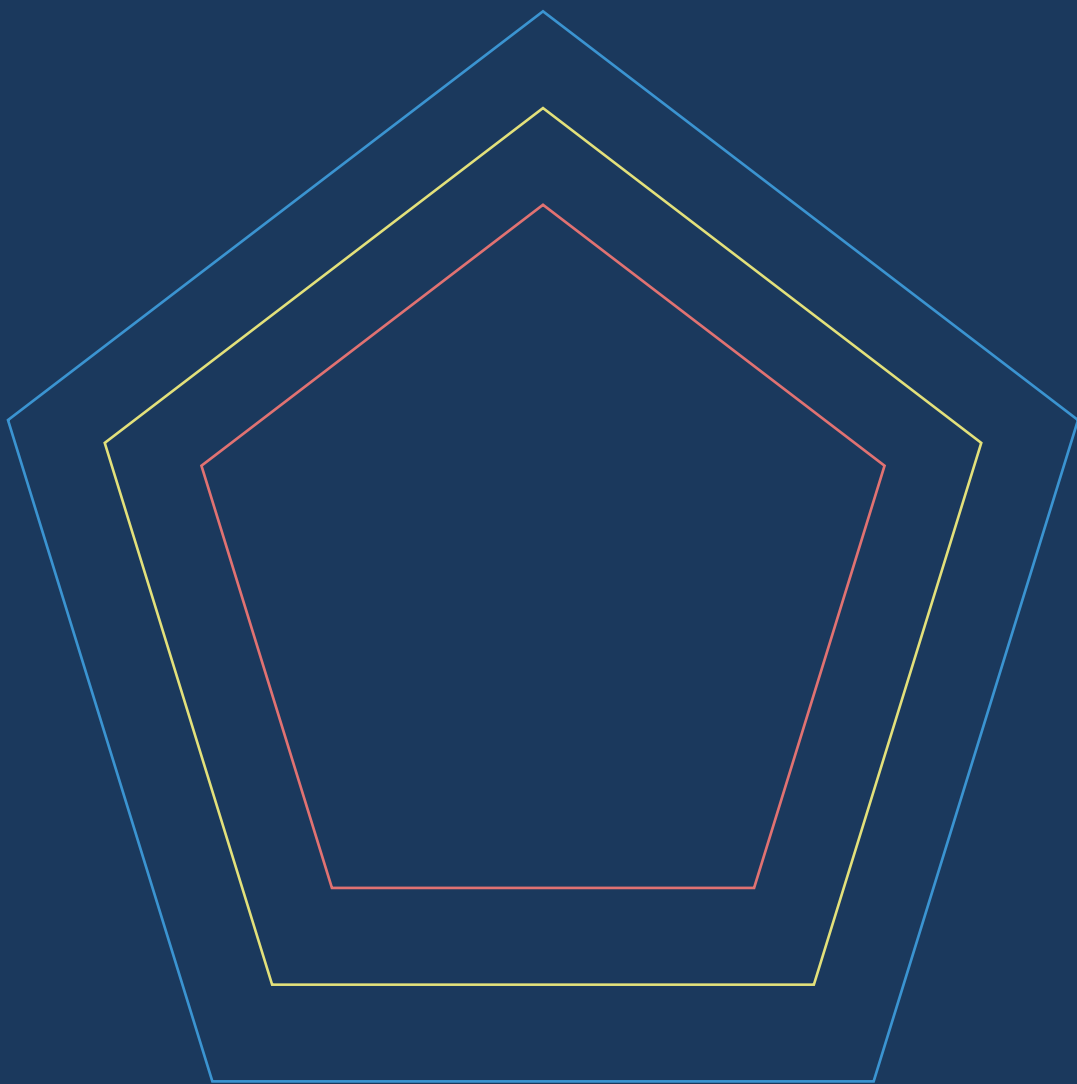

Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave



OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS
Américas

Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave

Versión oficial en español de la obra original en inglés
Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations
© Organización Mundial de la Salud, 2022
ISBN: 978-92-4-005239-0 (versión electrónica)

Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave

ISBN: 978-92-75-32696-1 (PDF)
ISBN: 978-92-75-12696-7 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

Adaptaciones: si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descarga: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

Traducciones: si se hace una traducción de la obra, debe añadirse, junto con la forma de cita propuesta, la siguiente nota de descarga: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave. Washington, DC: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275326961>.

Datos de catalogación: pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

Materiales de terceros: si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros —como cuadros, figuras o imágenes—, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descarga generales: las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, 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 OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, 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 OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

CDE/HT/2023

Índice

Agradecimientos	viii
Acrónimos y siglas	xi
Glosario	xii
Resumen	xvi
Resumen de las recomendaciones esenciales habilitadoras y de salud	xviii
CAPÍTULO 1: Introducción	1
Grupos de población clave para la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS	2
Barreras estructurales	2
Infección por el VIH, hepatitis virales e ITS en los grupos de población clave: dinámica y sindemias	4
Respuesta a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave	5
Ámbito de aplicación de las presentes directrices	7
Metas y objetivos	7
Población destinataria	7
Principios de las directrices	7
Cómo usar estas directrices	9
CAPÍTULO 2: Métodos	11
Panorama general	12
Colaboradores en el proceso de elaboración de las directrices	12
Conflictos de intereses	13
Definición del ámbito de aplicación de las directrices	13
Valores y preferencias de los grupos de población clave	14
Creación de los conjuntos priorizados de intervenciones	15
Planes de difusión y actualización	15
CAPÍTULO 3: Factores habilitadores esenciales	17
Introducción	18
Experiencia, valores y preferencias de los grupos de población clave relacionados con las barreras estructurales y los factores habilitadores esenciales	18
Intervenciones esenciales para lograr un impacto: factores habilitadores esenciales	19
Barreras y factores habilitadores jurídicos y de políticas	20
Estigmatización y discriminación	22
Empoderamiento de la comunidad	24
Violencia	26

CAPÍTULO 4: Conjunto recomendado de intervenciones	29
Introducción	30
Conjunto recomendado	31
CAPÍTULO 5: Conjuntos de intervenciones por grupo de población clave	49
Introducción	50
Trabajadores sexuales	50
Personas que consumen drogas inyectables	53
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	56
Personas trans y personas de género diverso	61
Personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados	64
CAPÍTULO 6: Prestación de servicios	67
Antecedentes	68
Servicios dirigidos por la comunidad, reparto de tareas y participación de pares de los grupos de población clave	69
Integración	71
Descentralización	72
Modelo diferenciado de prestación de servicios	72
Intervenciones virtuales	73
Autocuidado	74
CAPÍTULO 7: Consideraciones sobre programas y servicios dirigidos a los grupos jóvenes de población clave	75
Antecedentes	76
Cambios en los entornos jurídicos y de políticas	77
Elementos de una programación eficaz dirigida a los grupos jóvenes de población clave	77
CAPÍTULO 8: Elaboración de la respuesta: el proceso de toma de decisiones, planificación y seguimiento	81
Introducción	82
Planificación y ejecución de la respuesta	85
Seguimiento y evaluación de las respuestas	86
Planificación y desarrollo continuo de la respuesta	87

CAPÍTULO 9: Información adicional sobre la elaboración de nuevas recomendaciones	91
Introducción	91
Metodología	91
Evidencia y adopción de decisiones sobre las nuevas recomendaciones	93
Referencias	120

Agradecimientos

La OMS expresa su sincero agradecimiento a las numerosas personas y organizaciones que contribuyeron a la elaboración de las presentes directrices.

Metodóloga experta en el método GRADE de clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE)

Nandi Siegfried (Consultora independiente, Sudáfrica).

Miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices

Copresidentas: **Erika Castellanos** (Global Action for Trans Equality [GATE], Países Bajos) y **Frances Cowan** (Centro para la Investigación sobre salud sexual y VIH/Sida [CeSHHAR], Zimbabwe).

Christopher Akolo (FHI 360, Estados Unidos de América), **Ochonye Bartholomew Boniface** (Heartland Alliance, Nigeria), **Judy Chang** (International Network of People Who Use Drugs [secretaría de INPUD], Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), **Angelica Espinosa Miranda** (Ministerio de Salud, Brasil), **Patricia J. García** (Universidad Cayetano Heredia, Perú), **Kimberly Green** (PATH, Viet Nam), **Adeeba Kamarulzaman** (Universidad de Malaya, Malasia), **Mehdi Karkouri** (University Hospital Center Ibn Rochd, Marruecos), **Fahe Kerubo** (Global Network of Young People Living with HIV [Y + Global], Kenya), **Pablo Mabanza** (FHI360, República Democrática del Congo), **Lisa Maher** (Kirby Institute, Australia), **Kenneth Mayer** (The Fenway Institute, Estados Unidos), **Ruth Morgan Thomas** (Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual [NSWP, por su sigla en inglés], Reino Unido), **Mary Mugambi** (Ministerio de Salud, Kenia), **Nittaya Phanuphak** (Instituto de Investigación e Innovación sobre el VIH, Tailandia), **Asa Radix** (Centro de Salud Comunitario Callen Lorde, Estados Unidos), **Sushena Reza Paul** (Ashodaya, India), **Jürgen Rockstroh** (Universidad de Bonn, Alemania), **Andrew Scheibe** (Atención de la TB y la infección por el VIH y Universidad de Pretoria, Sudáfrica), **Jessica Seleme** (Ministerio de Salud, Mozambique), **Andrew Spieldenner** (MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, Estados Unidos), **Ketevan Stvilia** (Centro Nacional para el Control de Enfermedades y Salud Pública, Georgia) y **Ernst Wisse** (Médicos del Mundo, Francia).

Grupo de expertos de la revisión externa

Michael Akanji (Heartland Alliance, Nigeria), **Trista Bingham** (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos), **Machteld Busz** (Mainline, Países Bajos), **Gina Dallabetta** (Fundación Bill y Melinda Gates, Estados Unidos), **Sinead Delany Moretlwe** (Wits RHI, Sudáfrica), **Kostyantyn Dumchev** (Instituto Ucraniano de Políticas de Salud Pública, Ucrania), **Gaston Djomand** (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Estados Unidos), **Oriel Fernandes** (Clinton Health Access Initiative, Ruanda), **Doreen Gaura** (Just Detention International Sudáfrica, Sudáfrica), **Omran Algharib** (Youth rise, Líbano), **Jason Grebely** (Instituto Kirby, Australia), **Gail Knudson** (Universidad de Columbia Británica y Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero, Canadá), **Sandra Ka Hon Chu** (HIV Legal Network, Canadá), **Jeff Klausner** (Facultad de Medicina Keck de la Universidad del Sur de California, Estados Unidos), **Ed Ngoskin** (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Suiza), **Lucy O'Connell** (Médicos Sin Fronteras, Sudáfrica), **Tinashe Rufurwadzo** (Y+ Global, Países Bajos), **Tracey Swan** (Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, España), **Ancella Voets** (consultora independiente, Reino Unido) y **Brian White** (Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Estados Unidos).

Revisores de la evidencia

Lily Aboud (James Cook University, Australia), **Eric P.F. Chow** (Melbourne Sexual Health Centre, Australia), **Joseph Doyle** (Burnet Institute y Alfred Hospital, Australia), **Margaret Hellard** (Burnet Institute y Alfred Hospital, Australia), **Caitlin Kennedy** (Johns Hopkins University, Estados Unidos), **Jason J. Ong** (Monash University, Australia), **Teresa Yeh** (Johns Hopkins University, Estados Unidos) y **Yangqi Xu** (University of Melbourne, Australia).

Investigación de los valores y las preferencias de los grupos clave de la población

Max Appenroth (Global Action for Trans Equality [GATE], Alemania), **Erika Castellanos** (Global Action for Trans Equality [GATE], Países Bajos), **Judy Chang** (Red Internacional de Personas que Usan Drogas, secretaria de INPUD, Reino Unido), **Annie Madden** (Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia), **Ruth Morgan Thomas** (Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual [NSWP], Reino Unido), **Anna Shapiro** (NSWP, Reino Unido) y **Andrew Spieldenner** (MPact Global Action for Gay Men's Health and Rights, Estados Unidos).

Copatrocinadores del ONUSIDA

Clemens Benedikt (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA]), **Ludo Bok** (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], Estados Unidos), **Monica Ciupagea** (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD], Austria), **Emily Christie** (ONUSIDA), **Cleiton Euzebio** de Lima (ONUSIDA, Suiza), **Sonia Arias García** (ONUSIDA, Suiza), **Boyan Konstantinov** (PNUD, Estados Unidos), **Archana Patkar** (ONUSIDA), **Shirley Mark Prabhu** (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], Estados Unidos), **Keith Sabin** (ONUSIDA, Suiza), **Ehab Salah** (ONUDD, Austria), **Purvi Shah** (Consultora Regional [Intervenciones Virtuales], en el Equipo de Apoyo Regional ONUSIDA para Asia y el Pacífico y la sede de la OMS, de la Unidad de Pruebas, Prevención y Población, India) y **Tim Sladden** (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], Estados Unidos).

Personal de la OMS y consultores

Coordinación general

Virginia Macdonald, **Rachel Baggaley**, **Annette Verster**, **Niklas Luhmann** y **Maeve B. Mello** (Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual) coordinaron el proceso general de elaboración, con el apoyo de Cadi Irvine (consultora de la OMS) y la dirección de **Meg Doherty** (Directora del Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual).

Comité directivo de la OMS

Rachel Baggaley, **Muhammad Jamil**, **Niklas Luhmann**, **Virginia Macdonald**, **Maeve B. Mello**, **Morkor Newman Owiredu**, **Andrew Seale**, **Annette Verster** y **Teodora Wi** (Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual), **Annabel Baddeley** (Departamento del Programa Mundial sobre Tuberculosis), **Tarun Dua** y **Vladimir Poznyak** (Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias), **Liane Gonsalves** (División de Resistencia a los Antimicrobianos), **Casimir Manzengo** (Oficina Regional de la OMS para África, Congo), **Antons Mozalevskis** (Oficina Regional de la OMS para Europa) e **Igor Toskin** (Departamento de Salud Sexual y Reproductiva e Investigación).

Otros funcionarios y consultores de la Sede de la OMS

Wole Ameyan, **Muhammad Shahid Jamil**, **Marco Vitoria** (Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual) y **Heather Marie Schmidt** (OMS, Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual y ONUSIDA). **Cadi Irvine**, **Bradley Mathers** y **Robin Schaefer** (consultores, OMS, Departamento de Programas Mundiales sobre VIH, Hepatitis e Infecciones de Transmisión Sexual).

Oficinas regionales y de países de la OMS

Oficinas en los países: **Maria Nerissa Dominguez** y **Rajendra Prasad Hubraj Yadav** (OMS, Filipinas), **Christine Kisia** (OMS, Kenya), **Nino Mamulashvili** (OMS, Georgia), **Etienne Mutombo Mpoyi** (OMS, República Democrática del Congo) y **Muhammad Safdar Kamal Pasha** (OMS, Pakistán).

Oficinas regionales: **Hugues Lago**, **Frank Lule**, **Casimir Manzengo** y **Eager Olyel** (Oficina Regional de la OMS para África), **Omar Sued** (Oficina Regional de la OMS para las Américas), **Joumana Hermez** (Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental), **Antons Mozalevskis** y **Nicole Seguy** (Oficina Regional de la OMS para Europa), **Nabeel Mangadan-Konath**, **Bharat Rewari** y **Mukta Sharma** (Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental) y **Po Lin Chan** (Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental).

Observadores

Trista Bingham (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [CDC], Estados Unidos), **Gina Dallabeta** (Fundación Bill y Melinda Gates, Estados Unidos), **Cary James** (Alianza Mundial contra la Hepatitis, Reino Unido), **Gail Knudson** (Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero [WPATH], Estados Unidos.), **Susie McLean** (Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Suiza), **Craig McLure** (Clinton Health Access Initiative [CHAI], Estados Unidos), **Tinashe Rufurwadzo** (Y+ Global, Países Bajos) y **Tisha Wheeler** (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID]).

Financiamiento

El financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates, junto con el Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), apoyaron la elaboración de las presentes directrices.

Acrónimos y siglas

AAD	antivirales de acción directa	OMS	Organización Mundial de la Salud
AgHBe	antígeno e del virus de la hepatitis B	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
HBsAg	antígeno de superficie del virus de la hepatitis B	PAAN	prueba de amplificación de ácidos nucleicos
AIM	modelo para calcular el impacto del sida (por su sigla en inglés)	PICO	población, intervención, comparación, resultados (por su sigla en inglés)
ALT	alanina transaminasa	PPE	profilaxis posterior a la exposición
ARV	antirretroviral	PrEP	profilaxis previa a la exposición
AVAC	años de vida ajustados por la calidad	VPH	virus del papiloma humano
CEM	criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos	RVS	respuesta virológica sostenida
DIU	dispositivo intrauterino	TAR	tratamiento antirretroviral
ECA	ensayo clínico aleatorizado	TB	tuberculosis
GRADE	clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (por su sigla en inglés)	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ITS	infección de transmisión sexual	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental (por su sigla en inglés)	UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
NSWP	Red Mundial de Proyectos de Trabajo Sexual (por su sigla en inglés)	VHB	virus de la hepatitis B
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible	VHC	virus de la hepatitis C
		VHS	virus del herpes simple

Glosario

Adolescente: en general, una persona entre 10 y 19 años de edad. La adolescencia es la transición del desarrollo hacia la edad adulta y conlleva modificaciones hormonales, físicas y psicológicas en el período comprendido entre la pubertad y la edad adulta. La población adolescente no constituye un grupo homogéneo; la maduración física y emocional viene con la edad, pero su evolución difiere entre personas de la misma edad. Además, diversos factores sociales y culturales pueden afectar su salud, su capacidad para tomar decisiones personales importantes y su posibilidad de acceder a los servicios. En el presente documento se utiliza principalmente el término “población adolescente”. La población adolescente también puede pertenecer a uno o varios grupos de población clave. Otros términos que cubren grupos etarios superpuestos incluyen **juventud**, que se refiere a personas entre 15 y 24 años, y **población joven**, que se refiere a personas entre 10 y 24 años.

Antirretrovirales (ARV): se refiere a los medicamentos utilizados para tratar la infección por el VIH.

Atención centrada en la persona: servicios que se estructuran en torno a las necesidades de salud y las expectativas de las personas y las comunidades, en lugar de hacerlo en torno a las enfermedades.

Cirrosis: etapa avanzada de la enfermedad hepática, que se caracteriza por fibrosis hepática extensa, hígado nodular, desorganización de la arquitectura hepática y perturbación de la circulación hepática.

Descentralización: proceso por el cual se delega o transfiere la autoridad y recursos importantes del ministerio de salud central a otras instituciones o a oficinas del ministerio sobre el terreno, en otros niveles del sistema de salud (provincial, regional, distrital, subdistrital, puestos de atención primaria de salud y la comunidad).

Grupos de población clave: grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de gran riesgo, presentan una especial susceptibilidad a contraer la infección por el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto locales. Además, suelen afrontar problemas jurídicos y sociales a causa de estos comportamientos que aumentan su vulnerabilidad a la infección por el VIH. Estas directrices se centran en cinco grupos de población clave: 1) los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; 2) las personas que consumen drogas inyectables; 3) las personas reclusas en prisión y otros entornos cerrados; 4) los trabajadores sexuales de ambos sexos, y 5) las personas trans y de género diverso. En las presentes directrices también se incluye a las personas reclusas en prisión y otros entornos cerrados debido a la frecuencia de una proporción alta de encarcelamiento en los demás grupos, y a la mayor frecuencia de comportamientos de riesgo y la falta de servicios relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en estos entornos. Los grupos de población clave son importantes en la dinámica de la transmisión de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS. También son asociados primordiales para lograr una respuesta eficaz a la epidemia.

Hepatitis C aguda: infección por el virus de la hepatitis C (VHC) contraída recientemente y que reúne determinados criterios clínicos, como inicio discreto de síntomas como náuseas o malestar general más ictericia o concentraciones séricas altas de alanina transaminasa (ALT) (diez veces mayor).

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres: se refiere a todos los hombres que participan en relaciones sexuales con otros hombres. La interpretación de las palabras “hombres” y “relaciones sexuales” varía en las diversas culturas y sociedades, y también según las personas en cuestión. Por lo tanto, la expresión abarca la gran variedad de entornos y situaciones en los cuales tienen lugar relaciones sexuales entre hombres, sean cuales fueren las múltiples motivaciones para participar en la actividad sexual, las identidades sexuales y de género autodeterminadas, y las diversas identificaciones con cualquier comunidad o grupo social en particular.

Infección crónica por el virus de la hepatitis B (VHB): persistencia del HBsAg durante al menos seis meses. La persistencia del HBsAg en dos muestras con un intervalo mínimo de seis meses se utiliza con frecuencia en la práctica clínica para confirmar la infección crónica por el virus de la hepatitis B.

Infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC): se define como la positividad de los anticuerpos dirigidos contra el VHC y la positividad del ARN del VHC con una duración de la infección superior a seis meses.

Infección reciente por el virus de la hepatitis C: se demuestra mediante:

- una prueba positiva de ARN o del antígeno del VHC en una persona que obtuvo un resultado negativo del anticuerpo, el ARN o el antígeno durante el año anterior (incluidos los casos en los cuales esto representa una reinfección);
- una prueba positiva de ARN o del antígeno del VHC **Y, además**, una prueba actual negativa de anticuerpos contra el VHC; y
- una prueba positiva de anticuerpos, ARN o antígeno **Y, además**, síntomas clínicos de hepatitis aguda en el curso del año anterior.

Modelo diferenciado de prestación de servicios: enfoque que simplifica y adapta los servicios con miras a atender mejor las necesidades de las personas con infección por el VIH, hepatitis virales o infecciones de transmisión sexual (ITS) y a optimizar los recursos disponibles en los sistemas de salud.

Organizaciones dirigidas por la comunidad: grupos y redes liderados por quienes se benefician con sus servicios. Son entidades autónomas que gozan de autodeterminación, en las cuales la mayor parte de la gobernanza, el liderazgo, el personal, los portavoces, los miembros y los voluntarios corresponden y representan las experiencias, las perspectivas y las voces de la población que cubren, y que tienen mecanismos transparentes de rendición de cuentas a su circunscripción.

Personas que consumen drogas inyectables: se refiere a las personas que se inyectan sustancias psicoactivas con fines que no son médicos. Estas drogas incluyen, entre otras, opioides, estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína e hipnosedantes, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.¹ La inyección puede ser por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea u otras vías parenterales. Las personas que se autoinyectan medicamentos con fines médicos, lo que se conoce como “inyección terapéutica”, no están incluidas en esta definición. Si bien estas directrices se centran en las personas que se inyectan drogas, debido a su riesgo específico de transmisión del VIH y el VHC por causa del intercambio de equipos de inyección contaminados con sangre, gran parte de esta orientación también es de interés para las personas que consumen sustancias psicoactivas por otras vías de administración, al inhalarlas, fumarlas o ingerirlas.

Personas que consumen drogas: incluye personas que consumen sustancias psicoactivas por cualquier vía de administración como la inyección, la inhalación, la vía oral, transmucosa (sublingual, rectal, intranasal) o transdérmica. A menudo, esta definición no incluye el uso de sustancias ampliamente utilizadas como bebidas y alimentos que contienen alcohol o cafeína.

Personas reclusas en prisión y otros entornos cerrados: se utilizan muchos términos diferentes para denotar los lugares de detención que albergan a personas que están en espera de juicio, personas que han sido condenadas o que están sometidas a otras condiciones de seguridad. Del mismo modo, se utilizan términos diferentes para las personas reclusas. En este documento de orientación, el término “prisión y otros entornos cerrados” se refiere a todos los lugares de detención en un país y los términos personas “reclusas” y “detenidas” se refieren a todas las personas confinadas en establecimientos penitenciarios y de la justicia penal, incluidos los hombres, las mujeres, las personas trans y de género diverso, adultos y menores, durante la investigación de un delito, mientras esperan juicio, después de la condena, antes de la sentencia y después de la sentencia. Este término no incluye de manera oficial a las personas detenidas por razones relacionadas con la inmigración o su condición de refugiadas, las personas detenidas sin cargos ni las condenadas a tratamiento obligatorio y en centros de rehabilitación. No obstante, la mayor parte de los aspectos considerados en las presentes directrices también se aplican a estas personas.

Personas trans y de género diverso: expresión general que designa personas cuya identidad, roles y expresión del género no son conformes a las normas y expectativas que se asocian tradicionalmente con el sexo que se les asignó al nacer; incluye personas transexuales, transgénero o con un género fuera de las normas convencionales o la discordancia de género. Las personas trans y de género diverso pueden autoidentificarse como transgénero, mujer, hombre, transexual femenino o transexual masculino, transexual o alguna de muchas otras identidades de género no convencionales. Pueden expresar sus géneros en una diversidad de formas masculinas, femeninas y andróginas. La gran vulnerabilidad y las necesidades específicas de salud de las personas trans y de género diverso exigen una posición específica e independiente en la respuesta mundial frente a la infección por el VIH.

¹ La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) utiliza el término “nuevas sustancias psicoactivas” que se definen como “sustancias de abuso, ya sea en forma pura o en preparado, que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por la Convención sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden suponer una amenaza para la salud pública”. Para obtener más información, se puede visitar el sitio de la UNODC de alerta temprana sobre nuevas sustancias psicoactivas del 2022 [disponible en: <https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS>].

Población infantil: según el artículo 1.º de la Convención sobre los Derechos del Niño, “se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad”.

Prestación integrada de servicios: los servicios integrados de salud son servicios de salud gestionados y dispensados de manera que las personas reciban un proceso continuo de servicios que engloban la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo clínico de la enfermedad, la rehabilitación y los cuidados paliativos, en los diferentes niveles y centros asistenciales de un sistema de salud, con arreglo a sus necesidades a lo largo del ciclo de vida.

Prestador no profesional: toda persona que ejerce funciones relacionadas con la prestación de atención de salud y ha recibido capacitación para prestar servicios específicos, pero no tiene un certificado formal profesional o paraprofesional ni un título de tercer ciclo.

Profilaxis posterior a la exposición (PEP): uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas sin infección por el VIH, después de la exposición, para evitar que contraigan la infección.

Profilaxis previa a la exposición (PrEP): uso de medicamentos antirretrovirales por parte de personas sin infección por el VIH, antes de la exposición, para evitar que contraigan la infección.

Prueba autoadministrada para detectar el VHC: procedimiento mediante el cual una persona obtiene una muestra propia (de sangre o secreción bucal), realiza una prueba de diagnóstico rápido para detectar la presencia de anticuerpos contra el VHC y luego interpreta el resultado, a menudo en un entorno privado, ya sea sola o con alguien de confianza.

Prueba autoadministrada para detectar la infección por el VIH: procedimiento mediante el cual una persona obtiene una muestra propia (de sangre o secreción bucal), realiza una prueba de detección y luego interpreta el resultado, a menudo en un entorno privado, ya sea sola o con alguien de confianza.

Prueba de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN): tecnología molecular, por ejemplo, la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) o la amplificación basada en secuencias de ácidos nucleicos (NASBA, por su sigla en inglés) que detecta cantidades muy pequeñas de ácido nucleico viral (ARN o ADN), ya sea de manera cualitativa o cuantitativa.

Pruebas de detección del VIH basadas en las redes sociales: extensión de los servicios a las parejas y compañeros de consumo de drogas inyectables. Un prestador de atención de salud capacitado solicita a las personas con infección por el VIH o a las personas seronegativas, pero que corren un riesgo continuo de exposición al VIH, que alienten e inviten a las personas en sus redes sociales, sexuales o de consumo de drogas inyectables, a que participen en los servicios de pruebas de detección del VIH de carácter voluntario. Una red social se refiere a un grupo de personas vinculadas por un conjunto común de relaciones e incluye parejas sexuales y compañeros de consumo de drogas inyectables, además de los contactos sociales.

Pruebas en el punto de atención: pruebas que se realizan en el lugar donde se presta la atención de salud y los resultados se entregan a la persona examinada o al cuidador el mismo día de la obtención de la muestra y de la prueba, con el fin de facilitar la toma oportuna de las decisiones clínicas.

Relaciones sexuales sin protección: se refiere a las prácticas sexuales que no comportan intervenciones de prevención basadas en la evidencia. Estas intervenciones incluyen los preservativos más lubricantes, que protegen contra la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y la profilaxis previa a la exposición al VIH. El TAR eficaz con supresión viral evita la transmisión del VIH a las parejas sexuales.

Reparto de tareas: redistribución racional de tareas entre cuadros de profesionales de la salud con una formación más larga y otros cuadros con una formación más corta, como los prestadores no profesionales.

Respuesta virológica sostenida (RVS) al VHC: ARN del VHC indetectable en la sangre en un momento definido después del final del tratamiento, que suele ser a las 12 o 24 semanas (RVS12 o RVS24).

Respuestas dirigidas por la comunidad: pueden entenderse como las acciones y estrategias emprendidas por estos grupos para mejorar la salud y los derechos humanos de su circunscripción. Estas respuestas son fundamentadas y ejecutadas por las mismas comunidades y las organizaciones, grupos y redes que las representan y en su propio beneficio.

Las respuestas dirigidas por la comunidad están determinadas y responden a las necesidades y aspiraciones de quienes la constituyen, y comprenden una serie de actividades como la promoción de la causa, las campañas y la exigencia de rendición de cuentas por parte de los encargados de adoptar decisiones;

supervisión de las políticas, prácticas y prestación de servicios; investigación participativa; educación e intercambio de la información; prestación de servicios; fortalecimiento de las capacidades; y financiamiento de organizaciones, grupos y redes dirigidos por la comunidad.

Riesgo continuo de exposición al VHC: incluye la participación en actividades que aumentan el riesgo de transmisión del VHC: por ejemplo, la exposición a sangre o líquidos y secreciones corporales que contienen sangre contaminada por el VHC, incluido el consumo de drogas inyectables y el contacto sexual entre hombres.

Riesgo significativo (de infección por el VIH): el riesgo de contraer la infección por el VIH varía de manera notable en los diferentes grupos de una población y en las ubicaciones geográficas. La incidencia de la infección por el VIH a nivel poblacional es un determinante importante del riesgo individual de contraer la infección. Sin embargo, al considerar quién podría beneficiarse con la PrEP, es importante tener en cuenta las características y comportamientos de las personas y sus parejas que podrían dar lugar a una exposición al VIH. Incluso en lugares con una incidencia general baja de infección por el VIH, es posible que haya personas con un riesgo significativo que podrían beneficiarse con los servicios de PrEP. Cuando se ofrece la PrEP, se debe dar prioridad a las personas que la solicitan, ya que solicitar la PrEP indica la probabilidad de que exista un riesgo de contraer el VIH. Cuando la PrEP se utiliza teniendo en cuenta los riesgos (se toma durante períodos de riesgo de contraer el VIH), puede ser costo-eficaz. La costo-eficacia variará según los países, los grupos de la población y los productos de PrEP. Sin embargo, la eficacia en relación con el costo no debe ser el único aspecto que se tenga en cuenta al instaurar programas de PrEP, ya que el hecho de permanecer seronegativo y conservar el control sobre el riesgo de contraer el VIH tienen un valor intangible para las personas y las comunidades.

Servicios a parejas o compañeros (a veces denominado revelación del estado con respecto al VIH, rastreo de contactos, pruebas a casos índice o notificación asistida a parejas o compañeros): procedimiento voluntario mediante el cual un prestador de atención capacitado pregunta a las personas con diagnóstico de infección por el VIH sobre sus parejas sexuales o sus compañeros con quienes comparten el consumo de drogas inyectables, y luego, si el usuario seropositivo está de acuerdo, les ofrece servicios de pruebas de detección del VIH de carácter voluntario. Los servicios a parejas o compañeros se prestan mediante mecanismos de derivación asistida por el prestador de atención o de derivación de pacientes.

Sexdopaje: a los efectos de las presentes directrices, se define como la participación en actividades sexuales bajo el efecto de drogas estimulantes principalmente, en general con múltiples participantes y durante un tiempo prolongado.

Trabajadores sexuales: incluyen mujeres, hombres, personas trans y de género diverso en edad adulta (18 años o más) que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de manera regular u ocasional. El trabajo sexual son relaciones sexuales consentidas entre personas adultas y adoptan muchas formas, que varían tanto entre las distintas comunidades y países como a nivel local en cada uno de ellos. El trabajo sexual también varía en la medida en que está más o menos “formalizado” u organizado. Como se establece en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la población infantil y adolescente menor de 18 años que intercambia relaciones sexuales por dinero, bienes o favores es “explotada sexualmente” y las personas afectadas no se definen como trabajadores sexuales.

Tratamiento antirretroviral (TAR): se refiere al uso de una combinación de medicamentos antirretrovirales (ARV) para tratar la infección por el VIH.

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): hay dos tipos de VIH, el VIH 1 y el VIH 2. La inmensa mayoría de las infecciones por el VIH son causadas por el VIH 1.

Resumen

Finalidad

En las *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para grupos de población clave* se describe una respuesta de salud pública a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual (ITS) destinada a cinco grupos de población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas trans y de género diverso, trabajadores sexuales, personas que consumen drogas inyectables, y personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados). En el documento se presentan y analizan nuevas recomendaciones y se unifica una serie de recomendaciones y orientaciones, a partir de las directrices vigentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las presentes directrices se centran en los cinco grupos anteriores, que se definen desde un principio como grupos de “población clave” en la respuesta frente a la infección por el VIH para los tres tipos de enfermedades infecciosas. Esto se debe a las siguientes razones:

- Las barreras estructurales que limitan el acceso de los cinco grupos de población clave a los servicios del VIH también limitan su acceso a los servicios de las hepatitis virales y las ITS.
- Los comportamientos de riesgo con respecto al VIH, como las relaciones sexuales sin preservativo y las prácticas de inyección peligrosas, que suelen ser más frecuentes en los grupos de población clave, también forman parte de los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer las hepatitis virales y las ITS.
- Muchas de las intervenciones recomendadas para prevenir la infección por el VIH también tienen un impacto sobre la transmisión de las hepatitis virales y las ITS.

En particular para los grupos de población clave, los factores sociales, jurídicos, estructurales y otros factores contextuales aumentan la vulnerabilidad a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y obstaculizan el acceso a los servicios de salud y otros servicios básicos. Las presentes directrices ponen de relieve la importancia primordial de abordar las barreras estructurales en todos los entornos como una prioridad.

Principios de las directrices

La elaboración de estas directrices se basa en los siguientes principios:

- derechos humanos;
- igualdad de género;
- equidad e inclusión;
- ética médica;
- cobertura universal de salud;
- salud pública basada en la evidencia;
- respuesta clave dirigida por la comunidad de grupos de población clave.

Método de elaboración de las directrices

En esta publicación se actualizan las *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave* del 2016. Las presentes directrices incluyen recomendaciones pertinentes existentes, recomendaciones actualizadas y nuevas recomendaciones, declaraciones de buenas prácticas y otras orientaciones.

Con el propósito de elaborar nuevas recomendaciones, la OMS formuló preguntas sobre la población, la intervención, la comparación y el resultado (PICO, por su sigla en inglés) e investigadores externos, respaldados por el equipo de la OMS, realizaron las revisiones sistemáticas de la evidencia para responder a estas preguntas.

La OMS también encargó a cuatro redes mundiales de grupos de población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, personas trans y de género diverso, y personas que consumen drogas inyectables) la realización de una nueva investigación cualitativa en sus redes sobre los valores y las preferencias. Los resultados formaron parte de la síntesis de la evidencia.

La evidencia se sintetizó e incorporó en un marco para pasar de los datos a las decisiones con el objeto de ayudar a documentar las deliberaciones durante una reunión virtual del Grupo de Elaboración de las Directrices, que tuvo lugar durante seis días, del 30 de agosto al 8 de septiembre del 2021, presidida por dos miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices y se gestionaron todos los conflictos de intereses. La metodóloga, con la ayuda de las copresidentas, facilitó los juicios del grupo sobre los posibles beneficios y perjuicios de la intervención, los valores y preferencias de las partes interesadas, la aceptabilidad, la viabilidad, el uso de los recursos y los aspectos relacionados con los derechos humanos y la equidad. En conjunto y utilizando la metodología de clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE), estos juicios contribuyeron a determinar la solidez y la dirección de las recomendaciones. Todas las recomendaciones se formularon por consenso.

En estas directrices actualizadas se proporciona orientación a los directores de programas nacionales, donantes y defensores de la causa sobre cómo priorizar los diferentes conjuntos de intervenciones de salud, con el fin de lograr el mayor impacto sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y garantizar la cobertura universal para responder a otros problemas de salud de los grupos de población clave.

Cada una de las intervenciones indicadas, incluidas en las presentes directrices con base en la determinación inicial del ámbito de aplicación, se clasificó por grupo de población clave de la siguiente manera.

1. Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Esta categoría incluye todas las intervenciones recomendadas, encaminadas a superar las barreras estructurales al acceso de los grupos de población clave a los servicios de salud.

2. Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Esta categoría incluye intervenciones del sector de la salud que tienen un impacto directo demostrado sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave.

3. Esenciales para la salud en general

Esta categoría incluye intervenciones del sector de la salud a las cuales se debe garantizar el acceso de los grupos de población clave, pero que no tienen un impacto directo sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales ni las ITS.

4. De apoyo

Esta categoría incluye otras intervenciones que respaldan la realización de intervenciones en el sector de la salud como la creación de demanda y el suministro de información y educación.

Resumen de las recomendaciones esenciales habilitadoras y de salud

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Reducción de la estigmatización y la discriminación

Empoderamiento de la comunidad

Abordar la violencia

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Reducción de daños (programas de distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis)

Preservativos y lubricantes

Profilaxis previa a la exposición (PrEP) al VIH

Profilaxis posterior a la exposición (PEP) al VIH y las ITS

Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB

Vacunación contra la hepatitis B

Abordar el sexdopaje

Diagnóstico

Servicios de pruebas de detección del VIH

Pruebas de detección de las ITS

Pruebas de detección de la hepatitis B y C

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH

Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis (TB) asociada con la infección por el VIH

Tratamiento de las ITS

Tratamiento de la hepatitis B y C

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Salud anal

Concepción y atención durante el embarazo

Anticoncepción

Atención para la reafirmación de género

Salud mental

Prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino

Aborto en condiciones seguras

Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Detección y prevención de la TB

CAPÍTULO 1

Introducción



Grupos de población clave para la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

La versión original (2014) y actualizada (2016) de las *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) se centraron en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH en cinco grupos de población clave: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados, personas que consumen drogas inyectables, y personas trans y de género diverso. Sin embargo, los miembros de estos grupos de la población también se ven afectados de forma desproporcionada por las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual (ITS), y cada vez se reconoce más la importancia de abordar los tres tipos de enfermedades infecciosas de manera integrada, dirigida por la comunidad y centrada en las personas. Además, los comportamientos de riesgo y las vulnerabilidades de los grupos de población clave y sus redes determinan la dinámica de las epidemias de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS al crear sindemias (definidas como dos o más infecciones que interactúan de manera sinérgica, lo cual contribuye al exceso de carga de enfermedad en una población), lo que significa que prevenir, diagnosticar y tratar la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en grupos de población clave es fundamental para la eliminación de estas enfermedades infecciosas como amenazas de salud pública.

Si bien las estrategias contra las hepatitis virales y las ITS incluyen otros grupos prioritarios (como el personal de salud en el caso de la hepatitis B y las embarazadas en el caso de la sífilis y la hepatitis B) (4, 5) y otros grupos vulnerables al VIH, las presentes directrices se centrarán en los cinco grupos mencionados, definidos en un principio como grupos de “población clave” de la respuesta a la infección por el VIH para los tres tipos de enfermedades infecciosas. Esto se debe a las siguientes razones:

- Las barreras estructurales que limitan el acceso de los cinco grupos de población clave a los servicios del VIH también limitan su acceso a los servicios de las hepatitis virales y las ITS.
- Los comportamientos de riesgo con respecto al VIH como las relaciones sexuales sin preservativo y las prácticas de inyección peligrosas, que suelen ser más frecuentes en los grupos de población clave, también forman parte de los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer las hepatitis virales y las ITS.
- Muchas de las intervenciones recomendadas para prevenir la infección por el VIH también tienen un impacto sobre la transmisión de las hepatitis virales y las ITS.

Es importante señalar que las personas pueden formar parte de más de un grupo de población clave, tener más de un comportamiento de riesgo y algunas personas pueden incurrir en comportamientos de riesgo sin identificarse como miembros de un grupo específico; por ejemplo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres pero no se identifican como homosexuales. Las personas que consumen drogas inyectables a menudo dejan de consumirlas, los trabajadores sexuales dejan de ejercer el trabajo sexual y las personas entran y salen de prisión; por lo tanto, es importante reconocer las complejidades y los cambios en la vida de las personas.

En la mayoría de los países, la cobertura inadecuada y la calidad deficiente de los servicios dirigidos a los grupos de población clave siguen socavando la respuesta frente a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS. Todos los países deben definir como una prioridad llegar a estos grupos de población clave, y ayudar a estas comunidades a dirigir la respuesta y prestar servicios equitativos, accesibles y aceptables a estos grupos.

Barreras estructurales

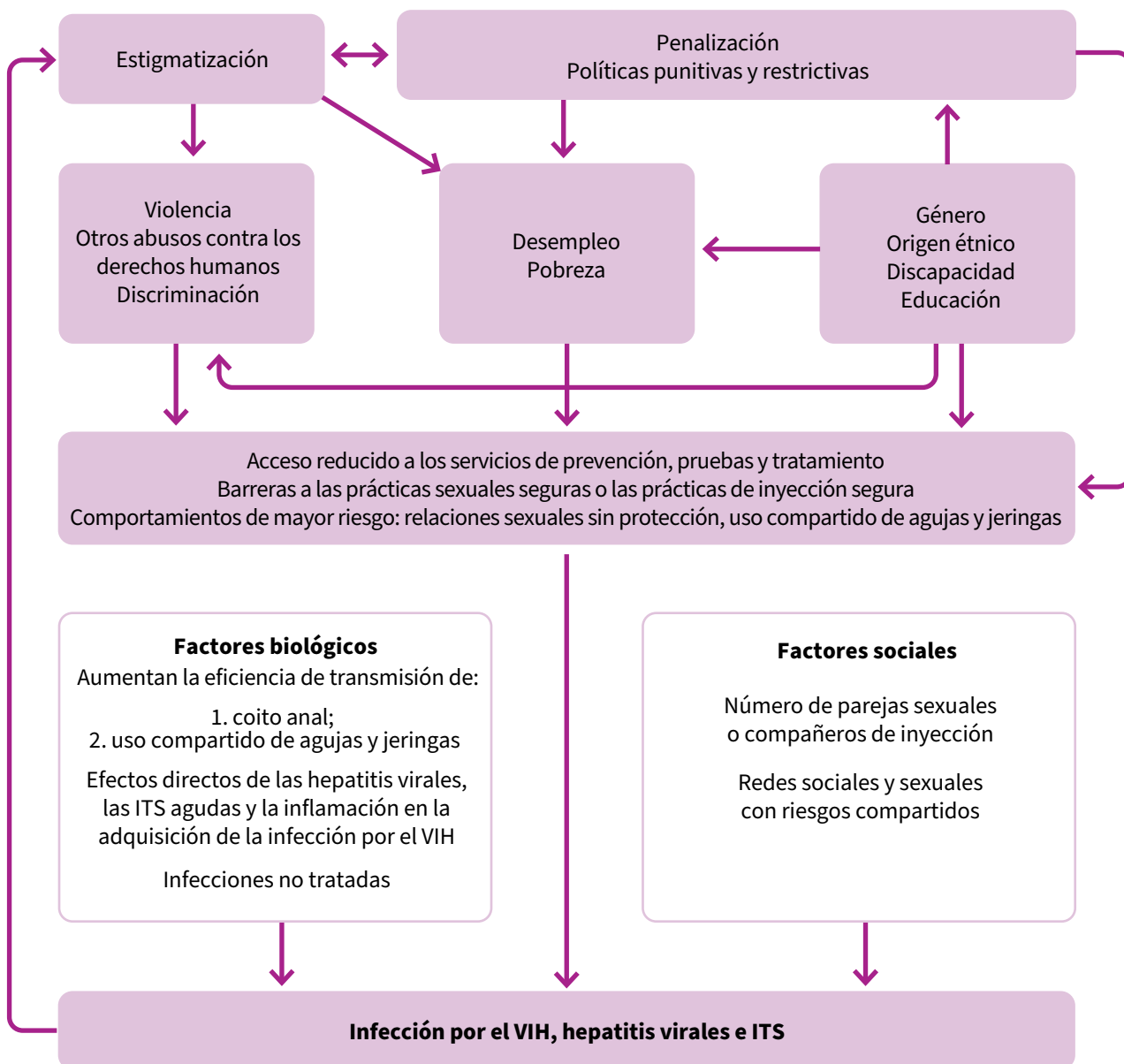
En particular para los grupos de población clave, los factores sociales, jurídicos, estructurales y otros factores contextuales aumentan la vulnerabilidad a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y obstaculizan el acceso a los servicios de salud y otros servicios básicos. En muchos entornos, se penaliza uno o varios aspectos del comportamiento, el trabajo o la expresión del género de los grupos de población clave y sus miembros son objeto de prácticas jurídicas y policiales punitivas. La estigmatización y la discriminación por parte de la población general, el personal de salud y las fuerzas de orden público se perpetúan con la penalización, con lo cual se hace más difícil lograr cambios jurídicos o de políticas. La estigmatización y la discriminación en los entornos de atención de salud son experiencias comunes para los grupos de población clave y crean barreras importantes al logro de la cobertura universal de salud. La estigmatización y la discriminación están relacionadas con el desempleo, y también con la violencia y la violación de los derechos

humanos. La violencia y otros abusos contra los derechos humanos se ven exacerbados por la penalización, con lo cual es menos probable que los miembros de grupos de población clave denuncien los abusos y se aumenta su vulnerabilidad a estos abusos.

En conjunto, estas situaciones reducen el acceso a los servicios para la infección por el VIH, las ITS, las hepatitis virales y otros servicios de salud; pueden dar lugar a una menor aceptación y un uso esporádico de los métodos de prevención como los preservativos, la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y profilaxis posterior a la exposición (PEP) al VIH y las agujas y jeringas estériles; y a un diagnóstico tardío, con vinculación y retención deficiente en los programas de tratamiento (véase la [figura 1](#)).

Es importante destacar que no se puede hacer caso omiso de las complejas confluencias entre las barreras estructurales que afectan a los grupos de población clave y su género, discapacidad, educación, origen étnico, religión y situación socioeconómica. Por ejemplo, las mujeres cisgénero y las personas trans y de género diverso registran tasas sumamente altas de violencia, las minorías étnicas están sobrerrepresentadas en muchos entornos penitenciarios y todos estos factores aumentan la estigmatización y la discriminación.

Figura 1. Factores que contribuyen a la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales en los grupos de población clave



Infección por el VIH, hepatitis virales e ITS en los grupos de población clave: dinámica y sindemias

Existe un fundamento epidemiológico evidente para que los programas relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS se centren en los grupos de población clave. Este guarda relación con cada enfermedad por separado y también con su interacción biológica y social como sindemias.

Como se señaló anteriormente, los cinco grupos de población clave se ven afectados de manera desproporcionada por la infección por el VIH, y en casi todos los entornos, la prevalencia e incidencia en estos grupos son más altas que en personas que no forman parte de ellos. Los modelos epidémicos de la infección por el VIH, cuyo análisis va más allá de los denominados modos de transmisión “estática” (es decir, que observan la transmisión persistente con el transcurso del tiempo en las redes de personas, en lugar de analizar solo la incidencia en un momento dado), muestran que prevenir nuevas infecciones y disminuir la viremia en las personas de grupos de población clave que presentan infección por el VIH tiene un impacto mayor en la transmisión persistente y en la incidencia y prevalencia en la población, que centrarse en redes de menor riesgo de personas fuera de los grupos de población clave (7-9). Esto significa que es necesario que todos los países, tanto los que tienen una carga alta de infección por el VIH en todos los grupos de la población, como los que presentan epidemias restringidas en gran medida a los grupos de población clave, den prioridad y aborden las necesidades de salud de los grupos de población clave para lograr una respuesta eficaz y acelerada.

Las infecciones causadas por el VHB y el virus de la hepatitis C (VHC) dan lugar a una carga importante de enfermedad en el mundo y son causa de una mortalidad alta por cáncer de hígado y cirrosis. Las infecciones por el VHB y el VHC se presentan en todas las regiones de la OMS; la carga por el VHC es especialmente alta en las regiones del Mediterráneo Oriental y Europa y la carga por el VHB en las regiones de África y el Pacífico Occidental. Se ha confirmado que la carga de enfermedad por el VHC es alta en personas que consumen drogas inyectables (10), personas recluidas en prisión (11) y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en especial en hombres con infección por el VIH que tienen relaciones sexuales con hombres (12). En estudios de modelización se muestra que la prevención, la detección sistemática y el tratamiento de la infección por el VHC en grupos de población clave son necesarias para alcanzar los objetivos de eliminación de la hepatitis C (13-16). Se ha demostrado un aumento de la prevalencia y la carga de enfermedad por el VHB en todos los grupos de población clave (17-20). Estos grupos también tienen tasas más altas de infección por el virus de la hepatitis D, que es una sobreinfección de la hepatitis B, en comparación con la población en general (21). Los brotes de hepatitis A son comunes en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (22).

Las infecciones de transmisión sexual se diseminan sobre todo por contacto sexual (a saber, coito vaginal, anal y oral) y tienen repercusiones profundas sobre la salud sexual y reproductiva en todo el mundo. Algunas ITS también son la causa de resultados adversos graves del parto como muerte fetal y neonatal y anomalías congénitas. Las ITS se caracterizan por pandemias múltiples desatendidas que causan una gran carga de enfermedad y económica en el mundo. Se estimó que en el 2020, se contrajeron más de un millón de ITS curables cada día en todo el mundo, causadas en primer lugar por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (sífilis) y *Trichomonas vaginalis*. Antes de la introducción de las vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH), se estimaba que la prevalencia de infección por el VPH en un momento dado era superior a una de cada siete mujeres (23, 24). Los tipos de VPH de alto riesgo dan lugar a casos de cáncer cervicouterino y muertes conexas y son factores de riesgo importantes para el cáncer de ano. En el 2016, la OMS estimó además que cerca de 500 millones de adultos presentan en la actualidad infección por el virus del herpes simple (VHS) que causa el herpes genital (25).

Entre los grupos de población que tienen un riesgo mayor de contraer ITS están los trabajadores sexuales y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas trans y de género diverso en casi todos los entornos (26-31). Cada vez es más clara la evidencia de un mayor riesgo de contraer ITS, también en las personas que consumen drogas inyectables (32). Además de la carga de morbilidad y mortalidad relacionadas con las ITS, la aparición de resistencia a los antibióticos de gran disponibilidad plantea un riesgo de infección gonocócica intratable. Si bien esta situación no es nueva, el aumento rápido de la resistencia a algunos de los tratamientos eficaces restantes está disminuyendo las opciones de tratamiento (33).

Las epidemias múltiples y otros resultados adversos en materia de salud pueden interactuar y reforzarse mutuamente, con lo cual aumenta el riesgo y las consecuencias de la infección. Estas enfermedades sindémicas suelen aparecer en el marco de una desventaja social y desigualdad, y se observan con mayor frecuencia en los grupos marginados como los grupos de población clave.

Las coinfecciones por el VIH, el VHB y el VHC aumentan la morbilidad y la mortalidad. Por ejemplo, la coinfección por el VIH y las hepatitis virales aumenta el riesgo de enfermedad hepática acelerada y, en consecuencia de cirrosis, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular. Además, la respuesta inmunitaria en las personas con coinfección puede estar alterada y esas personas corren un mayor riesgo de hepatotoxicidad relacionada con el tratamiento antirretroviral (TAR) (34, 35). La hepatitis C y la infección por el VIH son muy prevalentes en las personas que consumen drogas inyectables y afectan de manera desproporcionada a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y a las personas recluidas en prisión y entornos cerrados (10-12, 36, 37).

La probabilidad de contraer la infección por el VIH es mayor en presencia de otra ITS y viceversa, con lo cual se crean sinergias y sindemias que a menudo se pasan por alto. Por ejemplo, las ITS incrementan la contagiosidad de las personas con infección por el VIH que no reciben tratamiento, al aumentar la concentración de virus en el tracto genital y aumentar el potencial de transmisión del VIH (38, 39). El herpes genital (40, 41) y la sífilis (42) casi triplican el riesgo de contraer la infección por el VIH; y las mujeres con infección por el VIH tienen un riesgo alto de infección por el VPH y su probabilidad de presentar cáncer cervicouterino es cerca de seis veces más alta (43, 44).

Respuesta a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave

El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y la meta conexa 3.3 busca: “de aquí al 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles” (45). Dada la dinámica y la sindemia de las enfermedades, descrita arriba, esto solo se puede lograr dando prioridad a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de estas infecciones en los grupos de población clave. En la [figura 2](#) se describe una teoría del cambio encaminada a alcanzar estos objetivos mundiales para el 2030 y se explica a continuación.

Con el objeto de prevenir, diagnosticar y tratar las infecciones, los grupos de población clave necesitan tener un acceso equitativo y en escala adecuada a los servicios para lograr un impacto. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) definió objetivos de cobertura de los servicios relativos a la infección por el VIH para el 2025 como parte de su estrategia mundial para poner fin al sida (45), que se aplican a todos los grupos de la población: 95% utiliza la prevención combinada; 95% de las personas con la infección por el VIH conocen su estado serológico; 95% de las personas con infección por el VIH que conocen su estado inician tratamiento; 95% de las personas en tratamiento contra la infección por el VIH han suprimido el virus y 95% de las mujeres tienen acceso a los servicios del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva. Los objetivos mundiales con respecto a las hepatitis virales incluyen diagnosticar 90% de las personas con infección por el VHC o el VHB y tratar (VHB) o curar (VHC) 80% para el 2030. Con respecto a las ITS, los objetivos para el 2030 son que en más de 90% de personas de grupos de población prioritarios se realice la detección sistemática de la gonorrea o la sífilis y se trate a más de 95% cuando el resultado es positivo. Pocos países llegan en esta proporción a los grupos de población clave con los servicios, lo cual favorece las epidemias persistentes.

Mejorar el acceso de los grupos de población clave a los servicios para generar un impacto sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS solo puede lograrse si se eliminan las barreras estructurales como la estigmatización y la discriminación, la penalización, las políticas restrictivas y la violencia y otros abusos contra los derechos humanos y si existen entornos propicios (consúltense las referencias en el [capítulo 4](#) sobre intervenciones habilitadoras). Las mujeres que pertenecen a grupos de población clave, así como las mujeres que son parejas de miembros de estos grupos, corren riesgos extremadamente altos de contraer el VIH, y su probabilidad de acceder a los servicios es menor. La estrategia mundial del ONUSIDA para poner fin al sida (45) incluye objetivos para el 2025 en materia de barreras estructurales: que menos de 10% de los países tengan leyes y políticas punitivas que nieguen o limiten el acceso a los servicios; menos de 10% de las personas afronten estigmatización y discriminación; y menos de 10% sufran desigualdad y violencia de género. En relación con lo anterior, se precisa el empoderamiento de la comunidad tanto con el fin de aumentar el acceso y la cobertura como de respaldar los cambios estructurales necesarios.

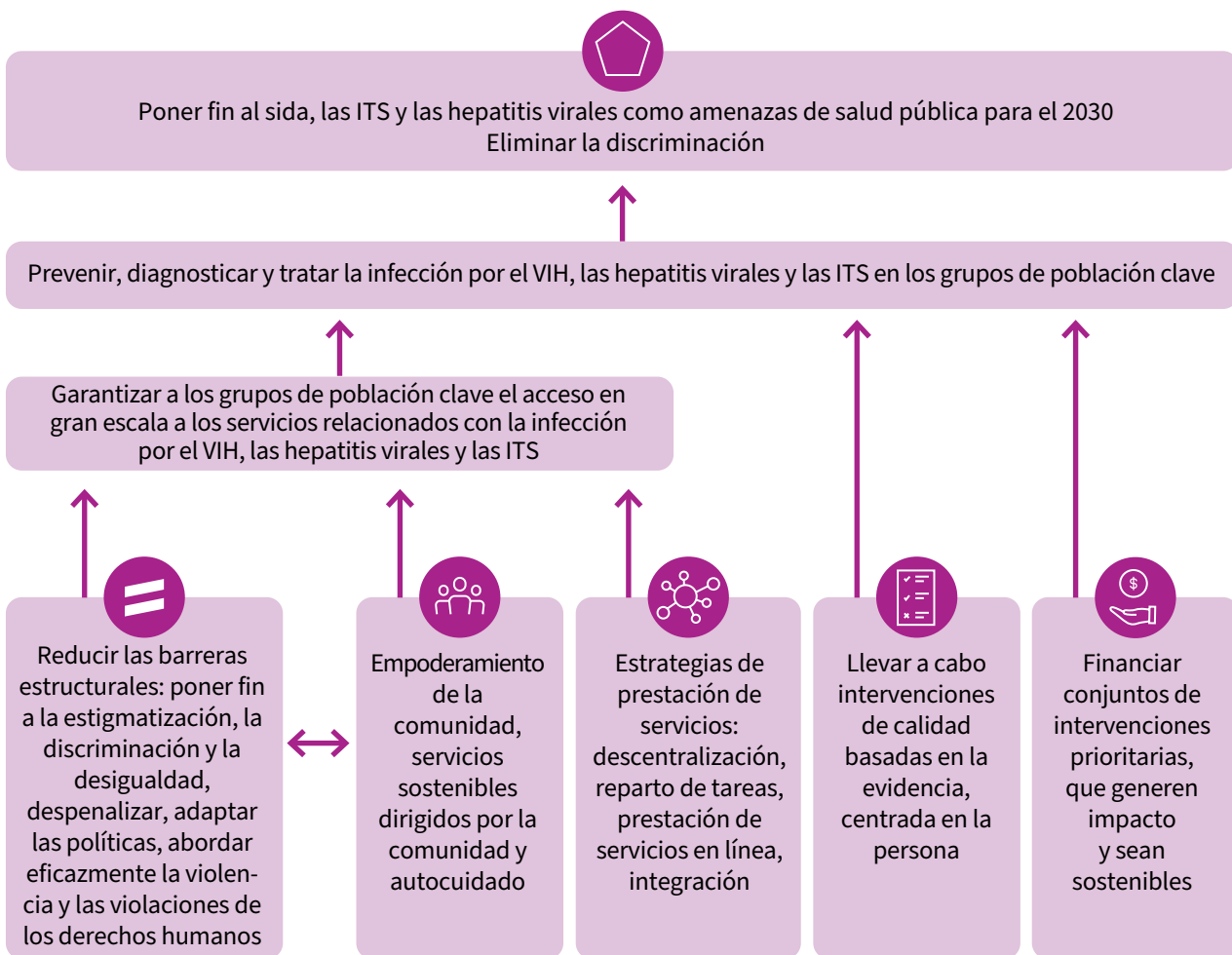
Situar a los grupos de población clave en el centro de los sistemas de salud, organizando los servicios en torno a las necesidades de las personas y no en torno a las enfermedades, y promoviendo enfoques integrados centrados en el paciente y la vinculación con los servicios de atención primaria de salud, es primordial para poner fin a estas epidemias. También se precisan diferentes estrategias de prestación de servicios,

incluida la delegación de tareas a pares de los grupos de población clave como trabajadores de salud, la descentralización de la prestación de servicios hacia los programas dirigidos por los grupos de población clave en la comunidad, la prestación de servicios en línea y la integración de los servicios a fin de aumentar el acceso y la disponibilidad de los servicios para la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigidos a los grupos de población clave (46).

La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS, las hepatitis virales y la infección por el VIH solo se pueden lograr si se llevan a cabo intervenciones adecuadas y basadas en la evidencia, que tengan en cuenta las necesidades individuales de salud de las personas, con la prestación de una atención centrada en la persona. Esto exige comprender las medidas que funcionan bien en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de estas afecciones.

Por último, varias intervenciones eficaces que previenen y tratan la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales en grupos de población clave son costo-eficaces y ahorran costos (47-50), no pueden lograr su impacto sin un financiamiento adecuado. El financiamiento debe ser sostenible, predecible y focalizado en el apoyo a las comunidades.

Figura 2. Teoría del cambio: respuesta a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave



Ámbito de aplicación de las presentes directrices

En estas directrices se describe una respuesta de salud pública a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigida a cinco grupos de población clave. Se presentan y analizan nuevas recomendaciones y se unifica una serie de recomendaciones y orientaciones, a partir de las directrices vigentes de la OMS.

En las directrices se resumen los componentes de un conjunto de intervenciones para cada grupo de población clave y se analizan los problemas, desafíos y oportunidades de la ejecución. Asimismo, las directrices proporcionan orientación a los países sobre la forma de priorizar los conjuntos de intervenciones para lograr el mayor impacto posible.

Metas y objetivos

La alta incidencia y prevalencia de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave; la dinámica de las epidemias; y la persistencia de barreras discriminatorias, desigualdades y violaciones de los derechos humanos obligan a los programas nacionales y los ejecutores a dar prioridad a la prestación de servicios de salud basados en la evidencia y las intervenciones habilitadoras dirigidas a estos grupos de población, con el fin de alcanzar los objetivos mundiales del sector de la salud para los tres grupos de infecciones.

Los objetivos de estas directrices actualizadas dirigidas a los grupos de población clave son los siguientes:

1. formular nuevas recomendaciones mediante la evaluación de la calidad de la evidencia;
2. unificar las orientaciones y recomendaciones más recientes relacionadas con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS aplicables a los grupos de población clave;
3. promover un conjunto de intervenciones habilitadoras basadas en la evidencia que sean pertinentes para todos los grupos de población clave; y
4. delinear conjuntos de servicios de salud prioritarios en materia de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales que generen impacto y sean beneficiosos y aceptables por los diferentes grupos de población clave.

Población destinataria

Estas directrices se dirigen en primer lugar a los directores de los programas nacionales contra la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS y a otros responsables de la toma de decisiones en los ministerios de salud y a los responsables de las políticas, los programas y los servicios de salud en las prisiones. También respaldan el objetivo de la *Estrategia mundial contra el sida 2021-2026* de que 80% de los servicios de los programas de prevención de la infección por el VIH, 30% de los servicios de pruebas y tratamiento y 60% de los programas de apoyo a la consecución de los factores habilitadores sociales destinados a los grupos de población clave y las mujeres esté a cargo de organizaciones comunitarias dirigidas por los grupos de población clave y por mujeres, y ampliar el objetivo para incluir también las hepatitis virales y las ITS. Además, las directrices serán pertinentes para los gestores y los encargados de formular políticas a escala nacional y subnacional que son responsables de los servicios de tuberculosis (TB), salud sexual y reproductiva, programas de distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides, dependencia de drogas, salud de adolescentes y salud mental; las organizaciones de la sociedad civil y la ejecución de programas dirigidos por la comunidad; el poder judicial, las fuerzas de orden público y altos funcionarios penitenciarios; los defensores de la causa y los organismos de desarrollo y financiamiento.

Principios de las directrices

Las directrices se elaboraron en consonancia con los siguientes principios:

Derechos humanos

El marco de elaboración de las presentes directrices se fundamenta en los principios de derechos humanos enunciados en una serie de acuerdos internacionales (51, 52). A saber, el derecho:

- al grado máximo de salud mental y física que se pueda lograr para todos, sin discriminación;

- a establecimientos, bienes y servicios de salud accesibles, aceptables, disponibles y de gran calidad, incluidos los medicamentos para el tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en igualdad de condiciones y sin discriminación con respecto, entre otras, a las razones de sexo, género, estado de salud, discapacidad, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género, raza, etnia, edad y estado civil;
- al acceso a la justicia y el derecho a un juicio justo;
- a no ser objeto de detención ni arresto arbitrarios;
- a no ser sometido a tortura ni otros tratos crueles, inhumanos o degradantes;
- a la privacidad, autonomía corporal, seguridad de la persona y a no ser objeto de violencia; y
- a disfrutar en las prisiones y otros entornos cerrados de las mismas normas de atención médica que están disponibles en la comunidad.

Lo anterior se basa en los principios básicos subyacentes de los derechos humanos; a saber, la rendición de cuentas, la igualdad y la no discriminación y la participación de todas las partes interesadas.

Igualdad de género

La promoción de la igualdad de género es fundamental para el logro de los objetivos de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS. Esto significa reconocer y tener en cuenta cómo las desigualdades de poder en las relaciones íntimas, las normas de género perjudiciales y la falta de acceso a los recursos y a su control perturban el acceso a los servicios de salud y las experiencias que se tienen con los mismos.

Equidad e inclusión

Reconocer y abordar los determinantes sociales de la salud y promover la equidad y la inclusión es fundamental en la consecución de la salud para todos.

Ética médica

Es indispensable que los prestadores de atención y los establecimientos de salud atiendan a las personas de los grupos de población clave basados en los principios de la ética médica, independientemente de la filosofía, la política, la religión, la teoría moral o las opiniones personales (53). Son de un interés particular los principios asociados con las relaciones entre prestadores de atención y pacientes o usuarios, a saber:

- autonomía de pacientes o usuarios;
- confidencialidad;
- consentimiento informado; y
- participación voluntaria en los servicios de salud.

También son procedentes los códigos de conducta y etiqueta que requieren profesionalismo, calidad, altos estándares y dedicación para “proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana“ (53).

Cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud significa que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesiten sin que ello les suponga dificultades económicas. Abarca todo el espectro de servicios básicos de salud, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos continuos durante todo el ciclo de la vida.

Lograr la cobertura universal de salud requiere estrategias múltiples; es fundamental adoptar el enfoque de la atención primaria de salud y enfoques que abarquen la totalidad del ciclo vital. El enfoque de la atención primaria de salud se centra en la organización y el fortalecimiento de los sistemas de salud, con el fin de que la población pueda acceder a servicios que favorezcan su salud y bienestar en función de sus necesidades y preferencias, lo antes posible y en su entorno cotidiano. La aplicación de un enfoque que abarque todo el curso de la vida permite optimizar la salud de las personas al satisfacer sus necesidades y aprovechar al máximo las oportunidades que se presentan en las distintas etapas de la vida.

En el marco de la cobertura universal de salud, en estas directrices aplican el principio del universalismo progresivo, donde se da prioridad y se beneficiará primero a los más vulnerables (54).

Salud pública basada en la evidencia

En estas directrices solo se incluyen recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas que se basan en una síntesis imparcial de la evidencia y están guiadas por un grupo independiente de expertos, el Grupo de Elaboración de las Directrices .

Respuesta de los grupos de población clave dirigida por la comunidad

Estas directrices sustentan el principio de mayor participación de las personas con la infección por el VIH (principio MPPVS) (55), lo aplican a los grupos de población clave y se comprometen a respaldar la participación efectiva de estos grupos en la respuesta a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS.

Cómo usar estas directrices

En las presentes directrices se unifican las recomendaciones de la OMS en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigidas a los grupos de población clave. La descripción completa de la mayor parte de estas recomendaciones se encuentra en otros documentos de directrices de la OMS, muchas de las cuales se describieron por primera vez en las directrices unificadas sobre los grupos de población clave del 2014 y el 2016 (3). En aras de la sencillez, en la mayoría de los casos las directrices no incluyen los antecedentes, la evidencia ni el proceso de toma de decisiones relacionados con cada recomendación; en su lugar, se hace referencia al documento de origen que contiene esta información. Como parte del proceso de elaboración de las presentes directrices, algunas recomendaciones se formularon o se actualizaron recientemente en el 2021 y 2022; estas aparecen marcadas con una estrella y en el [capítulo 9, Información adicional sobre la elaboración de nuevas recomendaciones](#), se ofrece información más detallada sobre la evidencia y la toma de decisiones. Todas las recomendaciones pertinentes se presentan en el [capítulo 4: Conjunto recomendado de intervenciones](#). En el [capítulo 5](#) se definen conjuntos de intervenciones priorizadas por grupos de población clave.

Estas directrices incluyen además capítulos sobre prestación de servicios, intervenciones habilitadoras, consideraciones relacionadas con los grupos jóvenes de población clave y la toma de decisiones, la planificación y el seguimiento de la respuesta. En los anexos en línea A a D [en inglés] se ofrece información completa sobre la evidencia que respalda las recomendaciones nuevas y actualizadas.

CAPÍTULO 2

Métodos



Panorama general

El Departamento de la OMS de los Programas Mundiales sobre el VIH, la Hepatitis y las Infecciones de Transmisión Sexual dirigió la elaboración de las presentes directrices unificadas destinadas a los grupos de población clave, en consonancia con los procedimientos de la OMS y las normas de presentación de informes establecidos en el *Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición, 2014 (56)*. Las recomendaciones de las directrices se basan en el método GRADE (clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones, por su sigla en inglés) para examinar la evidencia y formular recomendaciones.

Estas directrices son una actualización de las directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH en grupos de población clave, que se publicaron inicialmente en el 2014 y se actualizaron en el 2016 (3). Es importante destacar que estas directrices actualizadas reúnen ahora las recomendaciones existentes de la OMS, las nuevas recomendaciones y las orientaciones publicadas por la OMS en relación con la prevención de las hepatitis virales y las ITS, además del diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH en los grupos de población clave.

Colaboradores en el proceso de elaboración de las directrices

Estas directrices fueron elaboradas por personal técnico del Departamento de la OMS de los Programas Mundiales sobre el VIH, la Hepatitis y las ITS. La elaboración conllevó la formación de cinco grupos principales para guiar y ejecutar el proceso. Sus funciones específicas se describen en la siguiente subsección. Los miembros de todos estos grupos y otros colaboradores se indican en los agradecimientos.

Grupo de orientación de la OMS para las directrices. La unidad de Pruebas, Prevención y Poblaciones de los Programas Mundiales sobre el VIH, la Hepatitis y las ITS dirigió este grupo y actuó como secretaria de la OMS. Se contó entre sus participantes con personal de la OMS de otras dependencias de estos programas y de los siguientes departamentos de la OMS: Salud Mental y Consumo de Sustancias, y Salud Sexual y Reproductiva y Tuberculosis. El grupo también incluyó personal técnico de dos oficinas regionales de la OMS (AFRO y EURO).

Grupo de elaboración de las directrices. Este grupo estuvo conformado por 25 miembros, con una representación equilibrada de todas las regiones geográficas, los géneros y las experiencias e incluyó miembros de la esfera académica y científica, de implementación de programas y políticas y de organizaciones y redes comunitarias. El Grupo de Elaboración de las Directrices contó con representación de las redes mundiales de personas que consumen drogas, trabajadores sexuales mujeres, hombres y trans y de género diverso, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas trans y de género diverso. No existe una red mundial de las personas recluidas en prisión y no hubo representantes de las personas reclusas en el Grupo de Elaboración de las Directrices porque la participación no era factible. Los miembros del grupo se escogieron en coordinación con el grupo de orientación y las oficinas nacionales y regionales de la OMS. Este grupo tuvo a su cargo la formulación de las recomendaciones nuevas y actualizadas de la OMS. En el [anexo A en línea](#) [en inglés] se puede consultar una recopilación completa y un resumen de las declaraciones de intereses de los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices .

Grupo de revisión externa. Este grupo se escogió con miras a garantizar equilibrio geográfico y paridad entre los géneros. Lo conformaron 20 revisores externos de la esfera académica, de política e investigación, ejecución de programas, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones y redes comunitarias, incluidas redes de grupos de población clave y organizaciones de la sociedad civil y ONG que trabajan en las prisiones.

Colaboradores externos de las directrices, orientados por la metodóloga. Tres equipos distintos de expertos independientes llevaron a cabo siete revisiones sistemáticas, orientados por una experta en metodología de directrices, y con aportaciones de miembros del grupo de orientación de la OMS y funcionarios técnicos encargados. La investigación cualitativa relacionada con los valores y preferencias de los grupos de población clave estuvo a cargo de redes mundiales de personas que consumen drogas inyectables, trabajadores sexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas trans y de género diverso. Los equipos de revisión sistemática también acopiaron y resumieron evidencia adicional sobre la viabilidad, los valores y las preferencias y la costo-eficacia. El Grupo de Elaboración de las Directrices , junto con los funcionarios técnicos de la OMS, trabajaron en estrecha colaboración con la metodóloga de las directrices con el fin de clasificar la evidencia mediante el método GRADE.

Asociados y observadores externos. Representantes de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), el Fondo Mundial, la Fundación Bill y Melinda Gates, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA),

el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo Internacional de Emergencia para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), la Alianza Mundial contra la Hepatitis (WHA), la Clinton Health Access Initiative (CHAI) y la Asociación Profesional Mundial de Salud Transgénero (WPATH) asistieron a la reunión del Grupo de Elaboración de las Directrices como observadores. Todos los representantes y organizaciones son posibles donantes y ejecutores de las directrices propuestas, con una historia de larga data de colaboración con los Programas Mundiales de la OMS sobre el VIH, la Hepatitis y las ITS.

Conflictos de intereses

Todos los colaboradores externos, incluidos los miembros de grupos de elaboración de directrices y grupos de revisión externa, rellenaron un formulario de la OMS de declaración de conflictos de intereses. Se hizo todo lo posible para garantizar que toda posible influencia de los conflictos de intereses fuese mínima. Se examinó la participación individual con respecto a los intereses declarados. Todos los formularios de declaración de intereses se archivaron en formato electrónico en el Departamento de los Programas Mundiales de la OMS sobre el VIH, la Hepatitis y las ITS y se conservarán durante 10 años.

Con el objeto de evaluar los conflictos de intereses del Grupo de Elaboración de las Directrices, los funcionarios técnicos responsables de la OMS examinaron los formularios de declaración de intereses, los *curricula vitae* y realizaron búsquedas en Google.

La lista de miembros propuesta se publicó para examen público y comentarios 14 días antes de la reunión de las directrices hasta antes de darla por terminada. Se acordó un plan de gestión para cada conflicto declarado y se registró en el momento de las reuniones. Se reconoció un posible conflicto relacionado con la recepción de fondos que se consideró relevante con respecto a una esfera temática. El equipo de la OMS decidió que la participación de este miembro sería parcial, excusándolo de tomar parte en los debates de toma de decisiones y formulación de una recomendación relacionada con el tratamiento de la hepatitis C (véase el [anexo A en línea](#) [en inglés]).

Definición del ámbito de aplicación de las directrices

Esta publicación actualiza las directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH dirigidas a grupos de población clave del 2016. En consonancia con los principios de la cobertura universal de salud, una atención centrada en la persona y el fundamento de un mayor impacto de salud pública, se reconocieron esferas que pueden mejorarse de las pautas anteriores:

- 1) incluir e integrar las recomendaciones pertinentes relacionadas con las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave;
- 2) ofrecer orientación a los países sobre los conjuntos prioritarios de intervenciones de salud para cada grupo de población clave; y
- 3) destacar la importancia central de los factores habilitadores esenciales para garantizar la cobertura universal de salud de los grupos de población clave.

Con el fin de definir el ámbito de aplicación inicial de las directrices actualizadas, los funcionarios técnicos de la OMS revisaron todas las recomendaciones de intervenciones de salud incluidas en las directrices del 2014 y el 2016 con los siguientes objetivos: 1) definir formas en que las directrices podrían ser más claras y fáciles de leer y aplicar; 2) reconocer las recomendaciones que requieren actualización; y 3) definir dónde se necesitan nuevas recomendaciones. Los funcionarios técnicos de la Unidad de Tratamiento, Atención y Prestación de Servicios de los Programas Mundiales sobre el VIH, la Hepatitis y las ITS calificaron las 146 recomendaciones de las directrices dirigidas a los grupos de población clave del 2014 y el 2016 y aplicaron las siguientes medidas:

Eliminar: ha sido reemplazada y ya no es pertinente. El examen de la evidencia no es necesario y se suprimió la recomendación (“eliminar [no es pertinente]”) **O BIEN** debe eliminarse del recuadro de recomendaciones porque es una “consideración” y se puede destacar en la descripción o en una sección separada sobre intervenciones estructurales (“eliminar [desplazar hacia la descripción o las intervenciones estructurales]”).

Validar: la recomendación está claramente establecida y es poco probable que alguien esté en desacuerdo con la recomendación. No es necesario examinar la evidencia ni el proceso de toma de decisiones; la recomendación debe mantenerse sin cambios.

Editar: no hay ningún cambio en la evidencia ni en la intención de la recomendación, pero es necesario editar la formulación precisa para mejorar la claridad.

Actualizar: se requiere una nueva síntesis de la evidencia y el Grupo de Elaboración de las Directrices debe examinar el tema y la síntesis de la nueva evidencia mediante un procedimiento completo de la evidencia hasta la decisión, **O BIEN** ha habido una actualización de las recomendaciones después del 2016 realizada por otro equipo o departamento de la OMS.

Nueva: es necesario abordar un nuevo tema, subgrupo o intervención. Se requiere una nueva síntesis de la evidencia y el Grupo de Elaboración de las Directrices debe realizar un procedimiento completo de la evidencia hasta la decisión.

Después de este ejercicio, se organizó una consulta comunitaria y de expertos. Los objetivos de la consulta fueron los siguientes: 1) brindar información actualizada sobre el proceso y los plazos futuros de las directrices unificadas dirigidas a los grupos de población clave; 2) analizar modificaciones en el formato y la estructura de las directrices; 3) obtener retroalimentación sobre las recomendaciones cuya actualización se propone y las nuevas esferas para futuras recomendaciones; y 4) mejorar la participación de la comunidad y la transparencia. Participaron en la consulta miembros de la comunidad de los grupos de población clave, jóvenes y adolescentes, donantes, asociados técnicos, responsables de la ejecución, representantes de programas nacionales y asociados de las Naciones Unidas. La consulta también incluyó una encuesta posterior a la reunión. En general, los participantes estuvieron de acuerdo con la propuesta de estructura de las directrices, con los conjuntos de intervenciones separados por grupos de población clave, la inclusión de las ITS y las hepatitis virales y la inclusión de conjuntos prioritarios de intervenciones de salud.

Valores y preferencias de los grupos de población clave

La OMS encargó un estudio cualitativo sobre los valores y preferencias de los grupos de población clave en relación con las recomendaciones nuevas y actualizadas que estaba examinando el Grupo de Elaboración de las Directrices y con sus prioridades generales de salud, preferencias de prestación de servicios y su experiencia en materia de barreras estructurales. Desafortunadamente, no se pudo incluir en este estudio a las personas recluidas en prisión, debido a la falta de redes de personas en prisión y a problemas logísticos.

Después de la aprobación del protocolo por parte del comité de revisión ética, Global Action for Trans Equality (GATE), International Network of People who Use Drugs (INPUD), Global Action for Gay Men’s Health and Rights (MPact) y la Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual (NSWP, por su sigla en inglés) realizaron 61 entrevistas individuales semiestructuradas y 32 sesiones en grupos de opinión en varios países. Las redes mundiales de los grupos de población clave escogieron a los participantes mediante sus redes regionales y nacionales, prestando atención al equilibrio de la representación por regiones, géneros, edades y estado frente al VIH. Todas las entrevistas semiestructuradas y los grupos de opinión se llevaron a cabo de manera virtual, en plataformas de comunicación seguras. Las entrevistas se realizaron en español, francés, inglés o ruso, según fuese apropiado. Además, tres consultores de NSWP realizaron tres entrevistas en tailandés, hindi y nepalí, con la asistencia de intérpretes comunitarios.

El acopio de los datos estuvo a cargo de expertos de la comunidad contratados como consultores por las redes mundiales de los grupos de población clave. Las respuestas de los participantes se anotaron, se registraron

en formato electrónico y, cuando fue posible, se transcribieron textualmente respetando la seguridad y el anonimato de los datos personales. A continuación, las respuestas se recopilaron y codificaron utilizando una estrategia de análisis temático inductivo, basado en un marco analítico elaborado por las redes de grupos de población clave. En cada red, un investigador principal preparó los resúmenes de los datos de cada uno de los estudios de los grupos de población clave, los incorporó en un documento preliminar conjunto y los analizó con el fin de crear un informe unificado del grupo de población clave (véase el informe completo en el [anexo B en línea](#) [en inglés]).

Creación de los conjuntos priorizados de intervenciones

En estas directrices actualizadas, se aporta orientación a los directores de programas nacionales, donantes y defensores de la causa sobre cómo priorizar los distintos conjuntos de intervenciones de salud, con el fin de lograr el mayor impacto sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y de garantizar la cobertura universal con miras a abordar otros problemas de salud de los grupos de población clave.

Cada una de las intervenciones que se incluyen en las presentes directrices se clasificó en función del ámbito de aplicación inicial para cada grupo de población clave de la siguiente manera:

1. Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Esta categoría incluye todas las intervenciones recomendadas, encaminadas a superar las barreras estructurales al acceso de los grupos de población clave a los servicios de salud.

2. Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Esta categoría incluye intervenciones del sector de la salud que tienen un impacto directo demostrado sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave.

3. Esenciales para la salud en general

Esta categoría incluye intervenciones del sector de la salud a las cuales se debe garantizar el acceso de los grupos de población clave, pero que no tienen un impacto directo sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales ni las ITS.

4. De apoyo

Esta categoría incluye otras intervenciones que respaldan la realización de intervenciones en el sector de la salud como la creación de demanda y el suministro de información y educación.

Planes de difusión y actualización

Las presentes directrices se actualizarán de manera total o parcial, con base en ejercicios exploratorios periódicos de la evidencia disponible y la experiencia obtenida con la ejecución en los países, que orientarán y da origen a la necesidad de nuevas directrices. A medida que la base de la evidencia o las necesidades de los usuarios se modifiquen, se considerará la posibilidad de realizar actualizaciones técnicas sobre temas específicos.

Las directrices se difundirán por vía electrónica en el sitio web de los Programas Mundiales de la OMS sobre el VIH, la Hepatitis y las ITS y se pondrán a disposición publicaciones impresas por encargo. La difusión se respaldará mediante la publicación de revisiones sistemáticas escogidas y evaluación de la evidencia en revistas con comité de lectura y también en sinopsis de políticas y aplicaciones en internet y teléfonos móviles.

CAPÍTULO 3

Factores habilitadores esenciales



Introducción

Las epidemias de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, en especial en los grupos de población clave, persisten alimentadas por las leyes y políticas que penalizan el trabajo sexual; el consumo o la posesión de drogas; las diversas formas de expresión del género y la sexualidad; la estigmatización y discriminación; la discriminación de género; la violencia; la carencia de empoderamiento de la comunidad y otras violaciones de los derechos humanos. Estos factores socioestructurales limitan el acceso a los servicios de salud, restringen la forma como se prestan estos servicios y menguan su eficacia.

El término “factores habilitadores esenciales”², tal como se utiliza en estas directrices, se entiende como el conjunto de estrategias, actividades y métodos que tienen por objeto mejorar la accesibilidad, la aceptabilidad, el uso, la cobertura equitativa, la eficacia y la eficiencia de los servicios relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS. Los factores habilitadores operan en muchos niveles: individual, comunitario, institucional, social y nacional, regional y mundial. Son esenciales al elaborar estrategias y ejecutar programas y servicios integrales contra la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigidos a los grupos de población clave en todos los contextos epidémicos.

El sector de la salud cumple una función importante, pero la ejecución exitosa de los factores habilitadores esenciales exige la colaboración entre diferentes sectores como la salud, la justicia, la vivienda, la educación, la protección social y el trabajo. También requiere múltiples asociados del gobierno, la sociedad civil, las instituciones religiosas y el sector privado. La participación plena y efectiva de las organizaciones dirigidas por grupos de población clave es primordial.

Consideraciones especiales relativas a la población adolescente y joven

Las barreras y los factores habilitadores esenciales descritos en este capítulo se aplican tanto a la población adulta como adolescente de los grupos de población clave. En la población adolescente, estos factores pueden verse exacerbados por su rápido desarrollo físico y mental, y sus complejas vulnerabilidades psicosociales, familiares y sociales, educativas y económicas. Además, la población adolescente de estos grupos hace frente a barreras socioestructurales en el acceso a los servicios, en particular los obstáculos políticos y jurídicos relacionados con la edad del consentimiento. La población infantil de estos grupos puede sufrir estigmatización y discriminación, y con ello afrontar las mismas dificultades en el acceso a los servicios. Los prestadores de atención de salud pueden ser enjuiciados por prestar servicios a adolescentes sin el consentimiento de progenitores o tutores, lo que reduce aún más el acceso a los servicios.

Experiencia, valores y preferencias de los grupos de población clave relacionados con las barreras estructurales y los factores habilitadores esenciales

En la investigación cualitativa realizada por las redes mundiales dirigidas por grupos de población clave con fines de la elaboración de las presentes directrices (para un informe detallado, consúltese el [anexo B en línea](#) [en inglés]) se encontró que todos los grupos de población clave afirmaban que la penalización, la estigmatización y la discriminación eran barreras persistentes para acceder a los servicios de salud y permanecer en el tratamiento, además de ser factores determinantes que perpetúan la vulnerabilidad, los abusos de los derechos humanos y los resultados desfavorables en materia de salud. Los participantes de la red de personas trans y de género diverso también pusieron de relieve las barreras estructurales para el reconocimiento jurídico del género.

La penalización del consumo o la posesión de drogas, del trabajo sexual, las relaciones entre personas del mismo sexo y la expresión del género disuade a los miembros de los grupos de población clave de acceder a los servicios debido al temor de repercusiones jurídicas. También se señaló que la penalización perpetúa la exclusión de los programas de salud dirigidos por grupos de población clave y los programas basados en

² Estos factores se conocen como habilitadores sociales en la Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 (45).

los derechos, de los mecanismos de financiamiento y las respuestas estatales de salud. Los participantes en el estudio cualitativo también indicaron que el mecanismo de aplicación de la ley que utiliza la posesión de preservativos y equipos de inyección como una prueba de trabajo sexual y consumo o posesión de drogas dificulta aún más la utilización de servicios y productos de prevención basados en la evidencia.

Asimismo, la estigmatización y la discriminación, exacerbados por la penalización siguen constituyendo una barrera importante al acceso de los grupos de población clave a los servicios y su permanencia en tratamiento. Los participantes de todos los grupos de población clave destacaron el problema difundido de estigmatización y discriminación por parte prestadores de atención, incluidas las actitudes críticas, las violaciones de la confidencialidad, la negativa de administrar tratamiento, la violencia y el abuso, incluso en contextos donde existen protecciones jurídicas.

Con el objeto de mejorar el acceso de los grupos de población clave a los servicios dirigidos a la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales y su retención en ellos, y para promover su salud y sus derechos humanos en general, los participantes destacaron la necesidad de una reforma jurídica y normativa, respuestas dirigidas por la comunidad, empoderamiento y fortalecimiento de la capacidad de la comunidad e iniciativas contra la violencia.

En todas las redes clave dirigidas por los grupos de población clave que participaron en el proyecto de investigación cualitativa se hizo hincapié en el empoderamiento de la comunidad. Los participantes analizaron la importancia de las respuestas dirigidas por los grupos de población clave, incluidos los servicios de extensión entre pares y otros servicios prestados por pares, la concientización, la promoción de la causa, los centros de acogida, el fortalecimiento de las capacidades y la movilización de recursos con el fin de garantizar una programación sostenible dirigida por la comunidad. Estas iniciativas se consideraron tanto un medio para mejorar el acceso a los servicios, como una medida esencial para superar las barreras estructurales que socavan la salud y los derechos humanos de los grupos de población clave.

Además, los participantes señalaron la importancia de concientizar al personal de atención de salud, las fuerzas de orden público, los trabajadores de las ONG y la comunidad en general. La capacitación en materia de concientización dirigida por los grupos de población clave se percibió como una intervención eficaz para disminuir la estigmatización y la discriminación y mejorar la aceptabilidad de los servicios de salud. Asimismo, los participantes recomendaron intervenciones contra la violencia como intervenciones habilitadoras.

Los participantes consideraron que dado que la violencia puede ser común (en gran parte debido a los efectos de la penalización que requieren soluciones sistémicas), es necesario incorporar de manera permanente las intervenciones de prevención de la violencia en una estrategia de bienestar general, en la cual la salud se considere mucho más que “simplemente un conjunto de intervenciones”. En este contexto, hicieron hincapié en la necesidad de una mayor reflexión en los servicios sobre lo que podría atraer a las personas y empoderarlas para que tomen en consideración y atiendan su propia salud.

Por último, todas las redes dirigidas por grupos de población clave señalaron el papel crucial que desempeña el financiamiento en las iniciativas dirigidas por la comunidad, e indicaron la necesidad actual de dar prioridad al financiamiento de la programación dirigida por los grupos de población clave, frente a la grave carencia de fondos para las iniciativas comunitarias y las iniciativas dirigidas los grupos de población clave y destacaron la importancia de alcanzar los objetivos de la Estrategia mundial contra el sida 2021-2026; a saber, que 80% de la provisión de servicios de los programas de prevención de la infección por el VIH dirigidos a los grupos de población clave sean prestados por estos mismos grupos; que 30% de los servicios de pruebas y tratamiento sean prestados por organizaciones dirigidas por la comunidad; y que 60% de los programas de apoyo al logro de los factores habilitadores sociales sean ejecutados por organizaciones dirigidas por la comunidad.

Intervenciones esenciales para lograr un impacto: factores habilitadores esenciales

En este capítulo se describe una serie de barreras estructurales que obstaculizan el acceso de los grupos de población clave a los servicios de salud y luego se definen los factores habilitadores esenciales que permiten superar estas barreras. El capítulo contiene una serie de recomendaciones de buenas prácticas que se basan en las formuladas en las directrices unificadas de la OMS dirigidas a los grupos de población clave del 2014 y el 2016 (3) con referencias actualizadas, cuando estén disponibles. Si bien estas barreras y factores habilitadores están interrelacionados, se intenta analizar cada uno de manera individual.

Barreras y factores habilitadores jurídicos y de políticas

Los miembros de los grupos de población clave tienen derecho a la plena protección de sus derechos humanos, según se especifica en los instrumentos internacionales de derechos humanos. Los derechos humanos incluyen, entre otros, el derecho a la igualdad de disfrute de los derechos y a la no discriminación; la seguridad y privacidad de la persona; el reconocimiento y la igualdad ante la ley; un juicio justo de derecho; el grado máximo de salud mental y física que se pueda lograr; educación; empleo y condiciones de empleo justas y favorables; la libertad de circulación; derechos de reunión y asociación pacíficas; el derecho a no ser objeto de arrestos y detenciones arbitrarias ni de tratos crueles e inhumanos; y la protección contra la violencia. Los Estados tienen la obligación de velar por que los derechos mencionados se disfruten sin discriminación por motivos de origen étnico, nacionalidad, sexo, edad, religión, sexualidad, identidad de género, estado de salud, discapacidad, estado civil u otra situación (57-60).

En la mayoría de los países hay leyes, regulaciones o políticas que son barreras al acceso efectivo de los grupos de población clave a los servicios relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS y otros servicios de salud, entre otras, la penalización del trabajo sexual, el consumo y la posesión de drogas, la identidad de género o su expresión y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Varios países penalizan de hecho la identidad de género, al penalizar el travestismo o la imitación del sexo opuesto. Para las personas trans y de género diverso, la falta de reconocimiento jurídico del género es un obstáculo fundamental para el acceso a los servicios de salud y la retención en los mismos y también al pleno disfrute de otros derechos, como la libertad de movilidad, vivienda, educación y empleo. Esta situación aísla aún más a las personas trans y aumenta sus vulnerabilidades. En muchos entornos, los menores de 18 años se clasifican jurídicamente como menores de edad, lo que hace indispensable el consentimiento de un adulto legal responsable con el fin de recibir atención médica. Otras barreras se relacionan con políticas y prácticas restrictivas o punitivas como la penalización de la posesión de agujas y jeringas, que restringe la capacidad operativa de los programas de distribución de agujas y jeringas y la utilización de la posesión de preservativos como evidencia de trabajo sexual y como fundamento para el arresto (61). Otras prácticas nocivas incluyen los exámenes anales forzados, que se practican para investigar o castigar las presuntas relaciones sexuales consentidas entre personas del mismo sexo, hombres o mujeres transgénero (62).

Estas barreras jurídicas tienen efectos medibles y perjudiciales en la salud de los miembros de los grupos de población clave como lo demuestran estudios de modelización y otras investigaciones (63-74). Por ejemplo, una revisión sistemática encontró asociaciones entre la exposición al arresto y la infección por el VIH en las personas que consumen drogas inyectables (64); en los países de África subsahariana, se encontró que las probabilidades de contraer la infección por el VIH eran 7,2 veces mayores en las trabajadoras sexuales de los países que penalizan el trabajo sexual, en comparación con los países que lo han legalizado parcialmente (68); la vigilancia policial represiva de las trabajadoras sexuales se asoció con un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH u otras ITS (razón de probabilidades: 1,87); y las trabajadoras sexuales expuestas a medidas policiales represivas tenían una probabilidad tres veces mayor de agresión física o sexual (75). También se ha demostrado en varias ocasiones que la penalización de los clientes de las trabajadoras sexuales tiene un efecto negativo en la seguridad y la salud de ellas, incluida una reducción del acceso a los preservativos y su uso y el aumento de las tasas de violencia (68, 76). Los estudios muestran el efecto negativo que ejerce la penalización de las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo sobre la prevalencia de la infección por el VIH y el acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento (77, 78).

Con respecto a las personas trans y de género diverso, el reconocimiento jurídico del género y el nombre preferidos puede ser importante para disminuir la estigmatización, la discriminación y la ignorancia sobre la variación de género. Este reconocimiento por parte de los servicios de salud puede contribuir a mejorar el acceso, la aceptación y la prestación de servicios relacionados con la infección por el VIH (79). Además, es probable que mejore la salud y el bienestar de las personas trans y de género diverso (80). Sin embargo, es indispensable que el reconocimiento jurídico curse con formación, concientización, educación y aplicación de la ley.

Reformas jurídicas como la despenalización del consumo o posesión de drogas, el trabajo sexual y las relaciones entre personas del mismo sexo; el reconocimiento jurídico de la situación trans o de género diverso; la disminución de la edad de consentimiento para acceder a los servicios de salud; y contemplar excepciones a una política estándar de la edad de consentimiento (como los menores maduros) son factores habilitadores esenciales que pueden transformar un entorno hostil en un entorno favorable a los grupos de

población clave. Sin políticas de protección y despenalización del consumo o posesión de drogas y de las diversas formas de identidad de género y sexualidad y trabajo sexual, seguirán existiendo obstáculos para acceder a los servicios de salud básicos; muchas personas de los grupos de población clave pueden temer que al buscar atención de salud se expongan a consecuencias jurídicas adversas. Debería prestarse especial atención a estas reformas jurídicas como parte de toda revisión de las políticas o los programas dirigidos a los grupos de población clave.

Las leyes y políticas que penalizan y castigan a los grupos de población clave también impiden que las personas obtengan justicia y servicios jurídicos. Se necesitan políticas y procedimientos que garanticen que las personas de los grupos de población clave puedan denunciar las violaciones de sus derechos como la discriminación, la violencia de género y otros delitos, los problemas con la actuación policial, las violaciones del consentimiento informado, las violaciones de la confidencialidad médica y la denegación de servicios de atención de salud. Ampliar las opciones de denuncia, más allá de acudir a la policía, alentará la denuncia de las violaciones de derechos humanos. Por ejemplo, se puede capacitar a las personas de grupos de población clave como asistentes jurídicos, y las organizaciones dirigidas por personas de estos grupos y otras organizaciones que trabajan con ellos pueden actuar como un tercero, relator de denuncias (61, 81).

Las fuerzas de orden público tienen el deber y la obligación jurídica de garantizar que los grupos de población clave gocen de igual protección ante la ley y que no se violen sus derechos humanos. Estos funcionarios deben recibir capacitación continua sobre las formas de respaldar, o al menos no impedir, el acceso de los grupos de población clave a los servicios básicos de salud, incluido el hecho de no vigilar ni arrestar a las personas que acceden a los servicios de tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides, de distribución de agujas y jeringas y a los consultorios de tratamiento de la dependencia de las drogas; evitar la confiscación de medicamentos del tratamiento del consumo de drogas y no utilizar la posesión de agujas o preservativos estériles para justificar el arresto. Los sistemas que promuevan las buenas prácticas policiales y proporcionen vías seguras para denunciar las violaciones de los derechos humanos ayudarán a garantizar que la policía proteja tanto la salud pública como los derechos humanos de todas las personas (61).

A continuación se indican las recomendaciones generales relacionadas con las intervenciones habilitadoras que abordan las barreras jurídicas y de políticas. Para obtener la información completa, consúltese el [capítulo sobre intervenciones recomendadas](#).

Declaraciones generales de buenas prácticas y de orientación: eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Declaración de buenas prácticas existente (adaptada)³

Los países deben procurar la despenalización del consumo o inyección de drogas, la posesión de drogas, el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y las identidades de género no convencionales y avanzar hacia la eliminación de la aplicación injusta de la ley civil y las regulaciones contra las personas que consumen o se inyectan drogas y los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas trans y de género diverso (3, 45, 79, 82-85).

Declaración de orientación existente

Las leyes, las políticas y las prácticas jurídicas se deben examinar y, cuando sea necesario, las deben modificar los responsables de la formulación de políticas y los líderes gubernamentales, con una participación efectiva de las partes interesadas que pertenecen a los grupos de población clave, a fin de permitir y apoyar un mayor acceso de estos grupos a los servicios (3, 79, 83, 84).

³ En las directrices unificadas del 2014 sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, la formulación de esta declaración de buenas prácticas era: Los países deben procurar la despenalización de comportamientos como el consumo o inyección de drogas, el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y las identidades de género no convencionales y avanzar hacia la eliminación de la aplicación injusta de la ley civil y las regulaciones contra las personas que consumen o se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas trans y de género diverso.

Estigmatización y discriminación

La estigmatización es una diferencia que se califica, se le atribuye un estereotipo o se designa de manera peyorativa. La estigmatización puede llevar a la discriminación; es decir, a acciones inicuas e injustas contra una persona o un grupo basándose en un estado o atributo real o percibido, una afección médica, una situación socioeconómica, el empleo, el consumo de drogas, el género, el origen étnico, la identidad sexual, la edad u otras diferencias o características percibidas, con el propósito o el efecto de menoscabar o anular el reconocimiento, el disfrute o el ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales (61).

A menudo, las personas de los grupos de población clave son objeto de particular estigmatización, discriminación y actitudes negativas relacionadas con su comportamiento, orientación sexual, identidad de género o ejercicio de trabajo sexual y aún más, si también tienen infección por el VIH, hepatitis virales o ITS. Asimismo, muchos grupos de población clave afrontan formas cruzadas de discriminación por motivos de edad, sexo, raza o etnia, estado de salud física o mental, discapacidad, nacionalidad, asilo o situación migratoria o por antecedentes penales. Esta es la base de la discriminación, que es común en muchos centros de salud y servicios encargados de hacer cumplir la ley. Puede parecer respaldada de manera implícita por la falta de leyes y políticas nacionales que protejan a los grupos de población clave contra la discriminación y por la aplicación de políticas punitivas y restrictivas.

En el sector de la salud, la estigmatización y la discriminación pueden adoptar muchas formas a escala individual y del sistema. La falta de programas de capacitación y educación que informen al personal de salud sobre las necesidades, los problemas de salud y las estrategias e intervenciones basadas en los derechos que se dirigen a los grupos de población clave contribuye a la marginación. Esta situación deja a los prestadores de atención mal preparados para abordar las necesidades de salud y perpetúa las prácticas estigmatizantes y discriminatorias, incluso hasta el punto de rehusar los servicios. El personal de salud puede tener prejuicios contra ciertas personas, pero también puede ser objeto de discriminación cuando trabaja con grupos de población clave (86).

Los efectos de la estigmatización y la discriminación contra los grupos de población clave pueden manifestarse en retrasos en la realización de pruebas y omisión de diagnósticos, una retención deficiente en los programas de tratamiento y resultados desfavorables del tratamiento, el ocultamiento del estado de salud y, en general, la escasa utilización de los servicios de salud (61, 87 102).

Hay muchas intervenciones diseñadas con el fin de reducir la estigmatización y la discriminación en los entornos de atención de salud, y algunos ensayos aleatorizados y estudios observacionales muestran sus efectos positivos (92, 103-114). Sin embargo, dado el carácter heterogéneo de las intervenciones y de los resultados medidos, con frecuencia no es posible realizar metanálisis, y las revisiones sistemáticas no indican con claridad cuáles son las intervenciones más eficaces cuando se trata de reducir la estigmatización y la discriminación en estos entornos (86, 115-117). En cambio, es útil considerar una serie de intervenciones que puedan responder a diferentes aspectos de la estigmatización y la discriminación como las que se indican a continuación (61, 115).

Método de la intervención	Descripción
Basada en la información	Brindar información sobre la salud y la estigmatización relacionada con la salud.
Fortalecimiento de competencias	Llevar a cabo actividades de concientización u otras actividades de refuerzo de las competencias dirigidas a profesionales de la salud, fuerzas de orden público y otras instancias.
Asesoramiento y apoyo	Servicios de apoyo dirigidos los miembros de grupos de población clave.
Contacto con grupos de población clave	Facilitar las interacciones entre miembros de los grupos de población clave, profesionales de la salud, fuerzas de orden público y otras instancias.
Estructural	Instaurar políticas y códigos de conducta contra la estigmatización y la discriminación con seguimiento, supervisión y oportunidades para que miembros de los grupos de población clave denuncien la discriminación, con mecanismos de reparación y rendición de cuentas.
Biomédica	Garantizar la cobertura universal de salud y la prestación de atención profesional y no discriminatoria, incluidos los servicios relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigidos a los grupos de población clave.

A continuación se indican las intervenciones habilitadoras que abordan las barreras relacionadas con la estigmatización y la discriminación:

Declaraciones generales de buenas prácticas y de orientación: estigmatización y discriminación	
Declaración de buenas prácticas existente	Los países deben procurar aplicar y hacer cumplir las leyes de protección y contra la discriminación, que se derivan de las normas en materia de derechos humanos, a fin de eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra los grupos de población clave (3).
Declaración de buenas prácticas existente	Los responsables de la formulación de políticas, los parlamentarios y otros líderes de salud pública deben aunar esfuerzos con las organizaciones de la sociedad civil en sus iniciativas por vigilar la estigmatización, hacer frente a la discriminación contra los grupos de población clave y modificar las normas jurídicas y sociales punitivas (3, 79, 81, 83-85, 118, 119).
Declaración de orientación existente	Se debe procurar que los servicios de salud estén disponibles, accesibles y sean aceptables por las personas de los grupos de población clave, teniendo en cuenta los principios de ética médica, la necesidad de evitar la estigmatización, la no discriminación y el derecho a la salud (3, 79, 81, 83-85, 118 120).

Empoderamiento de la comunidad

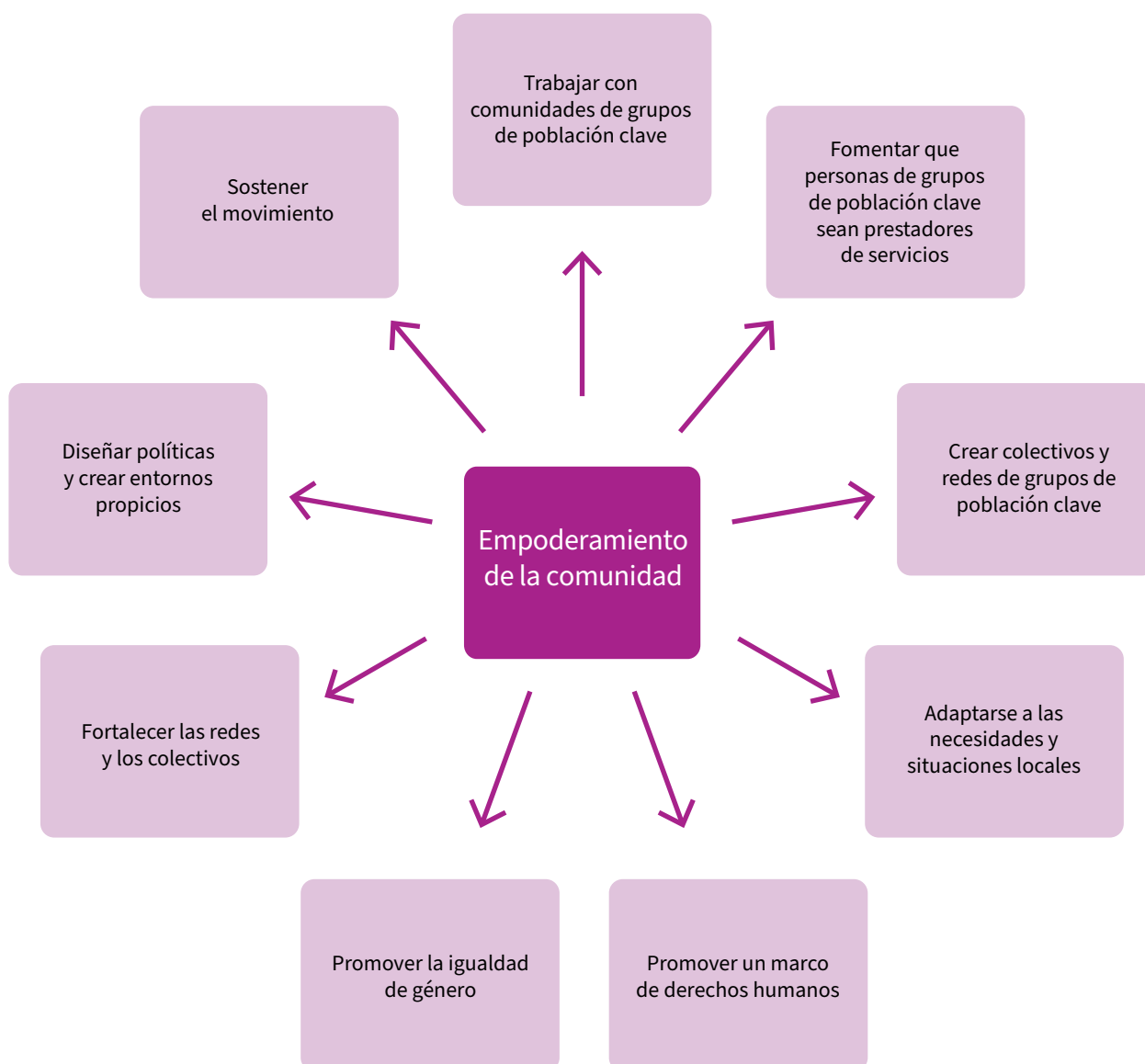
Los grupos de población clave a menudo tienen poco o ningún control sobre los factores de riesgo de contraer la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, favorecidos por el entorno jurídico, político y social y programático y por las circunstancias de sus vidas. Estas limitaciones pueden dificultar el control que tienen las personas sobre su salud y bienestar, además de aumentar su riesgo de contraer la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS. Esta falta de control se agrava si las personas desconocen los servicios de salud disponibles, sus derechos jurídicos y humanos, en especial su derecho a la salud, y no saben qué hacer si se violan estos derechos. Pocos jóvenes de los grupos de población clave reciben información adecuada y educación centrada en su vida sexual. En cambio, reciben mensajes negativos, críticos, contradictorios o confusos sobre el género, el consumo de drogas, el embarazo no deseado y las ITS, incluida la infección por el VIH (121).

El empoderamiento es el proceso mediante el cual las personas con poco poder trabajan juntas con el fin de aumentar el control sobre los eventos que determinan su vida y su salud. El empoderamiento de la comunidad significa aumentar el control de las comunidades de grupos de población clave sobre su salud, al abordar sus limitaciones estructurales a la salud, los derechos humanos y el bienestar; realizar cambios sociales, económicos y comportamentales; y mejorar el acceso a los servicios de salud. El empoderamiento de la comunidad adopta muchas formas como fomentar los grupos dirigidos por grupos de población clave y los programas y la prestación de servicios dirigidos por estos grupos; la participación efectiva de los grupos de población clave en el diseño y el funcionamiento de los servicios; la educación y orientación entre pares; la delegación de tareas a pares de grupos de población clave; el autocuidado; la instauración de programas de conocimientos básicos de derecho y servicios jurídicos; y la garantía de un espacio civil donde los grupos de población clave puedan funcionar sin temor a represalias.

La evidencia, sobre todo en los trabajadores sexuales, muestra que el empoderamiento de la comunidad tiene un impacto medible sobre la salud de los grupos de población clave (122-134), que incluye disminución de la incidencia de ITS (127), infección por el VIH (128, 134) y de las relaciones sexuales de riesgo alto (131) y una mayor utilización de la planificación familiar (132).

En la [figura 3](#) se presenta un marco en destinado a fomentar los servicios a los grupos de población clave, que incluye herramientas de ejecución elaboradas por las redes de grupos de población clave (135-138).

Figura 3. Marco para el empoderamiento de la comunidad



Es importante fomentar y apoyar los servicios, los establecimientos y la investigación dirigidos por organizaciones de personas de los grupos de población clave. Las organizaciones, colectivos y redes dirigidos por estos grupos cumplen una función fundamental en la capacitación del personal de los servicios de salud, las fuerzas de orden público y los organismos de servicios sociales; facilitan la interacción con las comunidades de población clave; y la creación, ejecución, supervisión y gestión de los servicios. Las comunidades de grupos de población clave fortalecen el entendimiento y las alianzas con otros grupos desatendidos y vulnerables como las redes de jóvenes, las personas con discapacidad, las adolescentes y las mujeres jóvenes. Estas comunidades tienen fortalezas especiales para la prestación y la dirección de servicios comunitarios y de extensión.

Una participación efectiva significa no solo tener una voz en la toma de decisiones, sino también contribuir a la prestación, el seguimiento y la evaluación de los servicios. La vigilancia dirigida por la comunidad es un mecanismo de rendición de cuentas dirigido por grupos de población clave y otras comunidades afectadas, que comporta supervisión por pares capacitados y mecanismos estructurados de rendición de cuentas y tiene gran importancia (139).

La OMS tiene varias recomendaciones pertinentes relacionadas con las funciones de los pares de grupos de población clave en la prestación de servicios, que se pueden consultar en el [capítulo sobre prestación de servicios](#).

La participación efectiva de los grupos de población clave en la programación es fundamental para garantizar la idoneidad y aceptabilidad de los servicios para el público destinatario previsto. También es importante para entablar relaciones de confianza entre la comunidad y los prestadores de servicios, que pueden estar acostumbrados a definir los parámetros de prestación de los servicios y determinar la forma como se deben llevar a cabo las relaciones o las alianzas, una norma que debe delegarse a fin de facilitar el empoderamiento de la comunidad y el acceso a los servicios.

Una participación efectiva significa que los grupos de población clave: 1) escogen si quieren participar; 2) escogen cómo quieren ser representados y por quién; 3) escogen cómo participan en el proceso; y 4) tienen una participación equitativa en materia de gestión de las alianzas.

A continuación se indican las intervenciones habilitadoras que mejoran el empoderamiento de la comunidad.

Declaraciones generales de buenas prácticas y de orientación: empoderamiento de la comunidad⁴

Declaración de orientación existente	Los grupos y organizaciones dirigidos por grupos de población clave se deben convertir en asociados y líderes primordiales en el diseño, la planificación, la ejecución y la evaluación de los servicios de salud (3).
---	--

Declaración de buenas prácticas existente	Los programas deben poner en marcha un conjunto de intervenciones encaminadas a mejorar el empoderamiento comunitario en los grupos de población clave (3, 79, 84, 85).
--	---

Violencia

La violencia contra los miembros de grupos de población clave es frecuente y adopta varias formas: física, sexual o psicológica y puede ser perpetrada por diferentes personas, incluidas parejas íntimas, clientes, miembros de la familia, extraños, prestadores de servicios, fuerzas de orden público y otras personas en posición de poder (140-147). La violencia puede ser favorecida por el desequilibrio en la dinámica de poder del género, por prejuicios y discriminación contra personas que se perciben como desviadas de las normas e identidades convencionales de género y sexualidad. Otras características como la edad, la discapacidad o el origen étnico pueden aumentar la vulnerabilidad a la violencia. Además, múltiples factores estructurales influyen en la fragilidad frente a la violencia, incluidas las leyes discriminatorias o rigurosas y las prácticas de acción policial y normas culturales y sociales que legitiman la estigmatización y la discriminación.

Se ha demostrado que la experiencia de la violencia tiene una repercusión negativa en la salud de los grupos de población clave como el aumento de los daños asociados con el consumo de drogas (142, 148-152), la disminución de la utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva (141), el uso esporádico de los preservativos (141, 147, 149, 153), la depresión y otros problemas de salud mental (143, 154) y el aumento del riesgo de infección por el VHC (155, 156), además de la repercusión directa sobre la posibilidad de contraer la infección por el VIH y las ITS (157). En un estudio de modelización se estimó que la reducción de la violencia sexual contra los trabajadores sexuales podría disminuir un 25% las nuevas infecciones por el VIH en las trabajadoras sexuales y sus clientes (158). Las mujeres, en especial las mujeres jóvenes de grupos de población clave, incluidas las mujeres que consumen drogas, las trabajadoras sexuales, las recluidas en prisión y las mujeres transgénero, tienen tasas especialmente altas de abuso físico, sexual y psicológico (159).

El sector de la salud puede desempeñar una función importante en la lucha contra la violencia mediante la prestación de servicios de salud integrales, incluida la salud sexual y reproductiva; la facilitación de derivaciones a otros servicios de apoyo; el acopio de la evidencia mediante datos e investigaciones; el fomento de políticas de prevención en otros sectores; y la promoción del reconocimiento de la violencia como problema de salud pública y para la asignación de recursos (160).

⁴ Cabe destacar que en las directrices 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, la OMS recomendó un conjunto de intervenciones encaminadas a mejorar el empoderamiento de la comunidad en las trabajadoras sexuales. Esta fue una recomendación firme, con evidencia de calidad muy baja. En el 2014, se unificaron todas las recomendaciones de la OMS relacionadas con los grupos de población clave y se elaboró una nueva declaración de buenas prácticas que amplió esta recomendación a todos los grupos de población clave, y se incluye en el cuadro anterior.

Las sobrevivientes de violencia sexual necesitan un acceso oportuno a la atención posterior a una agresión sexual, que comprenda la anticoncepción de urgencia, el aborto en condiciones seguras, la profilaxis posterior a la exposición al VIH y otras ITS, la vacunación contra la hepatitis B y la atención y el apoyo psicosociales, así como la derivación a servicios jurídicos (161). La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave deben incluir, ya sea en el mismo establecimiento o mediante mecanismos sólidos de derivación y vinculación, la atención médica y psicosocial y el apoyo a las personas sobrevivientes de violencia, de conformidad con las directrices de la OMS sobre la respuesta a la violencia sexual (161-162). Las personas sobrevivientes pueden necesitar tratamiento de las lesiones físicas y atención de salud mental a largo plazo. Los servicios de salud también confirman pruebas medicolegales, que pueden facilitar el acceso de las personas sobrevivientes a la justicia. Los servicios de apoyo incluyen además líneas directas atendidas por pares capacitados y otros consejeros que ofrecen apoyo psicosocial, así como intervenciones de respuesta ante crisis, con equipos multidisciplinarios que vinculen a las personas sobrevivientes con diversos servicios y espacios seguros, sin restricciones por causa del consumo actual de drogas (84).

Las medidas encaminadas a abordar la violencia contra las personas de grupos de población clave deben vincular a otros sectores además del sector de la salud. Es indispensable que en conjunto, creen un entorno propicio que promueva el bienestar y la seguridad física, sexual y emocional. Entre los factores habilitadores esenciales se cuentan mecanismos de documentación y vigilancia de la violencia, capacitación a las personas de los grupos de población clave y otras partes interesadas para comprender los derechos humanos y fomentar la rendición de cuentas de las fuerzas de orden público, con el fin de prevenir la violencia y las violaciones de los derechos humanos y responder a ellas cuando ocurren (162, 164). La evidencia demuestra la eficacia de los programas participativos que vinculan múltiples partes interesadas y también de las intervenciones de movilización comunitaria (165). Las prácticas de aplicación de la ley pueden aumentar el riesgo de violencia que afrontan los grupos de población clave. De hecho, las mismas fuerzas de orden público pueden ser agresoras. El trabajo con las fuerzas de orden público puede comportar capacitación sobre los derechos humanos de los grupos de población clave, además de la promoción de la rendición de cuentas para lograr una aplicación de la ley basada en los derechos (162). Las medidas encaminadas a prevenir la violencia se fomentan con la promoción de la causa de reformas legislativas y políticas que protejan los derechos y la seguridad de los grupos de población clave; dando a conocer los mecanismos de rendición de cuentas y las medidas disciplinarias; realizando talleres de concientización dirigidos a personas con funciones primordiales (p. ej., funcionarios gubernamentales, fuerzas de orden público, personal penitenciario, medios de comunicación, profesionales de la salud y líderes religiosos); creando espacios seguros; y mediante la instauración de mecanismos de alerta temprana y respuesta rápida con la participación de miembros de grupos clave de la comunidad, profesionales de la salud y fuerzas de orden público. Vincular a los representantes de la comunidad en estas iniciativas también ayuda a crear canales de comunicación entre los grupos de población clave, los funcionarios públicos y las fuerzas de orden público (162).

También es importante vigilar y documentar los incidentes de violencia, tanto como evidencia para la promoción de la causa, como para fundamentar el diseño de los programas. Documentar los niveles de violencia que afrontan los grupos de población clave es a menudo el primer paso de la concientización.

A continuación se indican las intervenciones habilitadoras que abordan la violencia contra los grupos de población clave.

Declaraciones generales de buenas prácticas: abordar la violencia

Declaración de buenas prácticas existente	La violencia contra las personas de grupos de población clave debe prevenirse y abordarse en colaboración con organizaciones dirigidas por estos grupos de la población. Se debe vigilar y denunciar toda violencia contra las personas de grupos de población clave y deben establecerse mecanismos de reparación para hacer justicia (3, 79, 84, 85, 162).
--	---

CAPÍTULO 4

Conjunto recomendado
de intervenciones



Introducción

En las presentes directrices se unifican las recomendaciones de la OMS en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigidas a los grupos de población clave. La mayoría de estas recomendaciones se describen en su totalidad en otros documentos de directrices de la OMS, incluidas muchas que se describieron por primera vez en las directrices unificadas sobre grupos de población clave del 2014 y el 2016 (3). En aras de la sencillez, en la mayoría de los casos las directrices no incluyen los antecedentes, la evidencia ni el proceso de toma de decisiones relacionados con cada recomendación; más bien, se hace referencia al documento de origen que contiene esta información. Como parte del proceso de las presentes directrices, algunas recomendaciones se elaboraron o se actualizaron recientemente en el 2021 y el 2022; estas aparecen marcadas con una estrella y los detalles de la evidencia y la toma de decisiones se proporcionan en el capítulo sobre información adicional.

Las intervenciones que se incluyen en el presente documento se clasificaron de la siguiente manera:

1. Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Esta categoría incluye todas las intervenciones recomendadas, encaminadas a superar las barreras estructurales al acceso de los grupos de población clave a los servicios de salud.

2. Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Esta categoría incluye intervenciones del sector de la salud que tienen un impacto directo demostrado sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave.

3. Esenciales para la salud en general

Esta categoría incluye intervenciones del sector de la salud a las cuales se debe garantizar el acceso de los grupos de población clave, pero que no tienen un impacto directo sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales ni las ITS.

4. De apoyo

Esta categoría incluye otras intervenciones que respaldan la realización de intervenciones en el sector de la salud como la creación de demanda y el suministro de información y educación.

Los cuadros que figuran a continuación contienen recomendaciones, declaraciones y resúmenes de buenas prácticas que se han formulado mediante el proceso GRADE (véanse los métodos para obtener más detalles) y enlaces a documentos pertinentes. Las recomendaciones de GRADE incluyen la solidez de la recomendación y la certeza de la evidencia según lo acordado por grupos de elaboración de directrices competentes.

En el [capítulo 5](#) se presentan conjuntos de intervenciones recomendadas para cada grupo de población clave.

Conjunto recomendado

Cabe anotar que estas intervenciones no se encuentran en orden de prioridad.

Nótese además que este conjunto incluye una combinación de recomendaciones, declaraciones de buenas prácticas y declaraciones de orientación existentes y nuevas. Las recomendaciones se clasifican de la siguiente manera:

★ **Nueva recomendación GRADE:** recomendación de formulación reciente como parte del proceso de elaboración de las presentes directrices, utilizando el método GRADE según se describe en la sección de métodos.

★ **Recomendación GRADE existente:** recomendación formulada como parte de unas directrices de la OMS ya publicadas.

Nueva declaración de buenas prácticas: declaración de buenas prácticas de formulación reciente por el Grupo de Elaboración de las Directrices como parte del proceso de elaboración de las presentes directrices, según se describe en la sección de métodos.

Declaración de buenas prácticas existente: declaración de buenas prácticas formulada como parte de directrices de la OMS ya publicadas;

Declaraciones de orientación existentes: declaraciones generales que resumen grupos de recomendaciones y enfoques existentes;

Posición de la OMS: tomada de los documentos de posición del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico de la OMS (SAGE) sobre inmunización; y

Adaptada: se utiliza con algunas de las recomendaciones y declaraciones de buenas prácticas, en las cuales se han introducido modificaciones menores en la redacción sin un cambio importante.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Declaraciones generales de buenas prácticas: eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Declaración de orientación existente Las leyes, las políticas y las prácticas jurídicas se deben examinar y, cuando sea necesario, las deben modificar los responsables de la formulación de políticas y los líderes gubernamentales, con una participación efectiva de las partes interesadas que pertenecen a los grupos de población clave, a fin de permitir y apoyar un mayor acceso de estos grupos a los servicios (3, 79, 83, 84).

Declaración de buenas prácticas existente (adaptada)⁵ Los países deben procurar la despenalización del consumo o inyección de drogas, la posesión de drogas, el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y las identidades de género no convencionales y avanzar hacia la eliminación de la aplicación injusta de la ley civil y las regulaciones contra las personas que consumen o se inyectan drogas y los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas trans y de género diverso (3, 79, 82-85).

⁵ En las directrices unificadas del 2014 sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, la formulación de esta declaración de buenas prácticas era: Los países deben procurar la despenalización de comportamientos como el consumo o inyección de drogas, el trabajo sexual, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y las identidades de género no convencionales y avanzar hacia la eliminación de la aplicación injusta de la ley civil y las regulaciones contra las personas que consumen o se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas trans y de género diverso.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Declaraciones generales de buenas prácticas: eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Declaración de buenas prácticas existente (adaptada)⁶	Donde la penalización continúa, los países deben procurar lograr la creación de alternativas al encarcelamiento que no sean privativas de la libertad para personas que consumen drogas, personas trans y de género diverso, trabajadores sexuales y personas que participan en prácticas sexuales entre personas del mismo sexo (3, 82, 85).
Declaración de buenas prácticas existente (adaptada)⁷	Los países deben prohibir el tratamiento obligatorio ⁸ de los grupos de población clave (3, 82, 83, 85, 166).
Declaración de buenas prácticas existente	Los países deben procurar lograr la elaboración de políticas y leyes que despenalicen el uso de agujas y jeringas estériles (y que permitan los programas de distribución de agujas y jeringas) y que legalicen el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides para las personas que son dependientes de opioides (3).
Declaración de buenas prácticas existente	Debe eliminarse la práctica policial de utilizar la posesión de preservativos como prueba de trabajo sexual y motivo de arresto (3, 84).
Declaración de buenas prácticas existente	Los países deben procurar lograr el reconocimiento jurídico de las personas trans y de género diverso (3, 79).
Declaración sobre buenas prácticas existente	Se alienta a los países a que examinen sus políticas vigentes sobre el consentimiento y consideren su revisión con el objeto de disminuir los obstáculos al acceso a los servicios dirigidos a la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales que se relacionan con la edad y a que capaciten a los prestadores de atención con el fin de que actúen en favor del interés superior de la población adolescente (3, 120).

Declaraciones generales de buenas prácticas y orientación: estigmatización y discriminación

Declaración de buenas prácticas existente	Los países deben procurar lograr la toma y el cumplimiento de leyes antidiscriminatorias y de protección, que se deriven de las normas de derechos humanos, a fin de eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra los grupos de población clave (3).
Declaración de buenas prácticas existente	Los responsables de la formulación de políticas, los parlamentarios y otros líderes de salud pública deben trabajar con las organizaciones de la sociedad civil, incluidos los grupos de población clave, en sus esfuerzos por vigilar la estigmatización, hacer frente a la discriminación contra los grupos de población clave y modificar las normas jurídicas y sociales punitivas (3, 79, 81, 83-85, 118, 119).
Declaración de orientación existente	Se debe procurar que los servicios de salud estén disponibles y sean accesibles y aceptables para las personas de los grupos de población clave, teniendo en cuenta los principios de ética médica, la necesidad de evitar la estigmatización, la no discriminación y el derecho a la salud (3, 79, 81, 83-85, 118-120).

⁶ En las directrices unificadas del 2014 sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave, la redacción de esta declaración de buenas prácticas era: Los países deben esforzarse por lograr la creación de opciones diferentes al encarcelamiento que no sean privativas de la libertad para personas que consumen o se inyectan drogas, trabajadores sexuales y personas que participan en prácticas sexuales entre personas del mismo sexo.

⁷ En las directrices unificadas del 2014 sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH dirigidas a grupos de población clave, la redacción de esta declaración de buenas prácticas era: Los países deben prohibir el tratamiento obligatorio de las personas que consumen o se inyectan drogas.

⁸ El tratamiento obligatorio o involuntario incluye el tratamiento de la dependencia de drogas, la denominada terapia de conversión o rehabilitación de los trabajadores sexuales, que van en contra de los derechos humanos y del principio de consentimiento de la ética médica, la libertad de detención arbitraria, del acceso a una salud de calidad y la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Otras declaraciones de buenas prácticas: estigmatización y discriminación

Declaración de buenas prácticas existente Los profesionales de la salud deben recibir capacitación y concientización periódicas adecuadas para garantizar que cuenten con las competencias y la comprensión para prestar servicios a las personas adultas y adolescentes de los grupos de población clave, según el derecho de todas las personas a la salud, la confidencialidad y la no discriminación (3).

Declaración de buenas prácticas existente Los servicios deben representar espacios seguros que favorezcan la protección contra los efectos de la estigmatización y la discriminación, donde los adolescentes puedan expresar con libertad sus preocupaciones y los prestadores de atención manifiesten paciencia, comprensión, aceptación, imparcialidad y conocimiento de las opciones y servicios disponibles dirigidos a esta población (120).

Declaraciones generales de buenas prácticas: empoderamiento de la comunidad

Declaración de orientación existente Los grupos y organizaciones dirigidos por grupos de población clave se deben convertir en asociados y líderes primordiales en el diseño, la planificación, la ejecución y la evaluación de los servicios de salud (3).

Otras declaraciones de buenas prácticas: empoderamiento de la comunidad

Declaración de buenas prácticas existente Los programas deben ejecutar un conjunto de intervenciones encaminadas a mejorar el empoderamiento comunitario en los grupos de población clave (3, 79, 84, 85).

Declaración de buenas prácticas existente Deben establecerse programas que proporcionen conocimientos jurídicos básicos y servicios jurídicos dirigidos a los grupos de población clave e impartidos por miembros de esos grupos, de modo que conozcan sus derechos y las leyes aplicables y puedan recibir apoyo del sistema de justicia si sufren agravios (3, 79, 84, 85).

Declaraciones generales de buenas prácticas: abordar la violencia

Declaración de buenas prácticas existente La violencia contra las personas de grupos de población clave debe prevenirse y abordarse en colaboración con organizaciones dirigidas por estos grupos de población. Se debe vigilar y denunciar todo acto de violencia contra las personas de grupos de población clave, y se deben establecer mecanismos de reparación para hacer justicia (3, 79, 84, 85, 162).

Otras declaraciones de buenas prácticas: abordar la violencia

Declaración de buenas prácticas existente Se deben prestar servicios de salud y otros servicios de apoyo a todas las personas de grupos de población clave que sufren violencia. En especial, las personas que son objeto de violencia sexual deben tener acceso oportuno a una atención integral posterior a la agresión sexual de conformidad con las directrices de la OMS (3, 162).

Declaración de buenas prácticas existente Es necesario que las fuerzas de orden público y los prestadores de atención social y de salud reciban capacitación para reconocer y defender los derechos humanos de los grupos de población clave y rindan cuentas si violan estos derechos, incluida la perpetración de actos de violencia (3, 79, 84, 85, 162).

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis)

Recomendación GRADE existente Todas las personas de grupos de población clave que consumen drogas inyectables deben tener acceso a equipos de inyección estériles por conducto de programas de distribución de agujas y jeringas (*recomendación firme, evidencia de certeza muy baja*) (3, 83, 167).

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis)

Recomendación GRADE existente También se propone que en los programas de agujas y jeringas se proporcionen jeringas con poco espacio residual, junto con información sobre su ventaja de prevención comparadas con las jeringas clásicas (*esta recomendación es condicional a la aceptabilidad local y la disponibilidad de recursos*) (168).

Recomendación GRADE existente Se debe ofrecer tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides a todas las personas de grupos de población clave con dependencia de los opioides,⁹ en consonancia con la orientación de la OMS (*recomendación firme, evidencia de certeza baja*) (3, 83, 169), incluidas las personas reclusas en prisión y otros entornos cerrados (170).

Se pueden consultar aspectos importantes relacionados con el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides, incluidas las dosis recomendadas, su uso durante el embarazo y las interacciones medicamentosas en:

[Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence](#)

[Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy](#)

Recomendación GRADE existente Las personas con probabilidad de presentar un episodio de sobredosis de opioides deben tener acceso a la naloxona y recibir instrucciones sobre su utilización en el tratamiento de urgencia de una sospecha de sobredosis de opioides (*recomendación firme, evidencia de certeza muy baja*) (27).


Se puede encontrar información más completa sobre la distribución comunitaria de naloxona para el tratamiento de sobredosis de opioides en las directrices de la OMS.

Preservativos y lubricantes

Recomendación GRADE existente Se recomienda el uso correcto y sistemático de preservativos insertivos y receptivos con un suministro adecuado de lubricantes adecuados, con el fin de prevenir la transmisión sexual del VIH, las hepatitis virales y las ITS por coitos anales o vaginales¹⁰ (*recomendación firme, certeza moderada de la evidencia*) (3).

Preservativos y lubricantes

Recomendación GRADE existente La PrEP oral (que contiene fumarato de disoproxilo de tenofovir) debe ofrecerse como una opción adicional de prevención a los pacientes con riesgo importante de contraer la infección por el VIH, como parte de las estrategias combinadas de prevención de la infección por el VIH (*recomendación firme, evidencia de certeza alta*) (171).

Recomendación GRADE existente  El anillo vaginal de dapivirina puede ofrecerse como una opción adicional de prevención a las mujeres cisgénero que corren un riesgo importante de contraer la infección por el VIH, como parte de las estrategias combinadas de prevención (*recomendación condicional, evidencia de certeza moderada*) (171).

Nueva recomendación GRADE El cabotegravir inyectable de acción prolongada puede ofrecerse como una opción adicional de prevención a las personas que corren un riesgo importante de contraer la infección por el VIH, como parte de las estrategias combinadas de prevención (*recomendación condicional, evidencia de certeza moderada*) (172).

Véase la orientación detallada sobre la PrEP en [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).

Para obtener orientación sobre la aplicación, consúltese el documento [Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: Update to WHO implementation guidance](#)

⁹ Metadona o buprenorfina.

¹⁰ Tanto el VHC como el VHB pueden ser de transmisión sexual, aunque es infrecuente con el VHC, dado que esta requiere contacto con la sangre.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Profilaxis posterior a la exposición (PEP) al VIH y las ITS

Declaración de orientación existente La PEP debe estar disponible, de forma voluntaria, para todas las personas de grupos de población clave que reúnen los criterios, después de una posible exposición al VIH (3).

Declaración de orientación existente Para las mujeres sobrevivientes de una agresión sexual, se recomienda un conjunto de medidas que comprende la PEP, la anticoncepción de urgencia y el tratamiento presuntivo de las ITS (173).

Véase la orientación detallada sobre los esquemas PEP al VIH en [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).

Para obtener orientación detallada sobre la PEP en las personas adultas que han sufrido abuso sexual, consúltense las orientaciones de la OMS [Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas](#) (resumen en español y publicación completa en inglés en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85240>).

Para obtener orientación detallada sobre la PEP en la población infantil y adolescente que ha sido objeto de abuso sexual, consúltense las directrices de la OMS [Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual](#).

Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB

Recomendación GRADE existente (adaptada)¹¹ Las pruebas de detección del VIH, la sífilis y el antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg)* deben ofrecerse al menos una vez durante el embarazo y lo más temprano posible, en condiciones ideales en la primera consulta de atención prenatal (sífilis: recomendación firme, evidencia de calidad moderada; HBsAg*: *recomendación firme, evidencia de certeza baja*) (174, 175).

* En especial en los entornos con una seroprevalencia $\geq 2\%$ del HBsAg en la población general.

Momentos recomendados para la repetición de la prueba de detección del VIH en los grupos de población clave durante y después del embarazo: temprano en el embarazo (primera consulta prenatal); al final del embarazo (consulta prenatal del tercer trimestre); otra prueba posterior al parto (14 semanas, seis meses o nueve meses después del parto) (175).

Consúltense también las pruebas de ITS a continuación; se recomienda el tamizaje de la infección por clamidia y gonorrea en todos los grupos de población clave, incluidas las embarazadas.

Declaración de orientación existente Las pruebas de diagnóstico rápido (PDR) dobles para la detección de VIH y sífilis pueden ser la primera prueba de las estrategias y algoritmos de pruebas de detección del VIH en la atención prenatal (176). Cuando se realizan pruebas dobles se debe pensar además en las pruebas de detección del HBsAg.

Declaración de buenas prácticas existente (adaptada)¹² El TAR debe iniciarse con urgencia en todas las embarazadas y que amamantan que tienen infección por el VIH, incluso si se diagnostican al final del embarazo o después del parto, porque la forma más eficaz de prevenir la transmisión vertical del VIH es reducir la viremia materna (171).

Recomendación GRADE existente (adaptada)¹³ Para la sífilis temprana durante el embarazo, la orientación de la OMS sobre las ITS propone el uso de 2,4 millones de unidades de bencilpenicilina benzatínica una vez por vía intramuscular, en lugar de 1,2 millones de unidades de bencilpenicilina procaínica por vía intramuscular una vez al día durante 10 días (*recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja*) (177).

¹¹ Las recomendaciones relacionadas con la prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB se han reformulado para que sean más inclusivas desde el punto de vista del género.

¹² Ibidem.

¹³ Ibidem.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB

Recomendación GRADE existente (adaptada)¹⁴ La OMS recomienda que las personas con un resultado positivo para la infección por VHB (HBsAg positivo) que tengan concentraciones de ADN del VHB $\geq 5,3 \log_{10}$ UI/ml ($\geq 200\,000$ UI/ml) durante el embarazo, reciban profilaxis con tenofovir desde la semana 28 del embarazo, al menos hasta el parto, con el fin de prevenir la transmisión vertical del VHB. Esta medida se suma a la administración a todos los lactantes de tres dosis de vacuna contra la hepatitis B, incluida una dosis neonatal oportuna (*recomendación condicional, evidencia de certeza moderada*) (178).

Recomendación GRADE existente (adaptada)¹⁵ La OMS recomienda que en entornos donde no se consigue la prueba prenatal de detección de ADN del VHB, se utilice en su lugar la prueba de detección del HBeAg con objeto de determinar si se reúnen los criterios para recibir la profilaxis con tenofovir, a efectos de prevenir la transmisión maternoinfantil del VHB2 (*recomendación condicional, evidencia de certeza moderada*) (178).

Consúltese también [WHO technical brief: preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP](#).


Vacunación contra la hepatitis B

Posición actual de la OMS La OMS recomienda la vacunación contra la hepatitis B de las personas con riesgo alto de contraer la infección por el VHB.¹⁶

Se puede obtener información más detallada en [WHO position paper: Hepatitis B vaccines: July 2017](#).

Recomendación GRADE existente Se propone ofrecer a las personas que consumen drogas inyectables el esquema de vacunación rápida contra la hepatitis B (*recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja*) (168).¹⁷

Abordar el sexdopaje

 **Nueva declaración de buenas prácticas**

Abordar el sexdopaje*, en especial en los grupos de población clave y sus parejas sexuales, exige un enfoque integral sin prejuicios y centrado en la persona. Esta estrategia integrada incluye la salud sexual y reproductiva, la salud mental, el acceso a agujas y jeringas estériles y los servicios de tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides, con vinculación a otras intervenciones de prevención, diagnóstico y tratamiento basadas en la evidencia.

*Sexdopaje: a los efectos de las presentes directrices, se define como la participación en actividades sexuales bajo el efecto de drogas estimulantes principalmente, en general con múltiples participantes y durante un tiempo prolongado.

En el [capítulo 9](#) se puede consultar información más detallada sobre la evidencia, la toma de decisiones, las consideraciones relacionadas con la ejecución y las brechas de investigación relacionadas con esta nueva recomendación.

¹⁴ Las recomendaciones relacionadas con la prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB se han reformulado para que sean más inclusivas desde el punto de vista del género.

¹⁵ Ibidem.

¹⁶ Incluidos los grupos de población clave, las personas con hepatopatía crónica como las personas con hepatitis C, con infección por el VIH y los contactos sexuales de personas con infección crónica por el VHB, así como los profesionales de salud y otras personas que pueden estar expuestas a sangre, productos sanguíneos u otros líquidos corporales potencialmente infecciosos.

¹⁷ Si bien esta recomendación incluye solo a las personas que consumen drogas inyectables, la estrategia puede ser apropiada para todos los grupos de población clave que reciben la vacuna contra el VHB.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Diagnóstico

Servicios de pruebas de detección del VIH

Declaración de orientación existente En entornos con carga alta y baja de la infección por el VIH, las pruebas de detección del VIH deben ofrecerse a todos los grupos de población clave y sus parejas en todos los servicios, como una forma eficiente y eficaz de detectar a las personas con infección por el VIH (175).

Declaración de orientación existente Se recomienda ofrecer la repetición de la prueba al menos una vez al año a todas las personas de grupos de población clave. En función de los comportamientos de riesgo individuales, se puede ofrecer con mayor frecuencia la repetición voluntaria de la prueba (175).

Una modelización matemática en grupos de población clave de Viet Nam muestra que la repetición de la prueba en estos grupos es costo-eficaz. Se puede considerar la realización de pruebas semestrales en los grupos de población clave en entornos semejantes y se debe dar prioridad a las personas con mayor riesgo (179).

Recomendación GRADE existente Se recomienda prestar servicios comunitarios de pruebas de detección del VIH dirigidas a los grupos de población clave con vinculación a los servicios de prevención, tratamiento y atención, además de los servicios de pruebas de detección del VIH prestados habitualmente en los establecimientos de salud en todos los entornos (*recomendación firme, evidencia de certeza baja*) (175).

Recomendación GRADE existente Los prestadores no profesionales capacitados pueden prestar servicios de pruebas de detección del VIH seguros y eficaces de forma independiente, utilizando pruebas de diagnóstico rápido, (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (175).

Recomendación GRADE existente Deben ofrecerse las pruebas de autodetección del VIH en el marco de los servicios de pruebas de detección del VIH (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (175).

Nótese que autodetección significa que una persona obtiene su propia muestra, con la cual ella misma realiza una prueba en privado o con la observación de un profesional si así lo desea. Debe ser voluntaria y no puede ser forzada o coaccionada por nadie. Es importante destacar que las personas que se han autoadministrado la prueba no deben verse obligadas a revelar a nadie los resultados de la prueba, y solo deben hacerlo de manera voluntaria.

Recomendación GRADE existente En el marco de los servicios de pruebas de detección del VIH y como parte de un conjunto integral de atención y prevención se pueden ofrecer enfoques basados en las redes de contactos sociales a los grupos de población clave (*recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja*) (175).

Recomendación GRADE existente La derivación asistida por el prestador se debe ofrecer como parte de un conjunto integral de pruebas y atención de carácter voluntario a todas las personas con infección por el VIH (incluidos los grupos de población clave) (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (175).

Cabe anotar que, en especial con los trabajadores sexuales, es indispensable prestar atención a los riesgos asociados con la divulgación de un diagnóstico de infección por el VIH a los clientes o las parejas habituales, y siempre debe ser de carácter voluntario. Las personas que son objeto de violencia de pareja u otro tipo de violencia necesitan evaluación, apoyo, registro y tratamiento de toda lesión y derivación a los servicios apropiados (162).

Consúltense las [Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH](#) para obtener orientación detallada sobre las pruebas de detección del VIH.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Diagnóstico

Pruebas de detección de ITS

Declaración de orientación existente La detección sistemática y el diagnóstico de las ITS en los grupos de población clave es parte fundamental de la respuesta integral a la infección por el VIH y las ITS (3).

Recomendación GRADE existente Se recomienda ofrecer pruebas periódicas para detectar infecciones uretrales y rectales asintomáticas causadas por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* mediante pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN), como opción preferible a no ofrecerlas, a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas trans y de género diverso (*recomendación condicional, evidencia de certeza baja*) (79).

Recomendación GRADE existente Se recomienda firmemente ofrecer pruebas serológicas periódicas para la infección por sífilis asintomática a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas trans y de género diverso como opción preferible a no ofrecer este tamizaje (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (79).

Recomendación GRADE existente La OMS aconseja ofrecer la detección sistemática periódica de infecciones de transmisión sexual asintomáticas* a los trabajadores sexuales (*recomendación condicional, evidencia de certeza baja*) (84).

*clamidia, gonorrea y sífilis.

Recomendación GRADE existente La obtención de muestras por la propia persona para las pruebas de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* debe estar disponible como un enfoque adicional de prestación de servicios de pruebas de ITS (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (182).

Recomendación GRADE existente En el caso de personas con síntomas de: 1) secreción uretral del pene o 2) secreción anorrectal, que refieren coitos anales receptivos, se recomienda fundamentar el tratamiento en los resultados de pruebas moleculares de calidad garantizada. Sin embargo, en entornos donde las pruebas moleculares o la capacidad de laboratorio son limitadas o no existen, la OMS recomienda el tratamiento sintomático con el fin de garantizar el tratamiento el mismo día de la consulta (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (183).

Recomendación GRADE existente En el caso de personas que presentan úlceras genitales (incluidas las úlceras anorrectales), la OMS recomienda un tratamiento de la úlcera fundamentado en pruebas moleculares de calidad garantizada. Sin embargo, en entornos donde las pruebas moleculares o la capacidad de laboratorio son limitadas o no existen, la OMS recomienda el tratamiento sintomático con el fin de garantizar el tratamiento el mismo día de la consulta (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (183).

Se puede obtener orientación detallada sobre la detección y el diagnóstico de diferentes ITS en:

[Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections;](#)

[WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*;](#)

[WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* \(syphilis\);](#)

[Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas;](#)

[WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*;](#)

[WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus](#)

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Diagnóstico

Pruebas de detección de la hepatitis C

En todos los entornos (e independientemente de si se prestan en un establecimiento, en la comunidad o mediante pruebas autoadministradas), se recomienda ofrecer pruebas serológicas para detectar anticuerpos contra el VHC (anti VHC), con vinculación a los servicios de prevención, diagnóstico confirmatorio, atención y tratamiento, a las siguientes personas (184):

- personas adultas y adolescentes de los grupos de población más afectados por la infección por el VHC (es decir, que forman parte de un grupo con seroprevalencia alta del VHC o con antecedentes de exposición o comportamientos que conllevan un riesgo alto de contraer la infección por el VHC);¹⁸ y
- población adulta, adolescente e infantil con presunción clínica de hepatitis C viral crónica (es decir, síntomas, signos, marcadores de laboratorio).

(*recomendación firme, evidencia de certeza baja*).

Se puede obtener orientación detallada sobre las pruebas del VHC: cómo realizar pruebas, cómo confirmar la infección vírémica por el VHC y cuáles pruebas usar en las [Directrices para realizar las pruebas de detección de la hepatitis B y C](#) (sinopsis de política en español y publicación completa en inglés en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254621>).



Nueva declaración de buenas prácticas

A las personas con riesgo continuo de exposición y un antecedente de eliminación espontánea o inducida por el tratamiento de la infección por el VHC se les pueden ofrecer pruebas cada tres a seis meses con el fin de detectar la presencia de viremia por el VHC (*recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja*).

Observaciones:

- Las pruebas deben ser de carácter voluntario y no deben utilizarse para reforzar la estigmatización de los grupos de población con un riesgo permanente.
- Las pruebas deben ofrecerse al mismo tiempo, con servicios de prevención primaria que se basen en la evidencia y reduzcan los riesgos de transmisión y junto con acceso y vinculación adecuados al tratamiento.
- Con el objeto de detectar la presencia de infección vírémica, se pueden realizar pruebas cuantitativas o cualitativas de ácidos nucleicos que detecten el ARN del VHC; otra opción es realizar una prueba que detecte el antígeno central del VHC.

En el [capítulo 9](#) se puede obtener información más detallada sobre la evidencia, la toma de decisiones, las consideraciones relacionadas con la ejecución y las brechas de investigación relacionadas con esta nueva recomendación.

Recomendación GRADE existente

Se deben ofrecer las pruebas de autodetección del VHC como un enfoque adicional a los servicios de pruebas del VHC (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (185).

¹⁸ Incluye a personas que forman parte de un grupo de población con seroprevalencia más alta (p. ej., algunos grupos de población móviles, migrantes de países con endemicidad alta o intermedia y algunas poblaciones indígenas), o que tienen antecedentes de exposición o comportamientos que conllevan un riesgo alto de contraer la infección por el VHC (p. ej., personas que consumen drogas inyectables, personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores sexuales y personas con infección por el VIH, hijos de madres con infección crónica por el VHC, en especial si tienen la coinfección por el VIH).

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Diagnóstico

Pruebas de detección de ITS

Recomendación GRADE existente En todos los entornos (e independientemente de si se prestan en un establecimiento, en la comunidad o mediante pruebas autoadministradas), se recomienda ofrecer las pruebas serológicas para detectar el HBsAg, con vinculación con los servicios de prevención, atención y tratamiento a las siguientes personas (184):

- personas adultas y adolescentes de los grupos de población más afectados por la infección por el VHB (es decir, que forman parte de un grupo con seroprevalencia alta del VHB o con antecedente de exposición o comportamientos que conllevan un riesgo alto de contraer la infección por el VHB);
- población adulta, adolescente e infantil con presunción clínica de hepatitis viral crónica (es decir, síntomas, signos, marcadores de laboratorio).
- todas las embarazadas (al menos una vez y lo más temprano posible, en condiciones ideales durante la primera consulta de atención prenatal); y
- las parejas sexuales, niñas y niños y otros miembros de la familia y contactos directos del hogar de las personas con infección por el VHB.

(recomendación firme, evidencia de certeza baja).

Para obtener orientación detallada sobre las pruebas y el diagnóstico de la infección por el VHB, consúltese la sinopsis de política de las [Directrices para realizar las pruebas de detección de la hepatitis B y C](#) (publicación completa en inglés en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254621>).

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH

Recomendación GRADE existente El TAR debe iniciarse en todas las personas adultas con infección por el VIH, independientemente del estadio clínico según la clasificación de la OMS y sea cual fuere la cifra de linfocitos CD4 (recomendación firme, certeza moderada de la evidencia) (171).

Para obtener orientación detallada sobre el tratamiento de la infección por el VIH consúltese [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).

Consúltese también el capítulo sobre prestación de servicios para obtener información completa sobre el modelo diferenciado de prestación de servicios para el TAR.



Nueva declaración de orientación

El TAR eficaz con supresión viral previene la transmisión del VIH a las parejas sexuales: no hay transmisión cuando la carga viral es indetectable o se ha suprimido (menor o igual a 1000 copias/ml) (186-188).

TB asociada con la infección por el VIH

Recomendación GRADE existente Se debe examinar a los pacientes con infección por el VIH de manera sistemática con el fin de detectar la enfermedad por TB en cada visita a un establecimiento de salud (recomendación firme, evidencia de certeza muy baja) (189).

Recomendación GRADE existente El TAR debe iniciarse lo más pronto posible, en las dos semanas posteriores al inicio del tratamiento de la TB, sin tener en cuenta la cifra de linfocitos CD4, en los pacientes con infección por el VIH* (recomendación firme, evidencia de certeza baja a moderada en la población adulta y adolescente; evidencia de certeza muy baja en la población infantil).

*Excepto cuando están presentes signos y síntomas de meningitis.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Tratamiento

TB asociada con la infección por el VIH

Recomendación GRADE existente La OMS recomienda el TAR para todos los pacientes con infección por el VIH y TB farmacorresistente, que requieran medicamentos contra la TB de segunda línea, sin tener en cuenta la cifra de linfocitos CD4, tan pronto como sea posible (en las primeras ocho semanas) después del inicio del tratamiento de la TB (*recomendación firme, evidencia de certeza muy baja*) (190, 191).

Recomendación GRADE existente La población adulta y adolescente con infección por el VIH y con poca probabilidad de tener TB activa deben recibir tratamiento preventivo de la TB como parte de un conjunto integral de atención de la infección por el VIH. El tratamiento también debe administrarse a las personas que reciben TAR, las embarazadas y las que han recibido previamente tratamiento contra la TB, sin tener en cuenta el grado de inmunodepresión, e incluso si no se cuenta con pruebas para la infección por TB (*recomendación firme, evidencia de certeza alta*) (192).

Recomendación GRADE existente Debe administrarse la profilaxis sistemática con cotrimoxazol a todas las personas con infección por el VIH que tienen TB activa, sin tener en cuenta la cifra de linfocitos CD4 (*recomendación firme, evidencia de certeza alta*) (190).

Para obtener orientación detallada sobre TB/VIH consúltese [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).

Las directrices de la OMS sobre la TB pueden consultarse [aquí](#).

Tratamiento de las ITS

Las ITS afectan de manera desproporcionada a los grupos de población clave y deben diagnosticarse y tratarse de manera oportuna en consonancia con las directrices de la OMS. Para obtener orientación detallada sobre el tratamiento de diferentes ITS consúltense las siguientes publicaciones:

[Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections;](#)

[WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae;](#)

[WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum \(syphilis\);](#)

[Guía de la OMS sobre detección y tratamiento de la sífilis en embarazadas;](#)

[WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis;](#)

[WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus.](#)

Tratamiento de la hepatitis por el VHC

Recomendación GRADE existente La OMS recomienda ofrecer tratamiento a todas las personas diagnosticadas con infección por el VHC que tengan 12 años o más, sin tener en cuenta el estadio clínico de la enfermedad (*recomendación firme, evidencia de certeza moderada*) (193).

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Tratamiento

Tratamiento de la hepatitis por el VHC

Recomendación GRADE existente La OMS recomienda el uso de esquemas con antivirales de acción directa (AAD) pangenotípicos para el tratamiento de toda la población adulta, adolescente e infantil de 3 años o más con infección crónica por el virus de la hepatitis C, sin tener en cuenta el estadio clínico de la enfermedad.

Adultos (18 años o más): *(recomendación firme, evidencia de certeza moderada)*.

Adolescentes (de 12 a 17 años): *(recomendación firme; certeza de la evidencia moderada a baja)*.

Para obtener orientación detallada sobre el tratamiento de diferentes ITS consúltense las siguientes publicaciones:

[Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C](#) y

[Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics](#).



Nueva declaración de orientación

Debe ofrecerse sin tardar el tratamiento con AAD pangenotípicos contra el VHC a las personas que han contraído recientemente la infección por el VHC y que tienen un riesgo continuo de exposición *(recomendación firme, evidencia de certeza muy baja)*.

Observaciones:

- Es indispensable ofrecer a las personas con infección contraída recientemente la opción de adoptar una decisión informada sobre el inicio inmediato del tratamiento o su postergación.
- Debe ofrecerse el tratamiento de la infección adquirida recientemente junto con otras intervenciones basadas en la evidencia y destinadas a disminuir el riesgo del VHC y con servicios de prevención primaria.

En el [capítulo 9](#) se puede obtener información más detallada sobre la evidencia, la toma de decisiones, las consideraciones relacionadas con la ejecución y las brechas de investigación relacionadas con esta nueva recomendación.

Tratamiento de la infección por el VHB

Recomendación GRADE existente Como una medida prioritaria, toda la población adulta, adolescente e infantil con hepatitis B crónica y pruebas clínicas de cirrosis compensada o descompensada (o cirrosis según una puntuación en la escala APRI >2 en adultos) debe recibir tratamiento, sin tener en cuenta las concentraciones de ALT, el resultado respecto al HBeAg ni la concentración de ADN del VHB (194) *(recomendación firme, evidencia de certeza moderada)*.

Recomendación GRADE existente Se recomienda el tratamiento de las personas adultas con hepatitis B crónica sin prueba clínica de cirrosis (o según una puntuación en la escala APRI ≤2 en adultos), pero son mayores de 30 años (en especial) y tienen concentraciones anormales persistentes de ALT y signos de una replicación de alto nivel del VHB (ADN del VHB >20 000 UI/ml), independientemente del estado del HBeAg (194) *(recomendación firme, evidencia de certeza moderada)*.

Recomendación GRADE existente Cuando no se cuenta con la determinación del ADN del VHB se puede considerar la posibilidad del tratamiento con base en las concentraciones anormales persistentes de ALT exclusivamente, sin tener en cuenta el estado del HBeAg (194) *(recomendación firme, evidencia de certeza baja)*.

Para obtener orientación detallada sobre el tratamiento del VHB, consúltense [Directrices para la prevención, la atención y el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B](#).

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Salud anal



Nueva declaración de orientación

La OMS no tiene recomendaciones específicas sobre la salud anal o el cáncer de ano, pero la probabilidad de un diagnóstico de cáncer de ano en las personas con infección por el VIH es como mínimo 20 veces superior a la de personas sin esta infección (195). Al igual que el cáncer cervicouterino, el cáncer de ano se asocia con el virus del papiloma humano (VPH) y la infección por el VPH es prevenible mediante vacunación en todas las personas.¹⁹

Es posible realizar el tamizaje citológico del cáncer de ano y sus precursores, que se conocen como lesiones intraepiteliales escamosas anales de grado alto, en especial en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas trans y de género diverso y otras personas con más probabilidad de practicar el coito anal.

Concepción y atención durante embarazo

Declaración de orientación existente (adaptada)²⁰

Es importante que todos los miembros de los grupos de población clave tengan el mismo apoyo y acceso a los servicios relacionados con la concepción y la atención del embarazo que las embarazadas que no pertenecen a estos grupos, en consonancia con las directrices de la OMS (3).

La OMS tiene varias directrices sobre la concepción y el embarazo. Consúltense la [página web de salud materna](#) de la OMS.

Para recomendaciones específicas relacionadas con el embarazo y la infección por el VIH, consúltense las [Directrices consolidadas sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que viven con VIH](#).

Anticoncepción

Declaración de orientación existente

La OMS no tiene una recomendación general relacionada con la anticoncepción dirigida a los grupos de población clave, pero publica los criterios de elegibilidad médica (CEM) para el uso de anticonceptivos, que aportan orientación sobre la seguridad de varios métodos anticonceptivos para usarlos en situaciones de afecciones y características de salud específicas (197).

Todos los métodos anticonceptivos hormonales y los dispositivos intrauterinos (DIU) entran ahora en la categoría 1 de los CEM para mujeres con riesgo alto de contraer el VIH. Por lo tanto, las mujeres con un riesgo alto de contraer el VIH pueden usar todos los métodos anticonceptivos sin restricción.

Para obtener orientación detallada sobre la anticoncepción consúltense las siguientes publicaciones:

[Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos](#) (resumen en español, publicación completa en inglés en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>);

[Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos](#); y

[Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV: guidance statement: recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV](#).

Consúltense también el [capítulo sobre prestación de servicios](#) para obtener más información sobre la integración de los servicios dirigidos a la infección por el VIH, la planificación familiar y las ITS.

¹⁹ Lograr una cobertura alta de vacunación contra el VPH en las niñas (>80%) disminuye el riesgo de infección por VPH en los niños. La vacunación de grupos de población destinatarios secundarios, por ejemplo, las mujeres de ≥15 años o los hombres, se recomienda solo si es factible, asequible, costo-eficaz y no desvía los recursos de la vacunación de la población destinatarios primaria ni de programas eficaces de detección sistemática del cáncer cervicouterino (196).

²⁰ La redacción de esta declaración de orientación se ha modificado con el fin de que sea más inclusiva con respecto al género.

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Atención para la reafirmación de género²¹

Declaración de orientación existente	<p>Las personas trans y de género diverso que se autoadministran hormonas para la reafirmación de género necesitan acceso a información basada en la evidencia, productos de calidad y equipos de inyección estériles (182).</p> <p>Los principios de igualdad de género y derechos humanos en la provisión de hormonas de gran calidad para la reafirmación de género son fundamentales para ampliar el acceso a esta importante intervención y reducir la discriminación basada en la identidad de género (182).</p>
---	--

Salud mental

Declaración de orientación existente	<p>Se debe ofrecer el tamizaje sistemático y el tratamiento de los trastornos de salud mental (en especial la depresión y el estrés psicosocial) a las personas de los grupos de población clave, en consonancia con los principios de consentimiento, confidencialidad y calidad basada en la evidencia (3).</p>
---	---

La OMS no tiene recomendaciones generales relacionadas con la prevención o el tratamiento de los problemas de salud mental dirigidas a los grupos de población clave. En cambio, el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) aborda aspectos específicos de salud mental y recomendaciones y una guía práctica para abordar los problemas de salud mental en entornos de salud no especializados:

[información sobre salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en la página web de la OMS \[en inglés\]](#) y

[Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0.](#)

Prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino

Posición de la OMS existente	<p>La OMS recomienda que todos los países procedan a la introducción de la vacunación contra el VPH en todo el país.</p> <p>La población destinataria primaria de la vacunación contra el VPH que recomienda la OMS, para la prevención del cáncer cervicouterino, son las niñas de 9 a 14 años, antes de que inicien la vida sexualmente activa. Las estrategias de vacunación deben dar prioridad en un principio a una cobertura alta en este grupo de población prioritaria (196).</p>
-------------------------------------	--

Recomendación GRADE existente	<p>La obtención de muestras por la propia persona para pruebas del VPH debe estar disponible como otra opción además de la toma de muestras en los servicios de detección del cáncer cervicouterino para mujeres de 30 a 60 años (<i>recomendación firme, evidencia de certeza moderada</i>) (182).</p>
--------------------------------------	---

Declaración de orientación existente	<p>Todas las personas con un sistema reproductivo femenino corren el riesgo de tener cáncer cervicouterino. Las recomendaciones sobre la prevención, el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino se pueden encontrar en la orientación de la OMS sobre la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas de cuello uterino para prevenir el cáncer cervicouterino, que contiene 16 recomendaciones nuevas y actualizadas y declaraciones de buenas prácticas dirigidas a las mujeres con infección por el VIH (198, 199).</p>
---	--

Para obtener orientación detallada sobre la prevención, el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino, consúltense las siguientes publicaciones:

[WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention](#) y

[New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV](#)

²¹ Las directrices de la OMS sobre los servicios de salud dirigidas a las personas trans y de género diverso estaban en curso de elaboración en el momento de redactar el presente documento. Deberían estar disponibles en el 2023.

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Aborto en condiciones seguras

Declaración de orientación existente Las leyes y los servicios relacionados con el aborto deben proteger la salud y los derechos humanos de todas las personas, incluidas las que pertenecen a grupos de población clave (3).

Recomendación GRADE existente La OMS recomienda la despenalización total del aborto; recomienda que no se aprueben leyes ni otras regulaciones que restrinjan el aborto por diferentes motivos; recomienda que el aborto esté disponible a petición de la mujer, la niña u otra persona embarazada; y recomienda que no se aprueben leyes ni otros reglamentos que prohíban el aborto con base en límites de edad gestacional (*recomendaciones firmes*) (200).

Para obtener orientación detallada sobre el aborto en condiciones seguras, consúltese las [Directrices sobre la atención para el aborto](#).

Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Recomendación GRADE existente (adaptada)²² Todos los grupos de población clave que tienen un consumo peligroso y nocivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas deben tener acceso a intervenciones basadas en la evidencia, incluidas intervenciones psicosociales breves que comporten evaluación, retroalimentación específica y asesoramiento (*recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja*) (3, 201, 202).

Para obtener información más detallada de las intervenciones recomendadas y basadas en la evidencia sobre el tamizaje y el tratamiento del consumo peligroso y nocivo de drogas y alcohol, consúltese las siguientes publicaciones:

[información sobre salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en la página web de la OMS](#) (en inglés) y

[Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0.](#)

[La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias \(ASSIST\);](#) y

[International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders.](#)

Prevención, tamizaje sistemático, diagnóstico y tratamiento de la TB

Recomendación GRADE existente Se debe realizar el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en las prisiones y establecimientos penitenciarios (*recomendación firme, evidencia de certeza de evidencia muy baja*) (189).

Recomendación GRADE existente Se puede realizar el tamizaje sistemático de la enfermedad por TB en subgrupos de población con factores de riesgo estructurales para la TB. Estos incluyen las comunidades pobres de zonas urbanas, las comunidades de personas sin hogar, las comunidades de zonas remotas o aisladas, las poblaciones indígenas, las personas migrantes o refugiadas, las personas desplazadas internamente y otros grupos vulnerables o marginados con un acceso limitado a la atención de salud (*recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja*) (189).

Recomendación GRADE existente Se puede considerar el tamizaje sistemático y el tratamiento de la infección por TB en las personas privadas de libertad, el personal de salud, los inmigrantes de países con una carga alta de TB, las personas sin hogar y las personas que consumen drogas (*recomendación condicional, certeza baja a muy baja en las estimaciones del efecto*) (192).

²² La redacción original de la recomendación era: Todos los grupos de población clave que tienen un consumo nocivo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas deben tener acceso a intervenciones basadas en la evidencia, incluidas intervenciones psicosociales breves que comportan evaluación, retroalimentación específica y asesoramiento.

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Prevención, tamizaje sistemático, diagnóstico y tratamiento de la TB

**Recomendación
GRADE existente**

Se puede realizar el tamizaje sistemático de la TB en las personas con un factor de riesgo de TB* que buscan atención o que ya la reciben, en los entornos donde la prevalencia de TB en la población general es igual o superior a 100 por 100 000 habitantes (*recomendación condicional, evidencia de certeza muy baja*) (189).

*Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y los trastornos por consumo de alcohol se consideran factores de riesgo.

Se puede consultar orientación adicional sobre la prevención, el tamizaje, el diagnóstico y el tratamiento de la TB en las siguientes publicaciones:

[Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: Prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis;](#)

Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: Tamizaje. Tamizaje sistemático de la tuberculosis [de próxima publicación en español];

[Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 3: Diagnóstico. Métodos de diagnóstico rápido para la detección de la tuberculosis;](#)

[Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento. Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente.](#)

Intervenciones de apoyo

Las intervenciones comportamentales, el asesoramiento, la creación de demanda, la información y la educación: todas respaldan las intervenciones indicadas arriba. Durante la elaboración de las presentes directrices, no se encontró evidencia sobre la eficacia real de las intervenciones comportamentales y el asesoramiento que tienen como objetivo modificar los comportamientos de riesgo (véase más adelante).

Aunque no se examinó la evidencia relacionada con otros tipos de intervenciones comportamentales o de apoyo y las orientaciones de la OMS a este respecto son limitadas, estas intervenciones pueden ser útiles según el entorno y la población. Entre las intervenciones de este tipo se cuentan las siguientes:

- información y educación que presten apoyo a los grupos de población clave para comprender su salud, los riesgos para la salud, los servicios disponibles y los derechos jurídicos;
- intervenciones que tienen como objetivo aumentar la demanda (o crearla) de servicios relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS basados en la evidencia;
- asesoramiento de apoyo cuya finalidad no es modificar los comportamientos; y
- asesoramiento para problemas de salud mental.

En general, las barreras estructurales que se describieron en el capítulo anterior dificultan a los grupos de población clave la modificación de comportamientos y la mejor utilización de los servicios y la retención en los mismos, y estas barreras deben abordarse con carácter prioritario.

Intervenciones comportamentales



Nueva declaración de buenas prácticas

Al planificar y ejecutar una respuesta frente a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, los responsables políticos y los prestadores de servicios deben tener presente que el asesoramiento sobre intervenciones comportamentales que tienen como objetivo modificar los comportamientos y reducir los riesgos asociados con estas infecciones en los grupos de población clave no ha demostrado tener un efecto sobre la incidencia de la infección por el VIH, las hepatitis virales o las ITS ni sobre comportamientos de riesgo con respecto a los preservativos y el uso compartido de agujas. El asesoramiento y el intercambio de información, cuya finalidad no es modificar los comportamientos, pueden ser un componente primordial de la participación de los grupos de población clave, y cuando se proporcionan deben realizarse sin emitir juicios de valor, junto con otras intervenciones de prevención y con la participación de pares.

Observaciones:

- Abordar las barreras estructurales y sociales es fundamental para crear entornos que permitan un asesoramiento de apoyo que genere impacto.
- No se recomiendan las intervenciones de asesoramiento que promuevan la abstinencia del consumo de drogas, la rehabilitación o el cese del trabajo sexual o del consumo de drogas, o un supuesto tratamiento de cura de la homosexualidad o la discordancia de género (p. ej., la denominada terapia de conversión)*; además, crean barreras al acceso de los grupos de población clave a los servicios.

* Tratamiento obligatorio o involuntario de la dependencia de drogas, la denominada terapia de conversión o rehabilitación de los trabajadores sexuales, que va en contra de los derechos humanos y del principio de consentimiento de la ética médica, la libertad de detención arbitraria, del acceso a una salud de calidad y la protección contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

En el [capítulo 9](#) se puede obtener información más detallada sobre la evidencia, la toma de decisiones, las consideraciones relacionadas con la ejecución y las brechas de investigación relacionadas con esta nueva recomendación.

CAPÍTULO 5

Conjuntos de intervenciones
por grupo de población clave



Introducción

En este capítulo se presentan las intervenciones recomendadas anteriormente, como conjuntos de intervenciones por grupo de población clave. Cabe señalar que hay muchas intersecciones entre los grupos de población clave; por ejemplo, los trabajadores sexuales que consumen drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que venden relaciones sexuales, y para estas personas, pueden ser necesarias otras intervenciones además de las que se analizan a continuación. La atención centrada en la persona significa evaluar las necesidades de salud de cada persona y llevar a cabo intervenciones basadas en la evidencia de una manera integrada y accesible. Los cuadros con los conjuntos que se presentan a continuación se han incluido solo con fines de orientación.

Trabajadores sexuales

Antecedentes

Las personas que ejercen el trabajo sexual incluyen mujeres, hombres, personas trans y de género diverso, adultas (18 años o más), que reciben dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de manera periódica u ocasional. El trabajo sexual consiste en relaciones sexuales consentidas entre adultos y toma muchas formas, que varían en las distintas comunidades y países como al interior de ellos. El trabajo sexual también varía en la medida en que es más o menos “oficial” u organizado (3, 84). Cada vez más, se observa que los trabajadores sexuales se reúnen y se mantienen en contacto con sus clientes en línea.

Según se define en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), la población infantil y adolescente menor de 18 años que intercambia relaciones sexuales por dinero, bienes o favores es “explotada sexualmente” y las personas afectadas no se definen como trabajadores sexuales (203, 204) (véase el [capítulo 7](#) sobre los grupos jóvenes de población clave).

Los trabajadores sexuales en muchos lugares son sumamente vulnerables a la infección por el VIH y las ITS debido a múltiples factores como un gran número de parejas sexuales, condiciones de trabajo inseguras, barreras a la negociación del uso constante de preservativos y determinantes sociales concomitantes de condiciones precarias de salud. Estos incluyen la carencia de protección social y vivienda, la inseguridad alimentaria, la reducción de las oportunidades de educación y la discapacidad. Además, los trabajadores sexuales a menudo tienen un control reducido sobre estos factores debido a las barreras estructurales que aumentan su riesgo de tener relaciones sexuales sin protección y limitan el acceso a los servicios de salud (consulte el [capítulo sobre factores habilitadores esenciales](#)). En especial, los trabajadores sexuales pueden ser objeto de acoso por parte de las fuerzas de orden público, incluida la práctica de agentes que confiscan y utilizan los preservativos y teléfonos móviles como prueba del trabajo sexual; pueden ser objeto de violencia por parte de las fuerzas de orden público, los clientes y violencia de pareja; y afrontar estigmatización y discriminación en entornos de salud y otros ambientes. Como consecuencia, los trabajadores sexuales se ven afectados de manera desproporcionada por la infección por el VIH y las ITS. Se pueden consultar los datos más recientes relacionados con la infección por el VIH, la sífilis y los trabajadores sexuales en el sitio del [atlas de los grupos de población clave del ONUSIDA](#) [en inglés].

El conjunto de intervenciones recomendado para los trabajadores sexuales incluye intervenciones habilitadoras que deben ejecutarse con carácter prioritario, entre otras, la despenalización del trabajo sexual (es decir, la eliminación de todos los delitos que penalizan a los trabajadores sexuales, los clientes y terceros). Abordar estas barreras no solo garantizaría los derechos humanos de los trabajadores sexuales, sino que también tendría un impacto sobre la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales en todos los entornos donde se penaliza el trabajo sexual y los trabajadores sexuales afrontan estigmatización, discriminación y violencia (68, 75). Otras intervenciones esenciales son las intervenciones de salud relacionadas con la prevención, las pruebas y el tratamiento de la infección por el VIH y las ITS.

La mayoría de los participantes en la investigación cualitativa de valores y preferencias de los grupos de población clave (véase el informe detallado en el [anexo B en línea](#) [en inglés]) se oponían al tratamiento periódico presuntivo de las ITS, aludiendo preocupaciones tanto de salud como éticas. Los participantes aludían una serie de riesgos posibles para la salud asociados con el uso prolongado de antibióticos, incluida la farmacoresistencia, el daño renal, la depresión y las repercusiones en la salud vaginal. Además, los participantes expresaron su preocupación por las implicaciones éticas del tratamiento periódico presuntivo y su papel en la perpetuación de la estigmatización y la vulnerabilidad. Otros señalaron el efecto de este tratamiento sobre el refuerzo de los estereotipos de los trabajadores sexuales como vectores de enfermedades. En lugar de ofrecer a los trabajadores sexuales un tratamiento periódico presuntivo de

las ITS, los participantes subrayaron la necesidad de un mayor acceso a las pruebas de ITS y los métodos de prevención basados en la evidencia. Por estas razones, las presentes directrices no contienen la recomendación de proporcionar tratamiento periódico presuntivo de las ITS a los trabajadores sexuales. Si estas personas desean evitar contraer ITS mediante el tratamiento periódico presuntivo, esta prevención siempre debe ser de carácter voluntario, con plena comprensión de las posibles complicaciones, solo en entornos donde el diagnóstico etiológico no es posible y en consulta con los prestadores de atención de salud.

La OMS recomienda ampliar el acceso al diagnóstico etiológico de las ITS para los trabajadores sexuales como una medida prioritaria y también propone ofrecerles exámenes periódicos de detección de las ITS asintomáticas. Ofrecer la detección sistemática periódica de carácter voluntario de la infección por el VIH y las otras ITS curables importantes como la sífilis, la gonorrea y la clamidia, adquiere un interés especial para los trabajadores sexuales, debido a las graves consecuencias de las ITS, entre ellas la infertilidad. En los casos de embarazo, las ITS no tratadas también pueden dar lugar a resultados adversos graves del embarazo como prematuridad, muerte neonatal, peso bajo al nacer y anomalías congénitas. La OMS ha formulado recomendaciones específicas sobre el tratamiento de las principales ITS, el tratamiento supresor del herpes genital y el tratamiento de los síndromes, cuando no puede investigarse la causa con el fin de ofrecer el tratamiento más adecuado (183).

Si bien la evidencia de una mayor prevalencia de la hepatitis C y B en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres es clara (12), las preocupaciones sobre las hepatitis virales en trabajadoras sexuales mujeres, trans y de género diverso son nuevas y de aparición reciente, y hay pocos datos disponibles que permitan comprender la prevalencia mundial de la infección por el VHB y el VHC en estos grupos poblacionales. Es posible que las trabajadoras sexuales femeninas, trans y de género diverso con infección por el VIH corran un riesgo mayor de contraer el VHC y el VHB (205), pero la evidencia es escasa y otros estudios pequeños han demostrado un mayor riesgo de contraer infecciones con un único agente etiológico (18). Sin embargo, la prevalencia del VHC es alta en las personas que consumen drogas inyectables (206) y en las personas reclusas en prisión (207), y existen intersecciones frecuentes entre las trabajadoras sexuales mujeres, trans y de género diverso y estos otros grupos de población clave, lo que indica la necesidad de garantizar a estos grupos el acceso a la prevención, las pruebas y el tratamiento de las hepatitis virales. Por esta razón, la prevención, las pruebas y el tratamiento de las hepatitis virales se incluyen en el conjunto de intervenciones de salud básicas para todas las personas que ejercen el trabajo sexual.

Otros aspectos de salud plantean una preocupación especial a los trabajadores sexuales, entre ellos los relacionados con la salud sexual y reproductiva (aborto en condiciones seguras, anticoncepción, concepción y atención prenatal); los relativos a la prevención del cáncer cervicouterino y de ano; y los relacionados con la detección sistemática y el tratamiento de problemas de salud mental y del consumo peligroso o nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. En concreto, los resultados de la investigación cualitativa realizada por cuatro redes mundiales de grupos de población clave mostraron que abordar la salud mental era una prioridad para estos grupos. Aunque no se dispone de datos mundiales sobre la TB en los trabajadores sexuales, las que viven y trabajan en condiciones de hacinamiento pueden correr un riesgo mayor de contraer la TB. Estas son intervenciones básicas para abordar la salud en general, más allá de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales y se debe garantizar su acceso a los grupos de población clave.

El conjunto de intervenciones básicas dirigido a los trabajadores sexuales no incluye las que se relacionan específicamente con la prevención de la infección por el VIH y las hepatitis virales en las personas que consumen drogas inyectables (a saber, la distribución de agujas y jeringas, el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis) ni con la atención para la reafirmación de género para personas trans y de género diverso. Sin embargo, para los trabajadores sexuales trans y de género diverso que consumen drogas inyectables estas intervenciones son pertinentes y deben ponerse a disposición como se describe en los conjuntos específicos dirigidos a estos grupos de población clave.

Conjunto recomendado de intervenciones para trabajadores sexuales

Estas intervenciones no se encuentran en orden de prioridad.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Reducción de la estigmatización y la discriminación

Empoderamiento de la comunidad

Abordar la violencia

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Preservativos y lubricantes

Profilaxis previa a la exposición al VIH

Profilaxis posterior a la exposición al VIH y las ITS

Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB

Vacunación contra la hepatitis B

Abordar el sexdopaje

Diagnóstico

Pruebas de detección del VIH

Pruebas de detección de ITS

Pruebas de detección de la hepatitis B y C

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH

Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de TB asociada con la infección por el VIH

Tratamiento de las ITS

Tratamiento de la hepatitis B y C

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Salud anal

Concepción y atención durante el embarazo

Anticoncepción

Salud mental

Prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino

Aborto en condiciones seguras

Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Personas que consumen drogas inyectables

Antecedentes

La expresión personas que consumen drogas inyectables se refiere a las personas que utilizan sustancias psicoactivas con fines que no son médicos. Estas drogas incluyen, entre otras, opioides, estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína e hipnosedantes como las nuevas sustancias psicoactivas.²³ La inyección puede ser por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea u otras vías parenterales. Las personas que se autoinyectan fármacos con fines médicos, lo que se conoce como “inyección terapéutica”, no se incluyen en esta definición. Si bien estas directrices se centran en las personas que se inyectan drogas, debido a su riesgo específico de transmisión del VIH y el VHC por causa del uso compartido del equipo de inyección contaminados con sangre, gran parte de esta orientación también es pertinente para las personas que consumen sustancias psicoactivas por otras vías de administración, al inhalarlas, fumarlas o ingerirlas (3).

En muchos países, el consumo o la posesión de drogas está penalizado y en casi todos los países se considera inmoral, y las personas que consumen drogas afrontan estigmatización y discriminación importantes (consúltese el [capítulo sobre factores habilitadores esenciales](#)). En el momento de redactarse estas directrices, hay una cobertura sumamente baja del conjunto de intervenciones basado en la evidencia de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides (208). Como consecuencia directa, las personas que consumen drogas inyectables se ven afectadas de manera desproporcionada por la infección por el VIH y las hepatitis virales. Se pueden consultar los datos más recientes relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las personas que consumen drogas inyectables, en los sitios web: [atlas de los grupos de población clave del ONUSIDA](#), [informe mundial sobre el consumo de drogas](#) y [situación mundial de la reducción de daños](#).

Para lograr un impacto sobre la infección por el VIH y las hepatitis virales, es necesario abordar las barreras estructurales que enfrentan las personas que consumen drogas inyectables, incluida la despenalización del consumo y la posesión de drogas para uso personal; poner fin a la detención forzada en centros de tratamiento obligatorio del consumo de drogas, abordar la violencia, la estigmatización y la discriminación y empoderar a las comunidades de personas que consumen drogas. Las personas que consumen drogas en particular afrontan barreras adicionales para acceder a los servicios de salud cuando el cese del consumo es un criterio para obtener el acceso. Las mujeres que consumen drogas inyectables pueden ser más estigmatizadas que los hombres que lo hacen y muchas venden relaciones sexuales para pagar tanto sus drogas como las de su pareja. El temor a perder la custodia de sus hijos puede disminuir la probabilidad de que las madres que consumen drogas inyectables accedan a los servicios de salud reproductiva y de otro tipo (209). Pueden sufrir más acoso y violencia policial que los hombres que consumen drogas inyectables. La repercusión de estas barreras sobre posibilidad de contraer la infección por el VIH y las hepatitis virales es evidente (64, 73, 210), y por esta razón las intervenciones habilitadoras indicadas en el cuadro que se presenta a continuación se consideran esenciales para generar un impacto en las personas que consumen drogas inyectables.

La reducción de daños es uno de los elementos clave de un marco (o respuesta) de promoción de salud pública que ha demostrado ser sumamente eficaz para disminuir y mitigar las consecuencias adversas del consumo de drogas inyectables en las personas y las comunidades. La OMS define la reducción de daños como un conjunto integral de intervenciones basadas en la evidencia, fundamentadas en la salud pública y los derechos humanos, como la distribución de agujas y jeringas, el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el manejo de sobredosis. La reducción de daños también se refiere a las políticas y estrategias que tienen como objetivo prevenir las consecuencias adversas importantes para la salud pública e individual, incluida la infección por el VIH, las hepatitis virales y la sobredosis, sin necesariamente detener el consumo de drogas.

La prevalencia e incidencia altas de la infección por el VIH y las hepatitis virales B y C en las personas que consumen drogas inyectables requieren que los países den prioridad a la realización de intervenciones de prevención, pruebas y tratamiento de la infección por el VIH y las hepatitis virales (en especial la distribución de agujas y jeringas, el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis).

La profilaxis previa a la exposición (PrEP) es una intervención de prevención de la infección por el VIH basada en la evidencia. Aunque existe una evidencia sólida de que la PrEP tiene un efecto sumamente protector de la transmisión sexual del VIH, la evidencia es más limitada en materia de prevención de la transmisión

²³ La UNODC utiliza el término “nuevas sustancias psicoactivas” que se definen como sustancias de uso indebido, ya sea en forma pura o en preparados, que no están controladas por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes o la Convención sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, pero que pueden representar una amenaza para la salud pública (2).

parenteral de este virus. Los servicios de PrEP para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales pueden aportar beneficios tanto en la prevención de la transmisión sexual como probablemente en la prevención de la infección por el VIH, contraída por prácticas de inyección inseguras. Los servicios de PrEP no deben reemplazar a los programas de distribución de agujas y jeringas. Estos programas tienen el mayor impacto en la prevención de la transmisión del VIH y otras infecciones transmitidas por la sangre, incluido el VHC asociado con el consumo de drogas inyectables.

Se precisa más investigación sobre los valores y preferencias de las personas que consumen drogas inyectables con respecto a la PrEP como parte de los enfoques integrales de prevención de la infección por el VIH, y sobre la mejor forma de prestar servicios de PrEP a estos grupos de la población, con el fin de mejorar la aceptación y el uso efectivo (incluso mediante modelos completos e integrados de prestación comunitaria de servicios).

Si bien no se tienen estimaciones mundiales de las ITS en las personas que consumen drogas inyectables, las personas que se inyectan y consumen drogas pueden tener un mayor riesgo de contraer ITS, en especial las que participan en sexdopaje o las que usan estimulantes. La investigación de valores y preferencias mostró una fuerte preferencia por los servicios de ITS en las mujeres que consumen drogas inyectables. Por esta razón, las personas que se inyectan drogas deben tener acceso a las pruebas, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS.

Las personas que consumen drogas inyectables tienen un mayor riesgo de contraer la TB, independientemente de su estado serológico, y la TB es una de las principales causas de mortalidad relacionada con el VIH en las personas que consumen drogas inyectables (211, 212). Por este motivo, la prevención, el tamizaje sistemático, el diagnóstico y el tratamiento de la TB se incluyen en el conjunto de intervenciones esenciales para la salud en general de las personas que consumen drogas inyectables. Otros problemas de salud frecuentes relacionados con la inyección insegura de drogas son el daño a los nervios y las venas, los abscesos y las infecciones cutáneas.



Conjunto recomendado de intervenciones para personas que consumen drogas inyectables

Estas intervenciones no se encuentran en orden de prioridad.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Reducción de la estigmatización y la discriminación

Empoderamiento de la comunidad

Abordar la violencia

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis) Preservativos y lubricantes

Profilaxis previa a la exposición al VIH²⁴

Profilaxis posterior a la exposición al VIH y las ITS

Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB

Vacunación contra la hepatitis B

Abordar el sexdopaje

Diagnóstico

Pruebas de detección del VIH

Pruebas de detección de ITS

Pruebas de detección de la hepatitis B y C

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH

Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de la TB asociada con la infección por el VIH

Tratamiento de ITS

Tratamiento de la hepatitis B y C

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Concepción y atención durante el embarazo

Anticoncepción

Salud mental

Prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino

Aborto en condiciones seguras

Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Prevención, tamizaje sistemático, diagnóstico y tratamiento de la TB

²⁴ Cabe señalar que los resultados de la investigación cualitativa pusieron en evidencia que las personas que consumen drogas inyectables dan prioridad al acceso a la reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opiáceos y naloxona para el tratamiento de sobredosis) sobre la PrEP.

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Antecedentes

La expresión hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se refiere a todos los hombres que participan en relaciones sexuales con otros hombres. La interpretación de las palabras “**hombres**” y “**relaciones sexuales**” puede variar en diversas culturas y sociedades, y también según las personas interesadas. Por lo tanto, la expresión abarca una gran variedad de entornos y situaciones en los cuales tienen lugar relaciones sexuales entre hombres, sean cuales fueren las múltiples motivaciones para participar en la actividad sexual, las identidades sexuales y de género autodeterminadas, y las diversas identificaciones con cualquier comunidad o grupo social en particular.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se ven afectados de manera desproporcionada por la infección por el VIH, la hepatitis C (12), la hepatitis B (213) y las ITS (28, 31, 214). Los brotes epidémicos de hepatitis A en este grupo de población son frecuentes (215-219) y podrían prevenirse mediante la vacunación. Este aumento del riesgo se debe en parte a una mayor eficiencia de la transmisión de los tres grupos de enfermedades por el coito anal sin protección y las características sindémicas, como un mayor riesgo de contraer el VIH en las personas con ITS (221) o un mayor riesgo de contraer el VHC en los hombres con infección por el VIH que tienen relaciones sexuales con hombres (12).

Algunos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también pueden participar en sexdopaje, que se define como la participación en actividades sexuales bajo el efecto de drogas estimulantes principalmente, en general con múltiples participantes y durante un tiempo prolongado, lo cual aumenta el riesgo de los tres grupos de enfermedades infecciosas cuando no se cuenta con acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, o no se los utiliza.

Las barreras estructurales persistentes como la penalización de las relaciones sexuales consentidas entre hombres, la estigmatización, la discriminación y la violencia contra los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres reducen el acceso a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento, lo cual favorece un mayor riesgo de infección (consúltese el capítulo [sobre factores habilitadores esenciales](#)).

El conjunto básico de intervenciones dirigido a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres incluye intervenciones que permiten abordar las barreras estructurales como una prioridad, incluida la despenalización de las relaciones íntimas entre personas del mismo sexo. Las intervenciones de salud esenciales para lograr un impacto sobre la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales incluyen la prevención como la PrEP, el diagnóstico y el tratamiento de los tres grupos de enfermedades. Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que consumen drogas inyectables también necesitan acceso a intervenciones de reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis).

Entre las intervenciones esenciales para la salud en general y a las cuales debe garantizarse el acceso de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se cuentan el tamizaje y tratamiento de problemas de salud mental y el consumo peligroso o nocivo de alcohol y drogas. Además, dadas las tasas desproporcionadas de cáncer de ano en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, debe considerarse la posibilidad de realizar la detección sistemática y el tratamiento del cáncer de ano en este grupo poblacional.

Se pueden consultar los datos más recientes relacionados con la infección por el VIH, la sífilis y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en el sitio del [atlas de los grupos de población clave del ONUSIDA](#) [en inglés].

Conjunto de intervenciones recomendado para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Estas intervenciones no se encuentran en orden de prioridad.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Reducción de la estigmatización y la discriminación

Empoderamiento de la comunidad

Abordar la violencia

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Preservativos y lubricantes

Profilaxis previa a la exposición al VIH

Profilaxis posterior a la exposición al VIH y las ITS

Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB

Vacunación contra la hepatitis B

Abordar el sexdopaje

Diagnóstico

Pruebas de detección del VIH

Pruebas de detección de ITS

Pruebas de detección de la hepatitis B y C

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH

Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de TB asociada con la infección por el VIH

Tratamiento de las ITS

Tratamiento de la hepatitis B y C

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Salud anal

Salud mental

Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Personas trans y personas de género diverso

Antecedentes

La expresión “personas trans o personas de género diverso” es un término general que designa personas cuya identidad, roles y expresión del género no son conformes a las normas y expectativas que se asocian tradicionalmente con el sexo que se les asignó al nacer; incluye personas transexuales, transgénero o con un género fuera de las normas convencionales o con discordancia de género. Las personas trans y las personas de género diverso pueden autoidentificarse como transgénero, mujer, hombre, transexual femenino o transexual masculino, transexual o alguna de muchas otras identidades de género no convencionales. Pueden expresar su género en una diversidad de formas masculinas, femeninas y andróginas. La gran vulnerabilidad y las necesidades específicas de salud de las personas trans y de género diverso exigen una posición específica e independiente en la respuesta mundial frente a la infección por el VIH (3, 222).

Las personas trans y de género diverso afrontan barreras estructurales como la penalización, la estigmatización y la discriminación, al igual que todos los grupos de población clave, pero presentan tasas muy altas de violencia sexual y física (223-226). Se han notificado ampliamente grados altos de estigmatización y discriminación contra las personas trans y de género diverso en los entornos de atención de salud (100). La violencia, la estigmatización y la discriminación aumentan la vulnerabilidad a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos alimentarios, depresión, intentos de suicidio, infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, entre otros, y obstaculizan el acceso de las personas trans y de género diverso a los servicios de atención de salud y su utilización (101, 102, 222). Se ha notificado que la depresión, por ejemplo, afecta a más de la mitad de la población trans y de género diverso en determinados entornos (222), y se ha demostrado que tienen una calidad de vida notablemente más precaria que la población general antes de recibir el tratamiento hormonal cuando lo desean (227). Además, hay barreras específicas causadas por la falta de reconocimiento jurídico de otras identidades y expresiones de género, que dificultan el acceso a la salud y otros servicios, y limitan el ingreso a los planes de seguro de salud públicos y privados. En especial, con frecuencia no se cuenta con una atención sensible al género para las personas trans y de género diverso, y los prestadores de servicios de salud no están capacitados con respecto a las necesidades específicas de estas personas (228).

Las personas trans y de género diverso se ven afectadas de manera desproporcionada por la infección por el VIH y las ITS (30, 229). Si bien los datos son limitados, los estudios también han demostrado una prevalencia alta de hepatitis B y C en las personas trans y de género diverso (20). Se pueden consultar los datos más recientes relacionados con la infección por el VIH, la sífilis y las personas trans y de género diverso en el sitio del [atlas de los grupos de población clave del ONUSIDA](#) [en inglés].

La atención para la reafirmación de género incluye cualquiera de las siguientes medidas: tratamiento hormonal e intervenciones quirúrgicas en la porción superior del cuerpo (p. ej., de cara, pecho, mama), en la porción inferior (p. ej., vaginoplastia, faloplastia, metoidioplastia, etc.) o ambas. La reafirmación de género es a menudo una intervención prioritaria para la comunidad trans y de género diverso, pero con frecuencia el acceso se ve obstaculizado por la escasa disponibilidad, el alto costo y la exclusión de la reafirmación de género de los conjuntos de intervenciones de los servicios nacionales de salud. Se ha notificado la administración frecuente de silicona de grado industrial u otras inyecciones subcutáneas ilícitas, así como de rellenos de grado no médico, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos (231, 232). Estas intervenciones pueden causar desfiguración corporal, daño cutáneo, reacciones alérgicas, trombosis, embolia pulmonar de silicona, y trastornos graves autoinmunes y del tejido conjuntivo, entre otros (233). Del mismo modo, se ha informado que el uso de hormonas inseguras y no reguladas es muy común en las personas trans y de género diverso (234).

Es importante que las hormonas administradas con fines de reafirmación de género se mantengan en las concentraciones fisiológicas apropiadas con el fin de evitar consecuencias nocivas para la salud, y las personas trans y de género diverso que se autoadministran hormonas necesitan tener acceso a información basada en la evidencia, así como a productos y equipos de inyección estériles (182, 235). Además, las personas trans y de género diverso, tanto jóvenes como adultas, a menudo recurren a otras estrategias no médicas de modificación corporal como la ocultación genital y la compresión del pecho; hay poca investigación que describa la prevalencia o los riesgos y beneficios para la salud de estos métodos de reafirmación de género (235).

El conjunto de intervenciones recomendado para las personas trans y de género diverso incluye intervenciones habilitadoras que deben llevarse a cabo como una prioridad con el fin de abordar las barreras, en especial, el reconocimiento de la diversidad de género en las leyes, políticas y prácticas.

El conjunto de intervenciones de salud denota las necesidades complejas y variadas de las personas trans y de género diverso. Estas personas necesitan tener acceso a toda la gama de intervenciones de prevención, pruebas y tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS si se busca lograr el mayor impacto. Estas intervenciones incluyen el acceso a la prevención de la transmisión vertical del VIH, el VHB y la sífilis para personas trans y de género diverso embarazadas; e incluyen la reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para tratamiento de sobredosis) dirigida a las personas trans y de género diverso que se inyectan drogas, incluida la inyección de hormonas y otros productos, como el gel de silicio para la reafirmación de género. Las intervenciones para la salud en general incluyen intervenciones de salud sexual y reproductiva; detección y tratamiento del consumo peligroso o nocivo de drogas y alcohol y los problemas de salud mental; y la prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino y el cáncer de ano. El acceso a una atención de reafirmación de género segura y basada en la evidencia debe considerarse fundamental para la salud general de las personas trans y de género diverso, así como un importante punto de entrada a los servicios de salud relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales y otros servicios de salud en general.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) se ha redefinido la salud relacionada con la identidad de género como discordancia de género y se ha reclasificado la discordancia de género como relacionada con la salud sexual en lugar de un trastorno mental o del comportamiento (236). Esto obedece a la evidencia de que las identidades trans y de género diverso no son trastornos de salud mental y que clasificarlas como tales puede ser una causa importante de estigmatización. La inclusión de la discordancia de género en la CIE debería garantizar el acceso de las personas trans y de género diverso a la atención para la reafirmación de género y también a una cobertura adecuada del seguro de salud de estos servicios.

Conjunto de intervenciones recomendado para personas trans y de género diverso

Estas intervenciones no se encuentran en orden de prioridad.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas

Reducción de la estigmatización y la discriminación

Empoderamiento de la comunidad

Abordar la violencia

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Preservativos y lubricantes

Profilaxis previa a la exposición al VIH

Profilaxis posterior a la exposición al VIH y las ITS

Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB

Vacunación contra la hepatitis B

Abordar el sexdopaje

Diagnóstico

Pruebas de detección del VIH

Pruebas de detección de ITS

Pruebas de detección de la hepatitis B y C

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH

Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de TB asociada con la infección por el VIH

Tratamiento de las ITS

Tratamiento de la hepatitis B y C

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Salud anal

Salud mental

Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Personas trans y personas de género diverso

Antecedentes

La expresión “personas trans o personas de género diverso” es un término general que designa personas cuya identidad, roles y expresión del género no son conformes a las normas y expectativas que se asocian tradicionalmente con el sexo que se les asignó al nacer; incluye personas transexuales, transgénero o con un género fuera de las normas convencionales o con discordancia de género. Las personas trans y las personas de género diverso pueden autoidentificarse como transgénero, mujer, hombre, transexual femenino o transexual masculino, transexual o alguna de muchas otras identidades de género no convencionales. Pueden expresar su género en una diversidad de formas masculinas, femeninas y andróginas. La gran vulnerabilidad y las necesidades específicas de salud de las personas trans y de género diverso exigen una posición específica e independiente en la respuesta mundial frente a la infección por el VIH (3, 222).

Las personas trans y de género diverso afrontan barreras estructurales como la penalización, la estigmatización y la discriminación, al igual que todos los grupos de población clave, pero presentan tasas muy altas de violencia sexual y física (223-226). Se han notificado ampliamente grados altos de estigmatización y discriminación contra las personas trans y de género diverso en los entornos de atención de salud (100). La violencia, la estigmatización y la discriminación aumentan la vulnerabilidad a los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos alimentarios, depresión, intentos de suicidio, infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, entre otros, y obstaculizan el acceso de las personas trans y de género diverso a los servicios de atención de salud y su utilización (101, 102, 222). Se ha notificado que la depresión, por ejemplo, afecta a más de la mitad de la población trans y de género diverso en determinados entornos (222), y se ha demostrado que tienen una calidad de vida notablemente más precaria que la población general antes de recibir el tratamiento hormonal cuando lo desean (227). Además, hay barreras específicas causadas por la falta de reconocimiento jurídico de otras identidades y expresiones de género, que dificultan el acceso a la salud y otros servicios, y limitan el ingreso a los planes de seguro de salud públicos y privados. En especial, con frecuencia no se cuenta con una atención sensible al género para las personas trans y de género diverso, y los prestadores de servicios de salud no están capacitados con respecto a las necesidades específicas de estas personas (228).

Las personas trans y de género diverso se ven afectadas de manera desproporcionada por la infección por el VIH y las ITS (30, 229). Si bien los datos son limitados, los estudios también han demostrado una prevalencia alta de hepatitis B y C en las personas trans y de género diverso (20). Se pueden consultar los datos más recientes relacionados con la infección por el VIH, la sífilis y las personas trans y de género diverso en el sitio del [atlas de los grupos de población clave del ONUSIDA](#) [en inglés].

La atención para la reafirmación de género incluye cualquiera de las siguientes medidas: tratamiento hormonal e intervenciones quirúrgicas en la porción superior del cuerpo (p. ej., de cara, pecho, mama), en la porción inferior (p. ej., vaginoplastia, faloplastia, metoidioplastia, etc.) o ambas. La reafirmación de género es a menudo una intervención prioritaria para la comunidad trans y de género diverso, pero con frecuencia el acceso se ve obstaculizado por la escasa disponibilidad, el alto costo y la exclusión de la reafirmación de género de los conjuntos de intervenciones de los servicios nacionales de salud. Se ha notificado la administración frecuente de silicona de grado industrial u otras inyecciones subcutáneas ilícitas, así como de rellenos de grado no médico, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos (231, 232). Estas intervenciones pueden causar desfiguración corporal, daño cutáneo, reacciones alérgicas, trombosis, embolia pulmonar de silicona, y trastornos graves autoinmunes y del tejido conjuntivo, entre otros (233). Del mismo modo, se ha informado que el uso de hormonas inseguras y no reguladas es muy común en las personas trans y de género diverso (234).

Es importante que las hormonas administradas con fines de reafirmación de género se mantengan en las concentraciones fisiológicas apropiadas con el fin de evitar consecuencias nocivas para la salud, y las personas trans y de género diverso que se autoadministran hormonas necesitan tener acceso a información basada en la evidencia, así como a productos y equipos de inyección estériles (182, 235). Además, las personas trans y de género diverso, tanto jóvenes como adultas, a menudo recurren a otras estrategias no médicas de modificación corporal como la ocultación genital y la compresión del pecho; hay poca investigación que describa la prevalencia o los riesgos y beneficios para la salud de estos métodos de reafirmación de género (235).

El conjunto de intervenciones recomendado para las personas trans y de género diverso incluye intervenciones habilitadoras que deben llevarse a cabo como una prioridad con el fin de abordar las barreras, en especial, el reconocimiento de la diversidad de género en las leyes, políticas y prácticas.

El conjunto de intervenciones de salud denota las necesidades complejas y variadas de las personas trans y de género diverso. Estas personas necesitan tener acceso a toda la gama de intervenciones de prevención, pruebas y tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS si se busca lograr el mayor impacto. Estas intervenciones incluyen el acceso a la prevención de la transmisión vertical del VIH, el VHB y la sífilis para personas trans y de género diverso embarazadas; e incluyen la reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para tratamiento de sobredosis) dirigida a las personas trans y de género diverso que se inyectan drogas, incluida la inyección de hormonas y otros productos, como el gel de silicio para la reafirmación de género. Las intervenciones para la salud en general incluyen intervenciones de salud sexual y reproductiva; detección y tratamiento del consumo peligroso o nocivo de drogas y alcohol y los problemas de salud mental; y la prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino y el cáncer de ano. El acceso a una atención de reafirmación de género segura y basada en la evidencia debe considerarse fundamental para la salud general de las personas trans y de género diverso, así como un importante punto de entrada a los servicios de salud relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales y otros servicios de salud en general.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11) se ha redefinido la salud relacionada con la identidad de género como discordancia de género y se ha reclasificado la discordancia de género como relacionada con la salud sexual en lugar de un trastorno mental o del comportamiento (236). Esto obedece a la evidencia de que las identidades trans y de género diverso no son trastornos de salud mental y que clasificarlas como tales puede ser una causa importante de estigmatización. La inclusión de la discordancia de género en la CIE debería garantizar el acceso de las personas trans y de género diverso a la atención para la reafirmación de género y también a una cobertura adecuada del seguro de salud de estos servicios.

Conjunto de intervenciones recomendado para personas trans y de género diverso

Estas intervenciones no se encuentran en orden de prioridad.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas
Reducción de la estigmatización y la discriminación
Empoderamiento de la comunidad
Abordar la violencia

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Preservativos y lubricantes
Profilaxis previa a la exposición al VIH
Profilaxis posterior a la exposición al VIH y las ITS
Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB
Vacunación contra la hepatitis B
Abordar el sexdopaje

Diagnóstico

Pruebas de detección del VIH
Pruebas de detección de ITS
Pruebas de detección de la hepatitis B y C

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH
Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de TB asociada con la infección por el VIH
Tratamiento de las ITS
Tratamiento de la hepatitis B y C

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Salud anal
Concepción y atención durante embarazo
Anticoncepción
Atención para la reafirmación de género
Salud mental
Prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino
Aborto en condiciones seguras
Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas

Personas reclusas en prisión y otros entornos cerrados

Antecedentes

Son muchos los términos que se utilizan para denotar los lugares de detención que albergan a las personas que están en espera de juicio, personas que han sido condenadas o que están sujetas a otras condiciones por razones de seguridad. Del mismo modo, se utilizan términos diferentes para las personas detenidas. En este documento de orientación, el término “prisiones y otros entornos cerrados” se refiere a todos los lugares de detención dentro de un país, y los términos personas “reclusas” y “detenidas” se refieren a todas las personas confinadas en establecimientos de la justicia penal y las prisiones; se incluyen hombres y mujeres adultos, así como menores y personas trans y de género diverso, que están detenidas durante la investigación de un delito, mientras esperan juicio, después de la condena, antes de la sentencia y después de la sentencia. Este término no incluye de manera oficial a las personas detenidas por razones relacionadas con la inmigración o su condición de refugiadas, las personas detenidas sin cargos ni las condenadas a tratamiento obligatorio y en centros de rehabilitación, incluidas las personas que consumen drogas y los trabajadores sexuales. No obstante, la mayoría de los aspectos considerados en las presentes directrices también se puede aplicar a estos grupos de personas (3). El personal penitenciario también se ve afectado por la infección por el VIH, las hepatitis virales, las ITS y otros problemas de salud, y puede no tener acceso a los servicios de salud, en especial si vive en complejos penitenciarios sin servicios de salud (237).

Las personas reclusas en prisión se ven afectadas de manera desproporcionada por la infección por el VIH (212), las hepatitis B y C (207, 238) y la TB (11, 212). Esto se debe, en parte, a las intersecciones frecuentes con otros grupos de población clave, sobre todo si se tiene en cuenta la penalización de comportamientos como el consumo de drogas, la posesión de drogas y el trabajo sexual y su sobrerrepresentación en la población reclusa en prisiones. Además de esto, hay transmisión del VIH y hepatitis virales en las prisiones por el coito sin protección, la violencia sexual, el uso compartido de equipos de inyección, el tatuaje o la transmisión materna o paterna a los hijos. Es frecuente que las intervenciones de prevención de la infección por el VIH y las hepatitis no estén disponibles en las prisiones, pese a que los riesgos persisten (239). Hay intersecciones frecuentes entre las personas reclusas en prisión y las personas que son pobres, tienen poca educación y provienen de sectores socioeconómicos desfavorecidos de la población, y en muchas prisiones hay una sobrerrepresentación de las minorías étnicas. En especial, la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y la dependencia en la población reclusa en prisiones es mucho mayor que en la comunidad, especialmente en las mujeres (240-242).

Las personas reclusas en prisión también tienen una alta exposición a la TB, incluida la TB multirresistente, debido a factores como el hacinamiento, la ventilación inadecuada y las prácticas deficientes de control de infecciones. Garantizar el acceso equitativo a los servicios de TB para todas las personas en las prisiones, sin tener en cuenta su estado serológico, es fundamental para reducir el aumento de la carga de TB asociada con la infección por el VIH en este grupo de población. Entre los factores que contribuyen a la salud precaria de las personas reclusas en prisión están el acceso limitado a la atención de salud, con retrasos en el diagnóstico (por la capacidad de laboratorio y herramientas de diagnóstico insuficientes); el tratamiento inadecuado; el traslado frecuente entre establecimientos sin continuidad del tratamiento; y la mala alimentación. Además, tras la puesta en libertad, suele haber poco apoyo para continuar con los servicios sociales y de salud en curso.

Se pueden consultar los datos más recientes relacionados con la infección por el VIH y las personas reclusas en prisión y otros entornos cerrados en el sitio del [atlas de los grupos de población clave del ONUSIDA](#) [en inglés].

El derecho a servicios de salud equivalentes para las personas reclusas en prisión (es decir, equivalentes a los disponibles fuera de las prisiones) está consagrado en varios documentos reconocidos a escala internacional (243), y su respeto debe expresarse en las políticas y prácticas penitenciarias. La violencia en las cárceles es común, y a menudo clandestina, debido al temor a las represalias cuando se denuncia, por lo que es fácil pasarla por alto o subestimarla (244). Es urgente abordar las barreras estructurales dentro de las prisiones, en particular con respecto a la violencia, donde también es importante instaurar medidas encaminadas a la denuncia segura y la protección de las víctimas; estas intervenciones son esenciales y prioritarias para lograr un impacto.

Las personas reclusas en prisiones son adolescentes, adultos, hombres, mujeres, trans y de género diverso, y tienen necesidades de salud urgentes, variadas y complejas. Con el objeto de lograr un impacto sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, el conjunto de intervenciones encaminadas a prevenir,

diagnosticar y tratar estas enfermedades es esencial y debe proporcionarse en las prisiones y otros entornos cerrados, con continuidad durante los traslados entre prisiones y dentro de ellas, y después de la puesta en libertad. Este conjunto de intervenciones debe incluir preservativos y lubricantes e intervenciones de reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis), dado que el consumo de drogas es frecuente en las prisiones.

Las personas reclusas en prisión tienen necesidades de salud más amplias y el conjunto de intervenciones incluye la salud mental y la detección y el tratamiento del consumo peligroso o nocivo de drogas y alcohol; intervenciones de salud sexual y reproductiva; y la prevención, detección sistemática y tratamiento del cáncer cervicouterino y el cáncer de ano. Es importante destacar que la prevención, el tamizaje y el tratamiento de la TB deben aplicarse en todas las prisiones y entornos cerrados.

La UNODC recomienda un conjunto de 15 intervenciones encaminadas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infección por el VIH de las personas reclusas en prisión (245). En las presentes directrices se abordan múltiples tipos de enfermedad y se presenta un conjunto de intervenciones diferente, aunque se incluyen casi todas las 15 intervenciones recomendadas por la UNODC.²⁵

²⁵ Las intervenciones presentes en el conjunto de la UNODC que no se incluyen aquí son la prevención de la transmisión por servicios médicos y dentales, y la protección del personal de los riesgos laborales.

Conjunto de intervenciones recomendado para personas recluidas en prisión y otros entornos cerrados

Estas intervenciones no se encuentran en orden de prioridad.

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones habilitadoras

Eliminación de leyes, políticas y prácticas punitivas
Reducción de la estigmatización y la discriminación
Empoderamiento de la comunidad
Abordar la violencia

Esenciales para lograr un impacto: intervenciones de salud

Prevención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS

Reducción de daños (distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y la naloxona para el tratamiento de sobredosis)
Preservativos y lubricantes
Profilaxis previa a la exposición al VIH
Profilaxis posterior a la exposición al VIH y las ITS
Prevención de la transmisión vertical del VIH, la sífilis y el VHB
Vacunación contra la hepatitis B
Abordar el sexdopaje

Diagnóstico

Pruebas de detección del VIH
Pruebas de detección de ITS
Pruebas de detección de la hepatitis B y C

Tratamiento

Tratamiento de la infección por el VIH
Tamizaje sistemático, diagnóstico, tratamiento y prevención de TB asociada con la infección por el VIH
Tratamiento de las ITS
Tratamiento de la hepatitis B y C

Esenciales para la salud en general: intervenciones de salud

Salud anal
Concepción y atención durante el embarazo
Anticoncepción
Salud mental
Prevención, evaluación y tratamiento del cáncer cervicouterino
Aborto en condiciones seguras
Detección y tratamiento del consumo peligroso y nocivo de alcohol y otras sustancias psicoactivas
Prevención, tamizaje sistemático, diagnóstico y tratamiento de la TB

CAPÍTULO 6

Prestación de servicios



Antecedentes

Partiendo del principio del derecho humano a la salud, los servicios de salud destinados a los grupos de población clave (como para todos los grupos de la población) deben mantenerse:

Disponibles: Es necesario que haya una cantidad suficiente de establecimientos, bienes y servicios de atención de salud que funcionen bien y que, en coordinación, proporcionen un conjunto de intervenciones a todos los grupos de población clave, como se describe en las presentes directrices.

Accesibles: Los centros, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos los grupos de población clave. Esto significa que deben ser físicamente accesibles, asequibles y no discriminatorios.

Aceptables: Los servicios de salud deben respetar la ética médica, ser apropiados desde el punto de vista cultural y del desarrollo, tener en cuenta las cuestiones de género y sin prejuicios. La aceptabilidad exige que los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud estén centrados en la persona y atiendan las necesidades específicas de los grupos de población clave, y lo hagan de conformidad con las normas internacionales de ética médica de confidencialidad y consentimiento informado.

De calidad: Los servicios de salud de calidad se basan en la evidencia, son seguros, eficaces, centrados en la persona, oportunos, equitativos, integrados y eficientes.

La pandemia de la enfermedad por coronavirus (COVID 19) puso de manifiesto las deficiencias de los sistemas de salud, dado que la mayoría de los países no estaban preparados y presentaron interrupciones considerables en la atención de salud, incluidos los servicios dirigidos a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave. Esta situación se debe en parte a la desviación de fondos de los servicios básicos de salud y las barreras del acceso a los servicios de salud como la restricción de la circulación, la reducción de la capacidad de pago y el temor a la infección. Las desigualdades que afrontaron los grupos de población clave aumentaron su vulnerabilidad a la COVID 19, así como a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS. Al mismo tiempo, hay ejemplos positivos de resiliencia de las comunidades de población clave al ayudar a sus pares a tener acceso continuo a los servicios que salvan vidas, como el TAR y la reducción de daños.

Con el objeto de fortalecer los sistemas de salud para responder a las pandemias actuales y futuras, la OMS recomienda invertir en funciones básicas de salud pública; crear una base sólida de atención primaria de salud; aumentar la inversión nacional y mundial en los cimientos de los sistemas de salud; lograr la participación de las comunidades (incluidas las comunidades de población clave) y las sociedades; y abordar las desigualdades preexistentes y el impacto desproporcionado de la COVID 19 en los grupos de población marginada y vulnerable, incluidos los grupos de población clave (1).

La prestación de servicios y las intervenciones habilitadoras recomendadas en estas directrices no solo aumentarán la accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad de los servicios para la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigidos a los grupos de población clave, sino que fortalecerán los sistemas con fines de lograr la cobertura universal de salud y mitigar las repercusiones de las emergencias de salud.

La mayor parte de las intervenciones de salud incluidas en estas directrices son de interés para todos los grupos poblacionales, pero los grupos de población clave afrontan barreras estructurales específicas en su acceso a los servicios de salud como se describe en el [capítulo sobre intervenciones habilitadoras](#). Junto con las intervenciones habilitadoras recomendadas, las estrategias de prestación de servicios descritas en este capítulo, en especial la prestación de servicios dirigida por la comunidad y por grupos de población clave, pueden superar estas barreras, además de contribuir a la atención centrada en la persona y la cobertura universal de salud, garantizando el derecho a la salud de estos grupos.

Los grupos de población clave acceden a las intervenciones de salud por conducto de una diversidad de servicios, que son diferentes en cada país. Los servicios clásicos prestados en los establecimientos, que

pueden no estar dirigidos a los grupos de población clave, ofrecen una diversidad de intervenciones de salud como las de prevención, pruebas y tratamiento de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales, cuyo acceso debe estar al alcance de los grupos de población clave. Sin embargo, la estigmatización, la discriminación y las políticas restrictivas a menudo disuaden a estos grupos de acceder a los servicios.

Otros servicios incluyen servicios prestados en la comunidad, cuya dirección puede estar o no a cargo de grupos de población clave. Los servicios adaptados a las necesidades de la población joven son accesibles a los grupos jóvenes de la población. A menudo, estos servicios también realizan actividades periódicas de extensión y prestan servicios móviles de prevención, pruebas o tratamiento. Algunos de estos servicios basados en la comunidad llevan a cabo intervenciones integradas contra la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales, además de otras intervenciones sociales y de salud como la planificación familiar, servicios adicionales de salud reproductiva y detección sistemática del cáncer y, en ocasiones, servicios jurídicos; a menudo se les conoce como “ventanilla única”. Con frecuencia, la metadona y la buprenorfina son suministradas por servicios especializados, que pueden estar o no integrados de igual manera en los servicios para la infección por el VIH, las hepatitis virales, la TB o las ITS.

En este capítulo se describe una serie de estrategias de prestación de servicios: integración; descentralización; servicios en línea; autocuidado; participación de pares y reparto de tareas.

Servicios dirigidos por la comunidad, reparto de tareas y participación de pares de los grupos de población clave

Los grupos de población clave cumplen una función central en la conducción de programas y servicios: llegar a los grupos; prestar servicios de prevención, pruebas y tratamiento; así como facilitar orientación a sus pares para utilizar y permanecer en los servicios de tratamiento. En la investigación cualitativa realizada por cuatro redes de grupos de población clave (para un informe detallado, véase el [anexo B en línea](#) [en inglés]) se encontró que los servicios dirigidos por la comunidad gozaban de un respaldo unánime de los participantes y eran sus preferidos. Los grupos de población clave afirmaron que los servicios dirigidos por la comunidad son fundamentales para promover la salud y los derechos humanos de los grupos marginados, en especial como un contrapeso a la estigmatización vivida por algunas personas en los entornos clásicos de atención de salud. En consecuencia, los participantes de todas las redes de población fueron partidarios de la ampliación de las intervenciones dirigidas por la comunidad y estaban en favor de los recursos destinados a apoyar los servicios dirigidos por la comunidad.

El ONUSIDA define las organizaciones dirigidas por la comunidad como grupos y redes liderados por y para quienes se benefician con sus servicios. Son entidades autónomas que gozan de autodeterminación, en las cuales la mayor parte de la gobernanza, el liderazgo, el personal, los portavoces, los miembros y los voluntarios corresponden y representan las experiencias, las perspectivas y las voces de la población que cubren, y tienen mecanismos transparentes de rendición de cuentas a su circunscripción (246).

El ONUSIDA define las respuestas dirigidas por la comunidad como las medidas y estrategias emprendidas por estos grupos, encaminadas a mejorar la salud y los derechos humanos de su circunscripción. Estas respuestas son documentadas y ejecutadas por y para las mismas comunidades y las organizaciones, grupos y redes que las representan. Estas respuestas están determinadas por las necesidades y aspiraciones de sus constituyentes y responden a ellas y comportan una serie de actividades como la promoción de la causa, las campañas y la exigencia de rendición de cuentas por parte de los encargados de adoptar decisiones; la supervisión de las políticas, prácticas y prestación de servicios; la investigación participativa; la educación e intercambio de la información; el fortalecimiento de la capacidad; y el financiamiento de organizaciones, grupos y redes dirigidos por la comunidad. Es importante diferenciar las organizaciones y respuestas dirigidas por la comunidad de las que se basan en la comunidad. “Basado en la comunidad” se refiere al lugar donde ocurre la respuesta, sin tener en cuenta quién la esté ejecutando, mientras que “dirigido por la comunidad” se refiere a quién lidera y ejecuta la respuesta (246).

Los servicios dirigidos por la comunidad con participación de prestadores del sector tienen un impacto positivo sobre la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales y mejoran el acceso, la disponibilidad y la aceptabilidad de los servicios (247-252). Los pares desempeñan un papel importante en llegar a otros grupos de población clave con actividades de extensión (253), al brindar información, suministrar productos básicos (como preservativos, lubricantes, agujas y jeringas, PrEP, PEP y naloxona) y prestar servicios que incluyen las pruebas y el tratamiento.

Además de los pares de grupos de población clave, otros prestadores de atención salud no especializados y no profesionales pueden llevar a cabo intervenciones de salud como el personal de enfermería y agentes de extensión, lo cual disminuye la carga de trabajo del personal médico y mejora el acceso y la equidad.

En estas directrices se incluye una nueva recomendación GRADE específica para pares de grupos de población clave.

Orientación a cargo de pares facilitadores

★ NUEVA RECOMENDACIÓN

Se recomienda que haya pares facilitadores que ayuden a las personas de los grupos de población clave a comenzar y permanecer en la atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales o las ITS
(recomendación condicional, evidencia de certeza moderada).

Observaciones:

- La función de los pares facilitadores es ayudar a los miembros de grupos de población clave a que accedan a los servicios de salud, se desplacen por estos servicios y permanezcan en la atención.
- Para cumplir con su función, los pares facilitadores requieren una remuneración, reconocimiento y capacitación adecuados, así como otros tipos de apoyo.
- Los pares facilitadores a menudo son sumamente apreciados por sus pares.

En el [capítulo 9](#) se puede obtener información más detallada sobre la evidencia, la toma de decisiones, las consideraciones relacionadas con la ejecución y las brechas de investigación relacionadas con esta nueva recomendación.

Las directrices de la OMS pertinentes incluyen las relacionadas con el reparto de tareas y la orientación a cargo de pares facilitadores para:

- Tratamiento de la infección por el VIH. Véase orientación detallada sobre la PrEP en [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).
- Pruebas de detección del VIH. Véanse las [Directrices unificadas sobre servicios de pruebas de detección del VIH](#).
- Pruebas de detección de las hepatitis. Véanse las Directrices para realizar las pruebas de detección de la Hepatitis B y C (sinopsis de política en español, publicación completa en inglés en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254621>).
- Para consultar las recomendaciones generales relacionadas con el reparto de tareas, consúltese [Task shifting: global recommendations and guidelines](#).
- Para obtener orientación sobre el reparto de tareas en los servicios de planificación familiar, consúltese el [resumen breve de la OMS sobre el reparto de tareas para mejorar el acceso a la planificación familiar y la anticoncepción](#) [en inglés].
- [Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection: policy brief](#).



Integración

La integración es la gestión y prestación de servicios de salud de manera que las personas reciban un proceso continuo de servicios de prevención, pruebas y tratamiento en función de sus necesidades, con el transcurso del tiempo y en los diferentes niveles del sistema de salud. Esta estrategia tiene un interés concreto para personas como algunos miembros de grupos de población clave, que tienen necesidades de salud complejas y que se ven afectadas por problemas de salud. Los sistemas de salud organizados en torno a las necesidades de las personas y las comunidades funcionan de manera más eficaz, cuestan menos, mejoran los conocimientos básicos en materia de salud, aumentan la participación de los pacientes y están mejor preparados para responder a las crisis de salud (254). La integración de los servicios de salud incluye la creación de sistemas y redes de derivación y el empoderamiento de pacientes y comunidades para que participen en su propia atención, además de la realización de múltiples intervenciones en un solo centro.

En el cuadro 1 se presenta una forma de clasificar la integración de los servicios de salud y cómo se puede aplicar cada tipo a las recomendaciones y la ejecución de conjuntos de intervenciones priorizadas como se describe en estas directrices (255).

Cuadro 1. Tipos de integración de los servicios de salud

Tipos de integración de los servicios de salud	Definición	Aplicación a estas directrices
Institucional	Organizaciones y departamentos en las instituciones planifican y determinan juntos el presupuesto	Los programas nacionales relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales y otros programas de salud conexos examinan estas directrices y las utilizan con el fin de fundamentar la elaboración de estrategias, planes, presupuestos, directrices y protocolos integrados dirigidos a los grupos de población clave.
Por servicios	Diferentes servicios clínicos integrados a escala institucional, mediante derivación coordinada o vinculación	Los gestores de servicios clínicos en diferentes niveles y para diferentes servicios clínicos examinan estas directrices y trabajan juntos con el fin de garantizar el acceso de los miembros de grupos de población clave al conjunto integral de intervenciones de salud en todos los servicios de salud, mediante la derivación o vinculación.
En un centro	Realización de intervenciones múltiples en un solo centro	Los gestores a escala del centro de atención primaria de salud, los consultorios basados en la comunidad u otros consultorios que atienden a los grupos de población clave, reciben apoyo para llevar a cabo intervenciones múltiples, apropiadas y basadas en la evidencia, como se describe en el conjunto de intervenciones recomendado por la OMS.

La OMS recomienda la integración de los servicios relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y también la integración de estos con una serie de otros servicios clínicos pertinentes como los de TB, salud maternoinfantil, salud mental, los servicios de salud sexual y reproductiva y el tratamiento de la dependencia de las drogas.

Las siguientes directrices de la OMS relacionadas con la integración presentan un interés especial para los grupos de población clave. Sin embargo, esta no es una lista exhaustiva de las estrategias de integración y los programas deben procurar integrar los servicios en función de las necesidades de sus usuarios.

- Para obtener orientación sobre la integración de servicios relacionados con la infección por el VIH y la TB, la salud sexual reproductiva y la infección por el VIH, el TAR y el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides, consúltese [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).

- Para obtener orientación sobre la integración de los servicios de hepatitis C, consúltense [Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection y HCV infection and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics](#).
- [Integration of HIV testing and linkage in family planning and contraception services](#).

Descentralización

La descentralización es la transferencia de la responsabilidad y el poder oficial de adoptar decisiones con respecto a la gestión, prestación o financiamiento de los servicios de salud a organismos diferentes desde el punto de vista geográfico o institucional. De hecho, esta estrategia traslada de manera física y administrativa los servicios fuera de los centros de atención terciaria de salud y significa que las intervenciones de salud se pueden realizar y gestionar en diferentes centros de nivel inferior, incluidos los servicios basados en la comunidad. Los grupos de población clave pueden sentirse menos cómodos y pueden afrontar estigmatización y discriminación en los hospitales terciarios, por lo que la prestación de servicios de salud fuera de los entornos hospitalarios, en servicios basados en la comunidad y dirigidos a grupos de población clave puede aumentar la aceptabilidad y la accesibilidad. La descentralización de los servicios de salud también puede reducir barreras como los costos de transporte y los tiempos de espera prolongados en los hospitales centrales. Sin embargo, no siempre la descentralización de los servicios dirigidos a los grupos de población clave es apropiada o aceptable y las personas pueden preferir recibir servicios en establecimientos de atención terciaria donde el anonimato es mayor.

- Para obtener orientación sobre las pruebas descentralizadas de detección del VIH, consúltense [Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH](#).
- Para obtener orientación sobre el tratamiento descentralizado de la infección por el VIH consúltense [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).
- Para obtener orientación sobre los servicios descentralizados de pruebas y tratamiento de hepatitis C, consúltense [Updated recommendations on treatment of adolescents and children with chronic HCV infection y HCV infection and HCV simplified service delivery and HCV diagnostics](#).

Modelo diferenciado de prestación de servicios

El modelo diferenciado de prestación de servicios puede definirse como un enfoque centrado en el usuario que simplifica y adapta los servicios, de manera que satisfagan mejor las necesidades de las personas afectadas y al mismo tiempo se disminuyan las cargas innecesarias del sistema de salud (256). El modelo diferenciado de prestación de servicios dirigidos a grupos de población clave tiene en cuenta dónde, cuándo y quién proporciona las intervenciones pertinentes, con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud y aumentar la equidad y la eficiencia en los sistemas de salud. Por ejemplo, para lograr estos objetivos, los planificadores de servicios pueden decidir disminuir la frecuencia con la cual las personas deben recuperar las dosis de metadona del tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y respaldar la distribución basada en la comunidad.

La OMS ha formulado varias recomendaciones relacionadas con la prestación diferenciada de servicios para el TAR, incluido el inicio rápido del TAR, la disminución de la frecuencia de las visitas clínicas y el apoyo a la recogida y adhesión al TAR, así como recomendaciones sobre servicios diferenciados de pruebas de detección del VIH.

- Para obtener información más detallada, consúltense [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).

Intervenciones virtuales

Cada vez más, los servicios diseñados para grupos de población clave utilizan las plataformas virtuales con el fin de realizar actividades de extensión que lleguen a las personas en riesgo; brindar información sobre los servicios disponibles; brindar información sobre las pruebas de autoadministradas y las pruebas convencionales; reservar citas para las pruebas; y vincular a las personas en quienes se diagnostica infección por el VIH, hepatitis virales o ITS con los prestadores de servicios de tratamiento (257-259). Este enfoque de prestación de servicios puede tener una pertinencia e importancia particular para complementar y fortalecer la infraestructura de salud existente y la prestación de servicios a la comunidad de grupos jóvenes de población clave, siempre con la condición de que se puedan superar las preocupaciones eventuales sobre la información confidencial y la privacidad de los datos (257).

Hay distintos tipos de intervenciones que se ejecutan en línea. Entre las categorías comunes se encuentran las siguientes.

1. Actividades de extensión en línea dirigidas posibles usuarios de servicios dirigidos a grupos de población clave mediante plataformas en línea. Este tipo de intervención busca llegar a personas que no se han contactado antes, mediante el uso de sistemas y estructuras como sitios web y aplicaciones de redes sociales, donde los grupos de población clave pueden comunicarse, acceder a la información y socializar.
2. Gestión clínica de casos en línea dirigida a grupos de población clave con diagnóstico de infección por el VIH, el VHC o ITS que necesitan solicitar servicios para evaluar el riesgo y seguir el tratamiento necesario. Proporcionar gestión clínica de casos mediante sistemas en línea podría disminuir las pérdidas durante seguimiento, aportar avisos útiles (como recordatorios para reservar una cita o tomar un medicamento) y apoyo a los grupos de población clave.
3. Información de salud focalizada que utiliza sitios de internet y aplicaciones de redes sociales con el fin de facilitar una comunicación dirigida, en función de los datos demográficos y las características de los usuarios. Por ejemplo, los anuncios en las redes sociales pueden dirigirse a usuarios de determinadas edades, perfiles políticos, ubicaciones geográficas, etc. La segmentación de la población puede permitir una focalización más específica del público destinatario en los grupos de población clave, con el objeto de brindar información personalizada o vinculación con los servicios de salud.

Las posibles ventajas de los servicios en línea incluyen alcanzar un público más amplio, llegar a personas que están geográficamente aisladas, dirigir la información a personas específicas, mejor eficiencia y conveniencia para los usuarios.

Los servicios en línea deben ser complementarios de los servicios presenciales y no sustituirlos. Es posible que los servicios en línea no lleguen a todos los grupos de población clave y algunos de sus miembros pueden preferir los servicios que se prestan de manera presencial o tener preocupaciones relacionadas con la privacidad al acceder en línea. Algunos miembros de grupos de población clave, a menudo los más vulnerables, afrontan barreras adicionales como el costo asociado con los datos de la red, el analfabetismo, las barreras lingüísticas y el acceso limitado a teléfonos, tabletas o computadoras.

Las plataformas en línea proporcionan un espacio seguro para que los grupos de población clave accedan a la información y los servicios; sin embargo, también es necesario poner en marcha iniciativas que protejan la seguridad de los usuarios y eliminen el maltrato en línea, y deben supervisarse de cerca. La colaboración y la participación de los grupos de población clave, en toda su diversidad y edades, en la creación de aplicaciones o herramientas y servicios en línea aumentará la probabilidad de que las aplicaciones sean apropiadas desde el punto de vista cultural y de utilización sencilla y garantizará que la información sea adaptada y apropiada para su edad (257, 260). Por último, es importante velar por que las plataformas sean confiables, con una plantilla de operadores capacitados, asesores y miembros de los propios grupos de población clave, de manera que se brinde información de salud y bienestar apropiada para el nivel desarrollo, a los grupos jóvenes de población clave, además de la oportunidad de derivación a los servicios pertinentes (257).

Intervenciones en línea



NUEVA RECOMENDACIÓN

La prestación en línea de servicios relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS a grupos de población clave puede ofrecerse como una opción adicional, al tiempo que se garantiza la protección de la seguridad y la confidencialidad de los datos (*recomendación condicional, evidencia de certeza baja*).

Observaciones:

- Es importante que haya alternativas y los servicios en línea deben formar parte de una gama de intervenciones en lugar de ser intervenciones independientes y no deben reemplazar los servicios presenciales.
- Se debe hacer lo posible por aumentar el acceso equitativo a internet, mejorar la alfabetización e impartir la capacitación adecuada a los miembros de grupos de población clave cuando sea necesario.
- Se deben tener en cuenta las preferencias de los diferentes grupos de población clave, dada la falta actual de evidencia publicada sobre los trabajadores sexuales y las personas que consumen drogas inyectables.

En el [capítulo 9](#) se puede obtener información más detallada sobre la evidencia, la toma de decisiones, las consideraciones relacionadas con la ejecución y las brechas de investigación relacionadas con esta nueva recomendación.

Autocuidado

La OMS utiliza la siguiente definición práctica del autocuidado: capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un profesional de la salud (182). El ámbito de aplicación del autocuidado descrito en esta definición incluye la promoción de la salud; la prevención y el control de enfermedades; la automedicación; las pruebas autoadministradas; el cuidado de las personas dependientes; la búsqueda de atención hospitalaria, especializada o atención primaria cuando sea necesario; y la rehabilitación, incluidos los cuidados paliativos. Incluye una variedad de modos y estrategias de autocuidado. Esta es una definición amplia que incluye muchas actividades, pero es importante que la política de salud reconozca la importancia del autocuidado, sobre todo cuando se interrelaciona con los sistemas de salud y los profesionales de la salud.

En el caso de los grupos de población clave, que pueden percibir una falta de control sobre su salud ante las barreras estructurales persistentes, la participación en el autocuidado puede ser empoderadora, además de aumentar la accesibilidad y la disponibilidad de las intervenciones de salud.

Entre las estrategias pertinentes y recomendadas que pueden autoadministrarse o autogestionarse están:

- la anticoncepción de urgencia;
- el aborto y la anticoncepción postaborto;
- la autoobtención de las muestras para pruebas de VPH, clamidia y gonorrea;
- el autocuidado después de una agresión y violencia sexual;
- las pruebas de embarazo; y
- las pruebas autoadministradas para detectar el VIH y el VHC.

Para obtener información más detallada sobre el autocuidado, consúltense las [Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar](#) (resumen ejecutivo en español, publicación completa en inglés en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/357828>).

Para obtener información más detallada sobre las pruebas autoadministradas para el VIH, consúltense [Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach](#).

Para obtener información más detallada sobre las pruebas autoadministradas para el VHC, consúltense [Recommendations and guidance on hepatitis C virus self-testing](#).

CAPÍTULO 7

Consideraciones sobre programas
y servicios dirigidos a los grupos jóvenes
de población clave



“Las barreras que impiden nuestro acceso a servicios de salud de gran calidad también nos afectan de manera excepcional. Conocemos las soluciones a estos obstáculos, pero necesitamos espacios para participar en su mitigación.”

Fahe Kerubo, Y+ Global

En este capítulo se resume y actualiza la información de cuatro notas de información técnica de la OMS sobre la infección por el VIH en grupos jóvenes de población clave publicadas en el 2015 (261-264).²⁶ La OMS no publicó un informe técnico sobre la infección por el VIH en la población joven recluida en detención juvenil y prisión, pero muchos de los aspectos relacionados con la población joven que vende relaciones sexuales, los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas jóvenes trans y las personas jóvenes de género diverso, y la población joven que consume drogas inyectables también se aplicarán a estos grupos. La finalidad del presente capítulo es catalizar y documentar los debates sobre la mejor manera de prestar servicios, programas y apoyo de salud a los grupos jóvenes de población clave. Si bien la atención se centra en la salud de estos grupos, las consideraciones serán pertinentes para otros programas: bienestar, justicia, protección, educación y protección social (261-264).

Antecedentes

Cada vez se presta mayor atención en todo el mundo a la importancia de abordar las necesidades específicas de salud de la población joven (de 10 a 24 años). La adolescencia y la juventud son períodos que conllevan modificaciones fisiológicas considerables, y un momento en el cual la población joven define su identidad y preferencias sexuales, y explora nuevas experiencias de vida (265). Los factores estructurales y las vulnerabilidades de la juventud (desequilibrios de poder en las relaciones; evolución de la identidad y la capacidad; acceso restringido a la salud sexual y reproductiva; intervenciones de prevención eficaces; y, en ocasiones, alienación del sistema escolar, la familia y los amigos) reducen el acceso de la población joven a los servicios de prevención, reducción de daños y salud reproductiva, y la pone en mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, ITS y hepatitis virales (261-264, 266-268).

Los datos epidemiológicos sobre el estado mundial de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales en la población joven siguen siendo limitados y presentan lagunas considerables sobre los grupos jóvenes de población clave (265, 269, 270). Los datos disponibles muestran que los grupos jóvenes de población clave son vulnerables y están afectados por la infección por el VIH (270) y las ITS de manera desproporcionada en comparación con sus pares y los grupos de población clave de mayor edad (183, 271-276). Con respecto a la infección por el VHC, los datos muestran que las tasas son altas y están aumentando en la población joven que consume drogas inyectables y los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres (277-280). La transmisión del VHB ocurre sobre todo durante la primera infancia, de madre a hijo, y muchos países tienen una cobertura alta del programa de vacunación contra el VHB. Pese a esta situación, la población joven nacida antes del inicio del programa de vacunación infantil, o sin vacunar, seguirá siendo vulnerable a la infección por el VHB (19, 281). La población joven sigue teniendo un riesgo mayor de contraer ITS y pueden ser biológicamente más vulnerable a las ITS, sobre todo las mujeres más jóvenes (183, 282).

La respuesta mundial a la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales no ha llegado a un número adecuado de grupos jóvenes de población clave (269). El menor acceso de estos grupos a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento se debe a una serie de factores (282-290), a saber:

- ideas equivocadas sobre los riesgos;
- falta de conocimientos e información precisa apropiada para la edad;
- falta de educación sexual integral;
- escaso conocimiento de los servicios de salud disponibles y adaptados; y
- barreras al acceso y la utilización de los servicios (incluidas barreras jurídicas y políticas en torno a los requisitos de consentimiento).

Además, determinantes sociales como la riqueza, el origen étnico, la desigualdad de género y el acceso a la educación tienen un gran impacto en el comportamiento y los resultados en materia de salud de este grupo de población (269, 291).

²⁶ Personas jóvenes trans y de género diverso, hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, personas jóvenes que venden relaciones sexuales y personas jóvenes que consumen drogas inyectables.

Con frecuencia los servicios y prestadores de atención están mal dotados para proporcionar servicios a los grupos jóvenes de población clave, y a menudo el personal carece de capacitación, competencias y conocimientos para brindar a estos grupos servicios aceptables y apropiados (292-294). Además, las inversiones insuficientes y la disponibilidad o el uso de datos desglosados por edad y sexo en la investigación primaria, el seguimiento y la evaluación son un obstáculo para la programación dirigida a los grupos jóvenes de población clave (295-298).

Los Estados tienen la obligación jurídica de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho de la población infantil a la vida, la salud y el desarrollo. Las sociedades comparten el deber ético de garantizar este derecho a toda la población joven. Es primordial abordar las barreras estructurales subyacentes de los grupos jóvenes de población clave.

Una de las barreras estructurales adicionales que afrontan específicamente los grupos jóvenes de población clave, diferente de las barreras de sus homólogos adultos, es el requisito del consentimiento de los progenitores, cuidadores o tutores (261-264) para acceder a los servicios, incluidos los servicios de reducción de daños. En el caso de la población joven que no desea revelar un problema a sus cuidadores, este puede ser un factor que inhibe de manera directa el acceso a la atención, lo cual da lugar a oportunidades desaprovechadas de prevención y tratamiento. Se alienta a los países a que examinen sus políticas sobre la edad de consentimiento y consideren la posibilidad de revisarlas para disminuir las barreras relacionadas con la edad en el acceso y la utilización de servicios e intervenciones que son primordiales para la salud y el bienestar de este grupo poblacional.

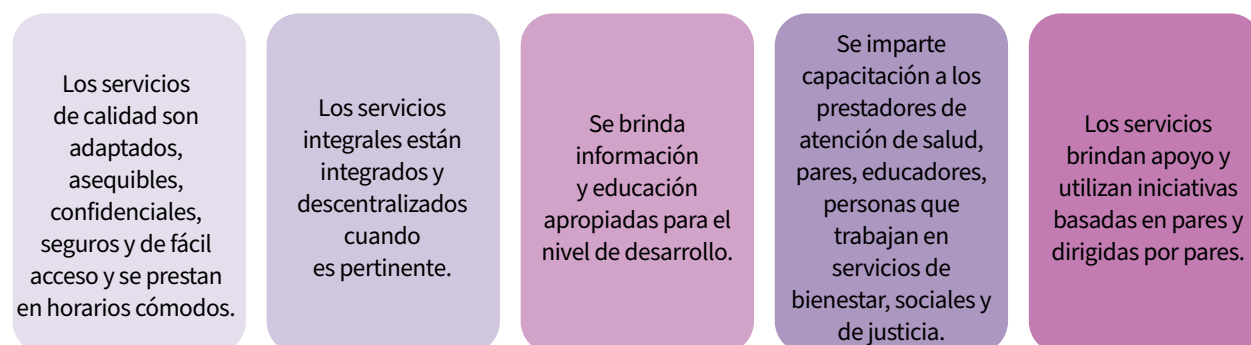
Cambios en los entornos jurídicos y de políticas

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño obliga al Estado a proteger los derechos de todos los menores de 18 años. El tratado incluye la protección contra la explotación y el abuso sexuales; se hace hincapié en cuatro principios rectores: la no discriminación; el interés superior del niño; el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo; y el respeto de las opiniones de las personas jóvenes (299). El compromiso con la Convención sobre los Derechos del Niño incluye la reducción del riesgo de enfermedades infecciosas y el fortalecimiento de los sistemas de protección con el fin de disminuir las vulnerabilidades de la población joven. Se vulneran los derechos de la población infantil cuando se excluye a los menores de 18 años de la prevención eficaz de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales y de los servicios de prevención, pruebas, tratamiento, atención y apoyo que salvan vidas (261-264).

Elementos de una programación eficaz dirigida a los grupos jóvenes de población clave

Las intervenciones y las estrategias de prestación de servicios que recomienda la OMS para todos los grupos de población clave también se aplican a los grupos jóvenes de población clave (véanse los capítulos 4 a 7).

Figura 4. Resumen de las características principales de los servicios eficaces dirigidos a los grupos jóvenes de población clave



Fundamentados en las publicaciones de la OMS y los asociados de las Naciones Unidas, los elementos de una programación exitosa dirigida a los grupos jóvenes de población clave actualizan los informes de políticas de la OMS del 2015 (261-264). Es indispensable que el diseño y la prestación de servicios tengan en cuenta las

diferentes necesidades y derechos de las personas jóvenes según su edad, identidad de género, orientación sexual, comportamientos específicos, las complejidades de su entorno social y jurídico y la situación epidémica, respetando al mismo tiempo la Convención sobre los Derechos del Niño.

Participación efectiva de las personas jóvenes

La declaración de consenso mundial de la OMS sobre la participación efectiva de adolescentes y jóvenes establece que la participación efectiva de adolescentes y jóvenes requiere una alianza con las personas adultas que sea mutuamente respetuosa. De este modo, el poder se comparte; se valoran las contribuciones respectivas; y se integran las ideas, perspectivas, aptitudes y fortalezas de las personas jóvenes en el diseño y la ejecución de programas, estrategias, políticas, mecanismos de financiamiento y organizaciones que afectan a sus vidas y sus comunidades, los países y el mundo (300). La participación efectiva y ética de los grupos jóvenes de población clave en la planificación, el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los servicios exige que se reconozcan y aprovechen las fortalezas, competencias y capacidades en evolución de los grupos jóvenes de población clave, en especial su capacidad para expresar sus puntos de vista y manifestar con claridad los servicios que necesitan (301).

- Véase: [Global consensus statement: meaningful adolescent and youth engagement](#). Ginebra: OMS; 2020.

Trabajar con asociados de confianza y la infraestructura existente en el diseño y la prestación de servicios

Es importante asociarse con organizaciones juveniles y de población clave dirigidas por la comunidad, aprovechar su experiencia y credibilidad y utilizar enfoques apropiados, eficaces y eficientes para diseñar y prestar servicios dirigidos a las personas jóvenes.

- Véase: [ONUSIDA. Young people's participation in community-based responses to HIV from passive beneficiaries to active agents of change](#). Ginebra: OMS; 2019.

Prestar servicios de calidad, integrales y adaptados a la población adolescente

Es primordial garantizar que los servicios de salud (incluida la vacunación), bienestar, justicia, protección, educación y protección social estén integrados, vinculados, sean de carácter multidisciplinario y cuenten con un sistema sólido de derivación a lo largo del proceso continuo de atención. La provisión de una amplia gama de servicios con opciones de prestación en línea (véase el capítulo sobre la prestación de servicios) puede contribuir a responder a las vulnerabilidades superpuestas y los comportamientos concomitantes de los diferentes grupos jóvenes de población clave. Los principios de la OMS sobre los servicios de salud adaptados a las necesidades de la población adolescente orientan los servicios de salud adaptados a esta población (302). La OMS y el ONUSIDA también han publicado normas mundiales que definen la calidad en la prestación de servicios de salud dirigidos a la población adolescente (303).

- [Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice](#). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). [Improving HIV service delivery for infants, children and adolescents: a framework for country programming](#). Ginebra: OMS; 2020.
- ONUSIDA, OPS. [Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes. Guía de aplicación de un enfoque fundamentado en las normas para mejorar la calidad de los servicios de salud prestados a los adolescentes](#). Washington, D.C.: OPS; 2016.
- [Intervenciones de salud digital centradas en los jóvenes. Un marco para planificar, desarrollar e implementar soluciones con y para la población joven](#). Ginebra: OMS; 2021.

Mejorar el acceso y la retención en los servicios

Es esencial garantizar que los grupos jóvenes de población clave tengan acceso a los servicios de salud y la información necesarios, sin tener en cuenta su estado civil ni el consentimiento del cuidador. Es posible administrar un tratamiento médico sin el consentimiento del cuidador y debe considerarse cuando sea por el interés superior de la persona. Hacer que los servicios sean accesibles implica garantizar que las ubicaciones sean de acceso fácil, asequibles, confidenciales y seguras para que los grupos jóvenes de población clave accedan a ellos, y que los servicios se presten en horarios convenientes para las personas jóvenes. Los prestadores de atención tienen potestad para prestar servicios a las personas jóvenes y no deben ser enjuiciados por hacerlo. Se debe permitir a la población adolescente, sea cual fuere su edad, el

acceso a orientación y asesoramiento sin el consentimiento de un progenitor o tutor (303). Se debe informar a las personas jóvenes sobre sus derechos a la confidencialidad y las personas con responsabilidades de notificación obligatoria deben dejar claro todo límite a la confidencialidad (304).

Brindar información y educación apropiadas para el nivel de desarrollo

Es indispensable que los servicios dirigidos a los grupos jóvenes de población clave brinden información y educación apropiadas para el nivel de desarrollo, que sean precisas e inclusivas. La prevención de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales, además de la educación sexual integral dirigidas a los grupos jóvenes de población clave y sus parejas (incluida la población adolescente y joven que no asiste a la escuela), debe centrarse en la reducción de riesgos basada en la adquisición de competencias. La información se puede divulgar mediante diversas plataformas en medios en línea, por tecnología de telefonía móvil y enfoques participativos (261-264, 305-307).

Fortalecer la capacidad en el sector de la salud y otras esferas

Es fundamental que los profesionales, en particular en el sector de la salud, el bienestar social, la justicia y la educación, tengan la capacidad de trabajar con los grupos jóvenes de población clave y aplicar estrategias basadas en los derechos y prácticas basadas en la evidencia. El fortalecimiento de la capacidad implica ampliar los conocimientos sobre las necesidades y los derechos en materia de salud de los diferentes grupos jóvenes de población clave y sobre la superposición de vulnerabilidades pertinentes (a saber, las drogas inyectables, la explotación sexual o la venta de relaciones sexuales) (308, 309). Es necesario impartir capacitación sobre una prestación de servicios respetuosa y sin prejuicios que tenga en cuenta la diversidad sexual y de género, las relaciones de género y poder, la atención para la reafirmación de género y un mayor desarrollo de las habilidades de comunicación y negociación, en lo que se refiere a los grupos de población clave (310).

- [Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings](#). Ginebra: OMS; 2021.
- [Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria](#). Ginebra: OMS; 2015.
- [How to plan and conduct telehealth consultations with children and adolescents and their families](#). Ginebra: OMS; 2021.
- [Guidelines to strengthen social service workforce for child protection](#). UNICEF; 2019.

Aplicar modelos impulsados por pares

Los modelos y el apoyo promovidos por adolescentes y jóvenes pares son estrategias clave de ejecución para avanzar hacia la norma mundial de participación de la población adolescente (311, 312). Las personas jóvenes valoran mucho los programas de apoyo entre pares. Los pares facilitadores son primordiales para crear el enlace entre la información en línea y la acción fuera de línea, como el acceso a los servicios de pruebas y tratamiento (313). La capacitación, el apoyo y la tutoría apropiadas son básicos para ayudar a los grupos jóvenes de población clave a defender la causa del apoyo al acceso a los servicios, en sus comunidades (204, 261, 263, 264). El informe técnico de la OMS sobre los servicios de salud adaptados a las necesidades de los adolescentes con infección por el VIH (302) contiene consideraciones relacionadas con la ejecución para adaptar y ampliar los modelos basados en pares y adaptados a la población adolescente.

- [Adolescent-friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice](#). Ginebra: OMS; 2019.

Fortalecer la protección y el bienestar de las familias

Es fundamental ayudar a progenitores y familias a cumplir con sus responsabilidades de proteger, cuidar y apoyar a los grupos jóvenes de población clave de manera eficaz. En el caso de adolescentes entre 10 y 17 años, es importante tratar de reintegrarlos con sus familias cuando sea apropiado, si es en su interés superior individual o proporcionar otras disposiciones de vivienda y opciones de cuidado apropiados en consonancia con las directrices de las Naciones Unidas del 2010 sobre modalidades alternativas de cuidado (314).

Actualizar las políticas nacionales

Con el objeto de lograr una aplicación armonizada en todos los programas, las políticas nacionales tienen que describir claramente los servicios basados en la evidencia dirigidos a los grupos jóvenes de población clave; es decir, en los planes estratégicos nacionales (véase el [capítulo 9](#)).

- OMS, ONUSIDA, ONU-Mujeres, UNFPA, Grupo Banco Mundial, UNICEF. [Accelerated Action for the Health of Adolescents \(AA-HA!\) A manual to facilitate the process of developing national adolescent health strategies and plans](#). OMS; 2019.
- [Online toolkit for adolescents and young key populations](#). UNICEF; 2021.
- Este conjunto de herramientas es una colección de recursos en línea destinado a ayudar a planificar y ampliar los programas de prevención de la infección por el VIH con adolescentes y grupos jóvenes de población clave (ayKP, por su sigla en inglés), destinado a personas de 10 a 24 años.

Seguimiento y evaluación

La programación dirigida a las personas jóvenes debe tener en cuenta el tamaño y las características demográficas y epidemiológicas de la población; el desglose de los datos debe hacerse por sexo o género y grupo de edad (298). Se deben acopiar y cotejar las mediciones de base, integrar los sistemas de seguimiento y evaluación en programas destinados a fortalecer la calidad y la eficacia y crear una cultura del aprendizaje y prácticas basadas en la evidencia, con fines de documentar mejor las políticas y programas futuros (véase el [capítulo 9](#)).

- [Strengthening the adolescent component of national HIV programmes through country assessments](#). UNICEF; 2016.
- [Collecting and reporting of sex- and age-disaggregated data on adolescents at the sub-national level](#). UNICEF; 2016.

Abordar las necesidades y los derechos adicionales de los grupos jóvenes de población clave

Lograr que se satisfagan las necesidades de los grupos jóvenes de población clave mejorará los resultados en materia de salud y el bienestar general de estos grupos. Al diseñar y ejecutar programas y servicios deben tenerse en cuenta las siguientes necesidades específicas (261-264).

- Es necesario brindar protección contra todas las formas de violencia y explotación física, emocional y sexual, ya sea por parte de fuerzas de orden público u otros autores (315-320).
- Se necesita acceso a la información sobre el daño que pueden causar el matrimonio precoz y el embarazo precoz.
- Las personas jóvenes que quedan embarazadas necesitan tener acceso a servicios de salud que tengan en cuenta sus derechos y necesidades. Esto incluye proporcionar acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la anticoncepción y la información y acceso a servicios de aborto en condiciones seguras que sean adaptados a las personas jóvenes, atención obstétrica adecuada e integral y asesoramiento (321-323).
- Se requieren servicios de apoyo psicosocial; en concreto, terapia, asesoramiento, grupos de apoyo entre pares y redes para abordar el impacto de la autoestigmatización, la discriminación, la exclusión social, la declaración voluntaria y pública de su orientación sexual y la atención para la reafirmación de género, y para abordar los problemas de salud mental (312, 324).
- El apoyo es fundamental para permanecer en la educación o la formación profesional o acceder a ellas, y es necesario ofrecer oportunidades para regresar a la escuela y el acceso a estrategias preventivas del acoso, la estigmatización y la discriminación (307, 315, 317, 325, 326).
- La vida independiente y los albergues de vivienda colectiva son necesidades para el alojamiento inmediato o a largo plazo (327, 328).
- Es sumamente importante la seguridad alimentaria, incluidas las evaluaciones nutricionales (329, 330).
- Es necesario fomentar los medios de subsistencia, el fortalecimiento económico y el apoyo para acceder a los servicios sociales y las prestaciones estatales (331).
- El acceso a la información y servicios jurídicos gratuitos o asequibles es fundamental, incluida la información sobre sus derechos, los mecanismos de denuncia y el acceso a la reparación jurídica.
- Es esencial brindar asesoramiento a las familias cuando se solicita para facilitar el acceso a los servicios, sobre todo cuando se requiere el consentimiento de progenitores o tutores.

CAPÍTULO 8

Elaboración de la respuesta:
el proceso de toma de decisiones,
planificación y seguimiento



Introducción

Actuar en torno a la orientación que se brinda en estas directrices requiere una estrategia adecuada para el contexto local. La planificación, la toma de decisiones y el seguimiento forman parte de un proceso continuo. Una vez que se elabora y se ejecuta un plan, es indispensable darle seguimiento y evaluarlo. Los resultados fundamentan la revisión de la estrategia y su ejecución.

Análisis de la situación

La respuesta se orienta con datos y una base de evidencia sólida, pero la falta de esta información no es una razón para detener o no iniciar una respuesta que mejore la salud de los grupos de población clave y trabajar hacia la eliminación de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS como amenazas para la salud pública.

En concreto, cuando se establecen por primera vez los programas y servicios, es importante emprender un análisis de la situación. Para que una respuesta local sea apropiada, aceptable y lo más eficaz posible, es indispensable examinar los riesgos y las necesidades localmente y consultar con los miembros locales de los grupos de población clave, los cuales deben participar de manera activa en este análisis situacional. En condiciones ideales, las personas de los grupos clave locales deben proceder de las redes, donde existan, o ser personas reconocidas como líderes comunitarios que puedan representar las opiniones de la comunidad.

Es fundamental comprender la dinámica de las epidemias locales; las características de los grupos de población clave afectados; los entornos físicos, sociales y políticos que influyen en el riesgo y la vulnerabilidad; las necesidades específicas de las personas de los grupos de población clave y cualquier factor que pueda facilitar o dificultar las iniciativas que respondan a estas necesidades; y los sistemas de salud y la infraestructura comunitaria. Al contar con esta información, se puede elaborar y ejecutar un plan basado en la evidencia.

Como ya se ha descrito, las personas de los grupos de población clave afrontan un riesgo alto y una gran carga de enfermedad por infección por el VIH, hepatitis virales e ITS, y tienen necesidades específicas y, a veces, complejas relacionadas con la salud. Si bien muchos de estos riesgos y necesidades pueden ser comunes a diversos grupos de población clave en entornos diferentes, algunos factores diferirán entre los grupos y algunos serán específicos de un contexto dado.

También es importante reconocer la diversidad y los diferentes niveles de riesgo en cada grupo de población clave. En muchos entornos, es probable que las personas con mayor riesgo sean personas que podrían considerarse miembros de más de un grupo de población clave; por ejemplo, algunos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también pueden consumir drogas inyectables o ejercer trabajo sexual. Las personas de los grupos de población clave también pueden tener otras características que aumenten su riesgo o vulnerabilidad o creen necesidades suplementarias de salud o bienestar. Por ejemplo, estas personas pueden carecer de domicilio, estar empobrecidas, en desventaja educativa, discapacitadas, sufrir afecciones de salud mental o tener otros problemas de salud agudos o crónicos.

El tamaño y la ubicación del grupo de población clave (es decir, donde las personas viven o se congregan) difiere de un lugar a otro, con algunas constantes como la proporción general de hombres adultos que tienen relaciones sexuales con otros hombres (332). Con el fin de determinar la escala de respuesta requerida, el equilibrio apropiado y la relación costo-eficacia de las diferentes intervenciones y hacia quiénes deben dirigirse las intervenciones, es importante apreciar el tamaño y la concentración de los grupos de población clave, entre otros factores (véase el [recuadro 2](#) y la sección 3). Es importante señalar la dificultad para realizar estimaciones del tamaño de los grupos de población clave y la carencia de datos confiables sobre el tamaño de esta población (333). Se debe hacer lo posible por validar las estimaciones del tamaño del grupo de población clave y las limitaciones reconocidas.

Recuadro 1. Partes interesadas que deben participar en el proceso de planificación

- Organizaciones comunitarias dirigidas por grupos de población clave y representantes de la comunidad de población clave, incluidos miembros jóvenes de esta población;
- gestores y profesionales de la salud de las siguientes esferas, tanto del sector público como el privado: programas y consultorios relacionados con la infección por el VIH, prestadores de servicios de hepatología, programas y consultorios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar y las ITS, la salud maternoinfantil, la salud mental, los servicios de TB, de dependencia de las drogas, de distribución de agujas y jeringas, de tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y los programas de salud penitenciaria;
- la sociedad civil, incluidas las personas con infección por el VIH y hepatitis virales, grupos de mujeres y jóvenes, líderes religiosos y personas con discapacidad;
- especialistas técnicos en esferas específicas como servicios de laboratorio, farmacología, farmacoresistencia, el tratamiento de la toxicidad, las cadenas de suministro y la salud comunitaria;
- asociados gubernamentales, incluidos representantes de los ministerios pertinentes como la salud, la justicia y las fuerzas y cuerpos de seguridad, asuntos internos, de hacienda y autoridades regionales de planificación (como las provinciales);
- organizaciones no gubernamentales, incluidos organismos internacionales, organizaciones religiosas, otras organizaciones no gubernamentales y comunitarias locales y organizaciones de servicios del sector privado;
- expertos en finanzas y presupuesto, como funcionarios del presupuesto de programas y economistas de la salud;
- instituciones académicas, incluidos expertos en investigación operativa, ciencia de la implementación, ética, capacitación y supervisión;
- donantes y ejecutores internacionales;
- instituciones de derechos humanos; y
- asociaciones profesionales de diversos cuadros de profesionales salud (como personal médico, de enfermería y agentes de salud comunitarios).

La composición, las características y las necesidades de los grupos de población clave se modifican con el transcurso del tiempo, al igual que diversos factores contextuales y ambientales. Con la actualización de un análisis situacional mediante el seguimiento y la evaluación continuos se reconocerán los parámetros cambiantes y será posible afinar o focalizar de nuevo la respuesta.

Es casi seguro que un análisis situacional detectará las brechas en los conocimientos. Un programa para investigaciones futuras puede abordar estas brechas.

También es importante, cada vez que se analicen e interpreten datos, evaluar la calidad de esos datos y la presencia de cualquier fuente de sesgo.

Recuadro 2. Información clave requerida para la toma de decisiones y la planificación

Información necesaria	Fuente de la información
Tamaño del grupo de población clave	Estimación del tamaño de la población
Prevalencia de la infección por el VIH, la hepatitis B y C, y las ITS prioritarias en los grupos de población clave	Serovigilancia
Ubicación o distribución geográfica del grupo de población clave; reconocimiento y mapeo de los grupos de población clave accesibles en línea	Ejercicios de mapeo (incluido el mapeo en línea)
Características, comportamientos de riesgo y problemas de salud del grupo de población clave	<ul style="list-style-type: none"> • Encuestas demográficas • Encuestas de comportamiento • Encuestas generales de salud
Factores estructurales importantes, barreras a la ejecución de una respuesta frente a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, y necesidades de los grupos de población clave	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoría de la legislación, las políticas y las prácticas vigentes • Consulta con miembros de la comunidad, organizaciones lideradas por la comunidad y otras partes interesadas • Encuestas de comportamiento
Accesibilidad, cobertura, calidad, resultado e impacto de las intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> • Datos programáticos • Registros de notificación de enfermedades • Encuestas bioconductuales integradas <p>(véase en el recuadro 3 una descripción más detallada del marco del programa nacional de seguimiento y evaluación)</p>

En entornos donde los servicios dirigidos a los grupos de población clave no están bien establecidos y donde gran parte de la información referida arriba no se ha recogido anteriormente, puede ser apropiado emprender una evaluación rápida. Se dispone de guías de evaluación rápida y respuesta que ayudan a orientar las evaluaciones iniciales y continuas, utilizando diversos métodos de recogida de datos y de análisis en múltiples niveles. Estas guías se centran en gran medida en la infección por el VIH y se elaboraron en una fase temprana de la epidemia de infección por el VIH, pero los principios y métodos descritos siguen siendo pertinentes para el acopio de información sobre el VIH y también sobre las hepatitis virales y las ITS:

- [Rapid assessment and response adaptation guide on HIV and men who have sex with men](#). Ginebra: OMS; 2002
- [The rapid assessment and response guide on injecting drug use \(IDU-RAR\)](#). Ginebra: OMS; 1998
- [The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour \(SEX-RAR\)](#). Ginebra: OMS; 2002
- [Rapid assessment and response adaptation guide for work with especially vulnerable young people](#). Ginebra: OMS; 2004
- [HIV in prisons: Situation and needs assessment toolkit](#). Viena: UNODC; 2010

Planificación y ejecución de la respuesta

La eficacia real de las intervenciones incluidas en el conjunto de intervenciones esenciales de salud está bien establecida. La experiencia en múltiples países ha demostrado la posibilidad de generalizar estas intervenciones en diversos entornos. Si bien las estrategias nacionales deben orientarse con los conjuntos de intervenciones en salud recomendados en las presentes directrices, los factores locales influyen en la eficacia real y el impacto de las intervenciones e inciden en la forma de ejecutar una intervención para optimizar el acceso y la eficacia. Con la información recogida en el entorno local, como se describió arriba, se deben hacer avanzar los procesos de planificación con la participación de las partes interesadas, en especial los grupos de población clave y se pueden adoptar decisiones sobre la forma de ejecutar las intervenciones.

A continuación se mencionan algunas de las decisiones que es necesario tomar al elaborar y ejecutar una respuesta nacional frente a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave. En el [recuadro 3](#) se presenta una orientación sobre la planificación y aplicación de la respuesta.

Focalización de la respuesta

- ¿Qué grupos de población clave y qué subgrupos en esta población corren el mayor riesgo?
- ¿Qué estrategias, legislación, políticas y directrices deben elaborarse o examinarse?

Ejecución

- ¿Son los miembros de los grupos de población clave quienes efectivamente dirigen la respuesta?
- ¿Qué intervenciones deben ejecutarse y dónde, y cómo se debe priorizar la ejecución?
- ¿Cómo pueden integrarse los servicios que abordan la infección por el VIH, las hepatitis virales, las ITS y la salud en general a escala institucional, por servicios y en un centro (véase el [capítulo](#) sobre prestación de servicios) con el fin de optimizar la accesibilidad y el impacto en los grupos de población clave?
- ¿Dónde y en qué escala es necesario llevar a cabo las intervenciones?
- ¿Qué objetivos y plazos deberían fijarse para la ejecución y ampliación de las intervenciones?
- ¿Cómo y en qué medida deben descentralizarse e integrarse los servicios de manera que se obtenga la mejor cobertura de servicios en los grupos de población clave?
- ¿Qué modos de prestación de servicios son los más apropiados?
- ¿Cuáles son las funciones y responsabilidades de las diversas partes interesadas en la ejecución de la respuesta y el logro de las metas acordadas?

Recursos necesarios

- ¿Qué recursos económicos, humanos y de otro tipo y qué infraestructura se necesitan para ejecutar la respuesta? ¿Qué recursos están disponibles en la actualidad, qué insumos adicionales se requerirán y cómo podrían obtenerse? ¿Qué tipo de profesionales de atención de salud y otros profesionales (incluidos los pares de los grupos de población clave) se requieren, y cómo se llevará a cabo la selección y la capacitación? ¿Cómo puede la delegación y el reparto de tareas optimizar el uso de los recursos humanos disponibles y ampliar la prestación de servicios?
- ¿Cómo ahorrarán costos y mejorarán la prestación de servicios las economías de escala y las sinergias entre las intervenciones?
- ¿Qué recursos están disponibles de las organizaciones donantes y qué recursos tendrán que mobilizarse de fuentes nacionales? Puede haber un mayor financiamiento disponible en relación con la infección por el VIH por conducto del Fondo Mundial y el PEPFAR, pero es posible que los fondos dirigidos a las ITS y las hepatitis virales deban integrarse en los planes nacionales.

Seguimiento y evaluación

- ¿Cómo se dará seguimiento y se hará la evaluación de la ejecución y la respuesta?
- ¿Cuáles son las necesidades de fortalecimiento de los sistemas estratégicos de información para el seguimiento y la evaluación?

Riesgos, resultados e impactos

- ¿Cuáles son los posibles riesgos y aspectos vulnerables de la respuesta planificada y qué estrategias mitigarían su impacto? Entre los riesgos se cuentan factores internos como recortes presupuestarios, robo de bienes fungibles, deserción de los profesionales de la salud y aparición de farmacorresistencia. Los factores externos podrían incluir la pérdida de apoyo financiero externo, la inestabilidad política y los desastres naturales.

Recuadro 3. Orientación sobre la planificación y la ejecución de la respuesta frente a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS dirigida a los grupos de población clave

- Considerations in planning and budgeting for a key population trusted access platform. Coalición Mundial para la Prevención del VIH; 2020.
- Cómo establecer la vigilancia dirigida por la comunidad de los servicios de VIH — Principios y procesos. ONUSIDA; 2021.

Seguimiento y evaluación de las respuestas

El seguimiento y la evaluación son una parte esencial de la respuesta a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave.

Se precisa un sistema de seguimiento y evaluación que evalúe tanto los componentes estructurales como los del sector de la salud en la respuesta a la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave. Es primordial que estos sistemas sean prácticos, no demasiado complicados y que recojan información actual, útil y fácil de utilizar, respetando los principios de derechos humanos descritos anteriormente.

La OMS y los organismos asociados de las Naciones Unidas han elaborado marcos para supervisar la respuesta a la infección por el VIH en la población general y en los grupos de población clave. En los siguientes documentos describen estos marcos:

- [Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#). Ginebra: OMS; 2015;
- [Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination](#). Ginebra: OMS; 2019;
- [Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance](#). Ginebra: OMS; 2017;
- [Consolidated HIV strategic information guidelines. Driving impact through programme monitoring and management](#). Ginebra: OMS; 2020;
- [Estrategias y métodos de laboratorio para reforzar la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual 2012](#). Ginebra: OMS; 2012.

En estos marcos se recomiendan series de indicadores a escala nacional. Los indicadores evalúan factores clave relacionados con el entorno propicio; miden la disponibilidad, cobertura y calidad de intervenciones específicas; y examinan sus resultados e impactos ([recuadro 4](#)). Los indicadores también se pueden utilizar al preparar propuestas o notificar sobre los avances realizados a las organizaciones donantes.

El proceso de seguimiento y evaluación requiere datos de una diversidad de fuentes, incluidas encuestas sobre comportamiento y serovigilancia, datos programáticos y administrativos, seguimiento dirigido por la comunidad, además de información recogida mediante el examen de documentos de políticas y legislación y consultas con expertos y partes interesadas ([recuadro 5](#)). Se debe evaluar la calidad y las limitaciones de estos datos y tenerlas en cuenta al realizar el análisis y la interpretación.

Planificación y desarrollo continuo de la respuesta

Es primordial definir metas claras, alcanzables pero ambiciosas cuando se planea ampliar las intervenciones para lograr un impacto sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS. Las metas definen concretamente lo que un programa o proyecto nacional eficaz debe lograr en un plazo específico. Pueden fijarse metas tanto para los indicadores específicos de la intervención como para los indicadores intersectoriales de resultados e impacto ([recuadro 4](#)).

Indicadores de la intervención y del entorno propicio. Denotan la disponibilidad, la cobertura y la calidad de una intervención o servicio o evalúan las modificaciones en los factores ambientales como la revisión de la legislación, en un plazo específico. Las metas se definen con la finalidad de lograr reducciones en el riesgo de contraer la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, que sean suficientes para disminuir la transmisión y garantizar la provisión de tratamiento y atención adecuados a las personas con infección por el VIH, hepatitis virales o una ITS.

Indicadores de resultados e impacto. Tienen como propósito medir la repercusión que han tenido las intervenciones sobre los resultados que afectan la exposición al riesgo, como son las modificaciones de los comportamientos de riesgo (p. ej., el porcentaje de personas que usan preservativos de manera constante) o la repercusión sobre el curso de la epidemia de infección por el VIH, hepatitis virales o de ITS; por ejemplo, disminuciones en la incidencia de infección por el VIH, hepatitis virales o ITS ([recuadro 4](#)).

Al igual que la planificación en general, el proceso de definición de metas debe ser colaborativo, con la participación de diversas partes interesadas. Las personas que definen las metas deben analizar si son realistas y si en la práctica es posible recoger los datos. Las metas, de conformidad con las estrategias programáticas, deben adaptarse a la epidemia local y a lo que la estrategia puede lograr de manera realista con el financiamiento y los recursos obtenibles. La modelización puede ayudar a reconocer cómo las metas de diferentes niveles modificarían las epidemias.

Evaluación de inicial. La evaluación de base debe medir la escala de la respuesta actual, valorar la disponibilidad, la cobertura y la calidad de las intervenciones vigentes y apreciar los factores facilitadores y las barreras ambientales actuales, utilizando los indicadores acordados. Esta información sirve como referencia para dar seguimiento a los avances logrados. Además, es importante determinar los recursos y la capacidad técnica disponibles en la actualidad, con el fin de calcular qué más se necesita y cómo ampliar la intervención de manera adecuada. A partir de estos datos se pueden definir metas realistas y alcanzables y fijar el plazo determinado.

Estimación del costo. Calcular el costo asociado con la ejecución es un paso clave en la planificación del despliegue. Hay varias herramientas y recursos disponibles de determinación de costos.

Spectrum, por ejemplo, es un conjunto de modelos y herramientas analíticas que respaldan la toma de decisiones en los programas relacionados con la infección por el VIH y las ITS. Consiste en varias aplicaciones informáticas, como AIM (*AIDS Impact Model*) y *Goals* (para el costo e impacto de las intervenciones sobre el VIH). La mayoría de los países ya cuenta con archivos AIM preparados como parte de sus estimaciones epidemiológicas nacionales, por lo cual ambos módulos se pueden aplicar rápidamente. Se puede acceder en línea a la *Guía de inicio rápido para Spectrum* en: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2018/quick_start_guide_for_spectrum.

OneHealth es una herramienta informática diseñada con el fin de fortalecer el análisis y la determinación de costos del sistema de salud y simular situaciones de financiamiento a escala de un país. Se diseñó de manera específica para países de ingresos medianos bajos. Ofrece a los planificadores un marco único para la planificación, la determinación de costos, el análisis de impacto, la presupuestación y el financiamiento de estrategias para todas las enfermedades y componentes del sistema de salud más importantes. OneHealth se puede descargar de forma gratuita (Avenir Health, 2021) en: <https://www.avenirhealth.org/software-onehealth.php>.

El ONUSIDA ha creado una herramienta de determinación de costos de derechos humanos, que es una herramienta flexible destinada a calcular el costo de las inversiones en factores habilitadores esenciales (como programas integrados conocimientos básicos en tratamiento y derechos, servicios jurídicos, programas de reducción de la estigmatización y la discriminación y capacitación dirigida a los profesionales de la salud y las fuerzas de orden público). Esta herramienta también se puede descargar de forma gratuita junto con una guía del usuario [ambos en inglés] en: https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/The_Human_Rights_Costing_Tool_v_1_5_May-2012.xlsm y https://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/The_HRCT_User_Guide_FINAL_2012-07-09.pdf.

La OMS encargó a *Avenir Health* que desarrollara la herramienta dedicada a las intervenciones encaminadas a la eliminación de la sífilis, que es un modelo dinámico de transmisión que evalúa y pronostica el impacto, la costo eficacia de las intervenciones contra la sífilis (detección, tratamiento y prevención) con el fin de respaldar los programas nacionales de control: <https://avenirhealth.org/software-site.php>.

Recuadro 4. Indicadores para el seguimiento y la evaluación de la respuesta

Con el objeto de comprender qué tan bien está funcionando la respuesta y sus efectos, es necesario dar seguimiento a sus diversas exigencias primordiales para cada grupo de población clave. Para cada una de estas exigencias hay una serie de indicadores útiles.

Estos indicadores se describen en detalle en las orientaciones de la OMS sobre los grupos de población clave:

- [Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations](#). Ginebra: OMS; 2015.
- [Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination](#). Ginebra: OMS; 2019.

Los indicadores de impacto específicos relacionados con la validación de la eliminación de las hepatitis virales en personas que consumen drogas inyectables se pueden encontrar en:

- [Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination](#). Ginebra: OMS; 2021.

La ejecución eficaz y el impacto requieren políticas, legislación y otros factores estructurales de apoyo.

Se mide mediante indicadores *estructurales* (o de entorno propicio):

- auditoría de la legislación y las políticas vigentes;
- número de organizaciones dirigidas por el grupo de población clave;
- logro de una participación efectiva de personas de los grupos de población clave en la formulación de políticas y estrategias;
- se han establecido servicios de apoyo jurídico para los grupos de población clave;
- los servicios de apoyo a las personas de los grupos de población clave que son objeto de violencia están funcionando;
- se imparte de manera periódica capacitación en materia de concientización sobre los grupos de población clave, dirigida a los agentes de las fuerzas de orden público; y
- se imparte de manera periódica capacitación en materia de concientización sobre los grupos de población clave dirigida a los prestadores de servicios de salud y servicios sociales.

Las intervenciones tienen que ser accesibles a las personas de los grupos de población clave.

Se mide mediante indicadores de *disponibilidad*:

- el número de centros donde cada intervención está disponible, incluida la disponibilidad de intervenciones en línea;
- el número y el porcentaje de centros de programas centrados en los grupos de población clave, en los cuales que se lleva a cabo la intervención;
- el número y el porcentaje de centros de programas corrientes en los cuales se lleva a cabo la intervención y que cumplen las normas de concientización sobre el grupo de población clave;
- el porcentaje de todos los centros donde actualmente se lleva a cabo la intervención que ya sea, tiene programas generales que cumplen las normas de concientización sobre el grupo de población clave o programas centrados en el grupo de población clave;

Recuadro 4. Indicadores para el seguimiento y la evaluación de la respuesta (cont.)

- el porcentaje de la muestra del grupo de población clave que refiere un acceso fácil a la intervención; y
- mapeo geográfico de los grupos de población clave, correlacionada con los lugares donde se llevan a cabo las intervenciones.

Es indispensable que las intervenciones lleguen a quienes las necesitan.

Se mide mediante indicadores de *cobertura*:

- número y porcentaje del grupo de población clave al cual se proporcionó la intervención durante un período específico al cual se refiere el informe;
- número de bienes fungibles (como agujas y jeringas o preservativos) distribuidos por miembro del grupo de población clave durante un período específico al cual se refiere el informe; y
- porcentaje de la muestra del grupo de población clave que notificó haber recibido la intervención durante un período específico al cual se refiere el informe.

Las intervenciones tienen que ejecutarse de manera adecuada para ser eficaces.

Se mide mediante indicadores de *calidad*:

- examen de la política y las prácticas del programa utilizando la lista de verificación para evaluar la calidad del programa;
- porcentaje del personal que ha recibido capacitación en materia de concientización sobre el grupo de población clave;
- porcentaje del grupo de población clave que notificó haber recibido la intervención, y que además se realizó una actividad o servicio importante específico (como el suministro de lubricante adecuado para los preservativos); y
- porcentaje de ocasiones en las cuales se llevó a cabo la intervención, junto con una actividad de servicio importante específico (véase arriba).

Deben alcanzarse los objetivos previstos.

Se mide mediante indicadores de *resultado e impacto*:

- prevalencia de comportamientos de riesgo en el grupo de población clave;
- incidencia de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS en los grupos de población clave;
- prevalencia de infección en el grupo de población clave;
- incidencia de mortalidad relacionada con la infección por el VIH en el grupo de población clave;
- prevalencia de estigmatización o discriminación en el grupo de población clave; e
- incidencia de la violencia contra personas del grupo de población clave.

Recuadro 5. Fuentes de datos

Encuestas sobre comportamiento y serovigilancia. Estas encuestas a los grupos de población clave aportan datos de prevalencia e información sobre las experiencias, los riesgos y la utilización de servicios por parte de sus miembros. Muchos países ya realizan de manera periódica encuestas bioconductuales de los grupos de población clave, como parte del seguimiento continuo de las epidemias de infección por el VIH y hepatitis virales. La posibilidad de generalizar los resultados de la encuesta depende de la representatividad de todo el grupo de población clave en la muestra; es importante analizar el sesgo de selección en la forma como se escogieron los participantes. Las encuestas sobre comportamientos son propensas al sesgo hacia respuestas socialmente deseables y el sesgo de recuerdo.

Datos programáticos o administrativos. La mayoría de los programas registra de manera sistemática al menos alguna información básica durante la prestación de un servicio. Esto podría incluir el número de personas que recibieron un servicio, información básica sobre el usuario y las cantidades de materiales utilizados o distribuidos. La evaluación de los servicios prestados a personas de los grupos de población clave exige que los datos del programa se desglosen por grupo de población clave, donde la información sobre el estado y los comportamientos del grupo de población clave se pueda recoger de manera segura y protegida y cuando sea factible. Los programas centrados en grupos de población clave pueden proporcionar datos específicos a la población que sirven, pero esta información no suele estar en los programas que prestan servicios a muchos grupos diferentes o a la población en general.

Revisión documental y consulta de expertos. El examen de diversos documentos de políticas y legislación puede reconocer la presencia o ausencia de diversas leyes o políticas que pueden afectar a personas de los grupos de población clave.

Estimación del tamaño de la población. Derivar estimaciones confiables sobre el tamaño de la población de grupos de población clave puede ser difícil. Se pueden emplear diversos métodos; cada uno tiene sus propias ventajas y limitaciones. Entre los métodos comunes están censos y enumeraciones, encuestas de la población general y métodos de captura y recaptura, multiplicadores y de ampliación de escala. Es útil derivar estimaciones múltiples mediante diferentes métodos y triangular los resultados. Las definiciones de los grupos de población clave deben ser claras.

CAPÍTULO 9

Información adicional sobre la elaboración de nuevas recomendaciones

Introducción

Como se destacó en capítulos anteriores, estas directrices actualizadas contienen siete nuevas recomendaciones o nuevas declaraciones de prácticas que se incluyen en el marco general de las intervenciones de salud y la prestación de servicios.

Metodología

La OMS elaboró siete preguntas PICO. En una encuesta en línea, los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices calificaron la importancia de cada resultado para los afectados por la intervención, utilizando la escala de clasificación GRADE de 1 a 9 (0 a 3: no es importante; de 4 a 6, importante; 7 a 9: esencial). Una vez que se acordaron las preguntas PICO y los resultados prioritarios, los investigadores externos, con el apoyo del equipo de la OMS, realizaron una revisión sistemática de la evidencia.

Los equipos de la revisión sistemática elaboraron protocolos y realizaron una revisión sistemática de la evidencia científica pertinente. La metodóloga independiente designada evaluó y revisó los protocolos, al igual que el grupo de orientación de la OMS, las redes de grupos de población clave y los funcionarios técnicos de la OMS. La metodóloga asesoró al equipo de revisión sobre las decisiones y síntesis analíticas y la calificación de la evidencia. También se incluyeron y resumieron los estudios que proporcionaron información sobre la viabilidad, los valores y las preferencias y la costo-eficacia. La evidencia científica que respalda las recomendaciones se evaluó según el método GRADE y se determinó la eficacia real y la certeza general de la evidencia para cada intervención.

El riesgo de sesgo de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas se evaluó mediante la herramienta para el riesgo de sesgo de la Colaboración Cochrane en los ensayos clínicos aleatorizados (334) y la herramienta ROBINS I en los estudios no aleatorizados (335).

La OMS también encargó a cuatro redes mundiales de grupos de población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales, personas trans y de género diverso y personas que consumen drogas inyectables) que realizaran una nueva investigación cualitativa en sus redes sobre los valores y las preferencias. Los resultados formaron parte de la síntesis de la evidencia. En la siguiente sección se proporciona información más detallada.

Cuadro 2. Esferas consideradas al evaluar la solidez de las recomendaciones

Esfera	Fundamento
Beneficios y perjuicios	Cuando se formula una nueva recomendación, es necesario sopesar los efectos deseables (beneficios) y los efectos indeseables (riesgos o perjuicios), teniendo en cuenta alguna recomendación previa u otra opción. Cuanto mayor sea la diferencia o el gradiente a favor de los beneficios frente a los riesgos, es más probable que se formule una recomendación firme.
Certeza de la evidencia	Es probable que una evidencia de certeza alta dé lugar a una recomendación firme.
Valores y preferencias	Si la recomendación tiene la posibilidad de ser aceptada ampliamente o sumamente valorada, es probable que se formule una recomendación firme. Si hay una gran variabilidad o razones sólidas por las cuales es poco probable que se acepte el curso de acción recomendado, es más probable que se formule una recomendación condicional.
Consecuencias de costos y financieras	Los costos más bajos (monetarios, de infraestructura, equipos o recursos humanos) o una mayor costo-eficacia favorecen una recomendación firme.
Viabilidad	Si una intervención se puede realizar en un entorno donde se prevé el mayor impacto, una recomendación firme es apropiada.
Equidad y derechos humanos	Si es probable que la recomendación aumente el acceso a una intervención de las personas más necesitadas, es probable que se formule una recomendación firme.
Aceptabilidad	Cuanto mayor sea la aceptabilidad de una opción para todos o la mayoría de las partes interesadas, mayor será la probabilidad de formular una recomendación firme.

El método GRADE especifica cuatro niveles de certeza de la evidencia ([cuadro 3](#)). La certeza de la evidencia es un determinante clave de la solidez de una recomendación, que puede ser firme o condicional.

Cuadro 3. Interpretación de los cuatro niveles GRADE de la evidencia

Certeza de la evidencia	Fundamento
Alta	Se tiene gran confianza en que el efecto verdadero esté cerca de la estimación del efecto.
Moderada	Se tiene una confianza moderada en la estimación del efecto. Es probable que el efecto verdadero esté cerca de la estimación del efecto, pero hay una posibilidad de que sea notablemente diferente.
Baja	La confianza en la estimación del efecto es limitada. El efecto verdadero puede ser notablemente diferente a la estimación del efecto.
Muy baja	Se tiene muy poca confianza en la estimación del efecto. Toda estimación del efecto conlleva un grado alto de incertidumbre.

El uso de declaraciones de buenas prácticas en ocasiones es apropiado, cuando la evidencia de apoyo es indirecta y, por lo tanto, difícil de acopiar y resumir, pero la certeza o la confianza en torno al impacto de una intervención es alta, y cuando las consecuencias deseables de una intervención superan, con mucho, sus consecuencias indeseables. A menudo, los datos no están desglosados por grupo de población clave y falta de evidencia de apoyo relacionada con los grupos de población clave, con lo cual las declaraciones de buenas prácticas eran apropiadas en la elaboración de las presentes directrices. Las declaraciones de buenas prácticas son, por naturaleza, recomendaciones firmes (56).

En consonancia con el proceso de la OMS de elaboración de directrices (56), el Grupo de Elaboración de las Directrices formuló recomendaciones utilizando el método GRADE de calificación de la evidencia. El grupo también formuló declaraciones de buenas prácticas. La evidencia se sintetizó e incorporó en un marco para pasar de los datos a las decisiones con el objeto de ayudar a fundamentar las deliberaciones en la reunión del Grupo de Elaboración de las Directrices. La OMS convocó una reunión virtual del Grupo de Elaboración de las Directrices que se llevó a cabo durante seis días del 30 de agosto al 8 de septiembre del 2021, presidida por dos miembros del grupo. Se gestionaron todos los conflictos de intereses. La metodóloga, con la ayuda las copresidentas, facilitaron los juicios del Grupo de Elaboración de las Directrices sobre los posibles beneficios y perjuicios de la intervención, los valores y preferencias de las partes interesadas, la aceptabilidad, la viabilidad, el uso de los recursos y los aspectos relacionados con los derechos humanos y la equidad. En conjunto, estos juicios contribuyeron a determinar la solidez y la dirección de la recomendación (334). Todas las recomendaciones se formularon por consenso. La votación no fue necesaria, pero el grupo acordó a priori que se requerirían dos tercios de los votos para una decisión. La versión preliminar de las directrices se distribuyó a los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices y el Grupo de Revisión Externa para su examen en noviembre del 2021.

Evidencia y adopción de decisiones sobre las nuevas recomendaciones

Intervenciones comportamentales

Antecedentes y fundamento

Las intervenciones comportamentales se utilizan ampliamente en los programas que tienen como objetivo disminuir la transmisión del VIH, las ITS y las hepatitis virales. Hay una variedad de intervenciones comportamentales diferentes, incluidas las que se centran en proporcionar información y educación y las que adoptan un enfoque de asesoramiento, pero todas tienen como objetivo aumentar los comportamientos de búsqueda de salud o reducir los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer el VIH, ITS y las hepatitis virales, incluido el uso compartido de agujas y jeringas y las relaciones sexuales sin protección. Las intervenciones comportamentales de asesoramiento pueden estar a cargo de profesionales de la salud o de pares, comportan una o varias sesiones, pueden ser breves o prolongadas, se realizan en grupos o de manera individual y en línea o presenciales.

Las directrices unificadas de la OMS dirigidas a los grupos de población clave del 2014 y el 2016 (3) incluyeron recomendaciones relacionadas con intervenciones comportamentales basadas en una evidencia de certeza baja y la falta de comparadores estándar. En el 2019 y el 2020, durante el ejercicio de definición del ámbito de aplicación para examinar qué recomendaciones requerían actualización y la consulta con la comunidad y los expertos (véanse métodos), se reconoció que estas recomendaciones necesitaban una actualización. Con el objeto de documentar el proceso de toma de decisiones, el examen de la evidencia se centró en las intervenciones comportamentales con un componente de asesoramiento, en especial si la prestación de intervenciones comportamentales de asesoramiento tenía un impacto en la adquisición y transmisión de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales en los grupos de población clave.

Examen de la evidencia

La OMS encargó una revisión sistemática con el objeto de actualizar las recomendaciones existentes, a fin de responder a la pregunta PICO sobre si las intervenciones comportamentales de asesoramiento disminuyen los comportamientos de riesgo asociados con la transmisión o adquisición de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales. Los resultados primarios fueron la incidencia de infección por el VHB, el VHC, el VIH o de ITS y los resultados secundarios fueron las relaciones sexuales sin protección (p. ej., relaciones sexuales sin preservativo, relaciones sexuales sin lubricante, relaciones sexuales sin PrEP), el uso compartido de agujas y jeringas y la mortalidad.

En una revisión sistemática de los artículos publicados entre el 1 de enero del 2010 y el 1 de marzo del 2021 se encontraron nueve ensayos clínicos aleatorizados aceptables (véase el [anexo C en línea](#) [en inglés]). Cinco estudios se habían realizado en adultos en grupos de población clave y dos estudios en hombres jóvenes que tenían relaciones sexuales con hombres (16 a 25 años) (336) y mujeres jóvenes (de 13 a 17 años) liberadas de centros de detención juvenil (337). En conjunto, estos estudios indicaban que las intervenciones comportamentales de asesoramiento probablemente afectan poco o nada la incidencia de infección por el VIH (336, 338-343), las hepatitis virales (341) o las ITS (337-340, 342-344) en los grupos de población clave. La conclusión fue la misma con respecto a las relaciones sexuales sin protección (336-342) y el uso compartido de agujas y jeringas (340, 341). Se obtuvo una certeza moderada en la falta de efecto sobre los diferentes resultados.

La evidencia de certeza moderada de seis ensayos clínicos aleatorizados (ECA) entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, pacientes que consumen drogas inyectables y trabajadores sexuales en China, Kazajstán, Kenia y Estados Unidos mostró en el metanálisis que las intervenciones comportamentales de asesoramiento probablemente no tenían ningún efecto sobre la incidencia de la infección por el VIH (cociente de riesgos combinado [RR]: 0,700; IC 95%: 0,409 1,197), sin beneficios ni perjuicios importantes (336, 338-342). La evidencia de certeza baja de un ECA en trabajadoras sexuales que consumen drogas inyectables en México no mostró ningún impacto en la incidencia de infección por el VIH o ITS cuando se realizó el metanálisis de los resultados de los diferentes centros del estudio (RR: 0,663; IC 95%: 0,224 1,960) (343).

La evidencia moderada de seis ECA en personas reclusas en prisión, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, personas que consumen drogas inyectables y trabajadores sexuales en China, Kazajstán, Kenia y Estados Unidos mostró en el metanálisis que probablemente había poca o ninguna diferencia en la incidencia de ITS (RR: 0,985; IC 95%: 0,741 1,308), no hubo heterogeneidad estadísticamente significativa ($Q = 2,120$; $p = 0,832$; $I^2 = 0,000$).

La evidencia de certeza moderada de un ECA en personas que consumen drogas inyectables en Kazajstán mostró probablemente poca o ninguna diferencia en la incidencia de infección por el VHC cuando se calculó directamente como RR no ajustado (RR: 0,447; IC 95%: 0,158 1,267), pero hubo una disminución en la incidencia de infección por el VHC cuando los autores del estudio la calcularon como un cociente de tasas, ajustado por una medida de referencia de inyección insegura en los últimos 90 días (cociente de tasas: 0,31; IC 95%: 0,10 0,90).

Se obtuvo una evidencia de certeza muy baja en siete ECA en personas reclusas en prisión, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que consumen drogas inyectables y trabajadores sexuales en China, Kazajstán, Kenia y Estados Unidos sobre el impacto de las intervenciones comportamentales de asesoramiento en las relaciones sexuales sin protección (utilizando diversas medidas de relaciones sexuales sin preservativo; RR: 0,821; IC 95%: 0,663 1,018). Este metanálisis mostró heterogeneidad estadísticamente significativa ($Q = 22,015$; $p = 0,001$; $I^2 = 72,746$), que no se explicó claramente por los análisis de subgrupos u otras razones, y no está claro si las intervenciones comportamentales de asesoramiento disminuyen las relaciones sexuales sin protección.

La evidencia de certeza baja de dos ECA en personas que consumen drogas inyectables en Estados Unidos y Kazajstán mostró en el metanálisis, que puede no haber ningún impacto sobre el uso compartido de agujas y jeringas (RR: 0,719; IC 95%: 0,317 1,628), no hubo heterogeneidad estadísticamente significativa ($Q = 1,135$; $p = 0,287$; $I^2 = 11,909$).

Viabilidad, costo y costo-eficacia

En una revisión sistemática se encontraron dos estudios con datos de costos sobre intervenciones comportamentales de asesoramiento en grupos de población clave, ambos de Estados Unidos. Los costos oscilaron entre US\$ 682 y US\$ 782 por una sola sesión y US\$ 1823 a US\$ 3890 anuales (345,346).

Se encontró un análisis de costo-eficacia de una intervención en trabajadores sexuales a lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos que incluía múltiples componentes (346). En una situación hipotética con 1000 trabajadores sexuales que recibieron una intervención una sola vez, se calculó un costo incremental de US\$ 78 200; 33 casos prevenidos de infección por el VIH; y 5,7 meses de años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados, en comparación con no realizar ninguna intervención. El costo adicional por AVAC ganado fue de US\$ 183. En los trabajadores sexuales que recibieron la intervención anualmente, se calculó un costo incremental de US\$ 389 000; 29 casos prevenidos adicionales de infección por el VIH; y 4,5 meses adicionales de AVAC en comparación con la intervención en una sola vez. El costo adicional por AVAC ganado fue de US\$ 1075.

Hay poca evidencia sobre el costo o la costo-eficacia de las intervenciones comportamentales de asesoramiento en diferentes situaciones o con diferentes modalidades.

Valores y preferencias

En dos estudios de Estados Unidos, uno en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y otro en mujeres transgénero, ambos centrados en el VIH, se encontró que en general los participantes veían favorablemente las intervenciones conductuales de asesoramiento específico (347, 348).

La investigación cualitativa realizada por cuatro redes mundiales de grupos de población clave encontró que los miembros del grupo de población clave (véase el informe completo en el [anexo B en línea](#) [en inglés]) valoran la información, el asesoramiento y las actividades de extensión dirigidos por pares, ya que es más probable que sea sin prejuicios y esté a cargo de personas que entienden las necesidades de los grupos

de población clave. Indicaron una preferencia por intervenciones múltiples y homogéneas, en lugar de intervenciones únicas e intervenciones realizadas mediante una diversidad de mecanismos.

Las personas que consumen drogas inyectables aprecian el acceso a la información y la educación, pero el acceso adecuado a los enfoques de reducción de daños basados en la evidencia, como la distribución de agujas y jeringas y el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y el tratamiento de las sobredosis, sigue siendo una prioridad, con el fin de poner en práctica la educación en materia de salud.

Las observaciones de las cuatro redes de grupos de población clave en relación con otros factores que afectan el acceso a las intervenciones comportamentales (incluida la educación y el asesoramiento) se centraban de manera abrumadora en aspectos estructurales, entre ellos: actitudes negativas de la comunidad y los prestadores de servicios; enfoques y mensajes problemáticos; estigmatización y discriminación; y la necesidad de reformar la legislación y la educación con el fin de cambiar la forma como se percibe y se trata a los grupos de población clave.

Equidad y aceptabilidad

La provisión de intervenciones comportamentales de asesoramiento puede aumentar el acceso si se dispone de una amplia gama de intervenciones diferentes con contenido personalizado, que se centren en aumentar el acceso a los servicios de salud y empoderar a los grupos de población clave. Sin embargo, la investigación de las redes de los grupos de población clave encontró que la falta de educación formal y alfabetización eran obstáculos a la educación en materia de prevención de la infección por el VIH, el VHC y las ITS. Señaló la necesidad de una educación más específica, continua, basada en pares y dirigida por la comunidad sobre el VIH, las ITS y el VHC. La máxima efectividad se logra cuando la intervención se realiza mediante una diversidad de mecanismos y formatos, para tener en cuenta los diferentes niveles de acceso, conocimientos y alfabetización y cuando se asocia con asesoramiento y otros apoyos psicosociales.

Los grupos de población clave afirmaron que las intervenciones comportamentales que promueven la abstinencia del consumo de drogas, la rehabilitación o el cese del trabajo sexual reducirían la equidad al crear barreras al uso de servicios y deberían evitarse. Los métodos que pretenden curar la homosexualidad, como la terapia de conversión u otros supuestos métodos para modificar la identidad de género o la orientación sexual son perjudiciales, constituyen violaciones de los derechos humanos y nunca deben llevarse a cabo (349). Puede haber un perjuicio individual cuando los consejeros o las intervenciones comportamentales de asesoramiento promueven la abstinencia del consumo de drogas, la rehabilitación, el cese del trabajo sexual o abogan por las llamadas curas de la homosexualidad, lo que puede disuadir a los miembros de grupos de población clave de acceder a los servicios. Además, el desvío de fondos hacia estas formas de intervenciones puede limitar la disponibilidad de intervenciones basadas en la evidencia.

Evaluación de la evidencia y toma de decisiones

En consonancia con el proceso de la OMS de elaboración de directrices, el Grupo de Elaboración de las Directrices examinó la evidencia y concluyó que no era posible recomendar intervenciones comportamentales de asesoramiento encaminadas a reducir la incidencia de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, dado que no había evidencia del impacto de la intervención sobre el resultado. Sin embargo, el grupo sostuvo firmemente que el asesoramiento y el intercambio de información pueden facilitar el consentimiento informado y la toma de decisiones para iniciar y continuar ciertas intervenciones como la PrEP, el TAR, el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides y los programas de distribución de agujas y jeringas. El asesoramiento fortalece las relaciones entre los prestadores de atención y los usuarios y puede fomentar el acceso a los servicios. El grupo decidió formular una declaración de buenas prácticas para que los responsables de formular las políticas y los prestadores tengan presente que, si bien las intervenciones de asesoramiento tienen otros posibles efectos positivos, hay una evidencia de certeza moderada de que es probable que no disminuyan la incidencia de infección por el VIH, las hepatitis virales o las ITS.

Consideraciones relacionadas con la ejecución

Dado que una revisión sistemática no encontró ningún efecto de las intervenciones comportamentales de asesoramiento sobre la incidencia de infección por el VIH, las hepatitis virales o las ITS, la elección de incluir este tipo de intervenciones en los conjuntos estandarizados y mínimos de intervenciones dirigidas a grupos de población clave debe hacerse con conocimiento de las posibles limitaciones sobre los resultados de incidencia.

Si se ejecutan intervenciones comportamentales, se precisa capacitación continua de los pares y los profesionales de la salud y se deben abordar con urgencia las actitudes estigmatizantes en el sistema de salud y las barreras estructurales a la atención.

Si se aplican, las intervenciones comportamentales deben elaborarse y ejecutarse en colaboración con grupos de población clave. Estas intervenciones deben adaptarse a grupos de población clave específicos y reconocer que las personas se encuentran en diferentes etapas de la vida y tienen diferentes prioridades y necesidades. Algunas personas pueden ser incapaces de modificar sus comportamientos de riesgo en la actualidad o pueden no querer hacerlo, y esta actitud debe aceptarse sin juzgarla. Las intervenciones que se centran en el cese del consumo de drogas, la rehabilitación, poner fin al trabajado sexual y las supuestas curas de la homosexualidad crean barreras al uso del servicio, no se recomiendan y deben evitarse.

Lagunas en materia de investigación

Si bien no se necesitan estudios de investigación adicionales para medir el impacto de las intervenciones comportamentales de asesoramiento sobre la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales, los estudios de investigación futuros pueden favorecer una mejor comprensión del efecto de los diferentes aspectos de las intervenciones de asesoramiento en el fortalecimiento de las relaciones entre usuarios y prestadores, las mejoras psicosociales y la salud mental. Se requiere investigación en una variedad de entornos y para cada uno de los grupos de población clave. En la población joven, se ha demostrado que el asesoramiento entre pares es una estrategia que mejora la adhesión al TAR, pero se requiere más investigación sobre su impacto en la adhesión a la PrEP para prevenir la infección por el VIH (350).

Se puede consultar el perfil detallado de la evidencia, en el [anexo C en línea](#) [en inglés].

Sexdopaje

Antecedentes y fundamento

El sexdopaje o dopaje sexual es un fenómeno cada vez más frecuente en el cual las personas consumen drogas estimulantes como la metanfetamina, la mefedrona o el γ hidroxibutirato (GHB) para mantener relaciones sexuales. El sexdopaje suele involucrar a múltiples participantes, consumo de múltiples drogas (incluido el consumo de drogas inyectables) y tiene lugar durante un tiempo prolongado, por ejemplo, en fiestas de sexo grupal u orgías sexuales (351-353). El sexdopaje también se conoce por otros nombres como slam sex (relacionado con el consumo de drogas inyectables), fiesta y juego, o consumo de drogas asociado con las relaciones sexuales. Ha habido un aumento de notificaciones de sexdopaje en algunas comunidades de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (352), con mayor frecuencia en entornos de ingresos altos en Europa y América del Norte, aunque una reciente revisión exploratoria cualitativa sobre el consumo sexualizado de drogas y el sexdopaje entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero encontró que es cada vez más común en Asia (354, 355). El editor adjunto del *Journal Watch Infectious Diseases* del *The New England Journal of Medicine* comentó en el 2018 que la “tasa sumamente alta” de infección por el VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que participan en sexdopaje en un estudio de Londres (356) representa un grupo poblacional de alta prioridad (que a menudo plantea dificultades) para las iniciativas de prevención (incluida la profilaxis previa a la exposición y la profilaxis posterior a la exposición, la salud mental, la salud química, promoción de la salud e intervenciones de minimización de daños) (357).

El sexdopaje puede conllevar relaciones sexuales sin protección e inyecciones inseguras, así como consumo peligroso de drogas, sobredosis, dependencia de drogas y resultados adversos para la salud mental (358), y en una revisión sistemática se encontró evidencia heterogénea de una mayor prevalencia de la infección por el VIH y el VHC en personas que participan en dopaje sexual (inyectarse drogas antes o durante la actividad sexual planificada) (351).

Durante el ejercicio de definición del ámbito de aplicación para la elaboración de estas directrices, hubo una solicitud de las principales partes interesadas para que la OMS investigara más a fondo si las intervenciones comportamentales pueden ayudar a aumentar la aceptación de los servicios por parte de las personas que participan en el sexdopaje, reducir los daños y tener un impacto sobre la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS.

En una revisión sistemática no se encontró ningún artículo que reuniera los criterios de inclusión de efectividad o costo-eficacia. En la revisión se encontraron cinco artículos que evaluaban los valores y preferencias (359-363) y cuatro redes de grupos de población clave realizaron investigaciones cualitativas de valores y preferencias sobre el tema (véase el [anexo C en línea](#) [en inglés]). En general, la investigación de valores y preferencias reveló una preferencia por:

- servicios especializados de sexdopaje (p. ej., asesoramiento especializado con un solo profesional sobre cuestiones relacionadas con las drogas y el sexo);
- servicios personalizados, sin prejuicios y dirigidos por pares que se centren en los principios de reducción de daños en lugar del abandono del consumo de drogas;
- servicios integrados de salud sexual e infección por el VIH, ITS y hepatitis virales; y
- disponibilidad de más información y educación específicas sobre sexdopaje mediante diversas modalidades que incluyan explicaciones de los posibles riesgos.

La investigación cualitativa sobre valores y preferencias (véase el [anexo B en línea](#) [en inglés]) mostró que las percepciones en torno al sexdopaje y su importancia variaban tanto entre las cuatro redes de grupos de población clave como en cada una de ellas. Aunque el sexdopaje se reconoce y practica más ampliamente entre hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres cis que tienen relaciones sexuales con hombres, los participantes que no pertenecen a estas comunidades también refirieron que practican el consumo de drogas con el fin de mejorar las experiencias sexuales, prolongarlas o ambos. Algunos participantes describieron esta actividad sin usar el término sexdopaje. Algunos trabajadores sexuales informaron haber participado en sexdopaje debido a la presión de los clientes y por necesidad económica.

Los grupos de población clave destacaron la necesidad de promover la concientización y la educación en torno al sexdopaje y de abordar la estigmatización y la discriminación hacia las personas que participan. Las personas que consumen drogas inyectables destacaron la importancia de ampliar la comprensión y cambiar el marco del sexdopaje al concepto de “consumo de drogas asociado con las relaciones sexuales” con el fin de contribuir a disminuir el prejuicio y de más bien alentar y apoyar a las personas para que participen en “culturas del cuidado”, incluidas ideas como “paquetes de acogida” o “estuches de seguridad” que se centren en la reducción de daños y alienten a las personas a “planificar para mantener la seguridad”.

La OMS recomienda diversas opciones de prevención de la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales, que son de interés para quienes practican el sexdopaje, incluidas las recomendaciones sobre preservativos y lubricantes para la prevención de la transmisión sexual del VIH y las ITS, la profilaxis previa a la exposición y la profilaxis posterior a la exposición para la prevención de la infección por el VIH y el suministro de agujas y jeringas estériles para la prevención de la infección por el VIH y las hepatitis virales (3). A pesar de esta orientación, las comunidades y los médicos están cada vez más preocupados por la baja aceptación de estas intervenciones de prevención antes, durante y después de participar en el sexdopaje, y por el riesgo continuo de exposición. Las intervenciones que tienen como objetivo aumentar la aceptación de estas intervenciones de prevención basadas en la evidencia, así como la vinculación con los servicios de pruebas y tratamiento y la integración de los servicios, podrían tener un impacto en la transmisión entre las personas que participan en el sexdopaje. Es esencial derivar hacia otros servicios pertinentes a quienes refieran casos de relaciones sexuales no consentidas o consumo de drogas.

Con base en las preferencias disponibles de la comunidad de población clave, la experiencia adquirida con la ejecución y en las intervenciones basadas en la evidencia ya recomendadas por la OMS, el Grupo de Elaboración de las Directrices formuló una declaración de buenas prácticas. El grupo reconoció la importancia de destacar este fenómeno en los programas relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales a fin de lograr la vinculación de las personas que participan en el sexdopaje a los servicios apropiados sin prejuicios.

Intervenciones en línea

Antecedentes y fundamento

Cada vez más, los servicios diseñados para grupos de población clave se prestan en línea mediante actividades de extensión que reconocen a las personas en riesgo, brindan información sobre los servicios disponibles, proporcionan información sobre las pruebas autoadministradas y pruebas, reservan citas para realizar pruebas y vinculan a las personas diagnosticadas con infección por el VIH, hepatitis virales o ITS con prestadores de servicios. Las posibles ventajas de los servicios en línea incluyen alcanzar un público más amplio, llegar a personas que están geográficamente aisladas, focalizar la información en personas específicas, mejorar la eficiencia y la conveniencia para los usuarios.

Diferentes formas de intervención se ejecutan en línea y las más comunes son:

- 1) Actividades de extensión en línea** dirigidas a los posibles usuarios de servicios dirigidos a grupos de población clave por conducto de plataformas en internet, lo cual implica llegar a las personas que no habían participado antes, mediante el uso de sistemas y estructuras como sitios web y aplicaciones de redes sociales, donde los grupos de población clave se comunican y reciben información y socializan.

- 2) **Manejo clínico de casos en línea** dirigido a grupos de población clave que han obtenido un resultado positivo y necesitan acudir a los servicios. Proporcionar manejo clínico de casos mediante sistemas en línea podría disminuir las pérdidas durante el seguimiento, brindar incentivos útiles (como recordatorios para reservar una cita o tomar un medicamento) y apoyo a los grupos de población clave.
- 3) **Información de salud focalizada** que utiliza sitios en internet y aplicaciones de redes sociales con el fin de focalizar los mensajes en función de los datos demográficos y las características de los usuarios. Por ejemplo, los anuncios en Facebook pueden dirigirse a usuarios de determinadas edades, perfiles políticos, ubicaciones geográficas, etc. La segmentación de la población puede permitir una focalización más específica de grupos de población clave destinatarios, con el objeto de brindar información personalizada o vinculación con los servicios de salud.

Examen de la evidencia

La OMS encargó una revisión sistemática para responder a la pregunta de si la prestación de servicios en línea mejora la utilización de la prevención, las pruebas, la vinculación con el tratamiento y la retención en el mismo relacionados con la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS por parte de los grupos de población clave, en comparación con la atención corriente.

Dada la diversidad de las intervenciones en línea, la revisión de la evidencia se dividió para considerar por separado los siguientes aspectos: actividades de extensión en línea, manejo clínico de casos en línea y la información de salud focalizada. Los resultados examinados fueron los siguientes:

- actividades de extensión en línea: número o proporción de personas a las que no se había llegado previamente, uso de los servicios de prevención, adhesión a la PrEP, utilización de la PEP, adhesión a la PEP, asesoramiento, preservativos, utilización de los servicios de pruebas de detección del VIH, las hepatitis virales y las ITS e inicio del tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS;
- manejo clínico de casos en línea: uso de servicios de prevención, uso de los servicios de pruebas de detección del VIH, hepatitis virales e ITS, inicio del tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, retención o finalización del tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, viremia (p. ej., VIH y VHC), curación (de ITS curables, p. ej., VHC, sífilis y gonorrea) y mortalidad; e
- información de salud focalizada en línea: uso de servicios de prevención, uso de los servicios de pruebas de detección del VIH, las hepatitis virales y las ITS, inicio del tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, retención o finalización del tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, viremia (p. ej., VIH y VHC), curación y mortalidad.

En la revisión sobre las actividades de extensión en línea se incluyeron dos ECA (364, 365) y un estudio transversal en serie (366), todos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; en la revisión sobre el manejo clínico de casos en línea se incluyeron cuatro ECA (367-370) en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero y personas reclusas en prisión y tres estudios observacionales (371-373) en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero y personas reclusas en prisión; y se incluyeron dos ECA (374, 375) y un estudio observacional (376), todos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en la revisión sobre la información de salud focalizada en línea.

Actividades de extensión en línea

En un ECA secuencial por conglomerados con diseño escalonado en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (de 16 años o más) en China se encontró equivalente (poca o ninguna diferencia) el uso autoinformado de preservativos entre los grupos que recibieron la intervención de pruebas de detección del VIH en línea comparados con los programas convencionales de pruebas de detección del VIH, prestados de manera sistemática en los centros locales de control de enfermedades y organizaciones comunitarias (RR: 1,00, IC 95%: 0,86 1,17). Se tuvo una certeza alta en que la estimación de la falta de efecto era cercana al efecto verdadero (364). En otro ECA en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en China se encontró que las actividades de extensión en línea pueden hacer poca o ninguna diferencia en el uso autoinformado de preservativos, independientemente del tipo de pareja, con una evidencia de certeza baja (RR: 0,90, IC 95%: 0,39 2,06) (377).

En un metanálisis de los mismos dos ECA se mostró con evidencia de certeza moderada un aumento probable en la realización de pruebas de detección del VIH (RR: 1,39; IC 95%: 1,21 1,60) (364, 377). En uno de estos ECA, se mostró con evidencia de certeza moderada que probablemente no había diferencia en la realización de pruebas para la sífilis (RR: 0,92; IC 95%: 0,70 1,21) (364).

En un estudio transversal en serie de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Estados Unidos, se mostró con evidencia de certeza moderada que probablemente se llegaba a más personas no alcanzadas en el pasado (366). Cuando solo se utilizaron métodos tradicionales de extensión (de octubre del 2011 a marzo del 2012), el departamento de salud pública local tuvo contacto con 60 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Después de ejecutar las actividades de extensión en la plataforma Grindr (de octubre del 2013 a marzo del 2014), el departamento se puso en contacto con 816 hombres que habían tenido relaciones sexuales con hombres. No hubo un denominador para calcular las tasas, solo el número de contactos (que puede incluir duplicados) y otros posibles factores de confusión, lo cual genera un posible riesgo de sesgo.

Manejo clínico de casos en línea

Con respecto a la adhesión a la PrEP, la evidencia de certeza baja de un ECA en hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero (de 15 a 19 años) en Tailandia, mostró que puede no haber diferencia en el uso de los servicios de PrEP al comparar a quienes utilizaron una aplicación de manejo clínico de casos en línea (proporcionada junto con los servicios estándar adaptados a las necesidades de las personas jóvenes) con personas que no usaron la aplicación, pero con los mismos servicios adaptados a las personas jóvenes (RR: 1,12, IC 95%: 0,78 1,59) (370).

Un ECA en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Estados Unidos no mostró diferencia en la aceptación de la repetición de las pruebas de detección del VIH (RR: 1,24; IC 95%: 0,78 1,95) (367), pero debido a la certeza muy baja, la confianza en esta estimación es limitada.

En un estudio de cohortes en personas con infección por el VIH recluidas en prisión en Estados Unidos se encontró que puede no haber diferencia en la vinculación con la atención después de la puesta en libertad, al comparar quienes usaron un sitio web adaptado o personalizado en línea con quienes solo tenían acceso en línea a un directorio de prestadores en una página web (RR: 1,09, IC 95%: 0,92 1,29) (certeza baja) (373). Otro estudio de cohortes en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero en Estados Unidos encontró que puede haber un aumento discreto en la proporción que recibió atención primaria relacionada con la infección por el VIH en los últimos seis meses, al comparar quienes completaron una intervención digital de orientación en la atención de la infección por el VIH durante seis meses con personas que no lo hicieron (RR: 1,20, IC 95%: 1,01 1,42) (certeza baja) (372).

En un ECA con certeza moderada, realizado en Estados Unidos, en 90 hombres con infección por el VIH que usan estimulantes y tienen relaciones sexuales con hombres, se encontró que en el grupo que recibió la intervención probablemente la adhesión general al TAR era mayor que en el grupo testigo a los cuatro meses: 89,0% (IC 95%: 83,4 94,6) con intervención comparado con 77,2% (IC 95%: 66,7 87,7) en el grupo testigo, lo que significa una diferencia en la adhesión al TAR de 11,8% (IC 95%: 0,34 23,2; $p = 0,04$). Sin embargo, dos meses después de la intervención, las mejoras en la adhesión probablemente se habían disipado: 85,3% (IC 95%: 80,0 90,6) en el grupo con intervención, comparado con 89,0% (IC 95%: 83,2–94,9) en el grupo testigo, lo que da una diferencia de -3,7% (IC 95%: -11,4 4,0; $p = 0,34$) (368).

En un ECA con certeza baja realizado en 110 personas con infección por el VIH, que pronto serían liberadas de prisión o puestas en libertad recientemente en Estados Unidos, se encontró que la divulgación en línea puede hacer poca o ninguna diferencia en la participación a la atención de la infección por el VIH, medida por el hecho de haber visto a un prestador de atención relacionada con el VIH en la comunidad, al menos una vez en las últimas 24 semanas (RR: 0,98; IC 95%: 0,85 1,12) (369). Un estudio de cohortes con certeza baja, realizado en Estados Unidos en 120 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero que tienen infección por el VIH, se encontró que el manejo clínico de casos en línea puede hacer poca o ninguna diferencia en la proporción de personas en cada grupo que autoinforma estar tomando TAR en la actualidad (RR: 1,19; IC 95%: 0,97 1,45) (372).

En el ECA con certeza baja, realizado en personas con infección por el VIH, recluidas en prisión en Estados Unidos, se encontró que estar en un grupo de intervención que recibió una entrevista motivacional computarizada y un plan individual de reducción de riesgos antes de la puesta en libertad, además de mensajes de texto sobre orientación relativa a la atención después de la liberación, hizo poca o ninguna diferencia en la supresión de la viremia (carga viral evaluada en laboratorio <200 copias/ml) (RR: 0,97; IC 95%: 0,69 1,36) (369). Un estudio de cohortes realizado en Estados Unidos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero que tienen infección por el VIH también encontró que el uso del manejo clínico de casos en línea hace poca o ninguna diferencia en la supresión de la viremia (carga viral autoinformada de <200 copias/ml) (RR: 1,05; IC 95%: 0,79 1,40) (372). Sin embargo, en otro estudio de cohortes con certeza moderada, realizado en 1201 personas recluidas en prisión en Estados Unidos se encontró una mejoría probable

en la proporción de participantes que tuvieron supresión de la viremia, evaluada en el laboratorio en alguna de sus primeras seis consultas de atención (RR: 1,53; IC 95%: 1,43 1,64) (371).

En ningún estudio se midieron los demás resultados de curación (p. ej., VHC, sífilis o gonorrea) ni la mortalidad.

Información focalizada en materia de salud

En un ECA con certeza baja, realizado en Estados Unidos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se encontró que la información de salud focalizada puede hacer poca o ninguna diferencia en la realización de pruebas de detección del VIH (medida dando seguimiento al resultado de la prueba del VIH, después de haber solicitado un estuche de pruebas autoadministradas del VIH y devolverlo) (RR: 2,19; IC 95%: 1,20 4,01), aunque más participantes solicitaron el estuche en el grupo de la intervención que en el grupo testigo (375). En un estudio transversal en serie realizado en Canadá en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, con certeza baja determinada mediante el método GRADE, también se encontró poca o ninguna diferencia en el número de personas que solicitaron una prueba de sífilis antes, durante o después de una campaña publicitaria de pruebas de la sífilis (RR: 1,00; IC 95%: 0,94 1,07) (376). Se realizó otro ECA en Estados Unidos en hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres (de 15 a 24 años). Según estos resultados, no está claro si la información virtual de salud focalizada mejora la tasa de pruebas de detección del VIH o las ITS (RR: 1,46; IC 95%: 0,72 2,94) porque el tamaño de la muestra fue muy pequeño (374).

Con base de la evidencia de un ECA realizado en Estados Unidos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, no está claro si la información de salud focalizada mejora la aceptación de los servicios de prevención (vacunación contra las ITS) porque la certeza de la evidencia fue muy baja (374). Ningún estudio midió otros resultados de interés como el tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS, la retención o finalización del tratamiento de estas afecciones, la viremia (p. ej., del VIH y VHC), la curación (de las ITS, p. ej., la sífilis y la gonorrea) ni la mortalidad.

Viabilidad, costo y costo-eficacia

El acceso a internet y a las aplicaciones de redes sociales ha aumentado de manera exponencial en los últimos años, incluso en los entornos de ingresos bajos. Muchos programas gubernamentales y comunitarios ya están utilizando servicios en línea dirigidos a grupos de población clave, lo que sugiere que es una intervención viable en muchos entornos (378).

Solo se incluyó un estudio en el examen de los costos (379). En este estudio realizado en Canadá en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se encontró que los anuncios de campañas de pruebas para la sífilis publicados durante un mes en cuatro plataformas tenían el más bajo cociente de costo por clic en las plataformas de conexión Grindr y Squirt, en comparación con las plataformas de redes sociales más tradicionales como Facebook y Gay Ad Network. Ningún estudio midió la costo-eficacia.

La evidencia indirecta presentada en la guía FHI360 sobre el presupuesto para usar internet (380) muestra un intervalo amplio de costos de los programas, dependiendo del ámbito de aplicación del trabajo, incluidos, entre otros: costos nacionales o regionales, nivel de conectividad, intensidad o escala del programa, abastecedores, viajes en persona o necesidades de capacitación y necesidades de equipo.

Valores y preferencias

En relación con las actividades de extensión en línea, en España, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres afirmaron que era aceptable recibir mensajes no solicitados sobre las pruebas rápidas de detección del VIH, la sífilis o el VHC en las redes sociales o aplicaciones para tener contactos (381). En Kenia, Ruanda, Sudán del Sur, Tanzania y Uganda, para casi la mitad de los encuestados que se autoidentificaron como una minoría sexual o de género era “muy probable” que participaran en un programa de salud sexual si las actividades de extensión se realizaban en línea utilizando mensajes de texto o correos electrónicos (382). En China, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres declararon un gran interés y disposición para usar una “función de búsqueda de médico adaptada a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres” en las aplicaciones móviles en línea para personas homosexuales (383).

En relación con el manejo clínico de casos en línea, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en China expresaron interés por las características o funciones relacionadas con la salud sexual que podrían integrarse en las aplicaciones existentes para teléfonos inteligentes o en el desarrollo de aplicaciones independientes (384). Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Estados Unidos estaban firmemente a favor de una aplicación para teléfonos inteligentes desarrollada para el manejo clínico de casos en línea (385). Las características positivas de este tipo de aplicaciones fueron su facilidad de utilización (fácil

de recorrer, rápida y cómoda), la capacidad de crear recordatorios o alarmas para tomar los medicamentos a una hora determinada cada día, los rastreadores de la adhesión y la comunicación con los prestadores de atención, lo cual ayudaba a los usuarios a sentirse respaldados en su proceso de atención. Varios estudios mencionaron preocupaciones con respecto a la garantía de la confidencialidad en el entorno en línea (368, 385, 386).

Cuando se preguntó a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sobre la información focalizada en materia de salud en línea, las respuestas expresaban un margen diverso de aceptabilidad; sin embargo, la mayoría se sentía cómoda interactuando con los servicios de salud en línea (376).

La investigación cualitativa realizada por cuatro redes de grupos de población clave (véase el [anexo B en línea](#) [en inglés]) mostró que, en general, los participantes de todos los grupos de población clave y todas las regiones apoyaron el uso de servicios y plataformas en línea para aumentar los servicios en persona. Al mismo tiempo, muchos participantes describieron dificultades asociadas con los diferentes niveles de acceso a internet, competencias digitales, así como las consecuencias más amplias de la pobreza.

En todos los grupos de población clave se hizo hincapié en que los servicios y plataformas en línea no pueden reemplazar los servicios de salud en persona. Los participantes insistieron en la importancia de mantener los servicios en persona, presenciales como una puerta de entrada a servicios de salud y apoyo más amplios, así como un medio para fomentar las conexiones personales y la confianza. Los participantes plantearon preocupaciones de seguridad asociadas con el hecho de dejar una huella digital.

Equidad y aceptabilidad

En un estudio cualitativo basado en cuestionarios respondidos por trabajadores de extensión de primera línea, gestores o voluntarios de salud pública que trabajaron con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en Canadá (387, 388), se observó que las tecnologías en línea han remodelado la “comunidad homosexual o queer”, han cambiado las normas de las interacciones sociales y sexuales y que estas tecnologías en línea pueden ayudar a llegar a personas difíciles de alcanzar. Encontraron que, en general, las actividades de extensión en línea facilitaban una mayor comunicación no intrusiva y anónima (beneficiosa para los usuarios), pero la retroalimentación rápida les ayudaba a responder a las necesidades de los usuarios. También describieron algunos obstáculos de las actividades de extensión en línea como la calidad del servicio, la colaboración entre los organismos de servicios de extensión y las empresas que poseen aplicaciones y sitios web, las limitaciones presupuestarias y de personal o de capacidad de los voluntarios y la seguridad y protección de los datos. A partir de sus propias experiencias, los prestadores de servicios mencionaron cuatro dilemas éticos a medida que las actividades de extensión se trasladaron a las plataformas en línea: 1) la gestión de los límites personales y profesionales con los usuarios; 2) la divulgación de información personal e identificable a los usuarios; 3) el mantenimiento de la confidencialidad y el anonimato del usuario; y 4) medidas de seguridad y almacenamiento de datos de la información en línea.

Si bien se señala que las plataformas en línea pueden tener un impacto importante en los subgrupos poblacionales de más difícil acceso como los trabajadores sexuales migrantes o los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres, los participantes en la investigación de valores y preferencias de las redes de grupos de población clave también destacaron el papel que desempeña la desigualdad digital en la mediación del acceso y la utilización de los servicios en línea. Se manifestaron preocupaciones, incluido un acceso limitado a la tecnología o al servicio eléctrico, los costos altos de los servicios de datos y los diferentes grados de competencias digitales, como factores que afectan el uso y el impacto de las herramientas y plataformas en línea. Las personas con acceso limitado o controlado a dispositivos móviles, sobre todo mujeres y adolescentes, eran especialmente vulnerables a la desigualdad digital (378). Estos problemas pueden verse exacerbados por la penalización y las actuaciones de las fuerzas de orden público.

Evaluación de la evidencia y toma de decisiones

En general, la evidencia indica que la prestación de servicios en línea es al menos tan eficaz como los servicios cara a cara, en cuanto se refiere a llegar a nuevas personas, el uso de servicios de prevención de la infección por el VIH y las ITS, la vinculación y la retención en la atención relacionada con la infección por el VIH. Aunque la evidencia del efecto fue modesta o pequeña para algunos resultados y para otros resultados no se encontró ningún efecto, la evidencia no mostró peores resultados al emplear algún método de prestación de servicios en línea. Estas intervenciones son viables, aceptables y pueden aumentar la equidad. Las necesidades de recursos variarán según el entorno y la intervención, y la costo-eficacia es incierta.

Para algunas personas que no pueden asistir a los servicios cara a cara, los servicios en línea pueden ofrecer el único medio de recibir información, apoyo, derivación y manejo clínico. Pero si bien el uso de servicios en línea está aumentando, todavía hay limitaciones relacionadas con el alcance. Además, los grupos de

población clave afirmaron que valoran los servicios en línea, pero sostuvieron firmemente que estos servicios deberían complementar y no reemplazar los servicios presenciales. Los posibles perjuicios relacionados con la seguridad y la confidencialidad de los datos fueron motivo de preocupación especial para estos grupos que pueden participar en actividades penalizadas y estigmatizadas y ser objeto de discriminación, detención o acoso si se viola la confidencialidad. Por estas razones, se hizo una recomendación condicional a favor de los servicios en línea.

Consideraciones relacionadas con la ejecución

Los servicios en línea complementan, pero no reemplazan las interacciones cara a cara y deben formar parte de programas más amplios relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales dirigidos a los grupos de población clave. La planificación sistemática de las formas en que los servicios en línea pueden complementar otros servicios y escoger el público destinatario debe llevarse a cabo de manera que los grupos de población clave desempeñen un papel central en su diseño, ejecución y seguimiento. El desarrollo de contenido debe fundamentarse en contenidos e información de salud apropiados y precisos, en consonancia con las prácticas recomendadas (p. ej., las directrices de los programas de salud o las prácticas normativas basadas en la evidencia) (389). Los planes de creación de demanda, los conjuntos de prestación de servicios y los enfoques deben personalizarse, en función de la situación y las prioridades de los países. Los servicios en línea pueden ser gestionados y ejecutados de manera eficaz por pares del grupo de población clave.

Se debe hacer todo lo posible por lograr un acceso equitativo a internet, mejorar la alfabetización e impartir la capacitación adecuada cuando sea necesario. Cuando persisten barreras para que los grupos de población clave accedan a los servicios en línea, es necesario tenerlo en cuenta al planificar y ejecutar los programas en línea.

Es necesario mantener la seguridad y protección de los servicios en línea por los siguientes medios: dando seguimiento a los perjuicios, con declaración explícita y utilización de información desidentificada tanto como sea posible; manteniendo la protección y el almacenamiento de datos y capacitando a todo el personal sobre las medidas de protección de datos; pensando en el entorno y utilizando una denominación amplia que no lleve a identificar a ciertos grupos de población clave; impartiendo capacitación al personal sobre la confidencialidad del usuario; verificando las licencias y credenciales de los profesionales de la salud cuando corresponda; usando dispositivos y aplicaciones de internet seguros; y prestando servicios únicamente con el consentimiento informado de los usuarios (390).

La OMS tiene más orientaciones y recomendaciones sobre la salud digital de la población en general, así como un marco para planificar, elaborar y ejecutar soluciones con las personas jóvenes y para ellas (180, 389).

Lagunas en materia de investigación

La investigación publicada disponible sobre los servicios en línea dirigidos a los grupos de población clave consiste sobre todo en estudios en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos altos y se relaciona con el VIH. Se precisan nuevas investigaciones sobre la accesibilidad, la seguridad y la efectividad de los servicios en línea para otros grupos de población clave, las diversas experiencias y preferencias de los diferentes grupos en entornos de ingresos bajos y medios y su efecto sobre los resultados relacionados con las ITS y las hepatitis virales. El seguimiento y la evaluación continuas y la publicación de los resultados de la ejecución también respaldarán y ayudarán a perfeccionar las orientaciones futuras.

Se necesita más investigación sobre la costo-eficacia de los diferentes tipos de servicios en línea por grupos de población clave.

Orientación a cargo de pares facilitadores

Antecedentes

La orientación a cargo de pares facilitadores se basa en el concepto de facilitar orientación al paciente, según el cual los pacientes vulnerables reciben asistencia directa para ayudarles a encontrar su camino por los complejos sistemas de atención de salud, con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento oportunos. En lugar de funcionarios profesionales de la salud, miembros no profesionales del personal que son pares de los participantes desempeñan esta función y, por lo tanto, podrían fomentar la confianza que sienten estos grupos (391). Si bien se recomienda que los prestadores no profesionales, incluidos los miembros de grupos de población clave, realicen las pruebas de detección del VIH y la distribución del TAR (190), la función del par facilitador es diferente. Los pares facilitadores de un grupo de población clave a menudo se emplean en servicios basados en la comunidad, entornos de atención primaria de salud y establecimientos de pruebas y tratamiento que están diseñados para atender a personas de estos grupos. Su función es brindar apoyo a estas personas después de que han obtenido un resultado positivo, para que accedan a los servicios de

diagnóstico confirmatorio y tratamiento; respaldar la etapa temprana del tratamiento con un apoyo periódico por pares, así como acompañar a los miembros del grupo de población clave a las citas; y facilitar orientación para que puedan recurrir a otros servicios de salud conexos. Esta función es importante ya que los miembros de grupos de población clave a menudo están infrarrepresentados en los programas de tratamiento y pueden ser reticentes a acceder al tratamiento, debido a su temor a las actitudes discriminatorias de los prestadores de atención de salud y otros miembros del personal en los entornos de atención médica y debido a su falta de experiencia con los programas convencionales realizados en los establecimientos.

Examen de la evidencia

La OMS encargó una revisión sistemática con el fin de responder a la pregunta sobre si los pares facilitadores mejoran el inicio y la retención en los programas de tratamiento de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS de las personas de grupos de población clave. Los resultados examinados fueron el lapso hasta el diagnóstico o la vinculación con la atención, el inicio del tratamiento, la retención y la finalización del tratamiento, la viremia, la curación y la mortalidad.

Se incluyeron cuatro estudios (dos ECA y dos estudios observacionales) en la revisión sistemática diseñada para determinar el efecto de los pares facilitadores sobre el lapso hasta el diagnóstico, la vinculación con la atención, la retención o finalización del tratamiento y la viremia o la curación de la enfermedad. Todos estos estudios midieron los resultados relacionados con el VIH y ninguno midió resultados sobre las ITS o las hepatitis virales.

En un ECA realizado en Estados Unidos, con evidencia de certeza alta, no se encontró diferencia en la probabilidad de citas de atención relacionadas con el VIH después de la puesta en libertad de personas recluidas en prisión vinculadas con pares facilitadores (RR: 0,95; IC 95%: 0,81 1,12) (391), un ECA en trabajadoras sexuales en Tanzania encontró que puede haber mejoras en la vinculación con los servicios de atención (RR: 1,44; IC 95%: 1,15 1,80), pero la certeza de este efecto fue baja (128) y un estudio observacional en mujeres transgénero en Estados Unidos encontró mejoras en la vinculación con la atención cuando las personas recibieron la asistencia de pares facilitadores (coeficiente de regresión 0,38; IC 95%: 0,09 0,67) con una certeza moderada de que el efecto verdadero estaba cerca de esta estimación del efecto (392).

Se encontró que el empleo de pares facilitadores aportaba mejoras modestas al uso actual del TAR en un ECA en Tanzania (RR: 1,28; IC 95%: 1,05 1,55) (128) y un estudio observacional en República Dominicana (RR: 1,11; IC 95%: 1,03 1,19) (393), ambos con una evidencia de certeza baja. El ECA en personas recluidas en prisión no encontró diferencias en el uso del TAR con la orientación a cargo de pares facilitadores (RR: 0,97; IC 95%: 0,87 1,08) y hubo una certeza moderada de que el efecto verdadero estaba cerca de esta estimación del efecto (391).

Un ECA mostró mejorías en la carga viral indetectable con la orientación a cargo de pares facilitadores (RR: 1,38; IC 95%: 1,03 1,85) con certeza alta, que indica que esta estimación está muy cerca del efecto verdadero (391), pero los demás estudios no encontraron diferencias (128, 392, 393), todos con certeza moderada. Ningún estudio midió los resultados del inicio del tratamiento, la curación ni la mortalidad.

Viabilidad, costo y costo-eficacia

Se han empleado pares facilitadores en servicios comunitarios y basados en los establecimientos en varios entornos diferentes, y es factible introducir esta función en los programas nuevos o existentes.

En una revisión sistemática no se encontró ninguna investigación sobre el costo o la costo-eficacia de los pares facilitadores del grupo de población clave en los programas relacionados con la infección por el VIH, las ITS o las hepatitis virales. Los miembros del Grupo de Elaboración de las Directrices juzgaron que, cuando los pares facilitadores trabajan para apoyar los programas existentes, el costo asociado con su empleo puede considerarse moderado y corresponde al salario, la capacitación, el transporte y herramientas como los teléfonos móviles.

Valores y preferencias

Se llevó a cabo una investigación cualitativa dirigida por grupos de población clave con el fin de evaluar los valores y preferencias asociados con la orientación a cargo de pares facilitadores en todos los grupos de población clave, excepto en las personas recluidas en prisión (véase un informe detallado en el [anexo B en línea](#) [en inglés]). Aunque el término “pares facilitadores” no fue unánimemente reconocido por todos los participantes, la práctica de que haya pares que ayuden con el acceso a los servicios de salud y que proporcionen información, educación y derivación fue muy valorada por los participantes en los cuatro grupos de población clave. Los participantes apoyaron tanto el concepto de pares facilitadores, así como

su capacidad para “actuar como un puente entre dos mundos diferentes”. En algunos entornos, los pares facilitadores se describieron como una de las únicas herramientas disponibles para llegar a las comunidades. Los pares facilitadores fueron considerados como facilitadores a lo largo del proceso continuo de pruebas y tratamiento, que incluye la vinculación, la continuidad y la reincorporación al tratamiento.

Equidad y aceptabilidad

Los pares facilitadores de los grupos de población clave mejoran la vinculación con la atención y la retención en los programas de tratamiento de personas que de otro modo podrían ser excluidas debido a barreras estructurales como la estigmatización, la alfabetización deficiente y la pobreza. A este respecto, los pares facilitadores cumplen una función importante en la mejora de la equidad al ayudar a las personas con acceso desigual a la atención de salud para que ingresen a los programas de pruebas y tratamiento.

En una revisión sistemática se encontraron dos estudios de aceptabilidad relacionados con pares de grupos de población clave, en los cuales se mostraba que los profesionales de la salud sobrecargados acogían con beneplácito la asistencia de los pares facilitadores y proponían tareas apropiadas para ellos. Sin embargo, se expresaron preocupaciones con respecto a que los usuarios se volvieran demasiado dependientes de los pares facilitadores (no son capaces de autogestionar su cuidado), y hubo algunas reacciones negativas y discriminatorias de la comunidad hacia los grupos de apoyo para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (394). En México, el personal de una organización basada en la comunidad opinó que los pares facilitadores podían abordar la estigmatización y el apoyo social. Sin embargo, se analizaron preocupaciones sobre la interferencia de la policía con los pares facilitadores, y si esto exponía a los pares y a las personas que recibían sus servicios al riesgo de acoso y detención (395).

Evaluación de la evidencia y toma de decisiones

Entre los beneficios de recurrir a pares facilitadores se cuentan, como se describió arriba, la posibilidad de que mejoren la vinculación con la atención y la retención en el tratamiento. Los miembros del grupo de población clave atribuyen un gran valor a los servicios aportados por sus pares y el empoderamiento de la comunidad es una intervención basada en la evidencia (122, 127). Se observó que todos los miembros del grupo de población clave no siempre desean el apoyo de pares facilitadores, en especial cuando las personas no quieren revelar su estado de enfermedad a sus pares.

Los pares facilitadores aumentan la equidad y la orientación a cargo de pares facilitadores es una intervención viable. Los costos varían mucho dependiendo del entorno y se desconoce la costo-eficacia.

La evidencia incluida en la revisión sistemática solo fue pertinente para los programas relacionados con la infección por el VIH, aunque los programas de ITS y hepatitis virales también emplean pares facilitadores. Se decidió que había evidencia indirecta adecuada para formular una recomendación que se aplicara a las tres enfermedades. Con base en la evidencia de certeza moderada a favor de los pares facilitadores, el valor otorgado a los pares facilitadores por los grupos de población clave y el probable efecto positivo sobre la equidad, el Grupo de Elaboración de las Directrices formuló una recomendación condicional a favor de la orientación a cargo de pares facilitadores.

Consideraciones relacionadas con la ejecución

Cada vez se emplean más pares facilitadores del grupo de población clave en los servicios de salud, junto con pares del grupo de población clave que desempeñan diferentes funciones (incluida la planificación, el mapeo, la gestión, la educación, el apoyo a la adhesión, las actividades de extensión, las pruebas, la distribución de medicamentos, el tratamiento de sobredosis, los preservativos y las agujas y jeringas, etc.). Todos los pares que trabajan en los servicios relacionados con la infección por el VIH, las ITS y las hepatitis virales deben ser reconocidos como parte del personal de salud, tener una remuneración justa y recibir capacitación y mejoramiento continuos para cumplir sus funciones. Los pares facilitadores pueden correr riesgos suplementarios como detención y violencia, porque la policía u otras personas pueden reconocerlos como miembros de grupos de población clave; por lo tanto, deben adoptarse medidas encaminadas a proteger de todo riesgo adicional a los pares facilitadores, en especial cuando se trata de jóvenes pares de los grupos de población clave.

Según los participantes en la investigación de valores y preferencias de los grupos de población clave, entre los rasgos primordiales para una acción eficaz de los pares facilitadores se cuentan la pasión por la comunidad y el tema de la salud, la comunicación, la compasión, las habilidades de escucha, de apoyo, la experiencia de primera mano, la confiabilidad, la empatía y la dedicación. Los participantes también destacaron la

importancia de que la edad, el género y el bagaje cultural y lingüístico de los pares facilitadores sean adecuados.

Aunque en general es valorado por los grupos de población clave, no todos los miembros del grupo de población clave necesitan o quieren el apoyo de un par facilitador. Las preocupaciones sobre la confidencialidad pueden significar que algunas personas prefieren no revelar su estado de enfermedad infecciosa a un par; por lo tanto, no se sentirán cómodos recurriendo a los servicios de un par facilitador, lo que destaca la importancia de una elección fundamentada al ejecutar esta intervención.

Lagunas en materia de investigación

Aunque es considerable la investigación disponible sobre la eficacia de los pares como personal de apoyo al tratamiento y sobre los pacientes facilitadores, no es mucha la investigación sobre este tema en relación específicamente con los grupos de población clave. Se precisan más estudios que permitan comprender la eficacia de diferentes enfoques para diversos grupos de población clave de todas las edades, así como para las ITS y las hepatitis virales. En general, se necesita una mejor investigación sobre los enfoques que funcionan para mejorar los resultados del tratamiento en los grupos de población clave.

Recomendaciones sobre la hepatitis C: introducción

La OMS dispone de medios diagnósticos y tratamientos eficaces y asequibles de la hepatitis C y los recomienda (184, 185, 193, 396), pero con el fin de alcanzar los objetivos de eliminación se necesitará un rápido aumento de la disponibilidad y accesibilidad de las pruebas de detección del VHC y el tratamiento para todos los grupos de la población, incluidos los que corren un mayor riesgo y los que tienen reinfección por el VHC.

El VHC causa infecciones agudas y crónicas. Las infecciones agudas suelen ser asintomáticas y en su mayor parte no conllevan un riesgo mortal. Después de una infección por VHC contraída recientemente, cerca de 30% (15% a 45%) de las personas con la infección eliminan el virus de manera espontánea en los seis meses posteriores a la infección, sin tratamiento (15), con una mediana del lapso hasta la eliminación de 16,5 semanas. La eliminación espontánea del virus es más probable en las mujeres, la infección por el genotipo 1 y en personas con manifestaciones clínicas de hepatitis aguda, pero es menos probable en las personas con infección por el VIH (397). En el 70% restante (55% a 85%), la infección se cronifica. El riesgo de evolución hacia la cirrosis que corren las personas con infección crónica por el VHC oscila entre 15% y 30% en un periodo de 20 años (193). Es importante destacar que las personas que eliminan la infección por el VHC de manera espontánea o después del tratamiento no son inmunes al virus y las personas con riesgo y exposición continuos pueden reinfectarse.

El “tratamiento con fines de prevención” se está convirtiendo en una parte primordial de un enfoque multifacético de salud pública encaminado a la eliminación del VHC. La identificación temprana de las infecciones primarias y recurrentes por el VHC, así como el tratamiento oportuno, son vitales en el marco de una estrategia de tratamiento con fines de prevención, a fin de reducir la transmisión y la morbilidad y mortalidad relacionadas con la hepatopatía (398), en especial en países donde muchas de las infecciones nuevas por el VHC se presentan en los grupos de población clave.

Repetición de la prueba del VHC después de la resolución de una infección por el VHC

Antecedentes y fundamento

Después de la infección por VHC y el tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) o la eliminación espontánea del VHC, los comportamientos que conllevan un riesgo continuo de exposición, el acceso deficiente a las intervenciones de prevención y las barreras estructurales persistentes para grupos como las personas que consumen drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres pueden conducir a la reinfección por el VHC, que a menudo se pasa por alto. La posibilidad de reinfección por el VHC sigue siendo un obstáculo importante al logro de los objetivos de eliminación de este virus. Desde una perspectiva del paciente, la preocupación por la reinfección por el VHC sigue siendo un factor importante de las barreras a nivel del prestador y el sistema de salud, para el tratamiento del VHC en personas que se perciben con un riesgo alto de reinfección después de la curación (399). Desde una perspectiva poblacional, la eliminación depende de diagnosticar y tratar a suficientes personas con la infección, a fin de reducir la prevalencia general en la población y, por lo tanto, reducir el grupo de personas que pueden sostener la epidemia al transmitir la infección a los demás. Si las personas con riesgo alto de transmisión no reciben el diagnóstico y tratamiento del VHC de manera oportuna, esto puede plantear un desafío continuo a la eliminación del VHC en toda la comunidad y a escala mundial (220).

Con el objeto de responder a la omisión de diagnósticos de reinfección por el VHC en los grupos prioritarios, ofrecer atención continua y aumentar el acceso al tratamiento, varias directrices nacionales e internacionales incluidas las de la OMS proponen realizar pruebas seriadas para la reinfección por el VHC en grupos prioritarios, pero no indican una frecuencia específica de las pruebas (184, 400). La determinación de esta frecuencia óptima ayudará, en el marco de una estrategia de tratamiento con fines de prevención, a reducir la incidencia y la prevalencia del VHC en especial en los grupos más afectados de la población.

Examen de la evidencia

La OMS encargó una revisión sistemática para responder a la pregunta sobre la frecuencia con la que pacientes con riesgo continuo de infección por el VHC deben someterse de nuevo a las pruebas de viremia (mediante PAAN) que detecten el ARN del VHC o el antígeno central del VHC, después de la eliminación espontánea o inducida por el tratamiento. El resultado primario examinado fue la tasa de detección de reinfección por el VHC y los resultados secundarios fueron la utilización de la prueba de determinación de la viremia (ARN o antígeno central del VHC); la vinculación con la evaluación clínica o el inicio del tratamiento después de la reinfección o ambos; el comportamiento de riesgo; y eventos adversos o perjuicios sociales.

No se encontraron ECA ni estudios comparativos. En la revisión se incluyeron 35 estudios con otros diseños; 33 fueron estudios observacionales de un solo grupo y dos fueron estudios de modelización. Los 33 estudios observacionales que incluyeron 10 857 participantes (los grupos de población clave incluidos en las publicaciones fueron personas que consumen drogas inyectables, personas en reclusión o entornos cerrados y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) en riesgo de reinfección por el VHC, notificaban la incidencia de reinfección por el VHC por 100 años persona, por lo tanto, se incluyeron en un metanálisis. Los estudios incluidos no informaron resultados sobre ninguno de los resultados secundarios.

Los estudios tuvieron intervalos variables de las pruebas; con el objeto de responder a la pregunta de la investigación, la comparación más significativa fue entre los estudios que realizaron pruebas cada tres a seis meses comparados con estudios que realizaron pruebas con intervalos superiores a seis meses.

La estimación general de la incidencia combinada de reinfección por el VHC fue de 4,73 por 100 años persona (IC 95%: 3,68 5,78). La estimación de incidencia combinada en las personas que consumen drogas inyectables fue de 3,94 por 100 años persona (IC 95%: 2,83 5,05), en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres fue de 7,11 por 100 años persona (IC 95%: 4,16 10,06) y en las personas en entornos de custodia de 6,00 por 100 años persona (IC 95%: 0,00 12,31). La evidencia de certeza muy baja mostró que en los estudios que notificaron un intervalo de pruebas cada tres a seis meses, la estimación de la incidencia combinada de 5,88 por 100 años persona (IC 95%: 4,14 7,61) fue mayor que en los estudios que notificaron pruebas con una frecuencia inferior a cada seis meses (hasta cada 12 meses) de 3,08 por 100 años persona (IC 95%: 1,81 4,35). Además, en las personas que consumen drogas inyectables, la evidencia de certeza muy baja mostró que la incidencia de reinfección combinada de 5,39 por 100 años-persona (IC 95%: 3,47-7,31) en los examinados cada tres a seis meses era mayor, en comparación con los examinados con una frecuencia inferior a cada seis meses (hasta cada 12 meses) de 1,84 por 100 años persona (IC 95%: 0,64 3,05). Dada la certeza muy baja, la confianza en estos resultados es limitada. No se notificaron diferencias en la incidencia en otros grupos de población de los estudios incluidos.

También se encontraron dos estudios de modelización que comparaban directamente esquemas de pruebas del VHC más y menos frecuentes. Un estudio de modelización en India utilizó un modelo cerrado de Markov de reinfección en las personas que consumen drogas inyectables en India. Asumieron 6,2 millones de pacientes crónicos con VHC, 10% de infecciones diagnosticadas por año, una tasa de reinfección de 1,0 por 100 años persona, eficacia basal sostenida de los AAD de 90%, el costo de los AAD de US\$ 900 por un ciclo de tres meses y los costos corrientes en India del tratamiento de la hepatitis C. En un análisis de sensibilidad después del tratamiento eficaz, los autores compararon una estrategia de prueba única un año después de la respuesta virológica sostenida con la estrategia corriente de pruebas anuales. Encontraron que las pruebas anuales en curso eran más eficaces (0,4 AVAC por persona tratada), ahorran costos (US\$ 993 por persona) y eran muy costo-eficaces, con un cociente negativo de costo-eficacia incremental (401).

En un estudio de modelización en Francia se utilizó un modelo de compartimento dinámico determinista en hombres positivos frente al VIH que tienen relaciones sexuales con hombres en Francia, asumiendo una prevalencia basal del VHC de 3,6%. Su situación hipotética basal incluía el tratamiento de todos los pacientes con AAD y pruebas cada 12 meses en la población y preveía que la incidencia del VHC disminuiría de 0,98 a 0,24 por 100 años persona. Los autores encontraron que las pruebas más frecuentes (cada tres, tres a seis o seis meses) se asociaban con disminuciones adicionales del valor inicial de la incidencia general del VHC para el 2030. También se modelizó la incidencia de reinfección en estas situaciones hipotéticas y se demostró

que las pruebas cada tres, tres a seis y seis meses reducían la incidencia de reinfección por el VHC para el 2030 significativamente más que la frecuencia de pruebas de referencia (cada 12 meses), aunque hubo poca diferencia en las reducciones con pruebas cada seis meses (18,5%), cada tres a seis meses (21,5%) y cada tres meses (23%) (402).

En general, la evidencia es de certeza muy baja de que las pruebas más frecuentes puedan detectar más infecciones y, por lo tanto, ser benéficas al contribuir a prevenir la transmisión ulterior si las personas están vinculadas al tratamiento y la atención. Algunas de las diferencias entre los intervalos de las pruebas pueden haberse encontrado porque los investigadores y los médicos eran más propensos a evaluar con frecuencia a los pacientes con mayor riesgo de reinfección.

Valores y preferencias

Las preferencias con respecto a la frecuencia de las pruebas del VHC variaron mucho entre los tres grupos de población clave a los que se les hizo esta pregunta en el estudio cualitativo de valores y preferencias dirigido por los grupos de población clave (personas que consumen drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores sexuales) (véase el [anexo B en línea](#) [en inglés]). Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres señalaron la falta de protocolos y la necesidad de evidencia para orientar las recomendaciones sobre la frecuencia de las pruebas del VHC. Por su parte, los trabajadores sexuales se manifestaron con respecto a la frecuencia preferida para las pruebas del VHC con un amplio margen, desde una vez a la semana hasta una vez al año y muchos participantes consideraban que cada tres a seis meses era óptima. Las personas que consumen drogas inyectables propusieron que las personas se hicieran la prueba cada tres meses durante el primer año después de la eliminación del virus y luego cada seis o 12 meses, dependiendo del perfil de riesgo.

Los trabajadores sexuales y quienes consumen drogas inyectables prefirieron que se dispusiera de pruebas regulares de detección del ARN del VHC y que se volvieran a realizar después de la curación, y fomentaron enfoques equivalentes a los del VIH de “realizar pruebas y ofrecer tratamiento”, mediante los cuales se promueve públicamente y positivamente el seguimiento periódico, se facilitan las pruebas generalizadas y se alienta el tratamiento inmediato de las personas diagnosticadas. Todos los grupos destacaron las preocupaciones asociadas con la penalización, la estigmatización y la discriminación, señalando que las pruebas siempre deben ser de carácter voluntario.

Una abrumadora mayoría de grupos de población clave prefería que los servicios del VHC fueran dirigidos por la comunidad y estuvieran disponibles en entornos comunitarios, a fin de responder a preocupaciones relacionadas con la seguridad, la confidencialidad, la estigmatización y la discriminación, así como la penalización. Se necesitará mayor capacitación y recursos para apoyar a las organizaciones comunitarias en esta tarea. Las personas que consumen drogas inyectables enfatizaron la importancia de integrar las pruebas del VHC en un enfoque más amplio de reducción de daños que no se centre en la abstinencia, incluida la oferta de tratamiento pangenotípico con AAD y la prevención de la infección por el VHC para las personas recluidas en prisión.

No se encontraron otros estudios sobre valores y preferencias conexos durante la revisión sistemática.

Utilización de recursos: costos y costo-eficacia

Los costos, tanto para las pruebas que confirman la presencia de viremia por el VHC como para el tratamiento de las personas detectadas con un resultado positivo frente al VHC, varían de manera considerable, dependiendo de los entornos y los países. En concreto, las PAAN y el antígeno central del VHC son relativamente costosos en muchos entornos de ingresos bajos y medios.

La realización más frecuente de pruebas podría implicar un aumento a corto plazo de los costos de las pruebas, los costos de las citas ambulatorias, incluido el personal y, si se detectaran más reinfecciones, los costos a corto plazo del aumento del tratamiento. El enfoque también puede conllevar costos de oportunidad para el tiempo y la atención que dedica el personal médico y administrativo. Realizar con más frecuencia las pruebas a las personas después de haber recibido un tratamiento eficaz también puede desviar recursos de otros programas de pruebas, como los que buscan llegar a una población más amplia de personas que no han tenido acceso a pruebas ni tratamiento.

A largo plazo, puede haber ahorros de costos al evitar los costos de la hepatitis avanzada y la insuficiencia hepática. La modelización aporta un cierto respaldo a la evidencia (401, 403); un estudio indica que realizar pruebas anuales más frecuentes para diagnosticar la reinfección después del tratamiento en las personas que consumen drogas inyectables, en general ahorra costos, en comparación con una sola repetición de la prueba (220).

Equidad

La realización más frecuente de las pruebas de detección del VHC podría aumentar el diagnóstico temprano y el tratamiento de la reinfección por el VHC en grupos prioritarios y así reducir la infección por este virus y mejorar la equidad en la salud. Sin embargo, es posible que el aumento en la frecuencia de las pruebas también aumente la carga de las intervenciones médicas para los pacientes que pueden tener enfermedades concomitantes múltiples y una carga alta de tratamiento y exploraciones complementarias. Las pruebas deben ser de carácter voluntario y siempre se debe tratar de racionalizar las citas médicas y los exámenes complementarios.

Viabilidad y aceptabilidad

La accesibilidad y el costo de las PAAN y las pruebas del antígeno central del VHC son muy variables en los diferentes entornos. Por lo tanto, la viabilidad depende del entorno, la disponibilidad de recursos y las capacidades del sistema de salud. En entornos donde se cuenta con soluciones en el punto de atención o servicios de vinculación bien establecidos, la repetición frecuente de las pruebas puede ser un enfoque viable. Sin embargo, para algunas personas, la oferta de pruebas más frecuentes en función del riesgo puede ser estigmatizante y crear obstáculos para acceder a los servicios. Además, puede ser difícil evaluar correctamente el riesgo continuo de exposición, sobre todo en entornos donde los grupos de población clave son penalizados y estigmatizados, ya que las personas pueden optar por no revelar los comportamientos de riesgo y por la misma razón no siempre será posible conocer los antecedentes de tratamiento o eliminación del virus de las personas. Además, el aumento de la frecuencia de las pruebas, en especial en el intervalo de cada tres a seis meses, puede significar una carga importante de tiempo y recursos, lo cual puede influir en la aceptabilidad por parte los prestadores de atención y los encargados de la formulación de políticas.

Evaluación de la evidencia y toma de decisiones

La revisión encontró evidencia de certeza muy baja, a partir de estudios observacionales con una sola rama y estudios de modelización limitados, a favor de la repetición más frecuente de las pruebas en pacientes con riesgo alto continuo de reinfección por el VHC, en especial en pacientes que consumen drogas inyectables. En general, el Grupo de Elaboración de las Directrices determinó que la evidencia tenía una certeza muy baja. Si bien la evidencia del efecto fue baja sobre el resultado principal, el grupo puso de relieve que las pruebas de detección de la viremia en personas con riesgo continuo de exposición y con antecedente de eliminación de la infección pueden tener beneficios tanto a escala individual como poblacional.

Los principales perjuicios físicos de los análisis de sangre del VHC más frecuentes son relativamente menores, como molestias de corta duración y hematomas. También se debe tener en cuenta el riesgo muy raro de resultados positivos falsos.

Teniendo en cuenta la evidencia de los beneficios de las pruebas para detectar la reinfección cada tres a seis meses; el respaldo relativamente sólido de los valores y preferencias de la comunidad; la posibilidad de ampliar las opciones de los pacientes; la viabilidad de la ejecución; además de la posible costo-eficacia y mejora de la equidad, el Grupo de Elaboración de las Directrices opinó que los beneficios generales superaban los posibles perjuicios y riesgos. La realización más frecuente de las pruebas en personas con riesgo continuo de exposición puede detectar a más personas con infección virémica por el VHC; en los posibles beneficios de esta decisión se incluyen los de escala poblacional como la reducción de la incidencia y prevalencia del VHC con el transcurso del tiempo, dado que se tratan más infecciones y, en consecuencia, se reduce la posibilidad de transmisión comunitaria y de escala individual con mejores resultados de los pacientes relacionados con el diagnóstico temprano. Los pacientes también pueden beneficiarse con una mejor participación en el sistema de atención de salud para otras intervenciones como el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides.

El Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció que la frecuencia de las pruebas para detectar la reinfección debía contextualizarse y adaptarse a la incidencia de reinfección de una población. Además, los costos a corto plazo y la accesibilidad de los medios diagnósticos que detectan la viremia (NAAT y pruebas del antígeno central del VHC) pueden ser una limitación a la ampliación de la recomendación en algunos entornos. Habida cuenta de la consideración de los márgenes, el Grupo de Elaboración de las Directrices convino en formular una recomendación condicional.

Consideraciones relacionadas con la ejecución

En general, una respuesta eficaz frente al VHC requiere servicios de prevención, pruebas y tratamiento disponibles, accesibles, asequibles y coordinados, con vías de prestación de servicios y derivación integradas bien diseñadas. Es importante destacar que la frecuencia de repetición de las pruebas debe contextualizarse y que la recomendación tiene por finalidad orientar los programas hacia una posible frecuencia de repetición.

La planificación de la frecuencia de las pruebas a escala nacional debe tener en cuenta las necesidades de recursos y la evolución de los perfiles epidemiológicos en determinados grupos de la población y entornos. Además, el manejo clínico de la infección por el VHC debe incluir la detección del VIH, las ITS y la notificación voluntaria a la pareja o compañeras y compañeros (de inyección de drogas) para las pruebas del VHC, cuando sea apropiado. Es importante destacar que los enfoques y políticas de realización de pruebas deben elaborarse con el respaldo de las comunidades afectadas y en colaboración con ellas.

Uno de los principales objetivos de ampliar las pruebas, la derivación y la vinculación al tratamiento a las personas con riesgo continuo de exposición es la posibilidad de beneficios a escala de la población y una reducción de la transmisión del VHC. Se deben ofrecer pruebas frecuentes para detectar la viremia junto con intervenciones complementarias basadas en la evidencia para disminuir el riesgo de VHC y servicios de prevención primaria, como la reducción de daños (distribución de agujas y jeringas y tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides), que siguen siendo una prioridad y deben ofrecerse al mismo tiempo que las pruebas para diagnosticar la reinfección, sin restarles prioridad. Esta nueva recomendación es particularmente pertinente en los países y entornos donde la reducción de la incidencia del VHC es un objetivo importante del programa e incluye estrategias como la microeliminación en determinados grupos de la población.

Dado que la accesibilidad a las PAAN que detectan el ARN del VHC y a las pruebas del antígeno central del VHC varía de manera considerable en los diferentes entornos y a menudo está centralizada, pues la mayoría de las pruebas requieren procesamiento en laboratorios centrales, se necesitan modelos descentralizados de atención, con una mayor disponibilidad de pruebas en el punto de atención, de manera que sea viable una mayor frecuencia de repetición de las pruebas. Es importante que la repetición frecuente de las pruebas se ejecute de manera que no reduzca el número de personas examinadas para detectar una infección crónica por el VHC de larga data.

Es importante hacer la diferencia entre la reinfección por el VHC y la recaída del tratamiento en personas con antecedente de tratamiento con AAD. La evidencia de la eliminación del VHC y la curación se evalúa 12 semanas después del final del tratamiento (respuesta virológica sostenida a las 12 semanas después del tratamiento [RVS12]). La RVS12 se considera ampliamente como equivalente de la curación virológica. En la era de los AAD administrados por vía oral, las tasas de recaída después de lograr la RVS12 son muy bajas (399) y, cuando se produce, suele ser en las primeras cuatro semanas después del final del tratamiento. Por lo tanto, se puede hacer un diagnóstico de reinfección por el VHC cuando se detecta una viremia por VHC en personas que alcanzaron la RVS12 después de completar el tratamiento con un esquema oral combinado de AAD, en especial en personas que también tienen factores de riesgo probables o definidos de reinfección. En pacientes con viremia entre la finalización del tratamiento y la evaluación de la RVS12 o en personas en quienes se desconoce la RVS12, una mayor diferenciación entre la recaída y la reinfección puede ser útil y necesaria para orientar las decisiones de tratamiento.

Los sistemas de seguimiento y notificación son fundamentales en todas las estrategias de pruebas y tratamiento de las hepatitis virales, y es esencial que los programas utilicen o adapten los sistemas existentes para dar seguimiento y notificar los eventos adversos, a fin de abordar los perjuicios si ocurren y cuándo ocurren.

Lagunas en materia de investigación

La investigación actual sobre las pruebas del VHC y la detección de infecciones virémicas en personas con riesgo continuo de exposición proviene en gran medida de países de ingresos altos.

Por lo tanto, se precisa más investigación, en condiciones ideales con estudios longitudinales comparativos que comparen la realización de pruebas cada 12 meses con pruebas o modelos más frecuentes, para responder a la pregunta de si las pruebas más frecuentes después de la reinfección, seguidas de un tratamiento inmediato (es decir, prueba y tratamiento), respaldarían una estrategia de tratamiento con fines de prevención y microeliminación del VHC, con beneficios a escala poblacional. Se precisa más investigación en los países de ingresos medianos bajos. Se necesitan estudios de la vida real en diferentes entornos que definan mejor la costo eficacia y evalúen las necesidades de recursos, la viabilidad y la aceptabilidad.

Tratamiento de la hepatitis C en infecciones de adquisición reciente

Antecedentes y fundamento

En la actualidad, la OMS recomienda el tratamiento de la hepatitis por el VHC con AAD pangenotípicos en todas las personas con infección crónica, mayores de 18 años, sin tener en cuenta el estadio de la enfermedad. Estos antivirales curan la mayoría de las personas con infección crónica por el VHC y la duración del tratamiento es

breve (en general de 12 a 24 semanas), en función de la ausencia o presencia de cirrosis (193). Sin embargo, en la actualidad algunos reguladores no han aprobado este tratamiento para la hepatitis C de adquisición reciente (404). El fundamento de esta política es evitar tratamientos y costos innecesarios, ya que cerca de 30% de las personas eliminarán el virus sin tratamiento. Este argumento puede perder pertinencia en situaciones donde los costos del tratamiento están disminuyendo. Desde hace poco, en las directrices clínicas de organizaciones coordinadoras en Europa y Estados Unidos se recomienda el tratamiento de la infección de adquisición reciente, al reconocer beneficios como la disminución de las pérdidas durante el seguimiento, la prevención de la infección crónica y la reducción de la transmisión persistente (405, 406).

Examen de la evidencia

La OMS encargó una revisión sistemática con el fin de determinar los beneficios y perjuicios del tratamiento inmediato de la hepatitis C contraída recientemente, en pacientes con riesgo continuo de exposición y actualizar el conjunto actual de datos que fundamenta el momento oportuno del tratamiento de la enfermedad. Las medidas de resultado examinadas fueron la incidencia de hepatitis C, el inicio del tratamiento, la participación en la atención (adhesión), el sobretratamiento, los eventos adversos, la finalización del tratamiento y la RVS12.

Se realizó un examen a posteriori de los resultados de la búsqueda con el objeto de encontrar estudios de modelización que evaluaran la eficacia del tratamiento de la infección por el VHC contraída recientemente y todo estudio que informara sobre los valores y preferencias de las partes interesadas.

En la revisión sistemática no se encontraron ensayos clínicos aleatorizados ni estudios comparativos. La revisión incluyó doce estudios no comparativos: tres estudios de cohortes prospectivos con un solo grupo (407-409), cinco estudios de cohortes retrospectivos (410-414), tres cohortes integradas en ensayos abiertos (415-417) y un estudio de serie de casos (412). En todos estos estudios, todos los resultados se clasificaron como evidencia de certeza muy baja según el método GRADE. En general, esto se debió al carácter no comparativo del diseño de los estudios y a la falta de direccionalidad e inconsistencia de los datos.

Dos estudios de cohortes retrospectivos y una cohorte prospectiva (integrada en un ensayo abierto) notificaron la incidencia de la hepatitis C en los hombres con infección por el VIH que tienen relaciones sexuales con hombres y permitieron comparar la incidencia antes y después de la ejecución de una política de tratamiento de la hepatitis C de adquisición reciente (411, 412, 416). Dos de estos estudios notificaron una disminución en la incidencia de infección por el VHC al final del período de estudio; un estudio organizado en una cohorte suiza que notificó una disminución en la incidencia de 0,53 por 100 años persona en el 2014 a 0,12 por 100 años persona en el 2019 (416) y un estudio realizado en el Reino Unido, que notificó una disminución de 11,28 por 1000 años persona en el 2016 a 4,63 por 1000 años persona en el 2018 (412). En un estudio se encontró un aumento en la incidencia durante la duración del estudio de 0,73 por 100 años persona en el 2015 a 1,25 por 100 años persona en el 2018 (412). Estos estudios se realizaron en grandes cohortes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, donde la mayoría de los pacientes recibía tratamiento en la fase crónica de la infección y no por una infección contraída recientemente. Dado que el tratamiento de la hepatitis C crónica también puede reducir la incidencia a escala poblacional (418), no fue posible detectar el efecto independiente del tratamiento de la infección aguda, sobre la incidencia en estas cohortes. Dada la certeza muy baja, se tuvo una confianza limitada en estos resultados.

Siete estudios (tres cohortes retrospectivas y dos prospectivas, un ensayo abierto y una serie de casos), que incluyeron un total de 567 participantes con hepatitis C de adquisición reciente, notificaron la RVS12 en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas con infección por el VIH y personas que consumen drogas inyectables (407, 409, 410, 413, 414, 417, 419). Los estudios mostraron con una evidencia de certeza muy baja que los pacientes con riesgo continuo de exposición tratados con AAD por infección por el VHC adquirida recientemente lograron tasas de curación homogéneamente altas, concordantes con las tasas de curación observadas en personas tratadas con antivirales por hepatitis C crónica en grupos de riesgo clave. La RVS12 combinada de todos los grupos de riesgo fue de 95,9% (IC 95%: 92,6-99,3%; I² = 61,3%). En los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, la RVS12 combinada fue de 96,9% (IC 95%: 93,1-100%); en personas con infección por el VIH, la RVS12 combinada fue de 97,0% (IC 95%: 90,7-100%); y en personas que consumen drogas inyectables, la RVS12 combinada fue de 80,4% (IC 95%: 66,1-90,6%). En general, la confianza en estos resultados es limitada debido a la certeza muy baja.

En la serie de casos y un ensayo abierto se notificaron tasas de finalización del tratamiento de la hepatitis C de 100% en 25 hombres con infección por el VIH que tienen relaciones sexuales con hombres (419) y en 27 personas con infección por el VIH (415). Dos ensayos abiertos (415, 417) informaron sobre la adhesión: uno encontró una adhesión de 81% en las personas con infección por el VIH (415, 417) y el otro una adhesión que

oscilaba entre 79% y 85% en personas que consumen drogas inyectables, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas con infección por el VIH (417).

Se notificaron eventos adversos en cuatro estudios (409, 415, 417, 419); se describió un evento adverso grave, un episodio de rabdomiólisis (erupción cutánea y creatinina cinasa alta) que requirió hospitalización (417) y todos los demás eventos adversos se consideraron menores. Las tasas de eventos adversos oscilaron entre 22% (21/95) y 36% (9/25). Sin embargo, la confianza en estos resultados es limitada debido a la certeza muy baja.

Ningún estudio incluyó un grupo de comparación, por lo que no fue posible evaluar el sobretratamiento.

Valores y preferencias

La investigación cualitativa llevada a cabo por las redes mundiales de grupos de población clave (véase el [anexo B en línea](#) [en inglés]) encontró que el conocimiento y el acceso al tratamiento de la infección por el VHC con AAD pangenotípicos variaban mucho en los diferentes grupos de población clave. De los participantes que conocían y se sentían capaces de hacer un comentario sobre la hepatitis C y su tratamiento, la mayoría refirió barreras continuas para el acceso y la utilización de los servicios relacionados con el VHC, incluidos el costo, los retrasos en el tratamiento, la estigmatización y la discriminación y la falta de investigación y voluntad política. Algunos trabajadores sexuales no habían oído hablar de los tratamientos con AAD pangenotípicos contra el VHC. Las personas que consumen drogas inyectables, en particular, señalaron que en ciertos entornos, el abandono o la abstinencia del consumo de drogas (y a veces el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides) se utiliza aún como condición para el acceso al tratamiento de la hepatitis C. Esta importante barrera persiste, pese a las recomendaciones de la OMS de brindar tratamiento contra el VHC independientemente del consumo continuo de drogas.

Las personas que consumen drogas inyectables refirieron el mayor conocimiento del tratamiento con AAD pangenotípicos y recomendaron la ampliación de las opciones y entornos para este tratamiento, con el fin de maximizar el acceso y la aceptación, incluso en consultorios de distribución de agujas y jeringas, tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides, centros sin cita previa y entornos de atención general de salud. Habida cuenta de las tasas altas de curación, la buena tolerabilidad, el bajo número de comprimidos diarios, las menores interacciones medicamentosas y mucho menos efectos secundarios que los tratamientos anteriores, las personas que consumen drogas inyectables expresaron preferencias firmes por reducir las barreras al tratamiento y hacer que el tratamiento del VHC con AAD sea lo más accesible posible a este grupo de personas, incluidas las que ya han sido tratadas con éxito y posteriormente contraen una nueva infección por el VHC, así como las personas con infección por el VHC de adquisición reciente.

Las personas que consumen drogas inyectables no expresaron preocupación por la posibilidad de sobretratamiento que se asocia con la oferta inmediata de tratamiento de la infección contraída recientemente, ya sea en las personas que no han recibido tratamiento previo ni como retratamiento. Más bien, expresaron la preocupación por el peligro de negar el acceso al tratamiento solo por el principio de que algunas personas eliminarían el virus de manera espontánea (sin tratamiento), no solo por la salud de la persona en cuestión (y la posible pérdida durante el seguimiento), sino también debido a la posibilidad de transmisión continua. Las personas que consumen drogas inyectables estaban más preocupadas por la falta de acceso persistente a los tratamientos sumamente eficaces de la hepatitis C con AAD en algunos países y regiones que por cualquier riesgo hipotético de sobretratamiento. Por último, estas personas también hicieron hincapié en la importancia de ofrecer el tratamiento de la infección por el VHC con AAD (y la prevención de la hepatitis C, incluida la distribución de agujas y jeringas y el tratamiento de mantenimiento con agonistas de los opioides, como el tratamiento de sobredosis) a las personas recluidas en prisión. Este aspecto adquiere una importancia particular en el contexto de la abrumadora falta de acceso a equipos de inyección estériles y otras medidas de reducción de daños en la mayoría de las prisiones del mundo, junto con niveles altos de encarcelamiento asociados con delitos relacionados con las drogas.

La mayoría de los participantes de otros grupos de población clave manifestó un conocimiento limitado sobre el tratamiento con los AAD pangenotípicos y las consecuencias de tratar de inmediato o no la infección contraída recientemente. No obstante, la mayoría de los participantes estaban abiertos a este tratamiento, siempre y cuando recibieran información adecuada sobre su eficacia y efectos secundarios, además de educación e investigación suficientes para orientar la aplicación del tratamiento.

No se encontraron otros estudios sobre valores y preferencias conexos durante la revisión sistemática.

Utilización de recursos: costos y costo-eficacia

Ninguno de los estudios encontrados en la revisión sistemática y el metanálisis abordó de manera directa los requisitos de recursos ni la costo-eficacia.

Una búsqueda de estudios de modelización a posteriori, destinada a encontrar otros modelos de costo-eficacia en entornos de ingresos altos y bajos (420- 423), respaldó el valor del tratamiento inmediato de la infección por el VHC de adquisición reciente y los posibles beneficios a escala poblacional. Por ejemplo, en un modelo holandés, el tratamiento temprano de la infección reciente costaría 68,3 millones de euros en 40 años, en comparación con 75,1 y 98,4 millones de euros al postergar el tratamiento, ya sea esperando la eliminación espontánea o el tratamiento en la etapa F2, respectivamente.²⁷ El modelo de este estudio también mostró que el tratamiento de la infección reciente evitará 7070 nuevas infecciones y ganará 3419 AVAC en comparación con el tratamiento en etapa F2, con la consiguiente costo-eficacia incremental (423). En otros estudios de modelización de China (421) y Estados Unidos (420) también se mostró que el tratamiento de la infección aguda por el VHC es costo-eficaz y ahorra costos en comparación con el aplazamiento del tratamiento a la etapa crónica; sin embargo, hubo costos mayores asociados con el tratamiento de la infección reciente por el VHC en pacientes que no corrían riesgo de transmitir el VHC (420).

En un estudio de modelización se demostró una posible reducción en la incidencia de infección por el VHC como resultado del tratamiento inmediato (423). En este estudio se modelizaron situaciones hipotéticas de tratamiento en una cohorte holandesa de hombres positivos frente al VIH que tienen relaciones sexuales con hombres, y se encontró que el tratamiento de la infección por el VHC recientemente adquirida redujo la incidencia de 1,2 por 100 años persona a 0,2 por 100 años persona, una reducción de 88% en la incidencia en comparación con el tratamiento en el estadio F2 de la fibrosis hepática.

El Grupo de Elaboración de las Directrices opinó que los costos generales a corto plazo del tratamiento y las pruebas podrían aumentar si se trata a las personas con infección reciente, con una incertidumbre notable debido a la variación en los costos de las pruebas y el tratamiento en los diferentes entornos, incluidos los países de ingresos bajos, medianos y altos, la evolución de los costos de los AAD y otros medicamentos con el transcurso del tiempo y el costo de oportunidad variable de desviar el personal y la atención.

Equidad

En la revisión sistemática no se encontraron estudios que evaluaran la equidad.

Se puede sostener que proporcionar tratamiento con AAD a las personas con hepatitis C contraída recientemente amplía las opciones para los grupos de población clave (es decir, al proporcionar una segunda opción para diferir el tratamiento hasta la infección crónica) y puede reducir las pérdidas durante el seguimiento, aumentando así el número de personas que acceden al tratamiento. Es importante que no haya restricciones relacionadas con el tratamiento de la infección crónica o aguda por el VHC y el consumo concomitante continuo de drogas, el tratamiento de la dependencia de las drogas ni el riesgo permanente de exposición sexual.

En entornos donde el acceso a los AAD es limitado, la administración del tratamiento en personas con infección contraída recientemente sin aumentar el suministro general de estos medicamentos puede tener un impacto negativo en la equidad en la salud, si se reasignan los antivirales de personas con hepatitis C crónica, que han sobrepasado el punto de eliminación espontánea y necesitan el tratamiento para prevenir morbilidad y mortalidad futuras. En cambio, las personas con hepatitis recientemente adquirida pueden no precisar necesariamente el tratamiento, dada la posibilidad restante de una eliminación espontánea. Se necesita una mayor disponibilidad de tratamiento asequible contra el VHC con el fin de lograr los objetivos de eliminación y garantizar la equidad.

Viabilidad y aceptabilidad

Ninguno de los estudios encontrados en la revisión sistemática y el metanálisis abordó de manera directa la viabilidad ni la aceptabilidad.

En general, se podría sostener que la viabilidad dependerá en gran medida del entorno y las capacidades de los sistemas de salud. Ofrecer tratamiento sin demora a las personas, independientemente de la cronicidad puede simplificar los algoritmos de tratamiento y atención de la hepatitis C y aumentar las opciones del paciente y, por lo tanto, ser una opción viable en muchos entornos y países diferentes. En entornos donde hay servicios descentralizados de pruebas para el VHC y de tratamiento o mecanismos de vinculación bien establecidos, el tratamiento inmediato puede ser particularmente viable. Además, será necesario mejorar los conocimientos sobre el VHC y los AAD en las personas de los grupos de población clave.

Es posible que el riesgo de eventos adversos del tratamiento contra el VHC, aunque sea leve, pueda ser inaceptable para las personas con hepatitis C contraída recientemente, si aún no se ha agotado la posibilidad de lograr la eliminación espontánea. Por lo tanto, es importante permitir que las personas elijan con

²⁷ Sistema de puntuación de biopsias hepáticas, METAVIR que va de 0 a 4.

conocimiento de causa entre el tratamiento inmediato y el tratamiento diferido. El Grupo de Elaboración de las Directrices consideró que la intervención sería probablemente aceptable para la mayoría de las partes interesadas. Hubo cierta incertidumbre en torno a si recetar de manera sistemática un tratamiento a personas con hepatitis C de adquisición reciente, sin un período de observación para la eliminación espontánea, sería aceptable para el personal médico.

Evaluación de la evidencia y toma de decisiones

El Grupo de Elaboración de las Directrices convino que la cuestión del tratamiento de la infección por el VHC contraída recientemente en personas con riesgo continuo de exposición era una prioridad de salud pública y para la eliminación del VHC y que los beneficios superaban claramente los perjuicios. Los beneficios en general se consideraron grandes o moderados y el perjuicio conexo fue insignificante o pequeño. En general, el Grupo de Elaboración de las Directrices determinó que la evidencia tenía una certeza muy baja.

Si bien la evidencia del efecto fue pequeña para todos los resultados, el Grupo de Elaboración de las Directrices destacó que el tratamiento inmediato de la hepatitis C en el caso de infección contraída recientemente en personas con un riesgo continuo de exposición puede ser benéfico tanto a escala individual como poblacional. Una mejor detección y tratamiento de la infección reciente por el VHC puede aportar a la persona el beneficio de la curación tan pronto como sea posible después del diagnóstico, en lugar de tener que esperar para acceder al tratamiento, con el riesgo asociado de pérdida durante el seguimiento, y con ello se aumentarían las opciones de los pacientes. El Grupo de Elaboración de las Directrices reconoció el posible beneficio más amplio a escala de la población de curar a una persona lo antes posible; es decir, reducir el período durante el cual es contagiosa y disminuir así la incidencia de la hepatitis C en determinadas redes de la población.

El grupo reconoció que, después de contraer la hepatitis C, cerca de un tercio de las personas eliminará el virus de manera espontánea (es decir, curarán sin ninguna intervención médica). Por lo tanto, tratar de inmediato a todas las personas con hepatitis C recientemente adquirida significa que personas, que de otro modo habrían eliminado su infección de manera espontánea, se exponen sin necesidad al tratamiento. Sin embargo, los eventos adversos son muy raros y hubo una clara preferencia por tener la opción del tratamiento.

Habida cuenta de la evidencia sobre los buenos resultados del tratamiento de la infección contraída recientemente en personas con riesgo continuo de exposición, la posible reducción de la transmisión del VHC en determinadas comunidades y grupos de la población, el respaldo firme de los valores y preferencias de la comunidad, la posibilidad de ampliar las opciones de los pacientes y su viabilidad de ejecución, así como la posible costo-eficacia y una mejor equidad, el Grupo de Elaboración de las Directrices consideró que los beneficios generales superan en gran medida los posibles perjuicios y riesgos. Se pensó que la recomendación aportaba una posibilidad de disminuir la estigmatización y simplificar la atención médica. Dados todos estos elementos, el grupo formuló una recomendación firme que se aplica a todos los grupos de la población con riesgo continuo de exposición, en todos los entornos.

Consideraciones relacionadas con la ejecución

Ampliar el tratamiento de la hepatitis C a las personas con riesgo continuo de exposición e infección recientemente adquirida, exige que se tengan en cuenta diversos aspectos a fin de facilitar la ejecución en los países. Deben consultarse las últimas directrices de la OMS sobre el tratamiento y la atención de la infección por el VHC para obtener información más detallada sobre el manejo clínico de la hepatitis C (424).

En primer lugar, el tratamiento inmediato, independientemente de la cronicidad, es una indicación suplementaria para tratar la hepatitis C y es necesario modificar las directrices nacionales de tratamiento. Además, sería ideal incorporar en las pólizas de seguro de salud el tratamiento de la infección reciente por el VHC con el tratamiento de la infección crónica; esto requiere un cambio de políticas y diálogo con los financiadores y los planes de seguro de salud con el fin de lograr esta armonización de políticas. Las enmiendas a las directrices de tratamiento o las políticas de tratamiento deben aportar una definición de caso de las infecciones de adquisición reciente, describir cómo se puede hacer una distinción del fracaso del tratamiento en las personas con antecedentes de tratamiento contra el VHC y cómo pueden diferir las estrategias de tratamiento respectivas. Además, es importante detectar y definir determinados subgrupos de la población en los cuales se debe considerar firmemente un retraso en el tratamiento como ocurre con las embarazadas. Asimismo, a las personas en riesgo continuo de exposición se les deben ofrecer pruebas adecuadas y frecuentes con el fin de poder describir y detectar la infección reciente por el VHC.

En segundo lugar, es necesario informar a los pacientes sobre los beneficios y perjuicios asociados con el tratamiento inmediato y diferido. Es indispensable ofrecer a las personas con infección contraída recientemente la opción de adoptar una decisión informada sobre el inicio inmediato del tratamiento o su postergación. Los grupos de población clave expresaron su preferencia por la descentralización, con una ampliación de los entornos de tratamiento y estrategias simplificadas de pruebas y tratamiento.

Por último, uno de los principales objetivos de ampliar el tratamiento a las personas con infección reciente y riesgo continuo de exposición es la posibilidad de beneficios a escala de la población y una reducción de la transmisión del VHC. Con el fin de lograr el mayor impacto, debe ofrecerse el tratamiento de la infección reciente junto con otras intervenciones basadas en la evidencia y destinadas a disminuir el riesgo de contraer el VHC y con servicios de prevención primaria, como se describe en estas directrices.

El Grupo de Elaboración de las Directrices analizó la importancia y pertinencia de ampliar, en el futuro, esta nueva recomendación para promover el tratamiento inmediato a todos los grupos de la población y no solo a las personas en riesgo continuo de exposición.

Lagunas en materia de investigación

La investigación actual sobre el tratamiento inmediato de la infección por el VHC en los grupos de población clave se lleva a cabo sobre todo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en países de ingresos altos. Se precisan nuevos estudios de investigación que determinen el impacto y el valor agregado de ampliar el tratamiento inmediato a la infección reciente por el VHC a escala individual y poblacional en diferentes entornos y grupos de la población.

Serían muy valiosos estudios de la vida real de costo-eficacia y viabilidad, con el fin de reforzar aún más la causa del tratamiento de la infección por el VHC contraída recientemente. Serían útiles estudios de implementación en los que se evalúen la viabilidad y aceptabilidad de este enfoque en diferentes grupos de población clave.

La posibilidad de ciclos truncados de AAD administrados durante la infección reciente por el VHC podría demostrar su beneficio en el tratamiento temprano de la hepatitis C y justifica nuevas investigaciones.

Mezcla de muestras de diferentes localizaciones anatómicas en el diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*

Recomendación

Cuando se recogen muestras biológicas de localizaciones anatómicas múltiples en una misma persona, estas se pueden mezclar para las pruebas moleculares de detección de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (recomendación condicional, evidencia de certeza moderada para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y evidencia de certeza baja para otros grupos de población clave).

Observaciones:

- La obtención de muestras biológicas de todas las localizaciones anatómicas debe ser siempre de carácter voluntario.
- La OMS recomienda las PAAN para la detección de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.
- La OMS recomienda la obtención de muestras por la propia persona para las PAAN que detectan *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*.
- Los valores y preferencias de la comunidad no incluyeron a las mujeres cisgénero, los hombres transgénero y las personas no binarias con sexo femenino asignado al nacer, al documentar esta recomendación.

Antecedentes

Los grupos de población clave se ven afectados de manera desproporcionada por las ITS. Varias ITS son sumamente transmisibles y con frecuencia asintomáticas. El tratamiento sintomático de las ITS pasa por alto los casos asintomáticos y da lugar a sobretratamiento. Además, el sobretratamiento contribuye a la resistencia a los antimicrobianos (425). Por ejemplo, el tratamiento inadecuado de *N. gonorrhoeae* puede acelerar la aparición de *N. gonorrhoeae* multirresistente y aumentar la transmisión ulterior (426). Esto subraya la necesidad de un diagnóstico etiológico, con el fin de optimizar el manejo clínico de los casos de ITS, en especial en los grupos de población clave que practican el coito oral y anal.

N. gonorrhoeae y *C. trachomatis* pueden infectar diferentes localizaciones anatómicas. Por lo tanto, se necesita un tamizaje etiológico de todas las localizaciones anatómicas pertinentes (orofaringe, uretra, endocervix, ano y recto) cuando una persona practica el coito anal, oral o ambos. Teniendo en cuenta la gran proporción de infecciones asintomáticas causadas por estos patógenos, una cantidad importante de casos se pasaría por alto si solo se realizara una detección genital (427). Los estudios han demostrado que se omitiría hasta un tercio de los casos de gonorrea si solo se analizaran muestras de uretra u orina en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (428, 429).

Si bien es preferible realizar pruebas separadas de diferentes localizaciones anatómicas, hay un costo adicional asociado con el examen de muestras de cada lugar. Esto cobra una importancia especial en los países de ingresos bajos y medianos donde el costo de las PAAN recomendadas para el diagnóstico de estas infecciones es una barrera importante (430).

Examen de la evidencia

La OMS encargó una revisión sistemática para responder a la pregunta de si se debería utilizar la mezcla de muestras de diferentes localizaciones anatómicas en la detección de laboratorio de ITS como la gonorrea y la infección por clamidia, en comparación con muestras individuales de las tres localizaciones anatómicas (uretra, anorrectal y orofaringe). El resultado de interés fue la exactitud diagnóstica.

Con respecto a la infección por clamidia, un metanálisis de sensibilidad y especificidad incluyó 15 estimaciones de 14 estudios que incluyeron 5891 pacientes (431). En las pruebas con mezclas de muestras de localizaciones anatómicas múltiples para la infección por clamidia, la revisión encontró que la sensibilidad combinada²⁸ era probablemente 93,1% (IC 95%: 90,5 95,0; I2 = 43,3) y la especificidad combinada²⁹ era probablemente 99,4% (IC 95%: 99,0 99,6; I2 = 52,9) (evidencia de certeza moderada). Esto significa que, si se realizan pruebas a 1000 personas, con una prevalencia de fondo de 10% para la infección por clamidia (100 casos), cambiar de realizar pruebas de una localización única a pruebas con muestras mezcladas probablemente daría lugar a la omisión de siete casos (de 100 casos verdaderos) y se trataría en exceso a cinco personas.

En el caso de la gonorrea, se utilizaron 14 estimaciones de 13 estudios para el metanálisis con datos de 6565 pacientes. En las pruebas con mezcla de muestras de localizaciones anatómicas múltiples para la gonorrea, la revisión encontró que la sensibilidad combinada con PAAN era probablemente 94,1% (IC 95%: 90,9 96,3; I2 = 68,4) (evidencia de certeza baja) y la especificidad combinada podía ser 99,6% (IC 95%: 99,1 99,8; I2 = 83,6) (evidencia de certeza moderada). Esto significa que, si se realizan pruebas a 1000 personas, con una prevalencia de fondo de 10% para la gonorrea (100 casos), cambiar de la prueba de una sola localización a la prueba con muestras mezcladas probablemente daría lugar a la omisión de seis casos (de 100 casos verdaderos) y se trataría en exceso a cuatro personas.

Los análisis de metarregresión no mostraron ninguna consecuencia significativa en la exactitud de las pruebas con las mezclas de muestras de localizaciones múltiples según la población del estudio (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en comparación con hombres que tienen relaciones sexuales con mujeres), el tamaño de la población del estudio (<100 contra >100), el nivel de ingresos del país, el tipo de obtención de las muestras (por la propia persona contra la obtenida por personal médico) o el año de publicación (antes del 2020 frente al 2020 en adelante).

Cuatro estudios en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres proporcionaron información específica sobre la sensibilidad de la detección de infecciones orofaríngeas mediante pruebas con mezcla de muestras, comparada con el método habitual (es decir, analizar muestras individuales de las tres localizaciones anatómicas para clamidia y gonorrea) (432-435). Todas las infecciones orofaríngeas por *C. trachomatis* se detectaron mediante pruebas con mezcla de muestras en tres de cuatro estudios (10-12). En el estudio restante, la mezcla de muestras dio lugar a la omisión de un caso de seis con infección orofaríngea (433). Por otra parte, se encontró en general, que la sensibilidad de las pruebas para gonorrea orofaríngea con muestras individuales era más baja para detectar la infección en todos los estudios (432-435). Los autores plantearon la hipótesis de que las menores sensibilidades se atribuían a la menor carga bacteriana en la faringe, en comparación con otras localizaciones anatómicas. Además, en dos estudios se puso de relieve que la mayoría de las infecciones por *N. gonorrhoeae* se localizan en la faringe y varias de ellas se habrían pasado por alto si no se hubiera obtenido una muestra de esta localización anatómica (9).

También es importante señalar que los estudios incluidos en la revisión sistemática se realizaron sobre todo en países de ingresos altos (82,6%; 14/17) y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres fueron la población estudiada con mayor frecuencia (70,6%; 12/17).

²⁸ La sensibilidad es una medida de qué tan bien una prueba puede detectar los casos positivos verdaderos.

²⁹ La especificidad es una medida de qué tan bien una prueba puede detectar los casos negativos verdaderos.

En resumen, aunque se utilizaron métodos diversos de mezcla de muestras en los diferentes estudios (con respecto al flujo de muestras y la elección del momento, diferente orden de mezcla de las muestras, diferentes volúmenes de orina utilizados), la exactitud alta y constante de las pruebas con muestras mezcladas de múltiples localizaciones, pese a los diversos métodos, sugieren que el método de mezcla de muestras no afectó en mayor medida la exactitud. En general, la certeza de la evidencia se disminuyó a moderada, sobre todo debido al posible riesgo de sesgo en la mayoría de los estudios, debido al sesgo de selección de pacientes, con una heterogeneidad moderada observada en los estudios que contribuyeron a los resultados de sensibilidad para la gonorrea.

Viabilidad, costo y costo-eficacia

Ningún estudio incluido en la revisión sistemática notificó sobre la viabilidad de mezclar muestras para pruebas combinadas de múltiples localizaciones. Sin embargo, el Grupo de Elaboración de las Directrices señaló que, si bien la mezcla de muestras era viable en general, esto podía variar según el entorno debido a las diferentes estructuras, flujos y capacidades técnicas de los laboratorios, entre otros factores.

En la revisión sistemática se encontraron tres estudios que estimaban el ahorro de costos al mezclar las muestras de diferentes localizaciones anatómicas para las pruebas de clamidia o gonorrea. En un estudio de 1064 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que acudieron a los consultorios de salud sexual y centros hospitalarios de octubre del 2012 a agosto del 2013 en el Reino Unido se indicó que las pruebas con mezcla de muestras ofrecen ahorros de costos hasta de dos tercios del costo de los ensayos independientes, además de ahorros en bienes fungibles, tiempo de procesamiento y eficacia de la vía clínica (433). Un estudio prospectivo de febrero del 2018 a julio del 2019 en 501 trabajadoras sexuales en Bélgica demostró una disminución de 35% en los costos de reactivos y el tiempo del personal técnico de laboratorio cuando se realizaron pruebas con mezcla de muestras (calculados utilizando la prevalencia obtenida de 6,5% y 3,5% para clamidia y gonorrea, respectivamente) (436). Por último, en un estudio se evaluó la eficacia de las pruebas con muestras mezcladas en 497 hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en cuatro países de África occidental y demostró una disminución de 56% en los costos, en el cual solo se desagruparon las muestras de tres localizaciones cuando el resultado de la muestra mezclada no fue válido (437).

Se encontró un estudio de costo-eficacia, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que acudieron a consultorios de salud sexual en el Reino Unido, los investigadores notificaron que utilizando un umbral de disposición a pagar de £ 60 por persona evaluada, las pruebas con mezcla de muestras tenían una probabilidad de 100% de ser costo-eficaces. En comparación con las muestras analizadas individualmente, las pruebas con mezclas de muestras ahorraron de £ 13,37 a £ 18,22 por persona analizada, dependiendo del estado de los síntomas o el grupo de población (es decir, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres de la población general) (438).

Valores y preferencias

Una investigación cualitativa realizada por las redes de grupos de población clave de hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores sexuales de todos los géneros, sobre los valores y preferencias asociados con la mezcla de muestras para las pruebas de ITS, se llevó a cabo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, hombres cisgénero y trabajadoras sexuales transgénero, pero no en personas que consumen drogas inyectables, mujeres cisgénero trabajadoras sexuales u otras con sexo femenino asignado al nacer. La mayoría de los participantes en la investigación indicaron que no conocían este método para la detección de clamidia y gonorrea. No obstante, la mayoría afirmó estar dispuestos a que se obtuvieran muestras de tres localizaciones anatómicas y se mezclaran, en especial si este método diera los resultados más exactos. Hubo incertidumbre en todas las regiones en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sobre la exactitud de estas pruebas que utilizan muestras mezcladas. Esto indicaría que se debe impartir más educación a nivel de consultorios y en la comunidad sobre la eficacia de estas opciones de pruebas.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres señalaron que debido a la estigmatización que rodea las muestras anales, la práctica de obtener de manera simultánea muestras de hisopos anorrectales, orofaríngeos y uretrales y mezclarlas, podría ofrecer una forma menos estigmatizante de detectar las ITS. La mezcla de muestras también disminuiría la necesidad de que los prestadores de atención de salud pregunten a los usuarios el tipo de relaciones sexuales que practican, disminuyendo así el prejuicio y la posible divulgación riesgosa de las prácticas sexuales. Se debe tener cuidado al ampliar a otros grupos de población clave la práctica de no preguntar a los usuarios sobre el tipo de relaciones sexuales que practican, ya que no se consultaron otros grupos. Se puede consultar el informe detallado en el [anexo B en línea](#) [en inglés].

Además, dos estudios encontrados durante la revisión sistemática indicaron que las personas (hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres cisgénero) encontraron que la obtención por sí mismas de las muestras para las pruebas de clamidia o gonorrea era aceptable y fácil de realizar (433, 439).

Equidad y aceptabilidad

En siete estudios se analizó el impacto que la mezcla de muestras podría tener sobre la equidad en la salud, al aumentar la cobertura de las pruebas (434-437, 440-442), sobre todo en las personas asintomáticas que de otro modo no habrían sido examinadas en los países de ingresos medianos bajos (437). Un estudio también indicó que las pruebas con mezcla de muestras deberían incorporarse en los programas de PrEP sobre el VIH en países con recursos limitados (17). Además, el ahorro de costos con la mezcla de muestras para las pruebas permitiría detectar y tratar a más personas con infección o que las personas con mayor riesgo de infección se sometían a las pruebas con mayor frecuencia con un presupuesto equivalente.

En una encuesta en línea dirigida a jefes de clínica en el Reino Unido en el 2018 se notificó que 84% (41/49) del personal médico de salud sexual en Inglaterra consideraba que el beneficio más notable de la mezcla de muestras era el ahorro de costos, pero les preocupaban barreras como la falta de orientaciones nacionales, la pérdida de información sobre el foco de infección y una reducción percibida en la sensibilidad o la especificidad (441). Además, la mayoría (77%; 40/52) pidió más estudios de validación sobre la exactitud diagnóstica, 75% (39/52) quería directrices clínicas sobre la mezcla de muestras y 48% (25/52) del personal médico solicitó un análisis adicional de costos (441).

Evaluación de la evidencia y toma de decisiones

El Grupo de Elaboración de las Directrices examinó los beneficios de mezclar las muestras de tres localizaciones anatómicas para las pruebas de gonorrea y clamidia, con base en la revisión de la evidencia y los valores y preferencias de las comunidades.

Teniendo en cuenta la alta sensibilidad y especificidad de la mezcla de las muestras para pruebas moleculares tanto de clamidia como de gonorrea, los beneficios de mezclar las muestras incluyen:

- 1) una mayor detección de infecciones extragenitales al usar la misma prueba para localizaciones anatómicas múltiples y un aumento de la cobertura de la prueba, en especial la realización de pruebas a más personas asintomáticas que corren un mayor riesgo de ITS, dado los posibles ahorros de costos importantes;
- 2) posible disminución en el riesgo de contraer el VIH si más infecciones extragenitales y más personas se diagnostican y reciben un tratamiento correcto; y
- 3) disminución de la carga de trabajo de los laboratorios y otros servicios de salud, sobre todo cuando se ejecutan las pruebas en el punto de atención o cerca del mismo.

Además, la obtención de muestras por la propia persona, que es sumamente aceptable, no afecta la exactitud de la mezcla de muestras de localizaciones múltiples.

La investigación sobre los valores y preferencias en las comunidades de población clave (véase el [anexo B en línea](#) [en inglés]) se limitó a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales varones cisgénero y las trabajadoras sexuales transgénero y no incluyó a las mujeres cisgénero trabajadoras sexuales, los hombres transgénero y otras personas con sexo femenino asignado al nacer. Por esta razón, el Grupo de Elaboración de las Directrices consideró que existía una incertidumbre y variabilidad posiblemente importantes en la evaluación de los valores y preferencias de los grupos de población clave con respecto a la mezcla de muestras de diferentes localizaciones anatómicas. El miembro del Grupo de Elaboración de las Directrices de NSWP expresó su preocupación particular por la omisión de mujeres cisgénero y hombres transgénero en la encuesta de valores y preferencias y pidió que esta investigación se llevara a cabo con carácter prioritario.

Entre los posibles perjuicios analizados por el Grupo de Elaboración de las Directrices estaba que, en comparación con la prueba de referencia de una sola localización anatómica, habría un pequeño número de casos pasados por alto (cinco para clamidia, seis para gonorrea) y casos tratados en exceso (cinco por clamidia, cuatro por gonorrea) si se mezclan las muestras de localizaciones anatómicas múltiples en una población de 1000 personas con una prevalencia de fondo de 10%. Además, hay incertidumbre sobre la sensibilidad de la mezcla de muestras de diferentes localizaciones para detectar la gonorrea orofaríngea, y sin repetir la prueba, no es posible saber exactamente qué puntos anatómicos están infectados. Sin embargo, esta pequeña pérdida de sensibilidad estaba compensada por la oportunidad de examinar localizaciones

anatómicas múltiples cuando se utilizan pruebas con mezcla de muestras en entornos donde no se obtienen muestras orofaríngeas de manera sistemática debido al costo.

Los posibles beneficios de mezclar las muestras de localizaciones anatómicas múltiples para detectar estos dos patógenos superaron el perjuicio de una exactitud un poco menor. Por lo tanto, el Grupo de Elaboración de las Directrices decidió formular una recomendación a favor de la intervención. En general, hubo evidencia de certeza moderada sobre la sensibilidad y la especificidad de la mezcla de las muestras tanto para clamidia como para gonorrea. Sin embargo, la limitación de los datos de países de ingresos medianos bajos y de otros grupos de población clave, además de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, llevó al grupo a disminuir la calificación de la certeza a baja para otros grupos de la población. A partir de las consideraciones anteriores, el Grupo de Elaboración de las Directrices formuló una recomendación condicional con evidencia de certeza moderada para los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y evidencia de certeza baja para otros grupos de población clave.

Consideraciones relacionadas con la ejecución

Las pruebas con mezclas de muestras de localizaciones anatómicas múltiples son sumamente sensibles y específicas con posibles beneficios asociados de ahorro de costos y crean una oportunidad para aumentar la detección de infecciones extragenitales y la cobertura de detección, en especial en países de ingresos medianos bajos que utilizan PAAN.

Los países deberían considerar la posibilidad de llevar a cabo métodos nacionales de validación de laboratorio sobre el uso de mezclas de muestras para diagnosticar infecciones por clamidia y gonococo, e incluir las mezclas de muestras en los protocolos nacionales de garantía y control de la calidad. Debe tenerse en cuenta la cuestión sobre quién mezclaría las muestras; por ejemplo, ¿se completaría la tarea mediante la obtención de la muestra por la propia persona, los prestadores de atención de salud o personal técnico de laboratorio? Cada estrategia necesitará adaptar los protocolos nacionales, capacitar a los prestadores cuando se utilicen pruebas en el punto de atención o cerca del punto de atención y, cuando corresponda, los procedimientos y la logística de laboratorio, incluida la reorganización del flujo de muestras, la plataforma de pruebas y ajustar los suministros necesarios para la obtención de muestras.

La mezcla de muestras de localizaciones anatómicas múltiples también puede tener consecuencias en los países con directrices nacionales que recomiendan diferentes dosis y esquemas de tratamiento, dependiendo de la localización anatómica del foco infeccioso. En este caso, puede ser necesario repetir la prueba con muestras de las diferentes localizaciones por separado para recetar el tratamiento recomendado. Si es necesario obtener nuevas muestras de las personas con un resultado positivo, es indispensable contrapesarlo con el riesgo de retrasos en el tratamiento y pérdida de pacientes durante el seguimiento. Estas preocupaciones no conciernen a los países que siguen las recomendaciones vigentes de la OMS sobre el tratamiento de la infección genital o anorrectal por clamidia, para la cual se puede usar como primera opción la doxiciclina en la misma dosis en ambos casos, o sobre el tratamiento de la gonorrea que utiliza en primera línea un tratamiento doble, cuando los datos locales sobre la resistencia gonocócica a los antimicrobianos no existen o son insuficientes (443, 444). Sin embargo, debido a la resistencia cada vez mayor de los gonococos a los antimicrobianos ceftriaxona y azitromicina, la OMS está actualizando las directrices de tratamiento de las infecciones por *N. gonorrea*, lo cual puede tener repercusión sobre el tratamiento de la infección en diferentes localizaciones anatómicas.

Lagunas en materia de investigación

Con base en el examen de la evidencia, una brecha fundamental en los conocimientos que debe abordarse es la exactitud de las pruebas de *N. gonorrhoeae*, comparando muestras orofaríngeas aisladas y muestras con mezclas de otras localizaciones anatómicas. Con respecto a la realización de las pruebas con muestras mezcladas, se necesitan más estudios para definir la dilución óptima de las muestras mezcladas que procure la mayor exactitud, incluido el volumen óptimo de orina (cuando se utilizan muestras de orina en lugar de hisopos) y para comprender los posibles efectos del orden de las muestras al mezclarlas.

Además, es necesario estudiar la costo-eficacia de mezclar las muestras con respecto a diferentes prevalencias de fondo de la infección y modelizar el umbral óptimo para la utilidad de las pruebas con muestras únicas o mezcladas, con el fin de maximizar la costo-eficacia en diferentes entornos.

También es fundamental comprender mejor los valores y preferencias de personas de grupos de población clave que son mujeres cisgénero, hombres transgénero y personas no binarias con asignación de sexo femenino al nacer, ya que no se incluyeron en la investigación de valores y preferencias realizada durante la elaboración de las presentes directrices. Las investigaciones sobre ejecución son importantes para respaldar

la adopción de pruebas con muestras de localizaciones múltiples y deben incluir el análisis de la percepción de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que fueron entrevistados como parte del estudio de valores y preferencias, con respecto a la posibilidad de que se obtengan muestras biológicas de las tres localizaciones anatómicas como la norma de atención, según la cual, no tener que divulgar las prácticas sexuales a los prestadores podría reducir la estigmatización y la discriminación percibidos y aumentar el acceso a la atención por parte de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Por último, en los países que utilizan diferentes esquemas de tratamiento de las infecciones gonocócicas, clamidiales o ambas en función de la localización anatómica, sería pertinente comprender mejor los beneficios y los perjuicios de abrir las mezclas de muestras (repetir el análisis de las muestras) después de un resultado positivo, teniendo en cuenta los posibles retrasos en el tratamiento y las pérdidas durante el seguimiento en diferentes entornos. También debe considerarse la realización de una evaluación económica de la repetición de las pruebas de múltiples localizaciones anatómicas en diferentes situaciones.

Referencias

1. Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
2. Early warning advisory on new psychoactive substances. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2022 (<https://www.unodc.org/LSS/Home/NPS>, consultado el 14 de marzo del 2022).
3. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Julio del 2016. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.
4. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021: hacia el fin de las hepatitis víricas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Número de documento: WHO/HIV/2016.06.
5. Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021: hacia el fin de las ITS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
6. Singer M, Clair S. Syndemics and public health: reconceptualizing disease in bio-social context. *Med Anthropol Q*. 2003;17(4):423–41.
7. Maheu-Giroux M, Vesga JF, Diabaté S, Alary M, Baral S, Diouf D, et al. Changing dynamics of HIV transmission in Côte d'Ivoire: modeling who acquired and transmitted infections and estimating the impact of past HIV interventions (1976–2015). *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2017;75(5):517–27.
8. Mukandavire C, Walker J, Schwartz S, Boily MC, Danon L, Lyons C, et al. Estimating the contribution of key populations towards the spread of HIV in Dakar, Senegal. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(5):e25126.
9. Stone J, Mukandavire C, Boily MC, Fraser H, Mishra S, Schwartz S, et al. Estimating the contribution of key populations towards HIV transmission in South Africa. *J Int AIDS Soc*. 2021;24(1):e25650.
10. Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, et al. Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction*. 2019;114(1):150–66.
11. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Kinner SA, et al. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. *Lancet*. 2016;388(10049):1089–102.
12. Jin F, Dore GJ, Matthews G, Luhmann N, Macdonald V, Bajis S, et al. Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(1):39–56.
13. Heffernan A, Cooke GS, Nayagam S, Thursz M, Hallett TB. Scaling up prevention and treatment towards the elimination of hepatitis C: a global mathematical model. *Lancet*. 2019;393(10178):1319–29.
14. Martin NK, Vickerman P, Dore GJ, Hickman M. The hepatitis C virus epidemics in key populations (including people who inject drugs, prisoners and MSM): the use of direct-acting antivirals as treatment for prevention. *Current opinion in HIV and AIDS*. 2015;10(5):374–80.
15. Pitcher AB, Borquez A, Skaathun B, Martin NK. Mathematical modeling of hepatitis C virus (HCV) prevention among people who inject drugs: a review of the literature and insights for elimination strategies. *J Theor Biol*. 2019;481:194–201.
16. Platt L, Minozzi S, Reed J, Vickerman P, Hagan H, French C, et al. Needle syringe programmes and opioid substitution therapy for preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;9(9):Cd012021.
17. Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tavoschi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):1–12.
18. Miranda NT, de Souza RL, Monteiro JC, Costa IB, Siravenha LQ, da Luz AL, et al. Seroprevalence of HBV and HCV in female sex workers from four cities in the state of Para, northern Brazil. *J Med Virol*. 2021;93(6):3730–7.
19. Adeyemi OA, Mitchell A, Shutt A, Crowell TA, Ndembu N, Kokogho A, et al. Hepatitis B virus infection among men who have sex with men and transgender women living with or at risk for HIV: a cross sectional study in Abuja and Lagos, Nigeria. *BMC Infect Dis*. 2021;21(1):1–8.
20. Moradi, Ghobad, Marzieh Soheili, Roya Rashti, Hojat Dehghanbanadaki, Elham Nouri, Farima Zakaryaei, Elnaz Ezzati Amini, Sheno Baiezeedi, Sanaz Ahmadi, and Yousef Moradi. "The prevalence of hepatitis C and hepatitis B in lesbian, gay, bisexual and transgender populations: a systematic review and meta-analysis." *European Journal of Medical Research* 27, no. 1 (2022): 1-11.
21. Stockdale AJ, Kreuels B, Henrion MY, Giorgi E, Kyomuhangi I, de Martel C, et al. The global prevalence of hepatitis D virus infection: systematic review and meta-analysis. *J Hepatol*. 2020;73(3):523–32.

22. Miguères M, Lhomme S, Izopet J. Hepatitis A: Epidemiology, high-risk groups, prevention and research on antiviral treatment. *Viruses*. 2021;13(10).
23. Bruni L, Diaz M, Castellsagué X, Ferrer E, Bosch X, de Sanjosé S. Cervical human papillomavirus prevalence in 5 continents: meta-analysis of 1 million women with normal cytological findings. *J Infect Dis*. 2010;202(12):1789–99.
24. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30(5):F12–23.
25. James C, Harfouche M, Welton NJ, Turner KM, Abu-Raddad LJ, Gottlieb SL, et al. Herpes simplex virus: global infection prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 2020;98(5):315–29.
26. Poteat T, White RH, Footer KHA, Park JN, Galai N, Huettner S, et al. Characterising HIV and STIs among transgender female sex workers: a longitudinal analysis. *Sex Transm Infect*. 2021;97(3):226–31.
27. McLaughlin MM, Chow EP, Wang C, Yang LG, Yang B, Huang JZ, et al. Sexually transmitted infections among heterosexual male clients of female sex workers in China: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8(8):e71394.
28. Ong JJ, Baggaley RC, Wi TE, Tucker JD, Fu H, Smith MK, et al. Global epidemiologic characteristics of sexually transmitted infections among individuals using preexposure prophylaxis for the prevention of HIV Infection: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw open*. 2019;2(12):e1917134.
29. Torrone EA, Morrison CS, Chen PL, Kwok C, Francis SC, Hayes RJ, et al. Prevalence of sexually transmitted infections and bacterial vaginosis among women in sub-Saharan Africa: an individual participant data meta-analysis of 18 HIV prevention studies. *PLoS Med*. 2018;15(2):e1002511.
30. Van Gerwen OT, Jani A, Long DM, Austin EL, Musgrove K, Muzny CA. Prevalence of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in transgender persons: a systematic review. *Transgend Health*. 2020;5(2):90–103.
31. Tsuboi M, Evans J, Davies EP, Rowley J, Korenromp EL, Clayton T, et al. Prevalence of syphilis among men who have sex with men: a global systematic review and meta-analysis from 2000–20. *Lancet Glob Health*. 2021;9(8):e1110–e8.
32. Dumchev K. Challenges of sexually transmitted infections and sexual health among people who inject drugs. *Curr Opin Infect Dis*. 2022;35(1):55–60.
33. Unemo M, Shafer WM. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the 21st century: past, evolution, and future. *Clin Microbiol Reviews*. 2014;27(3):587–613.
34. Matthews GV, Dore GJ. HIV and hepatitis C coinfection. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008;23(7pt1):1000–8.
35. Thornton AC, Jose S, Bhagani S, Chadwick D, Dunn D, Gilson R, et al. Hepatitis B, hepatitis C, and mortality among HIV-positive individuals. *AIDS*. 2017;31(18):2525.
36. Platt L, Easterbrook P, Gower E, McDonald B, Sabin K, McGowan C, et al. Prevalence and burden of HCV co-infection in people living with HIV: a global systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2016;16(7):797–808.
37. Davlidova S, Haley-Johnson Z, Nyhan K, Farooq A, Vermund SH, Ali S. Prevalence of HIV, HCV and HBV in Central Asia and the Caucasus: a systematic review. *Int J Infect Dis*. 2021;104:510–25.
38. Cohen MS, Council OD, Chen JS. Sexually transmitted infections and HIV in the era of antiretroviral treatment and prevention: the biologic basis for epidemiologic synergy. *Journal Int AIDS Soc*. 2019;22:e25355.
39. Mayer, Kenneth H., and Lao-Tzu Allan-Blitz. “Similar, but different: drivers of the disproportionate HIV and sexually transmitted infection burden of key populations.” *Journal of the International AIDS Society* 22, no. Suppl 6 (2019).
40. Looker KJ, Elmes JAR, Gottlieb SL, Schiffer JT, Vickerman P, Turner KME, et al. Effect of HSV-2 infection on subsequent HIV acquisition: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(12):1303–16.
41. Glynn JR, Biraro S, Weiss HA. Herpes simplex virus type 2: a key role in HIV incidence. *AIDS*. 2009;23(12):1595–8.
42. Wu MY, Gong HZ, Hu KR, Zheng HY, Wan X, Li J. Effect of syphilis infection on HIV acquisition: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2021;97(7):525–33.
43. Massad LS, Xie X, Burk RD, D’Souza G, Darragh TM, Minkoff H, et al. Association of cervical precancer with human papillomavirus types other than 16 among HIV co-infected women. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(3):354.e1–6.
44. Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, Khalil AI, Baussano I, Shah AS, et al. Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health*. 2021;9(2):e161–e9.
45. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: Acabar con las desigualdades, Acabar con el sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2021.
46. Key considerations for differentiated antiretroviral therapy delivery for specific populations: children, adolescents, pregnant and breastfeeding women and key populations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.

47. Wilson DP, Donald B, Shattock AJ, Wilson D, Fraser-Hurt N. The cost-effectiveness of harm reduction. *Int J Drug Policy*. 2015;26:S5–S11.
48. Cambiano V, Miners A, Dunn D, McCormack S, Ong KJ, Gill ON, et al. Cost-effectiveness of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men in the UK: a modelling study and health economic evaluation. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(1):85–94.
49. Gomez GB, Borquez A, Case KK, Wheelock A, Vassall A, Hankins C. The cost and impact of scaling up pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: a systematic review of cost-effectiveness modelling studies. *PLoS medicine*. 2013;10(3):e1001401.
50. Zaric GS, Barnett PG, Brandeau ML. HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *Am J Pub Health*. 2000;90(7):1100–11.
51. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución A/RES/217A de las Naciones Unidas del 10 de diciembre de 1948.
52. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos (2006). Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2006.
53. Código Internacional de Ética Médica (2006). Pilanesberg: Asociación Médica Mundial; 2006
54. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet*. 2013;382(9908):1898–955.
55. Mayor participación de las personas que viven con el VIH (MPPVS): informe de política. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2007.
56. Manual para la elaboración de directrices, 2.a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
57. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución A/RES/217A de las Naciones Unidas del 10 de diciembre de 1948.
58. Asamblea General de las Naciones Unidas. The Vienna Declaration and Programme of Action, June 1993: with the opening statement of United Nations Secretary-General Boutros Boutros-Ghali. Resolución 48/121 de las Naciones Unidas del 25 de junio de 1993.
59. Asamblea General de las Naciones Unidas. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Resolución 2200A de las Naciones Unidas de 1966.
60. Asamblea General de las Naciones Unidas. International Covenant on Civil and Political Rights. Resolución 2200A de las Naciones Unidas de 1966.
61. Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH — Orientaciones para que los países implementen programas efectivos que eliminen el estigma y la discriminación asociados al VIH en seis entornos. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2020.
62. Cichowitz C, Rubenstein L, Beyrer C. Forced anal examinations to ascertain sexual orientation and sexual behavior: an abusive and medically unsound practice. *PLoS Med*. 2018;15(3):e1002536.
63. Argento E, Goldenberg S, Shannon K. Preventing sexually transmitted and blood borne infections (STBBIs) among sex workers: a critical review of the evidence on determinants and interventions in high-income countries. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):1–19.
64. Baker P, Beletsky L, Avalos L, Venegas C, Rivera C, Strathdee SA, et al. Policing practices and risk of HIV infection among people who inject drugs. *Epidemiol Rev*. 2020;42(1):27–40.
65. Bakko M, Kattari SK. Transgender-related insurance denials as barriers to transgender healthcare: differences in experience by insurance type. *J Gen Intern Med*. 2020;35(6):1693–700.
66. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357–e74.
67. Hill BJ, Crosby R, Bouris A, Brown R, Bak T, Rosentel K, et al. Exploring transgender legal name change as a potential structural intervention for mitigating social determinants of health among transgender women of color. *Sex Res Social Policy*. 2018;15(1):25–33.
68. Lyons CE, Schwartz SR, Murray SM, Shannon K, Diouf D, Mothopeng T, et al. The role of sex work laws and stigmas in increasing HIV risks among sex workers. *Nat Commun*. 2020;11(1):1–10.
69. Millett GA, Jeffries WL, Peterson JL, Malebranche DJ, Lane T, Flores SA, et al. Common roots: a contextual review of HIV epidemics in black men who have sex with men across the African diaspora. *Lancet*. 2012;380(9839):411–23.

70. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS medicine*. 2018;15(12):e1002680.
71. Santos GM, Makofane K, Arreola S, Do T, Ayala G. Reductions in access to HIV prevention and care services are associated with arrest and convictions in a global survey of men who have sex with men. *Sex Transm Infect*. 2017;93(1):62–4.
72. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385(9962):55–71.
73. Rich JD, Hogan JW, Wolf F, DeLong A, Zaller ND, Mehrotra M, et al. Lower syringe sharing and re-use after syringe legalization in Rhode Island. *Drug Alcohol Depend*. 2007;89(2–3):292–7.
74. Millett GA, Peterson JL, Flores SA, Hart TA, Jeffries WLt, Wilson PA, et al. Comparisons of disparities and risks of HIV infection in black and other men who have sex with men in Canada, UK, and USA: a meta-analysis. *Lancet*. 2012;380(9839):341–8.
75. Platt L, Grenfell P, Meiksin R, Elmes J, Sherman SG, Sanders T, et al. Associations between sex work laws and sex workers' health: a systematic review and meta-analysis of quantitative and qualitative studies. *PLoS Med*. 2018;15(12):e1002680.
76. Argento E, Goldenberg S, Braschel M, Machat S, Strathdee SA, Shannon K. The impact of end-demand legislation on sex workers' access to health and sex worker-led services: a community-based prospective cohort study in Canada. *PLoS One*. 2020;15(4):e0225783.
77. Piot P, Karim SSA, Hecht R, Legido-Quigley H, Buse K, Stover J, et al. Defeating AIDS—advancing global health. *Lancet*. 2015;386(9989):171–218.
78. Stannah J, Dale E, Elmes J, Staunton R, Beyrer C, Mitchell KM, et al. HIV testing and engagement with the HIV treatment cascade among men who have sex with men in Africa: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2019;6(11):e769–e87.
79. Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero; 2011. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
80. King WM, Gamarel KE. A scoping review examining social and legal gender affirmation and health among transgender populations. *Transgend Health*. 2021;6(1):5–22.
81. Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses: Guidance Note. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2012.
82. Joint statement on compulsory drug detention and rehabilitation centres. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2012.
83. Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
84. 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. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
85. Effectiveness of interventions to address HIV in prisons. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
86. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Lean RM, et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Medicine*. 2019;17(1):25.
87. Yam EA, Pulerwitz J, Almonte D, García F, del Valle A, Colom A, et al. Stigma among key populations living with HIV in the Dominican Republic: experiences of people of Haitian descent, MSM, and female sex workers. *AIDS*. 2020;34:S43–S51.
88. Rogers S, Tureski K, Cushnie A, Brown A, Bailey A, Palmer Q. Layered stigma among health-care and social service providers toward key affected populations in Jamaica and The Bahamas. *AIDS Care*. 2014;26(5):538–46.
89. Peitzmeier SM, Grosso A, Bowes A, Ceesay N, Baral SD. Associations of stigma with negative health outcomes for people living with HIV in the Gambia: implications for key populations. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;68:S146–S53.
90. Lyons CE, Olawore O, Turpin G, Coly K, Ketende S, Liestman B, et al. Intersectional stigmas and HIV-related outcomes among a cohort of key populations enrolled in stigma mitigation interventions in Senegal. *AIDS*. 2020;34(1):S63.
91. Krishnaratne S, Bond V, Stangl A, Pliakas T, Mathema H, Lilleston P, et al. Stigma and judgment toward people living with HIV and key population groups among three cadres of health workers in South Africa and Zambia: analysis of data from the HPTN 071 (PopART) trial. *AIDS Patient Care STDs*. 2020;34(1):38–50.
92. Friedland BA, Sprague L, Nyblade L, Baral SD, Pulerwitz J, Gottert A, et al. Measuring intersecting stigma among key populations living with HIV: implementing the people living with HIV Stigma Index 2.0. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(5).

93. Fitzgerald-Husek A, Van Wert MJ, Ewing WF, Grosso AL, Holland CE, Katterl R, et al. Measuring stigma affecting sex workers (SW) and men who have sex with men (MSM): a systematic review. *PLoS One*. 2017;12(11):e0188393.
94. Costa AB, de Moura Filho JB, Silva JM, Beloqui JA, Espindola Y, de Araujo CF, et al. Key and general population HIV-related stigma and discrimination in HIV-specific health care settings: results from the Stigma Index Brazil. *AIDS Care*. 2021;1–5.
95. Lan CW, Lin C, Thanh DC, Li L. Drug-related stigma and access to care among people who inject drugs in Vietnam. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(3):333–9.
96. Stringer KL, Baker EH. Stigma as a barrier to substance abuse treatment among those with unmet need: an analysis of parenthood and marital status. *J Fam Issues*. 2018;39(1):3–27.
97. Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Gliberman J, Chambers L, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ open*. 2016;6(7):e011453.
98. Hatzenbuehler ML, O'cleirigh C, Mayer KH, Mimiaga MJ, Safren SA. Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Ann Behav Med*. 2011;42(2):227–34.
99. Lekas H-M, Siegel K, Leider J. Felt and enacted stigma among HIV/HCV-coinfected adults: the impact of stigma layering. *Qual Health Res*. 2011;21(9):1205–19.
100. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, Sukut O, Yilmaz S, Buzlu S. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *Int J Health Serv*. 2020;50(1):44–61.
101. Magno L, Silva LAVd, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I. Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. *Cadernos de Saude Publica*. 2019;35.
102. Hughto JMW, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med*. 2015;147:222–31.
103. Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–11.
104. Siegel J, Yassi A, Rau A, Buxton JA, Wouters E, Engelbrecht MC, et al. Workplace interventions to reduce HIV and TB stigma among health care workers – where do we go from here? *Glob Public Health*. 2015;10(8):995–1007.
105. Pulerwitz J, Oanh KTH, Akinwolemiwa D, Ashburn K, Nyblade L. Improving hospital-based quality of care by reducing HIV-related stigma: evaluation results from Vietnam. *AIDS Behav*. 2015;19(2):246–56.
106. Odeny TA, Penner J, Lewis-Kulzer J, Leslie HH, Shade SB, Adero W, et al. Integration of HIV care with primary health care services: effect on patient satisfaction and stigma in rural Kenya. *AIDS Res Treat*. 2013;7(7):485715.
107. Mak WW, Cheng SS, Law RW, Cheng WW, Chan F. Reducing HIV-related stigma among health-care professionals: a game-based experiential approach. *AIDS Care*. 2015;27(7):855–9.
108. Li L, Lin C, Guan J, Wu Z. Implementing a stigma reduction intervention in healthcare settings. *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18710.
109. Li L, Liang L-J, Wu Z, Lin C, Guan J. Assessing outcomes of a stigma-reduction intervention with venue-based analysis. *Soc psychiatry psychiatr Epidemiol*. 2014;49(6):991–9.
110. Happell B, Byrne L, Platania-Phung C, Harris S, Bradshaw J, Davies J. Lived-experience participation in nurse education: reducing stigma and enhancing popularity. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(5):427–34.
111. Geibel S, Hossain SM, Pulerwitz J, Sultana N, Hossain T, Roy S, et al. Stigma reduction training improves healthcare provider attitudes toward, and experiences of, young marginalized people in Bangladesh. *J Adolesc Health*. 2017;60(2):S35–S44.
112. Flanagan EH, Buck T, Gamble A, Hunter C, Sewell I, Davidson L. “Recovery speaks”: a photovoice intervention to reduce stigma among primary care providers. *Psychiatr Serv*. 2016;67(5):566–9.
113. Fernandez A, Tan K-A, Knaak S, Chew BH, Ghazali SS. Effects of brief psychoeducational program on stigma in Malaysian pre-clinical medical students: a randomized controlled trial. *Acad Psychiatry*. 2016;40(6):905–11.
114. Batey DS, Whitfield S, Mulla M, Stringer KL, Durojaiye M, McCormick L, et al. Adaptation and implementation of an intervention to reduce HIV-related stigma among healthcare workers in the United States: piloting of the FRESH workshop. *AIDS Patient Care and STDs*. 2016;30(11):519–27.
115. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: How far have we come? *J Int AIDS Soc*. 2013;16:18734.
116. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc*. 2009;12(1):1–7.

117. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: a systematic review of guidelines, tools, standards of practice, best practices, consensus statements and systematic reviews. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:405–16.
118. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy makers and managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
119. UNAIDS guidance note on HIV and sex work. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2012.
120. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy makers and managers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
121. Giving young people the information, skills and knowledge they need. Comprehensive sexuality education. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2013.
122. Wirtz AL, Pretorius C, Beyrer C, Baral S, Decker MR, Sherman SG, et al. Epidemic impacts of a community empowerment intervention for HIV prevention among female sex workers in generalized and concentrated epidemics. *PLoS One.* 2014;9(2):e88047.
123. Shannon K, Crago A-L, Baral SD, Bekker L-G, Kerrigan D, Decker MR, et al. The global response and unmet actions for HIV and sex workers. *Lancet.* 2018;392(10148):698–710.
124. Platteau T, van Lankveld J, Apers L, Franssen K, Rockstroh J, Florence E. HIV testing for key populations in Europe: a decade of technological innovation and patient empowerment complement the role of health care professionals. *HIV Medicine.* 2018;19:71–6.
125. Mehrotra A, Davis DA, Evens E, White B, Wilcher R. The importance of key population community engagement and empowerment in HIV programming: insights from a global survey with local implementing partners. *J Glob Health Reports.* 2020;4:e2020044.
126. Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: a review of the literature. *J Health, Popul Nutr.* 2006;113–20.
127. Kerrigan D, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low-and middle-income countries. *AIDS Behav.* 2013;17(6):1926–40.
128. Kerrigan D, Mbwapo J, Likindikoki S, Davis W, Mantsios A, Beckham SW, et al. Project Shikamana: community empowerment-based combination HIV prevention significantly impacts HIV incidence and care continuum outcomes among female sex workers in Iringa, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2019;82(2):141.
129. Kerrigan D, Kennedy CE, Morgan-Thomas R, Reza-Paul S, Mwangi P, Win KT, et al. A community empowerment approach to the HIV response among sex workers: effectiveness, challenges, and considerations for implementation and scale-up. *Lancet.* 2015;385(9963):172–85.
130. Kerrigan D, Donastorg Y, Barrington C, Perez M, Gomez H, Mbwapo J, et al. Assessing and addressing social determinants of HIV among female sex workers in the Dominican Republic and Tanzania through community empowerment-based responses. *Current HIV/AIDS Reports.* 2020;17(2):88–96.
131. Hays RB, Rebchook GM, Kegeles SM. The Mpowerment Project: Community-building with young gay and bisexual men to prevent HIV. *Am J Community Psychol.* 2003;31(3):301–12.
132. Beckham SW, Stockton M, Galai N, Davis W, Mwapo J, Likindikoki S, et al. Family planning use and correlates among female sex workers in a community empowerment HIV prevention intervention in Iringa, Tanzania: a case for tailored programming. *BMC Public Health.* 2021;21(1):1–11.
133. Baral S, Holland CE, Shannon K, Logie C, Semugoma P, Sithole B, et al. Enhancing benefits or increasing harms: community responses for HIV among men who have sex with men, transgender women, female sex workers, and people who inject drugs. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014;66:S319–S28.
134. Chang J, Shelly S, Busz M, Stoicescu C, Iryawan AR, Madybaeva D, et al. Peer driven or driven peers? A rapid review of peer involvement of people who use drugs in HIV and harm reduction services in low- and middle-income countries. *Harm Reduct J.* 2021;18(1):15.
135. Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Proyectos de la Red Global de Trabajo Sexual, Banco Mundial. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
136. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Foro Mundial sobre HSH y VIH, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Banco Mundial. Implementación integral de programas amplios de VIH e ITS con personas transgénero: Orientación práctica para intervenciones de colaboración. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2015.

137. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, International Network of People Who Use Drugs, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Organización Mundial de la Salud, et al. *Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions*. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2017.
138. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, IRGT: Red Mundial de Mujeres Transgénero y VIH, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro de Excelencia para la Salud Transgénero de la Universidad de California en San Francisco, Escuela de Salud Pública Johns Hopkins Bloomberg, Organización Mundial de la Salud, et al. *Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2016.
139. *Cómo establecer la vigilancia dirigida por la comunidad de los servicios de VIH*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2021.
140. Blondeel K, De Vasconcelos S, García-Moreno C, Stephenson R, Temmerman M, Toskin I. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review. *Bull World Health Org*. 2018;96(1):29.
141. Sherwood JA, Grosso A, Decker MR, Peitzmeier S, Papworth E, Diouf D, et al. Sexual violence against female sex workers in The Gambia: a cross-sectional examination of the associations between victimization and reproductive, sexual and mental health. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–10.
142. Nelson E-UE, Brown AS. Extra-legal policing strategies and HIV risk environment: accounts of people who inject drugs in Nigeria. *Drugs: Educ Prev Policy*. 2020;27(4):312–9.
143. Miltz AR, Lampe FC, Bacchus LJ, McCormack S, Dunn D, White E, et al. Intimate partner violence, depression, and sexual behaviour among gay, bisexual and other men who have sex with men in the PROUD trial. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–17.
144. Griner SB, Vamos CA, Thompson EL, Logan R, Vázquez-Otero C, Daley EM. The intersection of gender identity and violence: victimization experienced by transgender college students. *J Interpers Violence*. 2020;35(23–24):5704–25.
145. Finneran C, Stephenson R. Intimate partner violence among men who have sex with men: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2013;14(2):168–85.
146. Dasgupta S. Violence in commercial sex work: a case study on the impact of violence among commercial female sex workers in india and strategies to combat violence. *Violence Against Women*. 2020:1077801220969881.
147. Poteat T, Ackerman B, Diouf D, Ceesay N, Mothopeng T, Odette K-Z, et al. HIV prevalence and behavioral and psychosocial factors among transgender women and cisgender men who have sex with men in 8 African countries: A cross-sectional analysis. *PLoS medicine*. 2017;14(11):e1002422.
148. Smith LR, Yore J, Triplett DP, Urada L, Nemoto T, Raj A. Impact of sexual violence across the lifespan on HIV risk behaviors among transgender women and cisgender people living with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr (1999)*. 2017;75(4):408.
149. Peitzmeier SM, Malik M, Kattari SK, Marrow E, Stephenson R, Agénor M, et al. Intimate partner violence in transgender populations: systematic review and meta-analysis of prevalence and correlates. *Am J Public Health*. 2020;110(9):e1–e14.
150. Park JN, Linton SL, Sherman SG, German D. Police violence among people who inject drugs in Baltimore, Maryland. *Int J Drug Policy*. 2019;64:54–61.
151. Lunze K, Lunze FI, Raj A, Samet JH. Stigma and human rights abuses against people who inject drugs in Russia – a qualitative investigation to inform policy and public health strategies. *PLoS One*. 2015;10(8):e0136030.
152. Lee JO, Yoon Y, Idrisov B, Kiriazova T, Makarenko O, Sereda Y, et al. Violence, HIV risks, and polysubstance use among HIV-positive people who inject drugs in Ukraine. *AIDS Behav*. 2021;25(7):2120–30.
153. Dunkle KL, Wong FY, Nehl EJ, Lin L, He N, Huang J, et al. Male-on-male intimate partner violence and sexual risk behaviors among money boys and other men who have sex with men in Shanghai, China. *Sex Transm Dis*. 2013;40(5):362–5.
154. Davis DA, Morales GJ, Ridgeway K, Mendizabal M, Lanham M, Dayton R, et al. The health impacts of violence perpetrated by police, military and other public security forces on gay, bisexual and other men who have sex with men in El Salvador. *Cult Health Sex*. 2020;22(2):217–32.
155. Sazzad HM, McCredie L, Treloar C, Lloyd AR, Lafferty L. Violence and hepatitis C transmission in prison – a modified social ecological model. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243106.
156. Russell M, Chen M-J, Nochajski TH, Testa M, Zimmerman SJ, Hughes PS. Risky sexual behavior, bleeding caused by intimate partner violence, and hepatitis C virus infection in patients of a sexually transmitted disease clinic. *Am J Public Health*. 2009;99(S1):S173–S9.
157. Decker MR, Wirtz AL, Baral SD, Peryshkina A, Mogilnyi V, Weber RA, et al. Injection drug use, sexual risk, violence and STI/HIV among Moscow female sex workers. *Sex Transm Infect*. 2012;88(4):278–83.

158. Decker MR, Wirtz AL, Pretorius C, Sherman SG, Sweat MD, Baral SD, et al. Estimating the impact of reducing violence against female sex workers on HIV epidemics in Kenya and Ukraine: a policy modeling exercise. *Am J Reprod Immunol.* 2013;69:122–32.
159. El-Bassel N, Wechsberg WM, Shaw SA. Dual HIV risk and vulnerabilities among women who use or inject drugs: no single prevention strategy is the answer. *Curr Opin HIV AIDS.* 2012;7(4):326.
160. Evidence Brief: Violence against women. Intimate partner and sexual violence against women. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
161. Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud; 2020.
162. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [publicación completa en inglés; resumen en español publicado por la Organización Panamericana de la Salud].
163. Ando N, Mizushima D, Watanabe K, Takano M, Shiojiri D, Uemura H, et al. Modified self-obtained pooled sampling to screen for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2020;20:20.
164. Handbook on police accountability, oversight and integrity. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2011.
165. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015;385(9977):1555–66.
166. Cumplimiento del compromiso conjunto de abordar y contrarrestar el problema mundial de las drogas en relación con los derechos humanos (A/HRC/39/39). Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2018.
167. Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
168. Guidance on prevention of viral hepatitis B and C among people who inject drugs. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
169. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
170. Interventions to address HIV in prisons: prevention of sexual transmission. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
171. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
172. Guidelines for long-acting injectable cabotegravir for HIV prevention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
173. Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 [publicación completa en inglés; resumen en español publicado por la Organización Panamericana de la Salud].
174. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
175. Directrices consolidadas sobre los servicios de detección del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
176. La prueba doble de diagnóstico rápido de la infección por VIH y la sífilis puede utilizarse como primera prueba en la atención prenatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
177. Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
178. Prevención de la transmisión maternoinfantil del virus de la hepatitis B. Directrices sobre la profilaxis con antivirales en el embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022.
179. Coomes, David Michael, Dylan Green, Ruanne Barnabas, Monisha Sharma, Magdalena Barr-Dichiara, Muhammad S. Jamil, Rachel Baggaley et al. “Cost-effectiveness of implementing HIV and HIV/syphilis dual testing among key populations in Viet Nam: a modeling analysis.” medRxiv (2022).
180. Intervenciones de salud digital centradas en los jóvenes. Un marco para planificar, desarrollar e implementar soluciones con y para la población joven. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
181. WHO information note on the use of dual HIV/syphilis rapid diagnostic tests (RDT). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
182. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022.

183. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
184. Directrices para realizar las pruebas de detección de la Hepatitis B y C. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 [publicación completa en inglés; sinopsis de política en español publicada por la Organización Panamericana de la Salud].
185. Recommendations and guidance on hepatitis C virus self-testing. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
186. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Van Lunzen J, et al. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016;316(2):171–81.
187. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 2011;365(6):493–505.
188. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(8):e438–e47.
189. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 2: Tamizaje. Tamizaje sistemático de la tuberculosis. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud [de próxima publicación en español]; 2020.
190. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Informe n.º 9240031596.
191. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 4: Tratamiento. Tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
192. Directrices unificadas de la OMS sobre la tuberculosis. Módulo 1: Prevención. Tratamiento preventivo de la tuberculosis. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022.
193. Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
194. Directrices para la prevención, la atención y el tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
195. Grulich AE, Van Leeuwen MT, Falster MO, Vajdic CM. Incidence of cancers in people with HIV/AIDS compared with immunosuppressed transplant recipients: a meta-analysis. *Lancet*. 2007;370(9581):59–67.
196. Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, mayo del 2017. *Wkly Epidemiol Rec*. 2017;92(19).
197. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
198. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
199. New WHO recommendations on screening and treatment to prevent cervical cancer among women living with HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
200. Directrices sobre la atención para el aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
201. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Organización Mundial de la Salud; 2016.
202. mhGAP Evidence Resource Centre. Organización Mundial de la Salud (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre>, consultado el 14 de marzo del 2022).
203. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Ginebra: 1989.
204. HIV and young people who sell sex: a technical brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
205. Rashti R, Alavian SM, Moradi Y, Sharafi H, Bolbanabad AM, Roshani D, et al. Global prevalence of HCV and/or HBV coinfections among people who inject drugs and female sex workers who live with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. *Arch Virol*. 2020:1–12.
206. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1192–e207.
207. Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, Zaller ND, Jarlais DD, Hagan H, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: results of a systematic review and meta-analysis. *Hepatology*. 2013;58(4):1215–24.

208. Larney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5(12):e1208–e20.
209. Värmå Falk M, Strömdahl S, Ekström AM, Kåberg M, Karlsson N, Dahlborn H, et al. A qualitative study of facilitators and barriers to participate in a needle exchange program for women who inject drugs. *Harm Reduct J*. 2020;17(1):84.
210. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S, et al. HIV and the criminalisation of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV*. 2017;4(8):e357–e74.
211. Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*. 2013;129(3):180–209.
212. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012;7(4):345–53.
213. Falla AM, Hofstraat SHI, Duffell E, Hahné SJM, Tavoschi L, Veldhuijzen IK. Hepatitis B/C in the countries of the EU/ EEA: a systematic review of the prevalence among at-risk groups. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):79.
214. Ooi C, Kong FYS, Lewis DA, Hocking JS. Prevalence of sexually transmissible infections and HIV in men attending sex-on-premises venues in Australia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Sex Health*. 2020;17(2):135–48.
215. Beebeejaun K, Degala S, Balogun K, Simms I, Woodhall SC, Heinsbroek E, et al. Outbreak of hepatitis A associated with men who have sex with men (MSM), England, July 2016 to January 2017. *Eurosurveillance*. 2017;22(5):30454.
216. Chen G-J, Lin K-Y, Hung C-C, Chang S-C. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men in a country of low endemicity of hepatitis A infection. *J Infect Dis*. 2017;215(8):1339–40.
217. Freidl GS, Sonder GJ, Bovée LP, Friesema IH, van Rijckevorsel GG, Ruijs WL, et al. Hepatitis A outbreak among men who have sex with men (MSM) predominantly linked with the EuroPride, the Netherlands, July 2016 to February 2017. *Eurosurveillance*. 2017;22(8):30468.
218. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mårdh O, Varela C, Avellón A, et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. *Eurosurveillance*. 2018;23(33):1700641.
219. Werber D, Michaelis K, Hausner M, Sissolak D, Wenzel J, Bitzegeio J, et al. Ongoing outbreaks of hepatitis A among men who have sex with men (MSM), Berlin, November 2016 to January 2017 – linked to other German cities and European countries. *Eurosurveillance*. 2017;22(5):30457.
220. Asher AK, Portillo CJ, Cooper BA, Dawson-Rose C, Vlahov D, Page KA. Clinicians' views of hepatitis C virus treatment candidacy with direct-acting antiviral regimens for people who inject drugs. *Subst Use Misuse*. 2016;51(9):1218–23.
221. Malekinejad M, Barker EK, Merai R, Lyles CM, Bernstein KT, Sipe TA, et al. Risk of HIV acquisition among men who have sex with men infected with bacterial sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Dis*. 2021;48(10):e138–e48.
222. Reisner SL, Radix A, Deutsch MB. Integrated and gender-affirming transgender clinical care and research. *J Acquir Immune Defic Syndr* (1999). 2016;72(3):S235–S42.
223. Wirtz AL, Poteat TC, Malik M, Glass N. Gender-based violence against transgender people in the United States: a call for research and programming. *Trauma Violence Abuse*. 2020;21(2):227–41.
224. Mendes WG, Silva C. Homicide of lesbians, gays, bisexuals, travestis, transexuales, and transgender people (LGBT) in Brazil: a spatial analysis. *Cien Saude Colet*. 2020;25(5):1709–22.
225. Dinno A. Homicide rates of transgender individuals in the United States: 2010–2014. *Am J Public Health*. 2017;107(9):1441–7.
226. Rodríguez-Madera SL, Padilla M, Varas-Díaz N, Neilands T, Vasques Guzzi AC, Florenciani EJ, et al. Experiences of violence among transgender women in Puerto Rico: an underestimated problem. *J Homosex*. 2017;64(2):209–17.
227. Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: a systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord*. 2018;19(3):199–220.
228. Kelley J. Stigma and human rights: transgender discrimination and its influence on patient health. *Prof Case Manag*. 2021;26(6):298–303.
229. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214–22.
230. Ghobad M, Marziah S, Roya R, Hojat D, Elham N, Farima Z, et al. *Euro J Med Res*. 2021.

231. Van Schuylenbergh J, Motmans J, Defreyne J, Somers A, T'Sjoen G. Sexual health, transition-related risk behavior and need for health care among transgender sex workers. *Int J Transgend.* 2019;20(4):388–402.
232. Wierckx K, Mueller S, Weyers S, Van Caenegem E, Roef G, Heylens G, et al. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *J Sex Med.* 2012;9(10):2641–51.
233. Wallace PM, Rasmussen S. Analysis of adulterated silicone: implications for health promotion. *Int J Transgend.* 2010;12(3):167–75.
234. Aguayo-Romero RA, Reisen CA, Zea MC, Bianchi FT, Poppen PJ. Gender affirmation and body modification among transgender persons in Bogotá, Colombia. *Int J Transgend.* 2015;16(2):103–15.
235. Ngoc M-AT, Greenberg K, Alio PA, McIntosh S, Baldwin C. Non-medical body modification (body-mod) strategies among transgender and gender diverse (TG/GD) adolescents and young adults. *J Adolescent Health.* 2020;66(2):S84.
236. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 11). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
237. Prisons and health. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2014.
238. Ahmadi Gharaei H, Fararouei M, Mirzazadeh A, et al. The global and regional prevalence of hepatitis C and B co-infections among prisoners living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Infect Dis Poverty* 2021;10:93.
239. Sander G, Shirley-Beavan S, Stone K. The global state of harm reduction in prisons. *J Correct Health Care.* 2019;25(2):105–20.
240. Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction.* 2006;101(2):181–91.
241. Dolan K, Khoei EM, Brentari C, Stevens A. Prisons and drugs: a global review of incarceration, drug use and drug services. Report 12. 2007.
242. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(9):871–81.
243. Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Viena; 2016.
244. Prisons and Health. Dinamarca: Organización Mundial de la Salud (Europe); 2014.
245. HIV prevention, testing, treatment, care and support in prisons and other closed settings: a comprehensive package of interventions. Vienna: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2020.
246. HIV/AIDS JUNPo. Progress report of the multistakeholder task team on community-led AIDS responses. Ginebra: ONUSIDA; 2020.
247. Nguyen VTT, Phan HT, Kato M, Nguyen QT, Le Ai KA, Vo SH, et al. Community-led HIV testing services including HIV self-testing and assisted partner notification services in Vietnam: lessons from a pilot study in a concentrated epidemic setting. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(3):e25301.
248. Vannakit R, Janyam S, Linjongrat D, Chanlearn P, Sittikarn S, Pengnonyang S, et al. Give the community the tools and they will help finish the job: key population-led health services for ending AIDS in Thailand. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(6):e25535.
249. Reza-Paul S, Lazarus L, Maiya R, Venukumar KT, Lakshmi B, Roy A, et al. Delivering community-led integrated HIV and sexual and reproductive health services for sex workers: a mixed methods evaluation of the DIFFER study in Mysore, South India. *PLoS One.* 2019;14(6):e0218654.
250. P hanuphak N, Sungsing T, Jantarapakde J, Pengnonyang S, Trachunthong D, Mingkwanrungruang P, et al. Princess PrEP program: the first key population-led model to deliver pre-exposure prophylaxis to key populations by key populations in Thailand. *Sex Health.* 2018;15(6):542–55.
251. Onovo A, Kalaiwo A, Emmanuel G, Keiser O. Community-led index case testing: a promising strategy to improve HIV diagnosis and linkage to care in partners of key populations in Nigeria. Disponible en SSRN 3872626 (consultado el 24 de junio del 2022).
252. Stardust Z, Kolstee J, Joksic S, Gray J, Hannan S. A community-led, harm-reduction approach to chemsex: case study from Australia's largest gay city. *Sex Health.* 2018;15(2):179–81.
253. Lillie TA, Persaud NE, DiCarlo MC, Gashobotse D, Kamali DR, Cheron M, et al. Reaching the unreached: performance of an enhanced peer outreach approach to identify new HIV cases among female sex workers and men who have sex with men in HIV programs in West and Central Africa. *Plos One.* 2019;14(4):e0213743.
254. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. En: 69.a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
255. Integrated care models: an overview. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud (Oficina Regional de Europa); 2016.

256. International AIDS Society. 2021 (<https://www.iasociety.org/Differentiated-Service-Delivery#:~:text=Differentiated%20service%20delivery%20has%20been,burdens%20on%20the%20health%20system%E2%80%9D> , consultado el 14 de marzo del 2022).
257. Intervenciones de salud digital centradas en los jóvenes. Un marco para planificar, desarrollar e implementar soluciones con y para la población joven. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021.
258. Hightow-Weidman L, Muessig K, Claude K, Roberts J, Zlotorzynska M, Sanchez T. Maximizing digital interventions for youth in the midst of covid-19: lessons from the adolescent trials network for HIV interventions. *AIDS Behav.* 2020;24(8):2239–43.
259. Ames HM, Glenton C, Lewin S, Tamrat T, Akama E, Leon N. Clients' perceptions and experiences of targeted digital communication accessible via mobile devices for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019(10).
260. Inhae C, Jiwon K. Effects of mHealth intervention on sexual and reproductive health in emerging adulthood: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Stud.* 2021;119:103949.
261. HIV and young people who sell sex: a technical brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
262. HIV and young men who have sex with men. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
263. Las personas transgénero y la infección por el VIH: Sinopsis de política. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
264. HIV and young people who inject drugs: a technical brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
265. Bekker LG, Johnson L, Wallace M, Hosek S. Building our youth for the future. Wiley Online Library; 2015.
266. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS.* 2014;28(10):1509–19.
267. Kteily-Hawa R, Hawa AC, Gogolishvili D, Al Akel M, Andruszkiewicz N, Vijayanathan H, et al. Understanding the epidemiological HIV risk factors and underlying risk context for youth residing in or originating from the Middle East and North Africa (MENA) region: a scoping review of the literature. *PLoS One.* 2022;17(1):e0260935.
268. McLaughlin M, Amaya A, Klevens M, O'Cleirigh C, Batchelder A. A review of factors associated with age of first injection. *J Psychoact Drugs.* 2020;52(5):412–20.
269. Cornell M, Dovel K. Reaching key adolescent populations. *Curr Opin HIV AIDS.* 2018;13(3):274–80.
270. Young people and HIV. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2021.
271. Young key populations from Asia and the Pacific claiming their space at the 2021 High-Level Meeting on AIDS 2021. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210611_young-key-populations-asia-pacific, consultado el 14 de marzo del 2022).
272. Weinstock HS, Kreisel KM, Spicknall IH, Chesson HW, Miller WC. STI Prevalence, incidence, and costs in the United States: new estimates, new approach. *Sex Transm Dis.* 2021;48(4):207.
273. Report on sexually transmitted infections in Canada, 2017. Public Health Agency of Canada; 2019.
274. HIV, viral hepatitis, and sexually transmissible infections in Australia – annual surveillance report 2018. Kirby Institute; 2020.
275. Gonorrhoea – Annual epidemiological report for 2018. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020.
276. Chlamydia infection – Annual epidemiological report for 2018. European Centre for Disease Prevention and Control; 2020.
277. Bao Y, Larney S, Peacock A, Colledge S, Grebely J, Hickman M, et al. Prevalence of HIV, HCV and HBV infection and sociodemographic characteristics of people who inject drugs in China: a systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Policy.* 2019;70:87–93.
278. Viral Hepatitis Surveillance – Estados Unidos 2019; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; mayo del 2021.
279. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *Lancet Glob Health.* 2017;5(12):e1192–e207.
280. The Key Populations Atlas: ONUSIDA (<https://kpatlas.unaids.org/>, consultado el 14 de marzo del 2022).
281. Ie SI, Turyadi, Sidarta E, Sathewa A, Purnomo GA, Soedarmono YS, et al. High prevalence of hepatitis B virus infection in young adults in Ternate, Eastern Indonesia. *Am J Trop Med Hyg.* 2015;93(6):1349–55.
282. Shannon CL, Klausner JD. The growing epidemic of sexually transmitted infections in adolescents: a neglected population. *Curr Opin Pediatr.* 2018;30(1):137.

283. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78.
284. Ramadhani HO, Crowell TA, Nowak RG, Ndembi N, Kayode BO, Kokogho A, et al. Association of age with healthcare needs and engagement among Nigerian men who have sex with men and transgender women: cross-sectional and longitudinal analyses from an observational cohort. *J Int AIDS Soc*. 2020;23:e25599.
285. Rucinski KB, Schwartz SR, Mishra S, Phaswana-Mafuya N, Diouf D, Mthopeng T, et al. High HIV prevalence and low HIV-service engagement among young women who sell sex: a pooled analysis across 9 Sub-Saharan African countries. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(2):148–55.
286. Ninsiima LR, Chiumia IK, Ndejjo R. Factors influencing access to and utilisation of youth-friendly sexual and reproductive health services in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health*. 2021;18(1):1–17.
287. Chong LSH, Kerklaan J, Clarke S, Kohn M, Baumgart A, Guha C, Tunnicliffe DJ, Hanson CS, Craig JC, Tong A. Experiences and Perspectives of Transgender Youths in Accessing Health Care: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2021 Nov 1;175(11):1159-1173. doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2061. PMID: 34279538.
288. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Nigeria. Brazzaville: Oficina Regional de la OMS para África; 2019.
289. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Tanzania. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
290. Young people and the law in Asia and the Pacific: a review of laws and policies affecting young people's access to sexual and reproductive health and HIV services. Nueva York: UNESCO; 2013.
291. Barr-DiChiara M, Tembo M, Harrison L, Quinn C, Ameyan W, Sabin K, et al. Adolescents and age of consent to HIV testing: an updated review of national policies in sub-Saharan Africa. *BMJ Open*. 2021;11(9):e049673.
292. Robert K, Maryline M, Jordan K, Lina D, Helgar M, Annrita I, et al. Factors influencing access of HIV and sexual and reproductive health services among adolescent key populations in Kenya. *Int J Public Health*. 2020;65(4):425–32.
293. Shabani O, Moleki MM, Thupayagale-Tshweneagae GG. Individual determinants associated with utilisation of sexual and reproductive health care services for HIV and AIDS prevention by male adolescents. *Curationis*. 2018;41(1):1–6.
294. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, Bolton-Moore C, Kelley K, Fairlie L. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19833.
295. Directrices para las consideraciones éticas en la planificación y evaluación de estudios de investigación sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
296. Handbook for conducting an adolescent health services barriers assessment (AHSBA) with a focus on disadvantaged adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
297. Organización Mundial de la Salud, Sociedad Internacional del Sida. A global research agenda for adolescents living with HIV - Research for an AIDS free generation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017.
298. Collecting and reporting of sex- and age-disaggregated data on adolescents at the sub-national level Ciudad de Nueva York: UNICEF; 2016.
299. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Resolución de las Naciones Unidas A/Res/44/251989 del 20 de noviembre de 1989.
300. Global consensus statement: meaningful adolescent and youth engagement. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
301. Global Network of Young People living with HIV (Y+ Global). A guideline for organisations on the meaningful and ethical engagement of young people living with HIV in the HIV response. 2022.
302. Adolescent friendly health services for adolescents living with HIV: from theory to practice, December 2019: a technical brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
303. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
304. Conner B. “First, do no harm”: legal guidelines for health programmes affecting adolescents aged 10–17 who sell sex or inject drugs. *J Int AIDS Soc*. 2015;18:19437.
305. O’Farrell M, Corcoran P, Davoren MP. Examining LGBTI+ inclusive sexual health education from the perspective of both youth and facilitators: a systematic review. *BMJ open*. 2021;11(9):e047856.
306. What They Don’t Tell You in Sex Ed! – a resource for transgender and gender diverse communities on sexual and reproductive health. Asia Pacific Transgender Network (APTN); 2021.

307. International technical and programmatic guidance on out-of-school comprehensive sexuality education (CSE). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
308. READY to Care: improving health services for young people living with HIV. Global Network of Young People Living with HIV; 2019.
309. Young key populations programming guidelines: inspiration for a new era of SRHR and HIV programming for young key populations in Asia-Pacific. Youth LEAD; 2021.
310. Guidelines for healthcare providers on trans-competent healthcare services for transgender patients. Asia Pacific Transgender Network (APTNet); 2020.
311. Mark D, Lovich R, Walker D, Burdock T, Ronan A, Ameyan W, et al. Providing peer support for adolescents and young people living with HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Contract No. WHO/CDS/HIV/19.27.
312. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Informe n.º 9240031596.
313. Looking out for adolescents and youth from key populations. UNICEF East Asia & Pacific; 2019.
314. Asamblea General de las Naciones Unidas. United Nations guidelines for the alternative care of children. Resolución de las Naciones Unidas A/Res/64/142 of 2010.
315. Prevención de la violencia en la escuela: manual práctico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
316. Manual INSPIRE: medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
317. Jones T, Cornu C, Liu Y. Bringing it out in the open: monitoring school violence based on sexual orientation, gender identity or gender expression in national and international surveys. 2019.
318. Aceptemos la diversidad y protejamos a niñas/os/es y adolescentes trans y de género diverso [comunicado de prensa]. Oficina de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 16 de mayo del 2017.
319. Atención para las mujeres que han sufrido violencia: programa de capacitación de la OMS dirigido a los prestadores de servicios de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
320. Cómo responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
321. Reproductive rights are human rights: a handbook for national human rights institutions Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2014.
322. Family planning for adolescents and women at high risk for HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
323. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
324. Laurenzi CA, du Toit S, Ameyan W, Melendez-Torres G, Kara T, Brand A, et al. Psychosocial interventions for improving engagement in care and health and behavioural outcomes for adolescents and young people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc.* 2021;24(8):e25741.
325. WHO guideline on school health services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
326. Hacer que todas las escuelas sean promotoras de la salud. Guía de aplicación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2022.
327. The right to housing of LGBT youth: an urgent task in the SDG agenda setting [comunicado de prensa]. Ginebra: Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2019.
328. Free and equal: LGBTIQ+ Youth Homelessness. Fact sheet. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos; 2020.
329. Food systems for children and adolescents: working together to secure nutritious diets. Nueva York: UNICEF; 2019.
330. Carducci B, Oh C, Roth DE, Neufeld LM, Frongillo EA, L'Abbe MR, et al. Gaps and priorities in assessment of food environments for children and adolescents in low-and middle-income countries. *Nature Food.* 2021;2(6):396–403.
331. Transitions from school to work. Nueva York: UNICEF; 2019.
332. Recommended population size estimates of men who have sex with men. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.
333. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Recommended population size estimates of men who have sex with men. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020.

334. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2011;343.
335. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919.
336. Desrosiers A, Levy M, Dright A, Zumer M, Jallah N, Kuo I, et al. A randomized controlled pilot study of a culturally-tailored counseling intervention to increase uptake of HIV pre-exposure prophylaxis among young black men who have sex with men in Washington, DC. *AIDS Behav*. 2019;23(1):105–15.
337. DiClemente RJ, Davis TL, Swartzendruber A, Fasula AM, Boyce L, Gelaude D, et al. Efficacy of an HIV/STI sexual risk-reduction intervention for African American adolescent girls in juvenile detention centers: a randomized controlled trial. *Women Health*. 2014;54(8):726–49.
338. L'Engle KL, Mwarogo P, Kingola N, Sinkele W, Weiner DH. A randomized controlled trial of a brief intervention to reduce alcohol use among female sex workers in Mombasa, Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67(4):446–53.
339. Hao C, Huan X, Yan H, Yang H, Guan W, Xu X, et al. A randomized controlled trial to evaluate the relative efficacy of enhanced versus standard voluntary counseling and testing on promoting condom use among men who have sex with men in China. *AIDS Behav*. 2012;16(5):1138–47.
340. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Witte SS, Chang M, Hill J, et al. Couple-based HIV prevention for low-income drug users from New York City: a randomized controlled trial to reduce dual risks. *J Acquir Immune Defic Syndr (1999)*. 2011;58(2):198.
341. El-Bassel N, Gilbert L, Terlikbayeva A, Beyrer C, Wu E, Chang M, et al. Effects of a couple-based intervention to reduce risks for HIV, HCV, and STIs among drug-involved heterosexual couples in Kazakhstan: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr (1999)*. 2014;67(2):196.
342. El-Bassel N, Gilbert L, Goddard-Eckrich D, Chang M, Wu E, Hunt T, et al. Efficacy of a group-based multimedia HIV prevention intervention for drug-involved women under community supervision: Project WORTH. *PLoS One*. 2014;9(11):e111528.
343. Strathdee SA, Abramovitz D, Lozada R, Martinez G, Rangel MG, Vera A, et al. Reductions in HIV/STI incidence and sharing of injection equipment among female sex workers who inject drugs: results from a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2013;8(6):e65812.
344. Eaton LA, Kalichman SC, Kalichman MO, Driffin DD, Baldwin R, Zohren L, et al. Randomised controlled trial of a sexual risk reduction intervention for STI prevention among men who have sex with men in the USA. *Sex Transm Infect*. 2018;94(1):40–5.
345. Johnson A, Macgowan R, Eldridge G, Morrow K, Sosman J, Zack B, et al. Cost and threshold analysis of an HIV/STI/hepatitis prevention intervention for young men leaving prison: Project START. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2676–84.
346. Burgos JL, Patterson TL, Graff-Zivin JS, Kahn JG, Rangel MG, Lozada MR, et al. Cost-effectiveness of combined sexual and injection risk reduction interventions among female sex workers who inject drugs in two very distinct Mexican border cities. *PLoS One*. 2016;11(2):e0147719.
347. Stephenson R, Todd K, Kahle E, Sullivan SP, Miller-Perusse M, Sharma A, et al. Project Moxie: results of a feasibility study of a telehealth intervention to increase HIV testing among binary and nonbinary transgender youth. *AIDS Behav*. 2020;24(5):1517–30.
348. Moitra E, van den Berg JJ, Sowemimo-Coker G, Chau S, Nunn A, Chan PA. Open pilot trial of a brief motivational interviewing-based HIV pre-exposure prophylaxis intervention for men who have sex with men: preliminary effects, and evidence of feasibility and acceptability. *AIDS Care*. 2020 Mar;32(3):406–410.
349. United Nations Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity. Report on conversion therapy. 2020.
350. Velloza J, Kapogiannis B, Bekker L-G, Celum C, Hosek S, Delany-Moretlwe S, et al. Interventions to improve daily medication use among adolescents and young adults: what can we learn for youth pre-exposure prophylaxis services? *AIDS*. 2021;35(3):463.
351. Schreck B, Victorri-Vigneau C, Guerlais M, Laforgue E, Grall-Bronnec M. Slam practice: a review of the literature. *European Addiction Research*. 2021;27(3):161–78.
352. McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ*. 2015 Nov 3;351:h5790.
353. Chemsex and harm reduction for gay men and other men who have sex with men: Briefing Note. London: Harm Reduction International; 2021.
354. Maxwell S, Shahmanesh M, Gafos M. Chemsex behaviours among men who have sex with men: a systematic review of the literature. *Int J Drug Policy*. 2019;63:74–89.

355. APCOM. A qualitative scoping review of sexualized drug use (including Chemsex) of men who have sex with men and transgender women in Asia.2021.
356. Pakianathan M, Whittaker W, Lee M, Avery J, Green S, Nathan B, et al. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med.* 2018;19(7):485–90.
357. Pakianathan M-WW, Lee MJ, Avery J, Green S, Nathan B, Hegazi A. Chemsex and new HIV diagnosis in gay, bisexual and other men who have sex with men attending sexual health clinics. *HIV Med.* 2018;19(7):485–90.
358. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspect Public Health.* 2019;139(1):23–33.
359. Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres-Rueda S, Steinberg P, Weatherburn P. “Chemsex” and harm reduction need among gay men in South London. *Int J Drug Policy.* 2015;26(12):1171–6.
360. Herrijgers C, Poels K, Vandebosch H, Platteau T, van Lankveld J, Florence E. Harm reduction practices and needs in a Belgian chemsex context: findings from a qualitative study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(23):9081.
361. Tomkins A, Vivancos R, Ward C, Kliner M. How can those engaging in chemsex best be supported? An online survey to gain intelligence in Greater Manchester. *Int J STD AIDS.* 2018;29(2):128–34.
362. Bedi A, Sewell C, Fitzpatrick C. Peer-led education may be an effective harm reduction strategy for men who have sex with men engaging in ‘chemsex’. *Int J STD AIDS.* 2020;31(4):392–3.
363. Tan RKJ, Wong CM, Mark I, Chen C, Chan YY, Ibrahim MAB, et al. Chemsex among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Singapore and the challenges ahead: a qualitative study. *Int J Drug Policy.* 2018;61:31–7.
364. Tang W, Wei C, Cao B, Wu D, Li KT, Lu H, et al. Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: a closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS medicine.* 2018;15(8):1–19.
365. Zhu X, Zhang W, Operario D, Zhao Y, Shi A, Zhang Z, et al. Effects of a mobile health intervention to promote HIV self-testing with MSM in China: a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2019;23(11):3129–39.
366. Lampkin D, Crawley A, Lopez TP, Mejia CM, Yuen W, Levy V. Reaching suburban men who have sex with men for STD and HIV services through online social networking outreach: a public health approach. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016;72(1):73–8.
367. Horvath KJ, Lammert S, Danh T, Mitchell JW. The Feasibility, Acceptability and Preliminary Impact of Mobile Application to Increase Repeat HIV Testing Among Sexual Minority Men. *AIDS Behav.* 2020 Jun;24(6):1835–1850.
368. Horvath KJ, Lammert S, MacLehose RF, Danh T, Baker JV, Carrico AW. A pilot study of a mobile app to support HIV antiretroviral therapy adherence among men who have sex with men who use stimulants. *AIDS Behav.* 2019;23(11):3184–98.
369. Kuo I, Liu T, Patrick R, Trezza C, Bazerman L, Uhrig Castonguay BJ, et al. Use of an mHealth intervention to improve engagement in HIV community-based care among persons recently released from a correctional facility in Washington, DC: a pilot study. *AIDS Behav.* 2019;23(4):1016–31.
370. Songtaweessin WN, Kawichai S, Phanuphak N, Cressey TR, Wongharn P, Saisaengjan C, et al. Youth-friendly services and a mobile phone application to promote adherence to pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men and transgender women at-risk for HIV in Thailand: a randomized control trial. *J Int AIDS Soc.* 2020;23(5):e25564.
371. Young JD, Patel M, Badowski M, Mackesy-Amiti ME, Vaughn P, Shicker L, et al. Improved virologic suppression with HIV subspecialty care in a large prison system using telemedicine: an observational study with historical controls. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America.* 2014;59(1):123–6.
372. Arayasirikul S, Turner C, Trujillo D, Le V, Wilson EC. Efficacy and impact of digital HIV care navigation in young people living with HIV in San Francisco, California: prospective study. *JMIR mHealth and uHealth.* 2020;8(5):e18597–e.
373. Brantley AD, Page KM, Zack B, Friedrich KR, Wendell D, Robinson WT, et al. Making the connection: using videoconferencing to increase linkage to care for incarcerated persons living with HIV post-release. *AIDS Behav.* 2019;23:32–40.
374. Bauermeister JA, Pingel ES, Jadwin-Cakmak L, Harper GW, Horvath K, Weiss G, et al. Acceptability and preliminary efficacy of a tailored online HIV/STI testing intervention for young men who have sex with men: the Get Connected! program. *AIDS Behav.* 2015;19(10):1860–74.
375. Young SD, Cumberland WG, Lee SJ, Jaganath D, Szekeres G, Coates T. Social networking technologies as an emerging tool for HIV prevention: a cluster randomized trial. *Ann Int Med.* 2013;159(5):318–24.
376. Ross C, Shaw S, Marshall S, Stephen S, Bailey K, Cole R, et al. Impact of a social media campaign targeting men who have sex with men during an outbreak of syphilis in Winnipeg, Canada. *Can Commun Dis Rep. (Releve des maladies transmissibles au Canada).* 2016;42(2):45–9.

377. Zhu X, Zhang W, Operario D, Zhao Y, Shi A, Zhang Z, et al. Effects of a mobile health intervention to promote HIV self-testing with MSM in China: a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2019;23(11):3129–39.
378. Estrategia mundial sobre salud digital 2020–2025. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
379. Ross C, Shaw S, Marshall S, Stephen S, Bailey K, Cole R, et al. Update on STIs: impact of a social media campaign targeting men who have sex with men during an outbreak of syphilis in Winnipeg, Canada. *Canada Commun Dis Rep.* 2016;42(2):45.
380. FHI360. Going Online: a budgetting and programming aid for virtual HIV interventions. Durham (NC): FHI360; 2021.
381. Alarcón Gutiérrez M, Fernández Quevedo M, Martín Valle S, Jacques-Aviñó C, Díez David E, Caylà JA, et al. Acceptability and effectiveness of using mobile applications to promote HIV and other STI testing among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *Sex Transm Infect.* 2018;94(6):443–8.
382. Ybarra M, Nyemara N, Mugisha F, Garofalo R. Opportunities to Harness Technology to Deliver HIV Prevention / Healthy Sexuality Programming to Sexual and Gender Minority Adults Living in East Africa. *AIDS Behav.* 2021 Apr;25(4):1120–1128.
383. Cao B, Zhao P, Bien C, Pan S, Tang W, Watson J, et al. Linking young men who have sex with men (YMSM) to STI physicians: a nationwide cross-sectional survey in China. *BMC Infect Dis.* 2018;18(1):1–8.
384. Ventuneac A, John SA, Whitfield THF, Mustanski B, Parsons JT. Preferences for sexual health smartphone app features among gay and bisexual men. *AIDS Behav.* 2018;22(10):3384–94.
385. Fontenot HB, Rosenberger JG, McNair KT, Mayer KH, Zimet G. Perspectives and preferences for a mobile health tool designed to facilitate HPV vaccination among young men who have sex with men. *Hum Vaccin Immunother.* 2019;15(7–8):1815–23.
386. Balán IC, Lopez-Rios J, Nayak S, Lentz C, Arumugam S, Kutner B, et al. SMARTtest: a smartphone app to facilitate HIV and syphilis self- and partner-testing, interpretation of results, and linkage to care. *AIDS Behav.* 2019;24(5):1560–73.
387. Brennan DJ, Souleymanov R, Lachowsky N, Betancourt G, Pugh D, McEwen O. Providing online-based sexual health outreach to gay, bisexual, and queer men in Ontario, Canada: qualitative interviews with multisectoral frontline service providers and managers. *AIDS Patient Care STDs.* 2018;32(7):282–7.
388. Fantus S, Souleymanov R, Lachowsky NJ, Brennan DJ. The emergence of ethical issues in the provision of online sexual health outreach for gay, bisexual, two-spirit and other men who have sex with men: perspectives of online outreach workers. *BMC Med Ethics.* 2017;18(1):59–70.
389. Directriz de la OMS: recomendaciones sobre intervenciones digitales para fortalecer los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
390. FHI360. A vision for going online to accelerate the impact of HIV programs. Washington DC, USA: FHI360; 2019.
391. Cunningham WE, Weiss RE, Nakazono T, Malek MA, Shoptaw SJ, Ettner SL, et al. Effectiveness of a peer navigation intervention to sustain viral suppression among HIV-positive men and transgender women released from jail: the LINK LA randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2018;178(4):542–53.
392. Reback CJ, Kisler KA, Fletcher JB. A novel adaptation of peer health navigation and contingency management for advancement along the HIV care continuum among transgender women of color. *AIDS Behav.* 2021;25(1):40–51.
393. Kerrigan D, Barrington C, Donastorg Y, Perez M, Galai N. Abriendo Puertas: feasibility and effectiveness a multi-level intervention to improve HIV outcomes among female sex workers living with HIV in the Dominican Republic. *AIDS Behav.* 2016;20(9):1919–27.
394. Micheni M, Kombo BK, Secor A, Simoni JM, Operario D, van der Elst EM, et al. Health provider views on improving antiretroviral therapy adherence among men who have sex with men in coastal Kenya. *AIDS Patient Care STDs.* 2017;31(3):113–21.
395. Pitpitan EV, Mittal ML, Smith LR. Perceived need and acceptability of a community-based peer navigator model to engage key populations in HIV care in Tijuana, Mexico. *J Int Assoc Provid AIDS Care (JIAPAC).* 2020;19:2325958220919276.
396. Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018.
397. Grebely J, Page K, Sacks-Davis R, van der Loeff MS, Rice TM, Bruneau J, et al. The effects of female sex, viral genotype, and IL28B genotype on spontaneous clearance of acute hepatitis C virus infection. *Hepatology.* 2014;59(1):109–20.
398. Hellard M, Sacks-Davis R, Doyle J. Hepatitis C elimination by 2030 through treatment and prevention: think global, act in local networks. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(12):1151–4.
399. Falade-Nwulia O, Sulkowski MS, Merkow A, Latkin C, Mehta SH. Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *J Viral Hepat.* 2018;25(3):220–7.
400. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series(). *J Hepatol.* 2020;73(5):1170–218.

401. Chaillon A, Mehta SR, Hoenigl M, Solomon SS, Vickerman P, Hickman M, et al. Cost-effectiveness and budgetary impact of HCV treatment with direct-acting antivirals in India including the risk of reinfection. *PLoS One*. 2019;14(6):e0217964.
402. Castry M, Cousien A, Supervie V, Velter A, Ghosn J, Paltiel AD, Yazdanpanah Y, Deuffic-Burban S. Impact of test-and-treat and risk reduction strategies on HCV transmission among MSM living with HIV in France: a modelling approach. *Gut*. 2020 Oct 27;gutjnl-2020-321744.
403. Castry M, Cousien A, Supervie V, Velter A, Ghosn J, Paltiel AD, et al. Impact of test-and-treat and risk reduction strategies on HCV transmission among MSM living with HIV in France: a modelling approach. *Gut*. 2021;70(8):1561–9.
404. Martinello M, Orkin C, Cooke G, Bhagani S, Gane E, Kulasegaram R, et al. Short-duration pan-genotypic therapy with glecaprevir/pibrentasvir for 6 weeks among people with recent hepatitis C viral infection. *Hepatology*. 2020;72(1):7–18.
405. Pawlotsky J-M, Negro F, Aghemo A, Berenguer M, Dalgard O, Dusheiko G, et al. EASL recommendations on treatment of hepatitis C: final update of the series. *J Hepatol*. 2020;73(5):1170–218.
406. Ghany MG, Morgan TR, panel AlhCg. Hepatitis C guidance 2019 update: American Association for the Study of Liver Diseases–Infectious Diseases Society of America: Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C virus infection. *Hepatology*. 2020;71(2):686–721.
407. Gómez-Ayerbe C, Palacios R, Ríos MJ, Téllez F, Sayago C, Martín-Aspas A, et al. Acute hepatitis C virus infection and direct-acting antiviral drugs: perfect combination to eliminate the epidemic? *Int J STD & AIDS*. 2021:09564624211033756.
408. Boesecke C, Nelson M, Ingiliz P, Lutz T, Scholten S, Cordes C, et al., editors. Can't buy me love? Obstacles to microelimination of acute HCV coinfection in Europe. En: Vigésimo sexta Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas; 2019.
409. Chromy D, Mandorfer M, Bucsecs T, Schwabl P, Scheiner B, Schmidbauer C, et al. High efficacy of interferon-free therapy for acute hepatitis C in HIV-positive patients. *United Eur Gastroenterol J*. 2019;7(4):507–16.
410. Cannon L, Dhillon R, A T, Teo S, Garner A, Ward C, et al. Hepatitis C infection and treatment outcomes in the DAA era. *HIV Med*. 2020;21:51.
411. Cotte L, Hocqueloux L, Lefebvre M, Pradat P, Bani-Sadr F, Huleux T, Poizot-Martin I, Pugliese P, Rey D, Cabié A; Dat'AIDS Study Group. Microelimination or Not? The Changing Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus- Hepatitis C Virus Coinfection in France 2012-2018. *Clin Infect Dis*. 2021 Nov 2;73(9):e3266–e3274.
412. Garvey LJ, Cooke GS, Smith C, Stingone C, Ghosh I, Dakshina S, et al. Decline in hepatitis C virus (HCV) incidence in men who have sex with men living with human immunodeficiency virus: progress to HCV microelimination in the United Kingdom? *Clin Infect Dis*. 2020;72(2):233–8.
413. Girometti N, Devitt E, Phillips J, Nelson M, Whitlock G. High rates of unprotected anal sex and use of generic direct-acting antivirals in a cohort of MSM with acute HCV infection. *J Viral Hepat*. 2019;26(6):627–34.
414. Huang MH, Chang SY, Liu CH, Cheng A, Su LH, Liu WC, et al. HCV reinfections after viral clearance among HIV-positive patients with recent HCV infection in Taiwan. *Liver Int*. 2019;39(10):1860–7.
415. Naggie S, Fierer DS, Hughes MD, Kim AY, Luetkemeyer A, Vu V, et al. Ledipasvir/sofosbuvir for 8 weeks to treat acute hepatitis C virus infections in men with human immunodeficiency virus infections: sofosbuvir-containing regimens without interferon for treatment of acute HCV in HIV-1 infected individuals. *Clin Infect Dis*. 2019;69(3):514–22.
416. Braun DL, Hampel B, Ledergerber B, Grube C, Nguyen H, Künzler-Heule P, et al. A treatment-as-prevention trial to eliminate hepatitis C among men who have sex with men living with human immunodeficiency virus (HIV) in the Swiss HIV cohort study. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e2194–e202.
417. Matthews GV, Bhagani S, Van der Valk M, Rockstroh J, Feld JJ, Rauch A, Thurnheer C, Bruneau J, Kim A, Hellard M, Shaw D, Gane E, Nelson M, Ingiliz P, Applegate TL, Grebely J, Marks P, Martinello M, Petoumenos K, Dore GJ; REACT study group; Protocol Steering Committee; Coordinating Centre; Site Principal Investigators. Sofosbuvir/velpatasvir for 12 vs. 6 weeks for the treatment of recently acquired hepatitis C infection. *J Hepatol*. 2021 Oct;75(4):829–839.
418. Latham NH, Doyle JS, Palmer AY, Vanhommerig JW, Agius P, Goutzamanis S, et al. Staying hepatitis C negative: a systematic review and meta-analysis of cure and reinfection in people who inject drugs. 2019;39(12):2244–60.
419. Palaniswami PM, El Sayed A, Asriel B, Carollo JR, Fierer DS, editors. Ledipasvir and sofosbuvir in the treatment of early hepatitis C virus infection in HIV-infected men. *Open Forum Infect Dis*. 2018; Oxford University Press Estados Unidos.
420. Bethea ED, Chen Q, Hur C, Chung RT, Chhatwal J. Should we treat acute hepatitis C? A decision and cost-effectiveness analysis. *Hepatology (Baltimore, Md)*. 2018;67(3):837–46.
421. Liu Y, Zhang H, Zhang L, Zou X, Ling L. Economic evaluation of hepatitis C treatment extension to acute infection and early-stage fibrosis among patients who inject drugs in developing countries: a case of China. *Int J Environm Res Public Health*. 2020;17(3).

422. Mukherjee S, Colby D, Ramautarsing R, Popping S, Sriplienchan S, Chinbunchorn T, et al. Expanding reimbursement of immediate treatment using direct acting antivirals to reduce hepatitis C incidence among HIV positive men who have sex with men in Bangkok, Thailand: a cost effectiveness modelling study. *J Virus Erad.* 2021;7(2):100042.
423. Popping S, Hullege SJ, Boerekamps A, Rijnders BJA, de Knegt RJ, Rockstroh JK, et al. Early treatment of acute hepatitis C infection is cost-effective in HIV-infected men-who-have-sex-with-men. *PLoS One.* 2019;14(1):e0210179.
424. Hepatitis 2021. Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://www.who.int/es/health-topics/hepatitis#tab=tab_1, consultado el 14 de marzo del 2022).
425. Unemo M, Jensen JS. Antimicrobial-resistant sexually transmitted infections: gonorrhoea and *Mycoplasma genitalium*. *Nat Rev Urol.* 2017;14(3):139–52.
426. Cristillo AD, Bristow CC, Torrone E, Dillon JA, Kirkcaldy RD, Dong H, et al. Antimicrobial resistance in *Neisseria Gonorrhoeae*: proceedings of the STAR sexually transmitted infection-clinical trial group programmatic meeting. *Sex Transm Dis.* 2019;46(3):e18–e25.
427. Barbee LA, Dombrowski JC, Kerani R, Golden MR. Effect of nucleic acid amplification testing on detection of extragenital gonorrhea and chlamydial infections in men who have sex with men sexually transmitted disease clinic patients. *Sex Transm Dis.* 2014;41(3):168–72.
428. van Liere GA, van Rooijen MS, Hoebe CJ, Heijman T, de Vries HJ, Dukers-Muijrs NH. Prevalence of and factors associated with rectal-only chlamydia and gonorrhoea in women and in men who have sex with men. *PLoS One.* 2015;10(10):e0140297.
429. Gunn RA, O'Brien CJ, Lee MA, Gilchick RA. Gonorrhea screening among men who have sex with men: value of multiple anatomic site testing, San Diego, California, 1997–2003. *Sex Transm Dis.* 2008;35(10):845–8.
430. Wi TE, Ndowa FJ, Ferreyra C, Kelly-Cirino C, Taylor MM, Toskin I, et al. Diagnosing sexually transmitted infections in resource-constrained settings: challenges and ways forward. *J Int AIDS Soc.* 2019;22(S6):e25343.
431. Aboud L, Xu Y, Chow EP, Wi T, Baggaley R, Mello MB, et al. Diagnostic accuracy of pooling urine, anorectal, and oropharyngeal specimens for the detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2021;19(1):1–11.
432. Thammajaruk N, Promthong S, Posita P, Chumseng S, Nampaisan O, Srivachiraroj P, et al. Pooled oropharyngeal, rectal and urine samples for the point-of-care detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by lay-providers in key population-led health services in Thailand. *J Int Aids Soc.* 2020;23:115–6.
433. Sultan B, White JA, Fish R, Carrick G, Brima N, Copas A, et al. The “3 in 1” study: pooling self-taken oropharyngeal, urethral, and rectal samples into a single sample for analysis for detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in men who have sex with men. *J Clin Microbiol.* 2016;54(3):650–6.
434. Dean JA, Bell SFE, Coffey L, Debattista J, Badman S, Redmond AM, et al. Improved sensitivity from pooled urine, oropharyngeal and rectal specimens when using a molecular assay for the detection of chlamydia and gonorrhoea near point of care. *Sex Transm Infect.* 2020;13:13.
435. Badman SG, Bell SFE, Dean JA, Lemoire J, Coffey L, Debattista J, et al. Reduced sensitivity from pooled urine, oropharyngeal and rectal specimens when using a molecular assay for the detection of chlamydia and gonorrhoea near the point of care. *Sex Health.* 2020;17(1):15–21.
436. Verougstraete N, Verbeke V, De Canniere AS, Simons C, Padalko E, Coorevits L. To pool or not to pool? Screening of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in female sex workers: pooled versus single-site testing. *Sex Transm Infect.* 2020;96(6):417–21.
437. De Baetselier I, Vuylsteke B, Yaya I, Dagnra A, Diande S, Mensah E, et al. To pool or not to pool samples for sexually transmitted infections detection in men who have sex with men? An evaluation of a new pooling method using the genexpert instrument in West Africa. *Sex Transm Dis.* 2020;47(8):556–61.
438. Wilson JD, Wallace HE, Loftus-Keeling M, Ward H, Davies B, Vargas-Palacios A, et al. Swab-yourself trial with economic monitoring and testing for infections collectively (SYSTEMATIC): Part 2. A diagnostic accuracy, and cost-effectiveness, study comparing rectal, oropharyngeal and urogenital samples analysed individually, versus as a pooled specimen, for the diagnosis of gonorrhoea and chlamydia. *Clin Infect Dis.* 2020;12:12.
439. Chernesky M, Jang D, Martin I, Arias M, Shah A, Smieja M, et al. *Mycoplasma genitalium*, *Chlamydia trachomatis*, and *Neisseria gonorrhoeae* detected with aptima assays performed on self-obtained vaginal swabs and urine collected at home and in a clinic. *Sex Transm Dis.* 2019;46(9):e87–e9.
440. Speers DJ, Chua IJ, Manuel J, Marshall L. Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* from pooled rectal, oropharyngeal and urine specimens in men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2018;94(4):293–7.
441. Shaw J, Saunders JM, Hughes G. Attitudes to, and experience of, pooled sampling for sexually transmitted infection testing: a web-based survey of English sexual health services. *Int J STD AIDS.* 2018;29(6):547–51.

442. De Baetselier I, Osbak KK, Smet H, Kenyon CR, Crucitti T. Take three, test one: a cross-sectional study to evaluate the molecular detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in pooled oropharyngeal, anorectal and urine samples versus single-site testing among men who have sex with men in Belgium. *Acta Clinica Belgica*. 2020;75(2):91-5.
443. Guidelines for the Treatment of *Chlamydia trachomatis*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
444. Guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas



9 789275 326961