y las barreras a la negociación para el uso sistemático del condón. Además, muchas veces las personas trabajadoras del sexo apenas tienen control sobre los factores citados a causa de su marginación social y la criminalización de su entorno laboral. En algunos casos, el alcohol, el consumo de drogas y la violencia pueden exacerbar aún más su vulnerabilidad y riesgo.

La infección por VIH, así como otras ITS, constituyen importantes riesgos laborales para quienes ejercen el sexo profesionalmente. Los clientes pueden infectar con el virus a las personas trabajadoras del sexo, quienes pueden transmitir la infección a otros clientes, que a su vez la pueden transmitir a sus parejas sexuales. Por consiguiente, prevenir la infección de las personas trabajadoras del sexo no solo mejora la salud individual de dichos trabajadores sino también disminuye la transmisión del VIH y otras ITS en poblaciones más amplias. Las intervenciones tempranas en países tan diversos como Brasil, la India, Kenia o Tailandia han logrado reducir la transmisión de ITS asociada al trabajo sexual mediante el aumento del uso de condón, lo que ha llevado a una mejora de las condiciones generales de salud en las personas trabajadoras del sexo y a un rápido control de las epidemias de VIH y otras ITS.

El objetivo del presente documento es proporcionar recomendaciones técnicas para intervenciones eficaces en la prevención y el tratamiento del VIH y otras ITS entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes. Estas directrices están diseñadas para su uso por funcionarios nacionales de salud pública y responsables de programas contra el VIH/SIDA y otras ITS, organizaciones no gubernamentales —entre ellas organizaciones comunitarias y de la sociedad civil— y profesionales de la salud. Instamos a las regiones y países a que adopten estas directrices a fin de ofrecer unos servicios aceptables para las personas trabajadoras del sexo, teniendo en cuenta el contexto epidemiológico y social. Las directrices también pueden ser de interés para organismos internacionales de financiación, medios de comunicación científicos, responsables de políticas de salud e instancias de promoción.

La OMS ha dirigido la elaboración de las directrices en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Se ha seguido la metodología GRADE («Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones») a fin de garantizar un enfoque estructurado, explícito y transparente a la hora de evaluar los datos disponibles y alcanzar un consenso sobre las recomendaciones. Tres investigadores independientes llevaron a cabo revisiones sistemáticas y puntuaron la calidad de los datos en relación con 1) el empoderamiento de las personas trabajadoras del sexo, 2) el tamizado de las ITS y 3) el tratamiento preventivo periódico de las ITS. En el caso de otros aspectos —como el uso de condón, las actividades de asesoramiento y pruebas de carácter voluntario, el tratamiento antirretrovírico, los programas de distribución de agujas y jeringuillas y la vacunación contra el virus de la hepatitis B— se disponía de revisiones sistemáticas o de directrices relevantes. Se elaboraron perfiles GRADE para resumir la calidad y solidez de las evidencias para cada aspecto. La organización NSWP (Red Global de Proyectos de Trabajo

* Nota aclaratoria. En este documento se ha decidido utilizar el plural "personas trabajadoras del sexo" para referir a hombres, mujeres y transexuales que ejercen el trabajo sexual, por considerarlo un término más abarcador e inclusivo. Cuando sea necesario se especificará el género.

Sexual) llevó a cabo una encuesta cualitativa sobre los valores y preferencias de las personas trabajadoras del sexo en relación con las intervenciones planteadas en las directrices.

Las recomendaciones que se incluyen a continuación incluyen recomendaciones basadas en evidencias según la metodología GRADE, así como recomendaciones de buenas prácticas.

- Las recomendaciones de buenas prácticas son principios generales que no se derivan de datos científicos, sino del sentido común, la ética y los principios de los derechos humanos. Estas recomendaciones no se han sometido a un proceso GRADE formal, pero deben promoverse con fuerza en todas las intervenciones dirigidas a las personas trabajadoras del sexo.
- Las recomendaciones técnicas no solo están respaldadas por datos científicos, sino también por la experiencia vital de las personas trabajadoras del sexo de todo el mundo, según lo reflejado en los resultados de una encuesta sobre valores y preferencias de la comunidad y lo expresado en la reunión de consenso sobre las directrices.

RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES

Recomendaciones de buenas prácticas

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

[†] Véase el informe de la Comisión Global sobre VIH y Derecho: Riesgos, Derechos y Salud, de julio de 2012; el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/14/20, de 2010; y la Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual, de 2012.

Recomendaciones basadas en evidencias

1. Recomendamos un paquete de intervenciones para fomentar el empoderamiento comunitario de las personas trabajadoras del sexo.
(recomendación firme, calidad de las evidencias muy baja)
2. Recomendamos un uso correcto y sistemático del condón entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes.
(recomendación firme, calidad de las evidencias moderada)
3. Sugerimos ofrecer a las mujeres que se dedican al trabajo sexual un tamizado periódico de ITS asintomáticas.
(recomendación condicional, calidad de las evidencias moderada-alta)
4. Recomendamos ofrecer a todas las personas trabajadoras del sexo asesoramiento y pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH.
(recomendación condicional, calidad de las evidencias alta)
5. Recomendamos ofrecer a todas las personas trabajadoras del sexo asesoramiento y pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH.
(en línea con las recomendaciones de la OMS)
6. Recomendamos aplicar con las personas trabajadoras del sexo con VIH la actual guía de la OMS sobre el uso de tratamiento antirretrovírico para la infección por VIH en adultos y adolescentes.
(en línea con las recomendaciones de la OMS)
7. Recomendamos aplicar las recomendaciones actuales de la OMS sobre la reducción de daños con las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables.
(en línea con las recomendaciones de la OMS)
8. Recomendamos incluir a las personas trabajadoras del sexo como destinatarias de las estrategias de actualización de la inmunización contra el VHB en entornos donde la vacunación infantil no haya alcanzado una cobertura completa.
(en línea con las recomendaciones de la OMS)

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Consideraciones previas

Las personas trabajadoras del sexo figuran entre las poblaciones más afectadas por el VIH desde el comienzo de esta epidemia. Ya en 1985, un 62% de las mujeres trabajadoras del sexo de Nairobi (Kenia) resultaron estar infectadas por el VIH (1); en 1988, el 35% de las «mujeres libres» de Kinshasa (República Democrática del Congo) eran seropositivas (2). A finales de la década de 1980 y principios de la década siguiente, entre las trabajadoras sexuales de Butare (Rwanda) y Abidján (Costa de Marfil) se encontraron tasas de prevalencia del VIH de hasta el 88% y el 89% respectivamente (3,4). Recientemente, un estudio llevado a cabo en la misma clínica de Abidján con personas trabajadoras del sexo mostró una prevalencia del VIH del 50% entre ellas (5).

Según datos notificados entre 2007 y 2011, la prevalencia global de VIH entre las personas trabajadoras del sexo de todas las regiones es del 11,8%, con variaciones regionales notables que reflejan la distinta prevalencia del VIH entre la población general. La prevalencia más alta de VIH entre las personas trabajadoras del sexo se registró en el África subsahariana (36,9%), seguida por Europa Oriental (10,9%), Latinoamérica y el Caribe (6,1%) y Asia (5,2%), dándose la menor prevalencia en Oriente Medio y Norte de África (1,7%) (6). Tanto en las epidemias concentradas como en las generalizadas se ha observado una prevalencia de HIV considerablemente mayor entre las personas trabajadoras del sexo comparándolo con la población general (6–9).

La probabilidad de que una persona trabajadora del sexo resulte infectada por VIH a lo largo de su vida es mayor que entre la población general debido a varios factores de riesgo, como son las relaciones con múltiples parejas sexuales, las condiciones laborales inseguras, las barreras a la negociación para un uso sistemático del condón, la falta de acceso a lubricantes adecuados, la elevada prevalencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso compartido de material para inyección de drogas. Un estudio reciente muestra que las mujeres trabajadoras del sexo tienen una probabilidad 13,5 mayor de infección por VIH que el resto de mujeres entre 15 y 49 años; esto también es así en los países con prevalencia elevada del VIH (9). Además, a menudo las personas trabajadoras del sexo no están en condiciones de controlar los factores de riesgo citados a causa del entorno y el contexto en el que viven y trabajan (10,11). Por ese motivo, las personas trabajadoras del sexo deben ser consideradas una población clave con la que resulta esencial trabajar para detener la epidemia (12,13).

Las elevadas tasas de cambio de pareja y los entornos laborales inseguros hacen que las personas trabajadoras del sexo estén expuestas frecuentemente a la infección y corran un elevado riesgo de contraer el VIH, que a su vez pueden transmitir a sus clientes, entre los que figuran personas con una elevada movilidad. Estos clientes pueden a su vez transmitir la infección a otras parejas sexuales.

Las diferencias en cuanto al nivel de seguridad económica, al entorno y las condiciones de trabajo afectan a la autonomía de las personas trabajadoras del sexo y a su capacidad de proteger su propia salud (14). En muchos casos, la estigmatización y la discriminación, la persecución penal, la violencia, el estado de necesidad económica y las deudas, así como la explotación, incrementan aún más la vulnerabilidad de las personas trabajadoras del

sexo (15–19). Por consiguiente, a la hora de diseñar intervenciones dirigidas a las personas trabajadoras del sexo es importante comprender los contextos en los que se da el trabajo sexual, las estructuras de poder que lo rodean, y las necesidades sanitarias y sociales más amplias de las personas trabajadoras del sexo.

Las intervenciones eficaces dirigidas a las personas trabajadoras del sexo son un componente importante de las estrategias integrales de prevención y tratamiento del VIH. Está ampliamente demostrado que los programas de prevención del VIH dirigidos específicamente a reducir la transmisión de VIH/ITS entre las personas trabajadoras del sexo son viables y eficaces (4,20–25). Sin embargo, muchos de estos programas han tenido un efecto limitado sobre la dinámica de transmisión del VIH sencillamente porque se aplican a una escala tan pequeña y localizada que no llegan a la mayoría de las personas trabajadoras del sexo. Además, muchas veces se pasa completamente por alto a algunos grupos, por ejemplo los varones o las personas trans (que se dedican al trabajo sexual). Cubrir esta «brecha en la prevención» es uno de los principales retos para la prevención del VIH entre las personas trabajadoras del sexo (26).

La OMS ha publicado sus recomendaciones sobre la profilaxis previa a la exposición (PrEP) en parejas serodiscordantes y en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Hasta la fecha no existe ninguna recomendación de la OMS sobre la profilaxis oral previa a la exposición entre las personas trabajadoras del sexo (27).

1.2 Justificación (por qué es necesario este documento)

Las intervenciones destinadas a reducir la transmisión del VIH entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes están reconocidas como una parte esencial de los programas contra el VIH. La experiencia en todo el mundo sugiere que todas las intervenciones eficaces dirigidas a personas trabajadoras del sexo comparten ciertos elementos (11,26). Sin embargo, siguen siendo escasos los materiales de orientación sobre lo que constituyen programas eficaces contra el VIH en el contexto del trabajo sexual.

Esta deficiencia constituye un importante impedimento para ampliar las intervenciones dirigidas a personas trabajadoras del sexo según se establece en los objetivos de acceso universal. En ausencia de directrices y normas internacionalmente reconocidas, los países que aspiran a iniciar programas contra el VIH en el contexto del trabajo sexual deben improvisar y, muchas veces, «reinventar la rueda». Hace cinco años, el departamento de VIH de la Organización Mundial de la Salud (OMS) trató de abordar esta deficiencia publicando *HIV/AIDS sex work toolkit* («Herramientas contra el VIH/SIDA entre personas trabajadoras del sexo»), una recopilación anotada de las directrices y los materiales formativos conocidos, procedentes de distintas regiones (28). A la luz de la nueva experiencia y de la necesidad de datos fehacientes, los países han pedido a la OMS y al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) que elaboren una orientación basada en evidencias respecto al diseño, puesta en práctica y seguimiento de intervenciones eficaces para la prevención del VIH y otras ITS en personas trabajadoras del sexo, ya sean mujeres, varones o personas trans.

1.3 Objetivos y destinatarios

El objetivo del presente documento es proporcionar recomendaciones técnicas sobre la prevención y el tratamiento del VIH y otras ITS entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes. Estas directrices están diseñadas para su uso entre funcionarios nacionales de salud pública y responsables de programas contra el VIH/SIDA y otras ITS, organizaciones no gubernamentales (ONG) —entre ellas organizaciones comunitarias y de la sociedad civil— y profesionales de la salud. Estas directrices también pueden ser de interés para organismos internacionales de financiación, medios de comunicación científicos, responsables de políticas de salud e instancias de promoción.

1.4 Definiciones

Por personas trabajadoras del sexo se entiende «mujeres, hombres o personas trans adultos y jóvenes (mayores de 18 años) que reciben de forma habitual u ocasional dinero o bienes a cambio de servicios sexuales» (19). Es importante destacar que el trabajo sexual implica relaciones sexuales consentidas entre adultos, relaciones que adoptan muchas formas y varían entre los distintos países y comunidades y dentro de ellos. El trabajo sexual puede presentar distintos grados de «formalidad» u organización.

1.5 Alcance de las directrices

Estas directrices incluyen recomendaciones técnicas para diseñar un paquete básico de intervenciones y servicios de salud destinados a la prevención y el tratamiento del VIH y otras ITS entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes. Aunque las recomendaciones se centran en los países de ingresos bajos y medios, también pueden ser aplicables a las personas trabajadoras del sexo en países de ingresos altos.

Una prevención eficaz del VIH exige ampliar intervenciones múltiples que actúen de forma sinérgica para surtir el máximo efecto. «Ampliar» la prevención del VIH significa asegurarse de que exista una combinación adecuada de estrategias de prevención basadas en evidencia con el nivel suficiente de cobertura, utilización, intensidad y duración para surtir un efecto óptimo desde el punto de vista de la salud pública (26). Sin embargo, no existe una solución única para todos los casos, y los programas deben adaptarse a la situación local. Aunque los elementos básicos de los programas son similares, el modo y el grado de énfasis con que se aplican pueden variar de un país a otro.

Por esos motivos, la OMS y otros copatrocinadores del ONUSIDA colaborarán con oficinas y asociados en las regiones y los países para a) difundir estas directrices internacionales basadas en evidencias y b) fomentar su adaptación regional y nacional siguiendo consideraciones operativas y métodos de puesta en práctica adecuados al contexto local del trabajo sexual y de la capacidad de los sistemas sanitarios.

2. METODOLOGÍA Y PROCESO

2.1 Enfoque GRADE

La OMS sigue la metodología GRADE («clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones») a la hora de elaborar recomendaciones y examinarlas. Este enfoque metodológico es cada vez más utilizado por organizaciones de todo el mundo para evaluar la calidad de las evidencias y la solidez de las recomendaciones (29). GRADE pone énfasis en utilizar un enfoque estructurado, explícito y transparente para la clasificación de los datos y recomendaciones y para el establecimiento de consensos (29).

La metodología GRADE evalúa por separado la calidad de los datos y la solidez de las recomendaciones.

Calidad de las evidencias

En el contexto de las recomendaciones, la calidad refleja la confianza en que las estimaciones del efecto sirvan para respaldar una determinada recomendación (30). El sistema GRADE clasifica la calidad de las evidencias en cuatro niveles distintos: alta, moderada, baja y muy baja. Antes de efectuar una evaluación global, la calidad de los datos se clasifica inicialmente para cada resultado. Cuando los datos se basan en estudios controlados aleatorios (ECA), su calidad se clasifica inicialmente como alta, pero puede disminuir por diferentes motivos, entre ellos el riesgo de sesgo, la incoherencia en los resultados, el carácter indirecto de los datos, la imprecisión y el sesgo de publicación (31–35). Cuando las evidencias se basan en estudios observacionales, su calidad se clasifica inicialmente como baja, pero puede incrementarse si se demuestra que existe una relación entre la dosis y la respuesta o si todos los sesgos plausibles tienden a subestimar el efecto (36).

Solidez de las recomendaciones

La solidez de las recomendaciones refleja hasta qué punto podemos confiar en que los efectos deseables de una intervención superen a los efectos no deseables (37). El sistema GRADE clasifica las recomendaciones en dos niveles distintos según su solidez: «firmes» o «condicionadas». Por otra parte, las recomendaciones pueden ser favorables o contrarias a la intervención considerada. Por consiguiente, existen cuatro combinaciones posibles:

- Recomendación firme a favor de la intervención
- Recomendación condicionada a favor de la intervención
- Recomendación condicionada en contra de la intervención
- Recomendación firme en contra de la intervención

El sentido de las recomendaciones y su solidez se ven afectados por los siguientes factores: la calidad de las evidencias que las respaldan, la ponderación de sus efectos beneficiosos y nocivos, los valores y las preferencias, el consumo de recursos y la viabilidad de la intervención.

2.2 Proceso

El Departamento de VIH/SIDA de la OMS ha dirigido la elaboración de estas directrices bajo la supervisión del Comité de Examen de Directrices de la OMS en colaboración con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Secretaría del ONUSIDA y la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP).

El proceso incluyó los siguientes pasos:

1. Identificación de las preguntas en formato PICO (Población, Intervención, Comparación y Observación)

Se creó un Grupo de Trabajo para la Elaboración de las Directrices, que se reunió por primera vez en agosto de 2010. El grupo estaba formado por dos representantes de organizaciones de personas trabajadoras del sexo (designados por la NSWP), siete científicos e investigadores, dos responsables de programas, un asociado en la ejecución (la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID]) y personal de las Naciones Unidas especializado en VIH/ITS y trabajo sexual.

El grupo analizó y acordó el alcance y la estructura de las directrices. Identificó las preguntas PICO relevantes (Anexo 1) y acordó los marcos de resultados (Anexo 2). El grupo también decidió las revisiones sistemáticas que resultaban necesarias.

2. Realización de revisiones sistemáticas y elaboración de tablas de datos GRADE

Tres investigadores independientes llevaron a cabo revisiones sistemáticas siguiendo la metodología habitual. Buscaron en todas las bases de datos electrónicas relevantes y seleccionaron las publicaciones que reunían los requisitos. La búsqueda abarcó las bases de datos PubMed, PsycINFO, Sociological Abstracts, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), EMBASE y MEDLINE, e incluyó artículos en cualquier idioma siempre que tuvieran un resumen en inglés. Los investigadores efectuaron un meta-análisis de los estudios seleccionados siempre que fue posible y valoraron la calidad de las evidencias para cada una de las preguntas PICO. A continuación crearon perfiles de datos GRADE en los que se presentaba un resumen cuantitativo de los datos con su correspondiente clasificación de calidad (Anexo 3). En diciembre de 2010 se celebró una reunión técnica en Baltimore (EE. UU.) para evaluar los avances en las revisiones sistemáticas.

3. Encuesta sobre valores y preferencias

La NSWP llevó a cabo una encuesta cualitativa sobre los valores y las preferencias de las personas trabajadoras del sexo, que concluyó en octubre de 2011 (38). Se utilizó una muestra de conveniencia formada por personas trabajadoras del sexo de 33 países correspondientes a seis regiones. Los participantes fueron localizados a través de proyectos regionales sobre

trabajo sexual y grupos regionales de personas trabajadoras del sexo. Todas las personas entrevistadas —en total, más de 50— formaban parte de grupos locales o nacionales de personas trabajadoras del sexo. Las entrevistas se realizaron personalmente, por teléfono o muy pocas veces por correo electrónico. En algunos países, las personas trabajadoras del sexo decidieron contestar de forma colectiva. Las entrevistas se llevaron a cabo en inglés, francés, español, ruso, indonesio y varios idiomas más, en su caso con la ayuda de intérpretes o traductores seleccionados por las personas trabajadoras del sexo. Las entrevistas se basaron en un manual de entrevista semi-estructurado y tenían por fin evaluar las preferencias por las diferentes intervenciones planteadas en las directrices. Los resultados de la encuesta se presentaron en la reunión de consenso; el informe completo y el manual de entrevista se incluyen en el Anexo 4.

4. Formulación de recomendaciones

La reunión de consenso sobre las directrices en la que se establecieron las recomendaciones definitivas se celebró en Montreux (Suiza) los días 2–4 de febrero de 2012. Al encuentro, de dos jornadas y media de duración, acudieron unos 60 participantes de distintas regiones, entre ellos siete responsables de programas, 17 representantes de personas trabajadoras del sexo, 11 investigadores y 18 representantes de las Naciones Unidas (12 de la Secretaría de la OMS, cuatro del UNFPA y dos de la Secretaría del ONUSIDA). Se creó un equipo de redacción para elaborar y supervisar la versión definitiva de las directrices.

Para cada pregunta PICO, el encargado de la revisión —o bien un miembro del Grupo de Trabajo para la Elaboración de las Directrices— presentó los resultados de la revisión sistemática junto con una evaluación de los factores determinantes de la recomendación, entre ellos la calidad de las evidencias correspondiente, la ponderación de los efectos beneficiosos y nocivos, los valores y preferencias de las personas trabajadoras del sexo y el consumo de recursos. En el caso de las preguntas PICO en que no existía una nueva revisión bibliográfica sistemática se presentaron las revisiones, cuadros sinópticos o directrices existentes. El grupo también debatió las recomendaciones de buenas prácticas. Se alcanzó un consenso en relación con todas las recomendaciones y con su carácter firme o condicionado.

El proyecto de documento de orientación acordado durante la reunión de consenso sobre las directrices se distribuyó entre los responsables de la redacción —miembros del Grupo de Trabajo para la Elaboración de las Directrices, personas trabajadoras del sexo participantes en la reunión de consenso y revisores externos— para que aportasen sus sugerencias y comentarios. Los coordinadores del proceso incorporaron propuestas de los revisores internos y externos para elaborar la versión definitiva de las directrices. Los detalles íntegros de las revisiones sistemáticas, así como el resto de los anexos, están disponibles en la siguiente dirección de Internet: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sex_worker/en/.

3. RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS

3.1 Definición

Las recomendaciones de buenas prácticas son principios generales que no se derivan de datos científicos, sino del sentido común, la ética y los principios de los derechos humanos. Estas recomendaciones no se han sometido a un proceso GRADE formal.

3.2 Consideraciones previas

Como todas las personas, las personas trabajadoras del sexo deben gozar de la plena protección de sus derechos humanos según lo establecido en los instrumentos internacionales de derechos humanos (39,40). Los derechos humanos abarcan los derechos a la no discriminación, a la seguridad de la persona y la intimidad, al reconocimiento y la igualdad ante la ley, a un juicio justo, objetivo e imparcial y la acceso al más elevado estándar de atención de la salud, al empleo, a unas condiciones laborales justas y favorables y a la reunión y asociación pacíficas, así como los derechos relacionados con no sufrir detenciones o arrestos arbitrarios, castigos crueles o inhumanos, ni actos de violencia (41).

Las personas trabajadoras del sexo son colaboradoras y líderes esenciales para lograr programas eficaces contra el VIH y en pro de la salud sexual y para desarrollar soluciones que respondan a las realidades de los entornos en los que viven y trabajan. Las leyes que criminalizan o penalizan directa o indirectamente a las personas trabajadoras del sexo, a sus clientes o a terceros, así como las prácticas policiales abusivas y la estigmatización y discriminación asociadas al VIH y al trabajo sexual, pueden socavar la eficacia de los programas contra el VIH y en pro de la salud sexual y limitar la capacidad de las personas trabajadoras del sexo y sus clientes de acogerse a dichos programas y beneficiarse de ellos (41,42). Un aspecto especialmente preocupante es la violencia perpetrada contra ellas, así como las prácticas policiales represivas entre las que figuran el acoso, la extorsión, la detención y el arresto arbitrario y la violencia física y sexual. También son preocupantes los entornos de atención de la salud en los que las personas trabajadoras del sexo sufren estigmatización, discriminación y denegación de provisión de servicios de atención de la salud. Puesto que las organizaciones dirigidas por personas trabajadoras del sexo son cruciales para que estos profesionales puedan protegerse frente a la discriminación, la coacción y la violencia, también son motivo de una preocupación significativa todas aquellas medidas que les impidan reunirse y organizarse.

Se necesitan atención y recursos para prevenir, abordar, comunicar y reparar la violencia contra las personas trabajadoras del sexo, especialmente apoyando su autogestión y autodeterminación individual y colectiva.

La promoción de un entorno legal y social que proteja los derechos humanos y garantice el acceso sin discriminación a la información, los servicios y los productos para la prevención, tratamiento, cuidados y apoyo en relación con el VIH resulta esencial para lograr una respuesta eficaz y basada en los derechos a la epidemia de VIH y promover la salud pública, también en el contexto del trabajo sexual.

3.3 Recomendaciones de buenas prácticas

Recomendación 1

Todos los países deberían trabajar por la despenalización del trabajo sexual y la eliminación de la aplicación injusta de las leyes y reglamentos no penales contra las personas trabajadoras del sexo (19,43,101);*

Implicaciones

- Debería acabarse con la práctica policial de utilizar la posesión de condones como prueba y motivo de detención de las personas trabajadoras del sexo.
- Debería acabarse con el amplio margen policial para arrestar y detener sin causa justificada a las personas trabajadoras del sexo. Esto también incluye el uso de reglamentos de orden público para impedir la presencia de las personas trabajadoras del sexo en espacios públicos, así como la extorsión policial.
- Debería reducirse el miedo y la estigmatización a que se enfrentan las personas trabajadoras del sexo, lo que facilitaría que acudieran a los servicios de salud u otros servicios.

Recomendación 2

Los gobiernos deberían establecer leyes contra la discriminación, la violencia y otras vulneraciones de derechos que sufren las personas trabajadoras del sexo y así hacer respetar sus derechos humanos y reducir su vulnerabilidad a la infección por VIH y a los efectos del SIDA† Las leyes y reglamentos antidiscriminatorios deberían garantizar el derecho de las personas trabajadoras del sexo a los servicios sociales, sanitarios y financieros (41).

Implicaciones

- Los responsables políticos, parlamentarios, líderes religiosos y otras figuras públicas deberían colaborar con la sociedad civil y con las organizaciones de personas trabajadoras del sexo para enfrentarse a la estigmatización, la discriminación y la violencia contra ellas y reemplazar las normas y prácticas legales y sociales de carácter punitivo que estigmatizan y marginan a las personas trabajadoras del sexo por otras que protejan sus derechos. Los representantes de los organismos de las Naciones Unidas deberían hacer todo lo posible por respaldar estos programas nacionales.
- Deberían ponerse en marcha programas para proporcionar asesoramiento y apoyo jurídico a las personas trabajadoras del sexo para que conozcan sus derechos y las leyes aplicables y puedan recibir apoyo para acceder al sistema judicial cuando se vean afectadas en sus derechos.

* Véase el informe de la Comisión Global sobre VIH y Derecho: Riesgos, Derechos y Salud, de julio de 2012; el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/HRC/14/20, 2010; y la Nota de orientación de ONUSIDA sobre el VIH y el trabajo sexual, 2012.

† Véanse las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (quinta directriz / apartado 22): «Los Estados deberían promulgar o fortalecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación en los sectores tanto público como privado a las poblaciones clave de mayor riesgo, las personas que viven con el VIH y las discapacitadas, velar por el respeto de la vida privada, la confidencialidad y la ética en la investigación sobre seres humanos, insistir en la formación y conciliación, y aportar medios administrativos y civiles prontos y eficaces».

Recomendación 3

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

Implicaciones

- La despenalización del trabajo sexual debería reducir la estigmatización. Deberían tomarse medidas complementarias para reducir la estigmatización asociada al VIH y al trabajo sexual en los entornos de atención de la salud y dentro de las comunidades.
- Deberían ponerse en marcha programas para sensibilizar y formar a los proveedores de atención de la salud sobre la no discriminación y sobre el derecho de las personas trabajadoras del sexo a una atención de alta calidad no coactiva, a la confidencialidad y al consentimiento informado.
- Se debería contar con los grupos y organizaciones de personas trabajadoras del sexo como colaboradores y líderes esenciales a la hora de diseñar, planificar, aplicar y evaluar los servicios de salud.
- Los servicios de salud esenciales para las personas trabajadoras del sexo deben incluir un acceso universal a los condones masculinos y femeninos y a los lubricantes, así como el acceso a unos servicios integrales de salud sexual y reproductiva y el acceso equitativo a todos los servicios de salud disponibles, incluida la atención primaria.

Recomendación 4

La violencia contra las personas trabajadoras del sexo supone un factor de riesgo de infección por VIH y debe ser prevenida y abordada en colaboración con las propias personas trabajadoras del sexo y las organizaciones que dirigen.

Implicaciones

- La violencia contra las personas trabajadoras del sexo debe ser objeto de monitorización y notificación, y se deben establecer mecanismos de reparación para proporcionarles justicia.
- Los funcionarios policiales y los proveedores de atención integral de la salud y social deben recibir formación para reconocer y defender los derechos humanos de las personas trabajadoras del sexo, y se les deben exigir responsabilidades en caso de que vulneren los derechos de las personas trabajadoras del sexo, por ejemplo ejerciendo la violencia contra ellas.
- Se deben proporcionar servicios de apoyo a las personas trabajadoras del sexo que sean objeto de violencia.

4. RECOMENDACIONES TÉCNICAS

4.1 Empoderamiento comunitario

Consideraciones previas

Las personas trabajadoras del sexo están expuestas con frecuencia al VIH y otras ITS y presentan numerosos factores de riesgo para la infección, como son las relaciones con múltiples parejas sexuales, las barreras a la negociación de un uso sistemático del condón o la elevada prevalencia de ITS (6,14). Además, a menudo las personas trabajadoras del sexo no están en condiciones de controlar los factores de riesgo citados a causa del entorno jurídico, político y social y del contexto en el que viven y trabajan, lo que las hace vulnerables al VIH y otras ITS (15).

Es probable que los programas que actúen exclusivamente sobre el riesgo individual de las personas trabajadoras del sexo o sus clientes tengan un efecto limitado. En cambio, las intervenciones de carácter ambiental y estructural —como el empoderamiento comunitario dirigido a reducir la vulnerabilidad de las personas trabajadoras del sexo— pueden proporcionar a estos profesionales un mayor control sobre sus condiciones de trabajo y por ende sobre su riesgo de infección (19, 26, 44–47). El empoderamiento comunitario es un proceso colectivo mediante el cual las personas trabajadoras del sexo abordan sus restricciones estructurales a la salud, los derechos humanos y el bienestar para crear cambios sociales y de comportamiento y mejorar el acceso a los servicios de salud y así reducir el riesgo de infección por VIH. Las intervenciones realizadas a través de un modelo de empoderamiento comunitario incluyen, entre otras, la colaboración sostenida con personas trabajadoras del sexo locales para aumentar la concienciación sobre los derechos de estos profesionales, la creación de centros sociales dirigidos por la comunidad, la formación de colectividades que determinen la gama de servicios que deben prestarse, o las tareas de divulgación y promoción. Puede consultarse información adicional en el resumen de las evidencias del Anexo 6.1. Las intervenciones de empoderamiento comunitario aspiran a crear un espacio seguro, utilizando la solidaridad y la eficacia colectivas para defender un mayor poder y control en la sociedad y desafiar a las estructuras que niegan control y justicia a este grupo (48,49).

Evidencias disponibles

Se llevó a cabo una revisión sistemática para determinar los efectos del empoderamiento comunitario sobre los resultados de interés, esto es, la morbilidad y mortalidad asociadas al VIH y a las ITS (véase el marco de resultados para las intervenciones preventivas en el Anexo 2). El empoderamiento se definió como un proceso de acción social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades con los objetivos de un mayor control individual y comunitario, una actuación política eficaz, una mejor calidad de la vida comunitaria y una mayor justicia social (49). La revisión incluyó un total de 10 estudios.

En conjunto se observaron tendencias positivas en cuanto al efecto sobre los resultados asociados al VIH de las intervenciones dirigidas a personas trabajadoras del sexo basadas en el empoderamiento comunitario. (Los detalles pueden consultarse en las tablas de evidencias del Anexo 3).

1. Reducción de la prevalencia de la infección por VIH
Tres estudios midieron la infección por VIH como resultado; solo los dos estudios con un periodo de seguimiento reducido (un promedio de 2,5 años) mostraron una reducción estadísticamente significativa de la prevalencia de la infección (OR: 0,84).
2. Reducción de la prevalencia de las ITS
Seis estudios midieron como resultado una ITS o una combinación de ellas. Un estudio mostró una reducción estadísticamente significativa de la prevalencia combinada de infección por *N. gonorrhoeae* (gonorrea) y *C. trachomatis* (clamidiasis) entre el momento inicial y el seguimiento a los 12 meses (OR: 0,51). Cuatro estudios mostraron una reducción estadísticamente significativa de la prevalencia de gonorrea (OR: 0,65) tras un periodo de seguimiento medio de dos años. Cuatro estudios que midieron la prevalencia de la clamidiasis y otros cuatro que midieron resultados relacionados con la sífilis mostraron un efecto positivo del empoderamiento comunitario, aunque el efecto no resultó estadísticamente significativo.
3. Aumento del uso del condón
Nueve estudios con diferentes diseños midieron el uso del condón. El empoderamiento comunitario estuvo asociado con un incremento significativo del uso del condón con los clientes (OR: 1,96–5,87).

Calidad de las evidencias

El conjunto de evidencias que respaldan el efecto del empoderamiento comunitario sobre el VIH y los resultados asociados al VIH presenta una calidad muy baja. Entre los 10 estudios incluidos en la síntesis cuantitativa había uno identificado como ECA, un estudio longitudinal y ocho estudios transversales. El ECA solo había asignado aleatoriamente un centro a cada grupo, por lo que carecía de capacidad de controlar posibles factores de confusión. De hecho, el estudio presentaba diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a características iniciales importantes como el estado civil, el conocimiento de al menos un método de prevención del VIH o el uso de condón. La calidad también se veía comprometida por la falta de cegamiento y la ausencia de información sobre los participantes perdidos durante el seguimiento. Si se combina todo ello con el carácter indirecto del resultado medido (uso referido del condón), la impresión resultante es que el estudio proporciona evidencias de baja calidad. El estudio longitudinal presentaba un elevado riesgo de sesgo porque más de la mitad de los participantes se perdieron durante el seguimiento al cabo de un año. Siete de los ocho estudios transversales presentaban riesgo de sesgo.

Balance entre beneficios y daños

Los beneficios del empoderamiento comunitario son elevados y superan los daños. Los primeros se enumeran en el resumen de las evidencias [Anexo 6.1]. En cuanto a los segundos, no se identificaron daños en relación con los resultados evaluados en este análisis. Aunque el empoderamiento comunitario se considera un resultado importante en sí mismo, no identificamos ningún estudio sobre el empoderamiento comunitario que pudiera evaluarse mediante la metodología GRADE. En la tabla de decisiones [Anexo 4.1b] figura información adicional.

Aceptabilidad (valores y preferencias)

El empoderamiento colectivo fue considerado un componente imprescindible para mejorar las condiciones de vida y trabajo de las personas trabajadoras del sexo, desarrollar estrategias de intervención dirigidas por el propio colectivo para promover su salud y sus derechos, y reparar las violaciones de los derechos humanos. En respuesta a las preguntas sobre cómo ayudar a las personas trabajadoras del sexo a proteger su salud, las personas encuestadas aludieron a menudo a la relación entre los derechos individuales y colectivos y al control sobre las condiciones de trabajo y de vida (38).

Viabilidad y uso de recursos

Las intervenciones de empoderamiento comunitario dirigidas a las personas trabajadoras del sexo han demostrado su viabilidad en diferentes contextos. El empoderamiento comunitario requiere recursos humanos y económicos.

Otros aspectos

El concepto de empoderamiento comunitario tiene muchas interpretaciones, por lo que su evaluación resulta compleja y difícil (48). Es necesario considerar los diferentes componentes del empoderamiento comunitario y sus enfoques prácticos, que en la actualidad no están normalizados y pueden ser muy distintos según los casos. Además, los ECA no resultan adecuados para responder a las preguntas sobre la eficacia de las intervenciones, ya que las cadenas causales entre las intervenciones dirigidas a las personas trabajadoras del sexo y su efecto sobre la salud son complejas y pueden verse afectadas por numerosas características de la población, el sistema de salud o el entorno (50). El empoderamiento comunitario obtuvo el respaldo unánime de los participantes en la reunión de consenso, entre los que figuraban responsables de programas nacionales, investigadores académicos, representantes de organismos donantes y personas trabajadoras del sexo que no habían participado en la encuesta sobre valores y preferencias. La solidez de la recomendación es firme porque sus beneficios son elevados, no existen daños y los recursos necesarios son mínimos.

Recomendación

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

Recomendación firme, calidad de la evidencia muy baja

Observaciones:

- Las intervenciones realizadas a través de un modelo de empoderamiento comunitario incluyen, entre otras, la colaboración sostenida con personas trabajadoras del sexo locales para aumentar la concienciación sobre los derechos de estas profesionales, la creación de centros sociales dirigidos por la comunidad, la formación de colectivos que determinen la gama de servicios que deben prestarse, o las tareas de divulgación y promoción.
- El empoderamiento comunitario es un componente necesario de las intervenciones dirigidas a las personas trabajadoras del sexo y debería ser dirigido por los propios profesionales.
- Los beneficios son elevados, no existen daños y los recursos necesarios son relativamente reducidos.

4.2 Promoción del uso del condón

Consideraciones previas

Durante mucho tiempo, los condones fueron el único método conocido para prevenir la transmisión del VIH por vía sexual. Su uso se viene recomendando para prevenir la infección por VIH desde mediados de la década de los ochenta. Para que los condones protejan eficazmente contra la infección por VIH deben utilizarse de un modo correcto y sistemático. Hay muchos factores que determinan su impacto sobre la salud pública: por ejemplo, quiénes usan los condones, con qué parejas los usan, y hasta qué punto los usan de forma correcta y sistemática (51).

Los programas de promoción del uso del condón, entre ellos algunos dirigidos por la comunidad, han logrado aumentar su uso en el ámbito del sexo comercial. Estos programas se han asociado a niveles muy elevados de uso referido del condón y descenso en la prevalencia del VIH y otras ITS en numerosos entornos de África, Asia o América Latina (4, 24, 52).

Debería utilizarse un lubricante de base acuosa para aliviar los numerosos efectos secundarios molestos del uso frecuente del condón que experimentan las personas trabajadoras del sexo y sus clientes. Debería reducirse el uso de lubricantes inadecuados que dañan los condones. En un estudio realizado en Tailandia, aproximadamente el 95% de personas trabajadoras del sexo expresó su interés en utilizar habitualmente lubricantes de base acuosa, explicando que esto reducía el tiempo transcurrido hasta la eyaculación de los clientes, los dolores y molestias vaginales, y los casos de rotura del condón (53). También se promueve el uso de lubricantes para el sexo anal: son especialmente importantes en el caso de las personas trabajadoras del sexo masculinos y personas trans para reducir el riesgo de lesiones y, por consiguiente, el riesgo de transmisión del VIH. La disponibilidad y promoción de los condones masculinos y femeninos y de los lubricantes van de la mano con los mensajes sobre la prevención del VIH.

Aunque no es fácil disponer de datos que demuestren su eficacia en la prevención del VIH, el condón femenino se viene promoviendo desde 1994 como alternativa al masculino y podría mejorar la capacidad de las mujeres de protegerse durante las relaciones sexuales. Estudios realizados entre personas trabajadoras del sexo han documentado unos niveles de protección mayores cuando se añade el condón femenino a los sistemas de distribución de condones masculinos (54,55).

Evidencias disponibles

Las evidencias se basan en una revisión Cochrane que analizó la eficacia del condón masculino en la reducción de la transmisión heterosexual del VIH (56). Se compararon trece cohortes de parejas heterosexuales serodiscordantes que «siempre usaban condón» y diez cohortes que «nunca usaban condón», y se obtuvo una razón de riesgos (RR) de 0,17. Como no han surgido nuevos datos desde la publicación de esta revisión Cochrane en 2009, el grupo que elaboró las directrices no consideró necesario llevar a cabo una nueva revisión sistemática.

Calidad de las evidencias

Todos los estudios incluidos eran de carácter observacional pero hallaron un efecto de gran magnitud. La calidad del conjunto de los datos se valoró como moderada. No hay motivos que hagan suponer que la eficacia del uso del condón entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes pueda diferir de la eficacia entre la población general.

Balance entre beneficios y daños

Los beneficios del uso del condón superan sus riesgos. La eficacia global del uso del condón fue del 82,9% comparando las parejas que siempre utilizaban condón con las que nunca lo hacían. No se estudiaron aspectos relacionados con la calidad de vida.

Aceptabilidad (valores y preferencias)

Quienes respondieron a la encuesta de la NSWP apoyaron unánimemente la promoción del uso del condón y el reparto de condones entre las personas trabajadoras del sexo. Todos las personas trabajadoras del sexo consideraron deseable una mayor disponibilidad de condones masculinos, especialmente en entornos relacionados con el trabajo sexual. Algunas personas encuestadas se refirieron a la mala calidad u olor desagradable de los condones masculinos ofrecidos gratuitamente. En general no existía disponibilidad de condones femeninos, o bien eran demasiado caros para resultar asequibles. Los encuestados destacaron la necesidad de distribuir lubricantes de base acuosa como complemento de la promoción del uso del condón (38).

Viabilidad y uso de recursos

Existen datos sobre programas en entornos de rentas bajas y medias que demuestran que la promoción del uso del condón resulta viable. Los condones masculinos son poco costosos.

Recomendación

Recomendamos un uso correcto y sistemático del condón entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes.

Recomendación firme, calidad de las evidencias moderada

Observaciones:

- Los programas de fomento del uso del condón no deben suponer en ningún caso coacción.
- La tenencia de condones no debe utilizarse como prueba de actividades delictivas asociadas al trabajo sexual.
- Debería ofrecer un gel lubricante de base acuosa junto con los condones.

4.3 Tamizado de ITS asintomáticas

Consideraciones previas

Las ITS son motivo de preocupación no solo por las molestias asociadas a la infección aguda sino también porque tienen más probabilidad de cursar de forma asintomática o no ser detectadas, de mayor incidencia entre las mujeres. Esto conduce a un retraso en el tratamiento y, por tanto, a una mayor prevalencia, pudiendo dar lugar a la aparición de complicaciones graves, entre ellas cáncer cérvico-uterino o enfermedad inflamatoria pélvica con resultado de infertilidad, dolor crónico, embarazo ectópico o mortalidad materna asociada (57).*

Por consiguiente, no debe esperarse a la aparición de síntomas, especialmente en el caso de las *mujeres trabajadoras del sexo. Las pruebas de laboratorio para el tamizado de ITS tratables realizadas tras un riesgo de exposición o a intervalos predeterminados aspiran a identificar y tratar infecciones asintomáticas que de otro modo no se detectarían (11). En el caso de las personas con ITS sintomáticas, el grupo remitió a las *Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual* publicadas por la OMS en 2003 y actualmente en proceso de actualización (58).

Evidencias disponibles

Se llevó a cabo una revisión sistemática para determinar si el tamizado de ITS mediante pruebas de laboratorio entre mujeres trabajadoras del sexo resulta eficaz para reducir la prevalencia o incidencia de las ITS. La revisión sistemática incluyó un total de 10 estudios. En general, se hallaron tendencias positivas en cuanto al efecto del tamizado de ITS en la prevalencia e incidencia de las ITS. (Los detalles pueden consultarse en las tablas de la evidencia del Anexo 3).

1. Sífilis

El tamizado de sífilis se realizó mediante pruebas rápidas, tales como la prueba de Reagina Plasmática Rápida (RPR) o la prueba del Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL). Cuatro estudios con tamizados trimestrales hallaron un descenso en la prevalencia de la sífilis (no se dispone del dato de RR). Un estudio con tamizado semestral no detectó una reducción en la prevalencia de la sífilis.

2. Gonorrea

Se encontraron nueve estudios que empleaban diversas pruebas de tamizado, desde la visualización del cuello del útero al cultivo endocervical. El tamizado se asoció a una disminución de la gonorrea (RR: 0,77), aunque sin alcanzar significación estadística.

3. Clamidiasis

Se encontraron nueve estudios que empleaban diversas pruebas de tamizado, desde la visualización del cuello del útero al inmunoensayo de clamidiasis. Ocho estudios hallaron una reducción inicial o a largo plazo en las tasas de clamidiasis.

* Nota: estas directrices no abordan el tamizado del Virus del Papiloma Humano (VPH) y el cáncer cérvicouterino, que se trata en otras directrices.

4. Tricomoniasis

Tras un tamizado mediante una simple prueba con preparación en fresco se observaron reducciones a corto plazo en la infección por tricomonas en la mayoría de los nueve estudios hallados; sin embargo, estas reducciones no se mantuvieron a largo plazo.

Calidad de las evidencias

El conjunto de evidencias que respaldan el efecto del tamizado de las mujeres que se dedican al trabajado sexual sobre la reducción de la incidencia de ITS es de baja calidad. Entre los 10 estudios incluidos en la síntesis cuantitativa había un ECA y nueve estudios longitudinales. La clasificación de calidad del ECA se redujo de nivel a causa de sus graves limitaciones de diseño y su imprecisión. La mayoría de los estudios eran de carácter observacional y carecían de grupos de control externos. Es probable que existieran factores de confusión significativos, puesto que el tamizado fue solo una de las intervenciones realizadas en los estudios.

Balance entre beneficios y daños

Probablemente, los beneficios del tamizado de ITS entre las mujeres que se dedican al trabajo sexual superan los riesgos. Se ha observado un descenso rápido y una reducción sostenida en la prevalencia de sífilis, gonorrea y clamidiasis. En cuanto a los beneficios del tamizado de tricomoniasis, se observó una marcada falta de sostenibilidad. Entre los beneficios más amplios del tamizado de ITS figuran la prevención de complicaciones y de una posible transmisión, así como un aumento de las oportunidades de asesoramiento y comunicación a las parejas. En los estudios no se refirieron posibles efectos adversos (falsos positivos y discriminación).

Aceptabilidad (valores y preferencias)

Quienes respondieron a la encuesta de la NSWP sobre valores y preferencias expresaron un respaldo unánime al tamizado periódico voluntario de ITS (38). En un taller celebrado en Madagascar, las mujeres trabajadoras del sexo solicitaron la realización voluntaria periódica de un tamizado serológico de sífilis y una especuloscopía (59).

Viabilidad y uso de recursos

El tamizado de sífilis con pruebas sencillas como la RPR o la prueba rápida implica requisitos de laboratorio mínimos y su disponibilidad es generalizada. En cambio, el tamizado de gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis requiere nuevos tipos de pruebas que se realizan en el propio centro de atención de la salud y resultan complejas y costosas, como las basadas en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Estas pruebas no están disponibles en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios.

Otros aspectos

Las pruebas de tamizado empleadas en los estudios objeto de la revisión abarcaban la visualización del cuello del útero, el recuento microscópico de leucocitos en frotis cervicouterinos y el cultivo endocervical. Ninguna de estas pruebas presenta una sensibilidad elevada para la detección de gonorrea y clamidiasis (60,61). El uso de pruebas nuevas y más sensibles, como las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN), habría hecho probablemente que el efecto del tamizado fuera mayor. Sin embargo, debe subrayarse que las PAAN son costosas y no están disponibles en la mayoría de los entornos en los países de ingresos bajos o medios.

Recomendación

Sugerimos ofrecer a las mujeres trabajadoras del sexo un tamizado periódico de ITS asintomáticas.

Recomendación condicional, calidad de las evidencias baja

Observaciones:

- Las pruebas de ITS no deben tener carácter coactivo ni obligatorio.
- El tamizado de sífilis apenas requiere formación y equipo de laboratorio y resulta poco costoso. El control de calidad resulta esencial.
- El tamizado de gonorrea y clamidiasis implica actualmente pruebas complejas y muy costosas.
- El tamizado de ITS debería formar parte de un conjunto de servicios integrales de prevención y tratamiento de las ITS.

4.4 Tratamiento preventivo periódico de las ITS

Consideraciones previas

En la mayoría de los entornos, para la mayoría de las ITS bacterianas se dispone de tratamientos eficaces y asequibles mediante antibióticos seguros de dosis única. Sin embargo, como se ha comentado en el apartado 4.3 referido al tamizado de ITS, la mayoría de las ITS en las mujeres son asintomáticas, y las pruebas de tamizado suficientemente precisas son costosas y no suelen estar disponibles en los entornos de ingresos bajos y medios (62). Esto ha llevado a utilizar el tratamiento preventivo periódico (TPP) entre las personas trabajadoras del sexo a fin de reducir su elevada carga de infección, mayoritariamente no detectada (63). El TPP se define como el tratamiento de ITS curables basado en el alto riesgo que sufren las personas trabajadoras del sexo de adquirir una infección y en la prevalencia de dicha infección, y no en síntomas, signos o resultados analíticos (62). El TPP podría considerarse similar al tratamiento preventivo de mujeres sintomáticas, basado en una evaluación de riesgos, o por tener parejas sexuales identificadas en las listas de pacientes con ITS.

Evidencias disponibles

Se llevó a cabo una revisión sistemática para determinar si el TPP entre mujeres trabajadoras del sexo resulta eficaz para reducir la prevalencia o incidencia de las ITS. Los resultados indicaron una reducción consistente de la prevalencia de ITS. (Los detalles pueden consultarse en las tablas de evidencias del Anexo 3). Se analizaron 12 estudios en total. De ellos, todos menos uno utilizaban una dosis única de 1 g de azitromicina, sola o en combinación con otro antibiótico. La frecuencia de tratamiento era variable, desde una vez al mes hasta una vez cada 3–6 meses.

- Reducción de la prevalencia de gonorrea
Todos los estudios referidos a la gonorrea mostraron una reducción significativa de la prevalencia. El valor de RR fue de 0,46 en un ECA publicado.
- Reducción de la prevalencia de clamidiasis
Todos los estudios sobre clamidiasis, menos uno, mostraron un descenso significativo de la prevalencia. El valor de RR fue de 0,38 en un ECA publicado.
- Reducción de la prevalencia de úlceras genitales
Los estudios observacionales mostraron una disminución de la prevalencia de úlceras genitales en * mujeres trabajadoras del sexo (RR=0,23) y en sus clientes masculinos (RR=0,21).
- Efecto del TPP sobre el uso del condón
Ocho estudios indicaron un uso del condón igual o mayor tras el TPP, mientras que un estudio indicó un descenso no significativo.

Calidad de las evidencias

La calidad global de las evidencias sobre los efectos del TPP varió entre moderada y alta. De los 12 estudios analizados, dos de ellos eran ECA y otros cuatro estudios transversales ajustados. Los estudios en los que la calidad de las evidencias era elevada emplearon el TPP como parte de un servicio de salud sexual más amplio. La calidad de las evidencias fue elevada para la gonorrea y la clamidiasis, y moderada para la sífilis, el VIH y las úlceras genitales (estudios observacionales con una elevada magnitud del efecto).

Balance entre beneficios y daños

Los beneficios del TPP superan los riesgos de dicha intervención. Se observó una reducción en todas las ITS salvo la sífilis. En situaciones en las que la prevalencia de las ITS era elevada se hallaron mayores efectos del TPP.

Los posibles riesgos del TPP están relacionados con el uso de antibióticos y con el fenómeno de compensación del riesgo por una disminución del uso del condón. En algunos estudios se observaron efectos secundarios gastrointestinales leves de los antibióticos asociados al TPP. La aparición de susceptibilidad disminuida o resistencia a las cefalosporinas en *N. gonorrhoeae* es un motivo de preocupación (64). En la revisión sistemática no se encontraron referencias a la aparición de resistencias a los antibióticos asociada al TPP. Por último, ocho estudios indicaron un uso del condón igual o mayor, mientras que un estudio indicó un descenso no significativo.

Aceptabilidad (valores y preferencias)

La encuesta de la NSWHP sobre valores y preferencias concluyó que los riesgos potenciales del TPP para las personas trabajadoras del sexo superan los posibles beneficios. Las propias personas trabajadoras del sexo refirieron consecuencias nocivas por la introducción y aplicación del TPP (38). Se alcanzó un consenso sobre el uso del TPP exclusivamente bajo las condiciones más estrictas y en circunstancias en las que las personas trabajadoras del sexo tengan acceso a toda la información relevante para tomar una decisión fundamentada.

Además, el TPP solo deberá ofrecerse si su aceptación es voluntaria, y nunca imponerse en el marco de un programa de salud pública coactivo u obligatorio.

Las personas encuestadas y las participantes en la reunión coincidieron unánimemente en que el TPP solo debe ofrecerse:

- mientras se desarrollan servicios integrales de salud sexual (que incluyan tamizado, tratamiento y cuidados)
- como parte de un conjunto integral de intervenciones preventivas, terapéuticas y de atención de la salud contra el VIH y las ITS, que incluya el empoderamiento comunitario, las intervenciones dirigidas selectivamente a los clientes y la promoción del uso del condón.

También se solicitó que se lleve a cabo un seguimiento continuo de los posibles riesgos para las personas trabajadoras del sexo derivados del TPP y que se les informe exhaustivamente sobre el TPP y sus efectos secundarios.

Viabilidad y uso de recursos

Incluir el TPP como componente de los servicios contra las ITS para las personas trabajadoras del sexo ha demostrado ser viable en diferentes entornos (62). La viabilidad de aplicar a gran escala intervenciones combinadas que incluyan el TPP con un alto grado de cobertura y de utilización por las personas trabajadoras del sexo ha quedado demostrada por la iniciativa Avahan contra el SIDA en la India (65). El TPP no es intensivo en recursos, puesto que no requiere grandes recursos humanos ni económicos. La azitromicina y la cefixima pueden administrarse conjuntamente en una dosis única y adquirirse a un precio inferior a un dólar estadounidense en muchos casos.

Otros aspectos

El TPP solo debería aplicarse como medida de emergencia a corto plazo en los casos en que la prevalencia de ITS sea elevada (p.ej. superior al 15%) y suprimirse lo antes posible (p.ej. al cabo de seis meses) incluso aunque la prevalencia no haya descendido, ya que para entonces deberían haberse aplicado otras medidas para mantener el control. Las consideraciones operativas asociadas abarcan:

- el desarrollo de servicios de salud sexual adecuados e integrales en colaboración con las personas trabajadoras del sexo
- el uso de antibióticos combinados de dosis única para lograr unas tasas de curación elevadas
- el refuerzo de la promoción del uso del condón, garantizando la calidad y accesibilidad, para reducir las tasas de reinfección
- el refuerzo de la labor de divulgación dirigida por las propias trabajadoras del sexo para aumentar el conocimiento, la cobertura y el uso de los servicios
- el fomento de condiciones laborales más seguras a fin de aumentar las oportunidades de negociación del uso del condón

- el uso del TPP únicamente en combinación con los demás elementos citados para reforzar el control de las ITS y la prevención del VIH entre las personas trabajadoras del sexo y sus clientes (66).

Recomendación

Sugerimos ofrecer a las mujeres trabajadoras del sexo un tratamiento preventivo periódico de ITS asintomáticas cuando exista una prevalencia elevada y los servicios clínicos sean limitados.

Recomendación condicional, calidad de las evidencias moderada-alta

Observaciones

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

4.5 Asesoramiento y pruebas de carácter voluntario en relación con el VIH

Consideraciones previas

El asesoramiento y las pruebas de carácter voluntario constituyen un componente integral de las estrategias de prevención y tratamiento del VIH en todo el mundo. Al combinar un asesoramiento personalizado con información sobre la serología del VIH, las medidas de asesoramiento y pruebas de carácter voluntario pueden contribuir a motivar a las personas para que cambien sus conductas a fin de evitar la transmisión del virus (67). No solo permiten a las personas tomar decisiones fundamentadas sobre su vida, sino también acceder a servicios de tratamiento, prevención y atención de la salud. Conocer su estado serológico puede motivar a las personas trabajadoras del sexo a adoptar o mantener una conducta sexual segura, y las personas trabajadoras del sexo con VIH pueden recibir asesoramiento de apoyo, tratamiento de infecciones oportunistas y terapia antirretrovírica (TAR).

Directrices de la OMS sobre asesoramiento y pruebas del VIH

La OMS ha elaborado las siguientes directrices sobre asesoramiento y pruebas del VIH, destinadas a diferentes entornos:

Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities 2007 (68).

La OMS y la Secretaría del ONUSIDA respaldan firmemente seguir expandiendo las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH solicitados por el paciente, pero reconocen la necesidad de otros enfoques innovadores y diversificados. Los centros de salud representan un punto de contacto clave para las personas con VIH que necesitan prevención, tratamiento, atención integral y apoyo en relación con el VIH. Tanto en entornos industrializados como con recursos limitados existen datos que sugieren que se pierden muchas oportunidades para diagnosticar y asesorar a las personas en los centros de salud, y que las pruebas y el asesoramiento sobre VIH solicitados por el personal del centro de salud facilitan el diagnóstico y el acceso a los servicios relacionados con el VIH. La preocupación que suscitan los riesgos de coacción a los pacientes y de vulneración del secreto médico y las consecuencias negativas de la revelación de la seropositividad subrayan la importancia de la formación y supervisión del personal del centro de salud y la necesidad de seguir y evaluar de cerca los programas de pruebas y asesoramiento sobre el VIH solicitados por el profesional de la salud.

Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults, 2010 (69).

Las personas pueden seguir manteniendo prácticas de riesgo e infectarse después de someterse a una prueba de VIH, o haber mantenido una relación sexual de riesgo en los tres meses previos a la prueba (y sufrir una infección aguda aunque se obtenga un resultado negativo en la prueba de anticuerpos contra el VIH). Por consiguiente, las recomendaciones actuales de la OMS son pedir a las personas que se repitan la prueba pasadas seis semanas, y al menos una vez al año en lo sucesivo.

Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples, 2012 (70).

Estas directrices recomiendan aumentar la oferta de asesoramiento y pruebas de VIH de carácter voluntario para parejas y apoyan la revelación mutua de la serología entre los miembros de la pareja. También recomiendan ofrecer TAR para la prevención del VIH en parejas serodiscordantes.

Requisitos previos para las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH

Es esencial que las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH cumplan las premisas básicas de autodeterminación, respeto a la intimidad, toma de decisiones informada y protección. Deben seguirse los mismos principios cruciales tanto si las pruebas del VIH se realizan entre las personas trabajadoras del sexo como entre la población general:

- **Voluntariedad de los servicios de pruebas diagnósticas**
Las pruebas obligatorias o coactivas nunca resultan adecuadas, independientemente de que la coacción tenga su origen en la legislación, en el personal del centro de salud o en las parejas o familiares.
- **Consentimiento**
Las personas que se sometan a pruebas del VIH deberán dar su consentimiento informado para someterse a las pruebas y recibir asesoramiento.
- **Confidencialidad**
Los servicios de pruebas y asesoramiento sobre el VIH son confidenciales, lo que significa que la conversación entre el proveedor de salud y los pacientes no debe revelarse a nadie más sin el consentimiento expreso del paciente, o de ambos miembros de la pareja (en el caso de las pruebas de pareja).
- **Asesoramiento**
Las pruebas del VIH deben acompañarse de una información previa y un asesoramiento posterior adecuados y de alta calidad. Deberían existir mecanismos de aseguramiento de la calidad y sistemas complementarios de supervisión para garantizar una buena calidad del asesoramiento prestado.
- **Resultados correctos de las pruebas**
Los proveedores de pruebas y asesoramiento sobre el VIH deben aspirar a ofrecer servicios de pruebas diagnósticas de alta calidad. Deberían existir mecanismos de aseguramiento de la calidad para garantizar que la persona que se somete a las pruebas recibe unos resultados correctos. El aseguramiento de la calidad puede incluir medidas tanto internas como externas, y debería contar con el apoyo del laboratorio nacional de referencia cuando sea necesario.
- **Vinculación con otros servicios**
Las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH incluyen una derivación eficaz a los servicios posteriores que puedan estar indicados (p.ej. TAR o Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo [PTMH]). Esto también incluye la prevención a largo plazo y el apoyo al tratamiento.

Aceptabilidad (valores y preferencias)

Los encuestados y los participantes en la reunión expresaron unánimemente su rotundo rechazo a las pruebas obligatorias o coactivas (38). Se informó de que, en muchos países, la policía utiliza las pruebas obligatorias contra los empresarios de los negocios de sexo o la plantilla de trabajadoras del sexo. A menudo, los resultados se comunican a terceros, como empresarios de los negocios de sexo o personal de los programas de información y divulgación. Muchos encuestados subrayaron que, a fin de aumentar la disponibilidad de la TAR para entre las personas trabajadoras del sexo, es necesario que un mayor número de ellas conozcan su estado serológico, lo que a su vez requiere de unos servicios de pruebas del VIH en los que las personas trabajadoras del sexo confíen y a los que puedan acceder fácilmente.

Recomendación

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

En línea con las recomendaciones de la OMS

Observaciones

- Las pruebas del VIH deben ser gratuitas, voluntarias y confidenciales e incluir asesoramiento y consentimiento informado.
- Las pruebas del VIH deben estar vinculadas a otros servicios relacionados con el VIH.

4.6 Tratamiento antirretrovírico

Consideraciones previas

Los avances en el tratamiento de la infección por VIH han permitido aumentar sustancialmente la longevidad y calidad de vida de las personas con VIH en los países de ingresos altos (71). Aunque algunos estudios piloto han demostrado la viabilidad clínica y la eficacia del Tratamiento Antirretrovírico altamente Activo (TARAA) en una variedad de países, como el Camerún, Costa de Marfil, la India, Kenia, Malawi, Senegal, Sudáfrica y Uganda (72–74), el acceso al TAR en entornos de bajos recursos es limitado. En los últimos tiempos, las perspectivas de un acceso ampliado al TAR en entornos de bajos recursos han mejorado mucho gracias a los esfuerzos mundiales y nacionales para reducir el costo de los fármacos antirretrovíricos (ARV), a la mayor disponibilidad de genéricos más baratos, y al aumento de la financiación ofrecida por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial), el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para el Alivio del SIDA (PEPFAR) y otros (74). Esta mejora en el acceso ha alimentado la esperanza de poder salvar muchas vidas (75).

En general, las personas trabajadoras del sexo tienen más dificultades que la población general a la hora de recibir atención continuada y seguir correctamente el tratamiento debido a la estigmatización y la discriminación contra ellas en los entornos sanitarios y a su movilidad, que puede tener muchas causas, tales como eludir el acoso de la policía o los propietarios de prostíbulos o buscar clientes (76). Sin embargo, proporcionar TAR a las personas trabajadoras del sexo es una medida viable y tan eficaz como entre la población general. Existen estudios que demuestran que es posible mantener los resultados clínicos y biológicos (como el incremento del recuento de linfocitos CD4) entre las personas trabajadoras del sexo (77).

Además del beneficio individual para cada persona trabajadora del sexo, proporcionar TAR entre el colectivo podría tener un efecto enorme sobre la epidemia de SIDA. Efectivamente, las personas trabajadoras del sexo que viven con el VIH tienen numerosas parejas sexuales y forman parte de redes sexuales extensas, por lo que si se reduce significativamente su carga vírica de VIH proporcionándoles TAR de un modo eficaz podría conseguirse reducir el riesgo de transmisión sexual a otros miembros de la comunidad (78).

Directrices de la OMS sobre el TAR

Las directrices de la OMS sobre el TAR para la infección por VIH en adultos y adolescentes se publicaron originalmente en 2002 y se revisaron en 2003 y 2006. Los nuevos datos disponibles constituyeron la base de las recomendaciones revisadas contenidas en las directrices de 2010. El proceso implicó la elaboración de perfiles GRADE, la realización de revisiones sistemáticas selectivas, el análisis de los riesgos y beneficios, la elaboración de informes técnicos y la evaluación del efecto, la viabilidad y los costos (79). La OMS está elaborando unas directrices unificadas sobre el uso del TAR que se publicarán en 2013.

Los cuatro mensajes clave de las directrices de 2010 pueden resumirse como sigue:

1. Iniciar el TAR más precozmente: aplicar el TAR antes de que el paciente presente síntomas, empezando cuando el recuento de CD4 sea de 350 células/mm³ o menor. Las directrices anteriores recomendaban iniciar el TAR cuando el recuento de CD4 fuera de 200 células/mm³, o menor.
2. Usar opciones menos tóxicas y más cómodas y tolerables para el paciente: reducir el riesgo de acontecimientos adversos utilizando fármacos menos tóxicos y mejorar el cumplimiento terapéutico utilizando combinaciones de dosis fijas.
3. Mejorar el tratamiento de las coinfecciones de tuberculosis y VIH y de hepatitis B y VIH: iniciar el TAR en todas las personas con VIH que presenten tuberculosis activa o hepatitis B crónica activa independientemente de su recuento de linfocitos CD4.
4. Promover el uso estratégico del control terapéutico mediante pruebas de laboratorio: utilizar análisis de laboratorio como el recuento de CD4 o la determinación de la carga vírica para mejorar la eficacia y la calidad del tratamiento contra el VIH y de los cuidados asociados.

Consideraciones específicas respecto a las personas trabajadoras del sexo que reciben el TAR

Los principios de uso del TAR, incluidos los referidos al momento de inicio y a los fármacos utilizados, son iguales para todas las poblaciones con VIH. Por consiguiente, el tratamiento clínico de las personas trabajadoras del sexo VIH-positivas no debería ser diferente del de otras poblaciones y no presenta requisitos especiales. Esto hace innecesario llevar a cabo una nueva revisión sistemática y un nuevo examen de las evidencias para ese caso específico.

Sin embargo, pueden existir algunos problemas debidos a una mayor presencia de comorbilidades (tales como ITS o hepatitis), a posibles interacciones farmacológicas (por el consumo simultáneo de medicamentos o drogas), al tratamiento simultáneo asociado a la drogadicción (por ejemplo, terapia de mantenimiento con metadona) y a la falta de continuidad de la atención, con interrupciones del tratamiento (a raíz del encarcelamiento o la emigración, entre otros factores). Los responsables del tratamiento deben estar atentos a estas situaciones y manejarlas de acuerdo con las directrices existentes.

El acceso y la disponibilidad del tratamiento para las personas trabajadoras del sexo constituyen una cuestión de derechos humanos y se incluyen en el apartado de recomendaciones clave.

Aceptabilidad (valores y preferencias)

Los resultados de la encuesta de la NSWP entre las personas trabajadoras del sexo respaldaron el uso de los mismos protocolos de TAR que en otros adultos con VIH (38). Se enfatizó mucho la necesidad de un acceso universal al tratamiento, que incluya a los inmigrantes y a las personas sin documentos.

Recomendación

Recomendamos aplicar entre las personas trabajadoras del sexo VIH-positivas las actuales recomendaciones de la OMS sobre el uso de tratamiento antirretrovírico para la infección por VIH en adultos y adolescentes.

En línea con las recomendaciones de la OMS

Observaciones

1. Lo importante para las personas trabajadoras del sexo no es la eficacia, sino el acceso equitativo al TAR.
2. El TAR para las personas trabajadoras del sexo con VIH debería ofrecerse como parte de un enfoque integral de atención y apoyo.

4.7 Programas de distribución de agujas y jeringuillas

Consideraciones previas

En algunas zonas geográficas, el uso compartido de material para la inyección de drogas constituye una vía más importante para la transmisión del VIH entre las personas trabajadoras del sexo que las relaciones sexuales sin protección. En Asia, Europa, América del Norte y América Latina existe un solapamiento sustancial entre el trabajo sexual y el consumo de drogas inyectables. En muchos casos, la prevalencia del VIH entre las personas trabajadoras del sexo que se inyectan drogas es significativamente superior que entre sus compañeros de profesión que no lo hacen (80–84). Además del riesgo de adquisición del VIH por el uso compartido de material para inyecciones, un estudio realizado en Vietnam mostró que el uso del condón entre las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas es aproximadamente un 50% menor que entre aquellas que no las consumen (85).

Directrices existentes

Evidence for action technical papers: Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. 2004 (86).

Esta publicación, junto con otros documentos técnicos de la serie *Evidence for action* [«Evidencias para la adopción de medidas»] (entre ellos los relativos al tratamiento de sustitución de opiáceos, la divulgación inter pares y el TAR), pretende poner a disposición de los responsables de políticas y programas los datos que respaldan determinadas intervenciones clave para prevenir la transmisión del VIH entre las personas consumidoras de drogas inyectables. Las intervenciones analizadas van desde la oferta de información y material estéril para inyecciones hasta el efecto del tratamiento de las drogodependencias sobre la prevención del VIH. Cada publicación resume los artículos científicos publicados y comenta las implicaciones para la elaboración de programas, con especial énfasis en los entornos de recursos limitados.

WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision. 2012 (87)

Este documento ofrece orientación técnica a los países para el establecimiento de objetivos nacionales ambiciosos pero factibles para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento y los cuidados en relación con el VIH/SIDA para las personas consumidoras de drogas inyectables.

Esta guía técnica proporciona a los países:

- un marco y un proceso para establecer objetivos nacionales
- un paquete integral de intervenciones básicas para las personas consumidoras de drogas inyectables
- un conjunto de indicadores y objetivos indicativos para su uso en el establecimiento de objetivos programáticos y en el seguimiento y evaluación de las intervenciones relativas al VIH dirigidas a las personas consumidoras de drogas inyectables
- ejemplos de fuentes de datos.

Recomendación

Recomendamos el uso de la actual guía de la OMS sobre la reducción de daños entre las personas trabajadoras del sexo que consumen drogas inyectables.

En línea con las recomendaciones de la OMS.

4.8 Vacunación contra el virus de la hepatitis B

Consideraciones previas

En todo el mundo, más de 400 millones de personas padecen infección crónica por VHB. El virus de la hepatitis B es responsable de más de 300.000 casos anuales de cáncer de hígado, lo que supone un 82% de todos los tumores hepáticos malignos (88). El VHB se transmite

por contacto con la sangre u otros fluidos corporales de una persona infectada (89). El virus también puede transmitirse por contacto sexual o por el uso compartido de materiales para la inyección de drogas. Las prácticas sexuales de riesgo y el trabajo sexual están asociados a la infección por VHB en distintas regiones del mundo (90–92). En diferentes estudios, las pruebas de VHB dieron resultado positivo en un 51,6% de las mujeres trabajadoras del sexo, un 40,2% de las personas trans y un 22% de los hombres trabajadores del sexo (92,93). Afortunadamente, se dispone de vacunas muy eficaces contra el virus (94).

Directrices existentes

WHO position paper on hepatitis B vaccines. (2009) (95)

La vacuna contra la hepatitis B previene con una eficacia del 95% la infección por VHB y sus consecuencias crónicas. Las vacunas actuales contra la hepatitis B utilizan tecnología de ADN recombinante y son seguras. Según el documento de posición de la OMS sobre las vacunas contra la hepatitis B (2009), se necesitan tres dosis para una inmunización y protección completas frente a una posible infección por VHB (2009) (95). La OMS también ha publicado material de orientación sobre la prevención de las hepatitis víricas entre los consumidores de drogas inyectables (96).

Recomendación

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

En línea con las recomendaciones de la OMS.

5. CONSIDERACIONES OPERATIVAS

Si se ponen en práctica adecuadamente ateniéndose a las «buenas prácticas», las distintas recomendaciones técnicas evaluadas pueden reforzar las intervenciones dirigidas a las personas trabajadoras del sexo y contribuir a reducir la transmisión del VIH y otras ITS. Sin embargo, la magnitud de su efecto depende a menudo de diversos factores operativos y de las condiciones estructurales subyacentes del trabajo sexual. Está previsto elaborar directrices operativas que aborden estos aspectos con más detalle.

Las intervenciones más eficaces dirigidas a las personas trabajadoras del sexo combinaban componentes múltiples —aplicados con una fuerte implicación de la comunidad y respaldados por políticas de apoyo— para maximizar los resultados positivos. Tanto si empiezan por políticas de ámbito nacional para la promoción del uso del condón como si lo hacen por servicios de divulgación dirigidos por la comunidad, este tipo de programas se basa en combinaciones de intervenciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo, programas de fomento del uso del condón y servicios clínicos, tal como se recomienda en las presentes directrices. La experiencia ha permitido a numerosos programas encontrar modos de incrementar la participación de las personas trabajadoras del sexo, lo que da lugar a programas más amplios que responden a las necesidades de los diferentes colectivos y a entornos más propicios para la prevención del VIH en el ámbito del trabajo sexual.

Una de las consideraciones operativas más importantes es llegar hasta la población destinataria y hacer que esta confíe en los servicios ofrecidos. En algunos casos, las primeras intervenciones dirigidas por las personas trabajadoras del sexo han evolucionado hasta convertirse en respuestas sólidas basadas en la comunidad que han abordado con éxito las condiciones estructurales de vulnerabilidad en el trabajo sexual. Las intervenciones dirigidas por la comunidad son un instrumento potente que puede cambiar las conductas individuales y crear un entorno que favorezca las prácticas sexuales seguras. Se ha demostrado en diversos entornos que los programas de divulgación dirigidos por la comunidad pueden incrementar los conocimientos sobre el VIH, el uso del condón y las prácticas sexuales seguras entre las personas trabajadoras del sexo (4,47,48,97). El empoderamiento comunitario es un proceso dirigido por las personas trabajadoras del sexo que implica una acción colectiva para desafiar las estructuras de poder que les niega el acceso a recursos sociales y materiales, entre los que figuran los servicios de salud en general y los relativos al VIH en particular.

Las personas trabajadoras del sexo necesitan una atención médica accesible, aceptable y de buena calidad en todos los niveles, que puede proporcionarse a través de distintos canales, ya sean servicios dirigidos por ellas mismas —tales como servicios clínicos, de reducción del daño y de tratamiento de la drogadicción— o servicios integrados en centros de atención primaria de salud y centros de salud sexual y reproductiva. Independientemente del modelo utilizado, entre las características importantes figuran la ubicación accesible y adecuada, un horario de atención cómodo, la asequibilidad o gratuidad de la atención a la salud, la confidencialidad y la ausencia de juicios de valor por parte de los profesionales de la salud (98,99). La promoción de los servicios clínicos en la comunidad y el refuerzo de los mensajes sobre cambios de hábitos y el fomento del uso del condón en el centro clínico contribuyen a incrementar las sinergias en la prevención y el tratamiento.

Los factores estructurales y del entorno político también son cruciales. La divulgación, los programas de fomento del uso del condón y los servicios clínicos constituyen intervenciones clave, pero su eficacia puede verse limitada si se aplican en entornos hostiles o represivos. Aquellos programas que han conseguido cambios «estructurales» que mejoran las condiciones en que se lleva a cabo el trabajo sexual son los que han logrado algunos de los resultados más impresionantes en cuanto a prevención del VIH y otras ITS. Dos cambios estructurales básicos son a) facilitar el uso del condón en los establecimientos de trabajo sexual y b) reducir la discriminación, el acoso y la violencia que impiden a las personas trabajadoras del sexo acceder a los servicios y participar activamente en los programas. Las políticas que promuevan estos cambios y cuenten con el respaldo de los más altos niveles políticos facilitarán en gran medida la aplicación de los programas y su ampliación a escala nacional.

6. CARENCIAS EN INVESTIGACIÓN Y ADAPTACIONES FUTURAS DE LAS DIRECTRICES

Probablemente, la máxima prioridad en investigación es plantear recomendaciones operativas para diferentes entornos. Por lo tanto, la investigación operativa asociada a las intervenciones debería formar parte del proceso de adaptación y puesta en práctica de las directrices.

Las presentes directrices se basan en preguntas PICO elaboradas en 2010. Puesto que el acervo de datos sobre las intervenciones relacionadas con el VIH crece constantemente, pueden surgir conocimientos que desemboquen en nuevas estrategias de salud pública. Esto puede obligar a plantear nuevas preguntas PICO en las futuras revisiones y adaptaciones de las directrices. Por otra parte, en las revisiones sistemáticas realizadas para elaborar las presentes directrices se han observado importantes carencias de datos, que exponemos a continuación. Las investigaciones futuras deberían ir encaminadas a cubrir dichas carencias.

6.1 Empoderamiento comunitario

La definición del empoderamiento comunitario es muy amplia y sus distintos componentes no están bien definidos. Se necesitan estudios cualitativos para caracterizar y comprender mejor el empoderamiento comunitario y establecer en qué se diferencia de las actividades de movilización. También es necesario elaborar y validar instrumentos de medida para los resultados del empoderamiento en los niveles individual y comunitario.

Utilizando el proceso GRADE, la calidad de las evidencias de los efectos del empoderamiento comunitario sobre la prevención del VIH fue valorada como muy baja. Sin embargo, los ECA no resultan adecuados para responder a este tipo de cuestiones y convendría realizar más estudios cualitativos y descriptivos. También deberían realizarse estudios en diferentes ubicaciones geográficas. Por ejemplo, la mayoría de los estudios incluidos en la revisión actual se llevaron a cabo en la India, y algunos de ellos en Latinoamérica; se necesitan más estudios en otras regiones del mundo, por ejemplo en África o en otros países asiáticos.

El empoderamiento comunitario es un resultado importante en sí mismo. Por lo tanto, debe documentarse mejor el efecto del empoderamiento comunitario sobre otros resultados relacionados con la salud y los derechos.

6.2 Tamizado de las ITS

La mayor parte de las investigaciones y medidas de salud pública relativas al tamizado de ITS y al TPP se han llevado a cabo entre mujeres, ya que se considera que tienen más probabilidad de sufrir infecciones asintomáticas que los varones y soportan una importante carga de ITS no tratadas y sus consiguientes complicaciones. Sin embargo, existen datos que indican que la proporción de ITS asintomáticas entre los varones podría ser considerable (5,100). Deben realizarse más investigaciones sobre las estrategias de tamizado en hombres y personas trans que se dedican al trabajo sexual.

6.3 Diagnóstico y tratamiento de las ITS

En el caso de los hombres trabajadores del sexo, concretamente de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, se han propuesto algoritmos para el tratamiento de ITS rectales, que sin embargo no han sido validados. Es necesario elaborar y validar algoritmos para el diagnóstico de ITS faríngeas y rectales (5). Debe señalarse que las mujeres, incluidas las que ejercen el trabajo sexual, también mantienen relaciones sexuales anales y orales, algo que debe tenerse en cuenta en las investigaciones futuras.

La ausencia de pruebas de clamidiasis y gonorrea asequibles, sencillas y rápidas que se realicen en el propio centro de salud es uno de los principales obstáculos para el tamizado y diagnóstico de ITS, tanto en varones como en mujeres. Los responsables de programas y otros especialistas en ITS consideran absolutamente prioritario desarrollar pruebas asequibles, sencillas y rápidas que puedan realizarse en el propio centro de atención.

6.4 Tratamiento Antirretrovírico Preventivo

Un ECA demostró que el TAR preventivo reduce en más de un 96% la transmisión sexual del VIH en las parejas serodiscordantes (78). Aún deben evaluarse los efectos prácticos de estas conclusiones y su importancia para la salud pública, pero el efecto de un tratamiento más temprano sobre las personas trabajadoras del sexo y sus parejas, podría ser considerable; sin embargo, se necesitan más estudios sobre la eficacia y los aspectos operativos de una estrategia de este tipo. Las recomendaciones de la OMS sobre las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH en parejas recomiendan ofrecer el TAR para la prevención del VIH en las parejas serodiscordantes, incluidos los casos en que alguno de los miembros de la pareja sea trabajador del sexo (70).

7. CONCLUSIÓN

Desde el comienzo de la epidemia de VIH, las personas trabajadoras del sexo figuran entre las poblaciones más afectadas por el VIH y otras ITS. Las intervenciones eficaces dirigidas a este colectivo constituyen componentes importantes de las estrategias integrales de prevención del VIH y otras ITS. Sin embargo, siguen siendo escasos los materiales de orientación sobre lo que constituyen programas eficaces contra el VIH en el contexto del trabajo sexual.

Las presentes directrices constituyen las primeras recomendaciones basadas en evidencias para el diseño, la puesta en práctica y el seguimiento de intervenciones eficaces para la prevención del VIH y otras ITS entre las personas trabajadoras del sexo, ya sean mujeres, varones o personas trans. Serán el eje central de las guías de aplicación práctica, que podrán variar en función de los distintos entornos.

Está previsto revisar las directrices en 2016, antes de lo cual se elaborarán planes para evaluar la calidad de las directrices, su utilidad y su impacto.

REFERENCIAS

1. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4(2):139–144.
2. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5(6):715–721.
3. Hunt CW. Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *Journal of Health and Social Behavior*, 1989, 30(4):353–373.
4. Ghys PD et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 2002, 16(2):251–258.
5. Vuylsteke B et al. High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among male sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire: need for services tailored to their needs. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 11 February 2012; doi:10.1136/sextrans-2011-050276.
6. Baral S et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases*, 15 March 2012; doi:10.1016/S1473-3099(12)70066-X.
7. Gragnic G et al. HIV-1 and HIV-2 seropositivity among female sex workers in the Tenere Desert, Niger. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 92(1):29.
8. Mgone CS et al. Human immunodeficiency virus and other sexually transmitted infections among female sex workers in two major cities in Papua New Guinea. *Sexually Transmitted Diseases*, 2002, 29(5):265–270.
9. Morison L et al. Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 2001, 15 (Suppl 4):S61–S69.
10. Rekart ML. Sex-work harm reduction. *Lancet*, 2005, 366(9503):2123–2134.
11. Vuylsteke B. Preventing HIV among sex workers. In: Mayer K, Pizer HF, eds. *HIV prevention: a comprehensive approach*. Burlington, MA, Academic Press, 2009: 376–406.
12. Plummer FA et al. The importance of core groups in the epidemiology and control of HIV-1 infection. *AIDS*, 1991, 5:S169–S176.
13. Thomas JC, Tucker MJ. The development and use of the concept of a sexually transmitted disease core. *Journal of Infectious Diseases*, 1996, 174:S134–S143.
14. Harcourt C, Donovan B. The many faces of sex work. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81(3):201–206.
15. Vanwesenbeeck I. Another decade of social scientific work on sex work: a review of research 1990–2000. *Annual Review of Sex Research*, 2001, 12:242–289.
16. UNAIDS. *Sex work and HIV/AIDS*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2002.
17. Platt L. *Profile of sex workers in Moscow*. Moscow, AIDS Infoshare, 1998.
18. Dehne KL et al. Update on the epidemics of HIV and other sexually transmitted infections in the newly independent states of the former Soviet Union. *AIDS*, 2000, 14 (Suppl 3):S75–S84.
19. UNAIDS. Guidance note on HIV and sex work. Geneva, UNAIDS, updated 2012. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDSguidance-note-HIV-sex-work_en.pdf.
20. Laga M et al. Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. *Lancet*, 1994, 344(8917):246–248.
21. Alary M et al. Decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin, 1993–1999. *AIDS*, 2002, 16(3):463–470.
22. Ghys PD et al. Effect of interventions to control sexually transmitted disease on the incidence of HIV infection in female sex workers. *AIDS*, 2001, 15(11):1421–1431.
23. Wi T et al. STI declines among sex workers and clients following outreach, one time presumptive treatment, and regular screening of sex workers in the Philippines. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(5):386–391.

24. Levine WC et al. Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project. *AIDS*, 1998, 12(14):1899–1906.
25. Steen R et al. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27(1):1–8.
26. Global HIV Prevention Working Group. *Bringing HIV prevention to scale: an urgent global priority*. June 2007. Available at: http://www.globalhivprevention.org/pdfs/PWG-HIV_prevention_report_FINAL.pdf.
27. WHO. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV. Geneva, WHO, 2012. http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/.
28. WHO. HIV/AIDS sex work toolkit – targeted HIV/AIDS prevention and care in sex work settings, Geneva, WHO, 2004. <http://who.arvkit.net/sw/en/contentdetail.jsp?ID=33&d=sw.00.03>.
29. Guyatt GH et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7650):924–926.
30. Balshem H et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):401–406.
31. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence – study limitations (risk of bias). *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(4):407–415.
32. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence – publication bias. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1277–1282.
33. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 6. Rating the quality of evidence – imprecision. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1283–1293.
34. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence-inconsistency. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1294–1302.
35. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence-indirectness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1303–1310.
36. Guyatt GH et al. GRADE guidelines: 9. Rating up the quality of evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64(12):1311–1316.
37. Guyatt GH et al. Going from evidence to recommendations. *British Medical Journal*, 2008, 336(7652):1049–1051.
38. Network of Sex Worker Projects. *Female, male and transgender sex workers' perspective on HIV and STI prevention and treatment services: a global sex worker consultation*. Edinburgh, NSWP, 2011. http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/NSWP-%20WHO%20Consultation%20Report%20updated_0.pdf.
39. United Nations. The Universal Declaration of Human Rights. 1948. <http://www.un.org/en/documents/udhr/>.
40. World Conference on Human Rights. Vienna Declaration and Programme of Action. Vienna, United Nations General Assembly, 12 July 1993 [A/CONF.157/23]. as adopted by the (1993). [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(symbol\)/a.conf.157.23.en](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(symbol)/a.conf.157.23.en).
41. UNAIDS and OHCHR. International guidelines on HIV/AIDS and human rights: 2006 consolidated version. Geneva, UNAIDS, 2006 (HR/PUB/06/9).
42. OHCHR and WHO. The right to health: fact sheet no. 31. Geneva, WHO, 2008. <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
43. United Nations General Assembly. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health, Anand Grover. April 2010 (UN doc. no. A/HRC/14/20). <http://www.2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf>.
44. Sweat MD, Denison JA. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS*, 1995, 9 (Suppl A):S251–S257.

45. Sweat M et al. Cost-effectiveness of environmental–structural communication interventions for HIV prevention in the female sex industry in the Dominican Republic. *Journal of Health Communication*, 2006,11 (Suppl 2):123–142.
46. Blankenship KM, Bray SJ, Merson MH. Structural interventions in public health. *AIDS*, 2000, 14 (Suppl 1):S11–S21.
47. Kerrigan D et al. Environmental–structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 2006, 96(1):120–125.
48. Laverack G, Wallerstein N. Measuring community empowerment: a fresh look at organizational domains. *Health Promotion International*, 2001, 16(2):179–185.
49. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 1992, 6(3):197–205.
50. Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-based public health: moving beyond randomized trials. *American Journal of Public Health*, 2004, 94(3):400–405.
51. Hearst N, Chen S. Condom promotion for AIDS prevention in the developing world: is it working? *Studies in Family Planning*, 2004, 35(1):39–47.
52. Hanenberg RS et al. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 1994, 344(8917):243–245.
53. Rojanapithayakorn W, Goedken J. Lubrication use in condom promotion among commercial sex workers and their clients in Ratchaburi, Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1995, 78(7):350–354.
54. Fontanet AL et al. Protection against sexually transmitted diseases by granting sex workers in Thailand the choice of using the male or female condom: results from a randomized controlled trial. *AIDS*, 1998, 12(14):1851–1859.
55. Hoke TH et al. Temporal trends in sexually transmitted infection prevalence and condom use following introduction of the female condom to Madagascar sex workers. *International Journal of STD and AIDS*, 2007, 18(7):461–466.
56. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *The Cochrane Library*, 2009; DOI: 10.1002/14651858.CD003255.
57. Wasserheit JN. The significance and scope of reproductive tract infections among Third World women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics (Supplement)*, 1989, 3:145–168.
58. WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva, WHO, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>.
59. Behets FM et al. Evidence-based treatment guidelines for sexually transmitted infections developed with and for female sex workers. *Tropical Medicine and International Health*, 2003, 8(3):251–258.
60. Vuylsteke B et al. Clinical algorithms for the screening of women for gonococcal and chlamydial infection: evaluation of pregnant women and prostitutes in Zaire. *Clinical Infectious Diseases*, 1993, 17(1):82–88.
61. Sloan NL et al. Screening and syndromic approaches to identify gonorrhoea and chlamydial infection among women. *Studies in Family Planning*, 2000, 31(1):55–68.
62. Steen R et al. Periodic presumptive treatment of curable sexually transmitted infections among sex workers: a systematic review. *AIDS*, 2012, 26(4):437–445.
63. Steen R, Dallabetta G. Sexually transmitted infection control with sex workers: regular screening and presumptive treatment augment efforts to reduce risk and vulnerability. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11(22):74–90.
64. WHO. Global action plan to control the spread and impact of antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva, WHO, 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501_eng.pdf.

65. Das A et al. Prevalence and assessment of clinical management of sexually transmitted infections among female sex workers in two cities of India. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2011, 2011:494769.
66. Steen R, Chersich M, de Vlas SJ. Periodic presumptive treatment of curable sexually transmitted infections among sex workers: recent experience with implementation. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2012, 25(1):100–106.
67. Denison JA et al. HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990–2005. *AIDS and Behavior*, 2008, 12(3):363–373.
68. WHO. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva, WHO, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf.
69. WHO. Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults. Geneva, WHO, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599115_eng.pdf.
70. WHO. *Guidance on couples HIV testing and counselling and antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples*. Geneva, WHO, 2012. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241501972_eng.pdf.
71. Jacobson LP et al. Evaluation of the effectiveness of highly active antiretroviral therapy in persons with human immunodeficiency virus using biomarker-based equivalence of disease progression. *American Journal of Epidemiology*, 2002, 155(8):760–770.
72. Farmer P et al. Community-based approaches to HIV treatment in resource-poor settings. *Lancet*, 2001, 358(9279):404–409.
73. Kasper T et al. Demystifying antiretroviral therapy in resource poor settings. *Essential Drugs Monitor*, 2003, 32:20–21.
74. Attawell K, Mundy J. *Provision of antiretroviral therapy in resource-limited settings: a review of experience up to August 2003*. Report prepared by the Health Systems Resource Centre for the UK Department for International Development in collaboration with the World Health Organization. London, DFID, 2003.
75. WHO. Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011. Geneva, WHO, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf.
76. Mills EJ et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e438.
77. Huet C et al. Long-term virological, immunological and mortality outcomes in a cohort of HIV-infected female sex workers treated with highly active antiretroviral therapy in Africa. *BMC Public Health*, 2011, 11:700.
78. Cohen MS et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*, 2011, 365(6):493–505.
79. WHO. *ART guidelines for adults and adolescents – evidence map*. Geneva, WHO, 2010. <http://www.who.int/hiv/topics/treatment/evidence/en/index.html>.
80. Chen XS et al. Sexually transmitted infections among female sex workers in Yunnan, China. *AIDS Patient Care and STDs*, 2005, 19(12):853–860.
81. Sethi G et al. HIV, sexually transmitted infections, and risk behaviours in male sex workers in London over a 10 year period. *Sexually Transmitted Infections*, 2006, 82(5):359–363.
82. Todd CS et al. Prevalence and correlates of human immunodeficiency virus infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Sexually Transmitted Diseases*, 2006, 33(8):496–501.
83. Tran TN et al. HIV infection and risk characteristics among female sex workers in Hanoi, Vietnam. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005, 39(5):581–586.
84. Verster A et al. Prevalence of HIV infection and risk behaviour among street prostitutes in Rome, 1997–1998. *AIDS Care*, 2001, 13(3):367–372.

85. Monitoring the AIDS Pandemic Network. *Sex work and HIV/AIDS in Asia: MAP report*. 2005. http://aidsdatahub.org/dmdocuments/MAP_Report_2005_Sex_Work_and_HIVAIDS_in_Asia.pdf.
86. WHO. Evidence for Action technical papers. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva, WHO, 2004. http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf.
87. WHO, UNODC, UNAIDS. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 Revision. Geneva, WHO, 2012.
88. Lee WM. Hepatitis B virus infection. *New England Journal of Medicine*, 1997, 337(24):1733–1745.
89. Lemon SM, Lok A, Alter M. Viral hepatitis. In: Holmes KK et al., eds. *Sexually transmitted diseases*. New York, McGraw-Hill, 2008.
90. Todd CS et al. HIV, hepatitis B, and hepatitis C prevalence and associated risk behaviors among female sex workers in three Afghan cities. *AIDS*, 2010, 24 (Suppl 2):S69–S75.
91. Nuttbrock L et al. Lifetime risk factors for HIV/sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52(3):417–421.
92. Nguyen CH et al. Prevalence of HBV infection among different HIV-risk groups in Hai Phong, Vietnam. *Journal of Medical Virology*, 2011, 83(3):399–404.
93. Dos Ramos Farias MS et al. First report on sexually transmitted infections among trans (male to female transvestites, transsexuals, or transgender) and male sex workers in Argentina: high HIV, HPV, HBV, and syphilis prevalence. *International Journal of Infectious Diseases*, 2011, 15(9):e635–e640.
94. Lai CL et al. Viral hepatitis B. *Lancet*, 2003, 362(9401):2089–2094.
95. WHO. Position paper on hepatitis B. *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:405–420. <http://www.who.int/wer/2009/wer8440.pdf>.
96. WHO. Guidance on prevention of viral hepatitis among people who inject drugs. Geneva, WHO, 2012. <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/index.html>.
97. Geibel S et al. The impact of peer outreach on HIV knowledge and prevention behaviours of male sex workers in Mombasa, Kenya. *Sexually Transmitted Infections*, 2012, 13 February; doi:10.1136/sextrans-2011-050224.
98. Vuylsteke B et al. Quality of sexually transmitted infections services for female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Tropical Medicine and International Health*, 2004, 9(5):638–643.
99. Nyamuryekung'e K et al. STD services for women at truck stop in Tanzania: evaluation of acceptable approaches. *East African Medical Journal*, 1997, 74(6):343–347.
100. Heiligenberg M et al. High prevalence of sexually transmitted infections in HIV-infected men during routine outpatient visits in the Netherlands. *Sexually Transmitted Diseases*, 2012, 39(1):8–15.
101. Global Commission on HIV and the Law. *Risks, Rights & Health*. New York, UNDP, 2012.

Para más información, pónganse en contacto con:

Organización Mundial de la Salud
Departamento de VIH/SIDA
20, Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

Correo electrónico: hiv-aids@who.int

http://www.who.int/hiv/topics/sex_worker/en/

ISBN 978 92 4 150474 3

