

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y PERSONAS TRANSGÉNERO

Recomendaciones para un enfoque de salud pública

2011

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENTRE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y PERSONAS TRANSGÉNERO

Recomendaciones para un enfoque de salud pública

2011

Edición original en inglés:

Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach

© **World Health Organization, 2011**

ISBN 978 92 4 150175 0

Catalogación por la Biblioteca de la OPS

Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública.

1. Homosexualidad masculina. 2. Infecciones por VIH - etnología. 3. Enfermedades de transmisión sexual - etnología. 4. Conducta sexual. 5. Sexo inseguro - prevención y control. 6. Parejas sexuales.

Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31693-1

(NLM classification: WC 503.71)

©Organización Mundial de la Salud, 2012. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud, bajo la coordinación del Dr. Rafael Mazín, Área de Salud Familiar y Comunitaria. Email: mazinraf@paho.org. Tel: +1 (202) 9743489

Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a Servicios Editoriales, Área de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América (correo electrónico: pubrights@paho.org).

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

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

Citación sugerida: Organización Mundial de la Salud. Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2012.

ÍNDICE

SIGLAS Y ABREVIATURAS	7
AGRADECIMIENTOS	8
Financiamiento y declaraciones de interés	9
RESUMEN	10
1. ANTECEDENTES	16
2. ALCANCE DE LAS DIRECTRICES	19
3. PRINCIPIOS ORIENTADORES	20
4. OBJETIVOS Y PÚBLICO DESTINATARIO	22
5. METODOLOGÍA Y PROCESO	23
5.1 Método GRADE	23
5.2 Proceso	23
6. ADAPTACIÓN DE LAS DIRECTRICES	25
7. RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS ADECUADAS	29
8. DATOS PROBATORIOS Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS	32
8.1. Prevención de la transmisión sexual	32
8.1.1. Uso sistemático del condón	32
8.1.2. Seroselección	34
8.1.3. Circuncisión	37
8.2. Pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus	39
8.2.1 Pruebas de detección del VIH y orientación	39
8.2.2. Pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus ofrecidas a nivel comunitario y vinculadas a la atención y el tratamiento	41
8.3. Intervenciones conductuales e información, educación y comunicación	43
8.3.1. Intervenciones conductuales a nivel individual para la prevención de la infección por el VIH	43
8.3.2. Intervenciones conductuales a nivel de la comunidad para la prevención de la infección por el VIH	45

8.3.3. Estrategias focalizadas por medio de la Internet	47
8.3.4. Estrategias basadas en el mercadeo social	49
8.3.5. Estrategias de extensión en los lugares de encuentros sexuales	51
8.4. Uso de sustancias y prevención de infecciones transmitidas por la sangre	53
8.4.1. Intervenciones de salud mental ante el uso de sustancias	53
8.4.2. Reducción del riesgo por el consumo de drogas inyectables	54
8.4.3. Inyecciones seguras para las personas transgénero que usan procedimientos de perfeccionamiento del género	55
8.5. Atención y tratamiento de la infección por el VIH	57
8.5.1. Tratamiento antirretrovírico para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectadas por el VIH	57
8.5.2. Otras intervenciones de prevención y atención para hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero infectados por el VIH	59
8.6. Prevención y atención de otras infecciones de transmisión sexual	61
8.6.1. Manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual	61
8.6.2. Pruebas periódicas de detección de formas asintomáticas de infección de uretra y recto por <i>N. gonorrhoeae</i> usando (1) pruebas de amplificación del ácido nucleico y (2) cultivos; y pruebas periódicas de detección de formas asintomáticas de infección uretra y recto por <i>C. trachomatis</i> usando pruebas de amplificación del ácido nucleico	68
8.6.3. Pruebas periódicas para detectar la infección asintomática de sífilis	71
8.6.4. Vacunación contra la hepatitis B	73
8.7. Nota sobre la profilaxis preexposición por vía oral contra la infección por el VIH	74

REFERENCIAS

76

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
GRADE	Clasificación de la evaluación, formulación y valoración de recomendaciones
GRC	Comité de Examen de Directrices de la OMS
HR	Razón de riesgo
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HTC	Pruebas de detección y orientación sobre el VIH
IC	Intervalo de confianza
IP	Inhibidor de la proteasa
ITS	Infección de transmisión sexual
MSMGF	Foro Mundial sobre HSH y VIH
NAAT	Prueba de amplificación del ácido nucleico
NNRTI	Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de nucleósidos
NRTI	Inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleósidos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OR	Razón de probabilidades
PICO	Población, Intervención, Comparación y Resultados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RPR	Reagina plasmática rápida
RR	Riesgo relativo
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAR	Tratamiento antirretrovírico
VHB	Virus de la hepatitis B
VHS	Virus de herpes simple
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

AGRADECIMIENTOS

Académicos

Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, EUA: Caitlin Kennedy y Chris Beyrer; **Universidad Estatal de Nueva York en Búfalo, EUA y Universidad McMaster, Canadá:** Elie A. Akl; **Universidad de California en San Francisco, EUA:** Andrew Anglemyer, Hana Azman, Diane Binson, Tara Horvath, William Woods; **Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica:** Charles Shey Wysonge; **Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia:** Mary Poynten; **Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú:** Carlos F. Cáceres, Kelika A. Konda, Segundo León, Eddy Segura y Alfonso Silva Santisteban; **Universidad de Pittsburgh, EUA:** Amy Herrick y Chongyi Wei.

Ejecutores

Family Health International, Tailandia: Siroat Jittjang; **AID/PEPFAR:** Billy Pick; **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, EUA:** Abu S. Abdul-Quader y Naomi Bock (oficina de los Estados Unidos), Jeffrey Klausner (oficina de Sudáfrica), Frits van Griensven (oficina de Tailandia), Wei Xiaoyu y Li Zhijun (oficina de China).

Directores de programas nacionales

Ministerio de Salud de Indonesia: Victoria Indrawati y Nunung Pryatani; **Ministerio de Salud Pública del Líbano:** Mostafa El Nakib; **Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, China:** Han Mengjie y Xu Jie.

Sociedad civil

Aids Fonds y Soa Aids, Países Bajos: Ton Coenen; **Grupo de Estudio del Sida de Fiji, Fiji:** Niraj Singh, **Fundación El-amfAR para la Investigación sobre el Sida, EUA:** Jirair Ratevosian, **Coalición del Asia Pacífico sobre la Salud Sexual Masculina, Tailandia:** Steven Gu; **Asociación Brasileña Interdisciplinaria sobre el Sida, Brasil:** María Cristina Pimenta Oliviera; **Centro de Excelencia para la Salud Transgénero, EUA:** JoAnne Keatley; **Foro Mundial sobre HSH y VIH, EUA:** George Ayala; **Health4Men, Sudáfrica:** Kevin Rebe; **HELEM, Líbano:** George Azzi; **HISPANOSIDA, España:** Michael Meulbroek y Ferran Pujol, **Asociación Internacional de Médicos en Atención del Sida, EUA:** José M. Zúniga, **Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, Ucrania:** Anna Dovbakh; **Asociación Rainbow Sky, Tailandia:** Kamolset Kangarnrua.

Revisores expertos externos

Universidad de Nueva Gales del Sur, Australia: Andrew Grulich; **Fondo de la Fundación Naz, India:** Shivananda Khan; **Fondo Mundial, Suiza:** Andy Seale.

Organismos de las Naciones Unidas

ONUSIDA: Michael Bartos, John Hassell, Els Klinkert, Geoffrey Manthey, Jason Sigurdson, Mariangela Simao y Susan Timberlake; **PNUD:** Sam Avrett, Edmund Settle y Cheikh Traore, **Banco Mundial:** Robert Oelrichs.

Sede de la OMS y Oficinas Regionales

Departamento de VIH/SIDA: Rachel Baggaley, Andrew Ball, Kim Dickson, Andrew Doupe, Antonio Gerbase, Gottfried Hirnschall, Ying-Ru Lo, Kevin O'Reilly, Keith Sabin, Julia Samuelson, Annette Verster y Marco Vitoria; **Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias:** Nicolas Clark; **Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas:** Francis Ndowa e Igor Toskin; **Departamento de Política de Investigación y Cooperación:** Cynthia Souza; **Red Mundial de Inyección Segura (Alianza SIGN):** Selma Khamassi; **Oficina Regional para África:** Inocente Ntaganira; **Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental:** Joumana Hermez; **Oficina Regional para Europa:** Martin Donoghoe y Smiljka de Lussigny; **Oficina Regional para las Américas:** Rafael Mazín; **Oficina Regional para Asia Sudoriental:** Iyanthi Abeyewickreme y Gary Reid; **Oficina Regional para el Pacífico Occidental:** Pengfei Zhao.

Coordinación general

Antonio Gerbase y Ying-Ru Lo, Departamento de VIH/SIDA, OMS, Ginebra, Suiza.

Este borrador fue escrito por Carlos F. Cáceres, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú, y concluido por Antonio Gerbase, Ying-Ru Lo y Michelle Rodolph del Departamento de VIH/SIDA, OMS, Suiza. La edición estuvo a cargo de Bandana Malhotra.

Financiamiento y declaraciones de interés

La formulación de estas directrices contó con el apoyo de la iniciativa alemana BACKUP; Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) con fondos del Ministerio Federal para la Cooperación y el Desarrollo Económicos de Alemania (BMZ); y el Plan de Emergencia para el Alivio del SIDA del Presidente de los Estados Unidos (PEPFAR) a través de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID).

Cada uno de los integrantes de los grupos de trabajo sobre las directrices cumplimentó un formulario de declaración de interés. Se hicieron dos declaraciones de interés. El Dr. Jeffrey Klausner declaró que había recibido apoyo para investigaciones en forma de donaciones de estuches para pruebas de parte de Becton, Dickinson and Company, GenProbe y Roche, las cuales cesaron en el 2008. La Secretaría de la OMS evaluó esta declaración y concluyó que el interés declarado no era razón suficiente para excluir al Dr. Klausner de participar en las reuniones. El Dr. Andrew Grulich declaró que había recibido financiamiento para investigaciones y viajes de parte de CSL Biotherapies. La Secretaría de la OMS evaluó esta declaración y concluyó que el interés declarado no era razón suficiente para excluir al Dr. Grulich de participar en la formulación de las directrices.

RESUMEN

Desde el comienzo de la epidemia, a principios de los años ochenta, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero se han visto desproporcionadamente afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El riesgo de infección sigue siendo alto entre estas personas, y se ha observado un resurgimiento de la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres, sobre todo en los países industrializados. Pero también están apareciendo datos sobre epidemias nuevas o recientemente identificadas de infección por el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en África, Asia, el Caribe y América Latina.

Un metanálisis de los datos de vigilancia en países de bajos y medianos ingresos permitió observar que los hombres que tienen sexo con hombres registran una probabilidad 19,3 mayor a estar infectados por el VIH que la población general. La prevalencia notificada de infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres varía entre 0% y 32,9%, con tasas que sobrepasan 20% en países tan diversos como Bolivia, Jamaica, México, Myanmar, Tailandia, Trinidad y Zambia. La incidencia de la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres oscila entre 1,2 y 14,4 por cada 100 personas-año. En estudios realizados recientemente en el África Subsahariana se informó que la prevalencia de la infección por el VIH en los hombres que tienen sexo con hombres se ubica entre 6% y 31%. En Asia, las probabilidades de que los hombres que tienen sexo con hombres estén infectados por el VIH son 18,7 veces mayores que las de la población general; y la prevalencia de la infección por el VIH varía entre 0% y 40%. En América Latina, se calcula que la mitad de todas las infecciones por el VIH en la región ha sido el resultado de coitos anales sin protección entre hombres.

Los pocos estudios epidemiológicos existentes sobre personas transgénero han revelado una prevalencia desproporcionadamente alta de infección por el VIH que se ubica entre 8% y 68%, con una incidencia de infección por el VIH de 3,4 a 7,8 por 100 personas-año. Es importante señalar que los correlatos subyacentes de riesgo de infección por el VIH y otras ITS, así como las necesidades de salud sexual específicas de las personas transgénero, pueden ser diferentes de los correlatos y las necesidades de los hombres que tienen sexo con hombres. Aunque pueden indicarse las mismas intervenciones básicas de prevención de la infección por el VIH y otras ITS para los dos grupos, los profesionales de la salud deben evitar fusionar los dos grupos y, en su lugar, trabajar para entender de una forma más específica las necesidades de cada colectivo.

La criminalización y los obstáculos tanto jurídicos como de política tienen un peso crítico en cuanto a la vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero ante el VIH. Más de 75 países actualmente tipifican como delito la actividad sexual entre personas del mismo sexo. Y las personas transgénero carecen de reconocimiento jurídico en la mayoría de los países. Estas condiciones jurídicas obligan a los hombres que tienen sexo con hombres y a las personas transgénero a correr el riesgo de sufrir sanciones penales si quieren tratar su nivel de riesgo sexual con un proveedor de servicios de salud. También confieren a la policía la autoridad para hostigar a las organizaciones que prestan servicios a estas poblaciones.

Pruebas que datan de hace ya mucho tiempo indican que los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero afrontan obstáculos importantes a la hora de recibir atención sanitaria de calidad, debido al estigma generalizado contra la homosexualidad y la ignorancia acerca de la variación de género en la sociedad establecida y en los sistemas de salud. La discriminación social contra los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero se ha descrito también como factor clave de la deficiente salud física y mental de estos colectivos en distintos entornos. Además de llevar una carga desproporcionadamente

grande por las ITS y el VIH, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero registran tasas más altas de depresión, ansiedad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y otras sustancias y suicidio, todo ello en razón del estrés crónico, su aislamiento social y su desconexión de una variedad de servicios de salud y apoyo.

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero pueden posponer o evitar buscar información sobre las ITS o el VIH y recurrir a atención y servicios sanitarios en razón de lo que perciben como rechazo a los homosexuales, discriminación de los transexuales, ignorancia e insensibilidad. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero pueden ser menos proclives a revelar su orientación sexual y otros comportamientos relacionados con la salud en entornos sanitarios que, de lo contrario, podrían promover el diálogo entre el proveedor y el paciente para fundamentar la decisión clínica que se tome posteriormente. Los proveedores de servicios pueden perder su objetividad cuando sus propias inclinaciones culturales, morales o religiosas son incompatibles con la orientación sexual, los comportamientos o la identidad de género que declara un paciente. Además, un análisis del nivel de conocimiento de médicos, enfermeras y otros proveedores de atención sanitaria sobre los problemas de salud de los hombres que tienen sexo con hombres y las cuestiones sanitarias relacionadas con el transgénero ha revelado que los programas de estudios clínicos, en particular en los países de bajos y medianos ingresos, no abordan estas lagunas de conocimiento.

A pesar de la fuerte repercusión de la epidemia de infección por el VIH sobre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, no se han formulado hasta la fecha recomendaciones técnicas para orientar la respuesta de los sistemas de salud a la epidemia que afecta a estas personas. En septiembre del 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró una consulta mundial sobre la "Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) para los hombres que tienen sexo con hombres y las poblaciones transgénero", en Ginebra, Suiza. Las recomendaciones de esa consulta mundial, así como de las reuniones regionales de consulta de la OMS, subrayaron la necesidad de brindar orientación para ejecutar un conjunto de intervenciones basadas en datos probatorios que llevaría a cabo el sector de la salud con miras a prevenir y tratar la infección por el VIH y otras ITS los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Estas directrices han sido diseñadas para uso de los funcionarios de salud pública y directores de los programas nacionales contra la infección por el VIH/sida y otras ITS, organizaciones no gubernamentales (ONG), incluidas organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, y personal sanitario. También podría interesar a los organismos internacionales de financiamiento, los medios de información científica, las instancias normativas del sector salud y aquellos que se dedican a la promoción de la causa.

La directriz contiene recomendaciones dirigidas a los asociados regionales y nacionales sobre lo que serían intervenciones apropiadas para atender las necesidades de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. También brinda la oportunidad de destacar y recalcar la correlación entre la prevención y el tratamiento en la respuesta a la epidemia de infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, en particular si consideramos el volumen creciente de datos probatorios acerca de la naturaleza preventiva del tratamiento antirretrovírico (TAR). Esto puede conducir a una reducción sustancial de la transmisión a nivel de la población.

En la preparación de este documento, se siguieron los procedimientos regulares vigentes en la Organización Mundial de la Salud para la producción de recomendaciones basadas en datos

probatorios, que utilizan el método de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE, por su sigla en inglés). Estas recomendaciones se proponen como una norma de prevención y atención que puede cumplirse en entornos de recursos limitados. No obstante, la OMS recomienda que esta orientación se ponga igualmente a disposición de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero en los países de altos ingresos.

El principio general que se adoptó para formular estas directrices es el respeto y la protección de los derechos humanos.

Recomendaciones sobre derechos humanos y la no discriminación en la atención de salud

1. Los legisladores y otras autoridades de gobierno deberían promulgar y hacer cumplir leyes antidiscriminatorias y de protección, con base en las normas internacionales sobre los derechos humanos, a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia que enfrentan los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH y las repercusiones del VIH y el sida.
2. Los servicios de salud deberían incluir a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, en razón de los principios de la ética médica y el derecho a la salud.

Recomendaciones sobre la prevención, asistencia y tratamiento de la infección por el VIH*

Prevención de la transmisión sexual

3. Se recomienda altamente el uso sistemático del condón durante el coito anal para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no usar condones.
Recomendación categórica, calidad moderada de los datos probatorios
4. Se recomienda altamente el uso sistemático del condón como opción preferible a la seroselección para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que son seronegativos para el VIH.
Recomendación categórica, calidad muy baja de los datos probatorios
Se sugiere la seroselección como opción preferible al no uso de condones en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que son seronegativos para el VIH en circunstancias específicas como estrategia de reducción de riesgos.
Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios
5. Se sugiere no ofrecer la circuncisión a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero para prevenir la infección por el VIH y otras ITS como opción preferible a ofrecerla.
Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

Pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus

1. Se recomienda altamente ofrecer pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer esta intervención.

Recomendación categórica, baja calidad de los datos probatorios

2. Se sugiere ofrecer pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus a nivel comunitario en forma vinculada a la atención y el tratamiento para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tales programas.

Recomendación categórica, calidad muy baja de los datos probatorios

Intervenciones conductuales, información, educación y comunicación

3. Se sugiere realizar intervenciones conductuales a nivel individual para la prevención del VIH y las ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ejecutar tales intervenciones.

Recomendación condicional, calidad moderada de los datos probatorios

4. Se sugiere ejecutar intervenciones conductuales a nivel de la comunidad para la prevención del VIH y las ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ejecutar tales intervenciones.

Recomendación condicional, baja calidad de los datos probatorios

5. Se recomienda ofrecer información específica mediante el uso de la internet para reducir los comportamientos sexuales riesgosos y aumentar el uso de las pruebas de detección del VIH y los servicios de orientación entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tal información.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

6. Se sugiere usar estrategias de mercadeo social para aumentar el uso de las pruebas de infección por el VIH y otras ITS y los servicios de orientación entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no usar tales estrategias.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

7. Se sugiere aplicar estrategias de extensión en los sitios de encuentros sexuales para reducir al comportamiento sexual riesgoso y aumentar el uso de las pruebas de detección del VIH y de los servicios de orientación entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no aplicar tales estrategias.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

* Una recomendación categórica es aquella cuyos efectos deseables resultantes de adherencia a la misma son mayores a los efectos no deseados. Una recomendación condicional es una recomendación cuyos efectos deseados probablemente sean mayores que los efectos no deseados, pero para la cual escasean los datos de respaldo.

Uso de sustancias y prevención de infecciones transmitidas por la sangre

13. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que consumen cantidades nocivas de alcohol u otras sustancias deberían tener acceso a intervenciones psicosociales breves basadas en datos probatorios que incluyan la evaluación, la retroalimentación específica y consejos.
En consonancia con la directriz vigente de la OMS
14. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que se inyectan drogas deberían tener acceso a los programas de distribución de agujas y jeringas y a terapias sustitutivas de opioides.
En consonancia con la directriz vigente de la OMS
15. Las personas transgénero que se inyectan sustancias para perfeccionar las características de género deberían usar material de inyección estéril y adoptar comportamientos seguros de autoinyección a fin de reducir el riesgo de infección con agentes patógenos de transmisión hematológica, como el VIH y las hepatitis B y C.
En consonancia con la orientación vigente de la OMS

Atención y tratamiento de la infección por el VIH

16. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados por el VIH deberían tener el mismo acceso al tratamiento antirretrovírico (TAR) que otras poblaciones. El TAR debería iniciarse cuando el número de linfocitos CD4 sea ≤ 350 células/mm³ (y para aquellos que se encuentran en estadio clínico 3 o 4 de la OMS si no está disponible la prueba de linfocitos CD4). El acceso también debería incluir el tratamiento de las infecciones oportunistas, las comorbilidades y las fallas de tratamiento.
En consonancia con la directriz vigente de la OMS
17. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados con el VIH deberían tener acceso a intervenciones esenciales para prevenir enfermedades y la transmisión del VIH, como por ejemplo, atención y apoyo y tratamiento antirretrovírico, entre otras.
En consonancia con la directriz vigente de la OMS

Recomendaciones sobre la prevención y atención de otras infecciones de transmisión sexual

18. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero con ITS sintomáticas deberían buscar (y se les debería ofrecer) manejo sintomático y tratamiento.
En consonancia con la directriz vigente de la OMS
19. Se sugiere ofrecer pruebas periódicas de detección de infecciones asintomáticas de uretra y recto por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* usando la prueba de amplificación del ácido nucleico para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tales pruebas.
Recomendación condicional, baja calidad de los datos probatorios
20. Se sugiere no ofrecer pruebas periódicas de detección de infecciones asintomáticas de uretra y recto por *N. gonorrhoeae* mediante el uso de cultivos como opción preferible a ofrecer tales exámenes a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.
Recomendación condicional, baja calidad de los datos probatorios
21. Se recomienda altamente ofrecer exámenes serológicos periódicos para detectar las infecciones asintomáticas de sífilis a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tal tamizaje.
Recomendación categórica, calidad moderada de los datos probatorios
22. Debería incluirse a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero en las estrategias de actualización de la inmunización contra el virus de la hepatitis B (VHB) en áreas donde la inmunización durante la infancia no ha alcanzado una cobertura total.
En consonancia con la directriz vigente de la OMS

1. ANTECEDENTES

Situación epidemiológica

Desde el comienzo de la epidemia, a principios de los años ochenta, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero se han visto desproporcionadamente afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El riesgo de infección sigue siendo alto entre estas personas, y se ha observado un resurgimiento de la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres, sobre todo en los países industrializados.^{1,2,3} Pero también están apareciendo datos sobre epidemias nuevas o recientemente identificadas de infección por el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres en África, Asia, el Caribe y América Latina.⁴

Un metanálisis de los datos de vigilancia en países de bajos y medianos ingresos permitió observar que los hombres que tienen sexo con hombres registran una probabilidad 19,3 mayor a estar infectados por el VIH que la población general.⁵ La prevalencia notificada de infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres varía entre 0% y 32,9%,^{4,5,6} con tasas que sobrepasan 20% en países tan diversos como Bolivia, Jamaica, México, Myanmar, Tailandia, Trinidad y Zambia.^{4,5,6} La incidencia de la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres oscila entre 1,2 y 14,4 por cada 100 personas-año.^{4,7,8} En estudios realizados recientemente en el África Subsahariana se informó que la prevalencia de la infección por el VIH en los hombres que tienen sexo con hombres se ubica entre 6% y 31%, con una incidencia de la infección por el VIH de 21,7 por 100 personas-años entre los hombres que tienen sexo con hombres en una pequeña cohorte de la costa de Kenya, n=156.^{9,10,11,12,13} En Asia, las probabilidades de que los hombres que tienen sexo con hombres estén infectados por el VIH son 18,7 veces mayores que las de la población general; y la prevalencia de la infección por el VIH varía entre 0% y 40%.^{5,10} En América Latina, se calcula que la mitad de todas las infecciones por el VIH en la región ha sido el resultado de coitos anales sin protección entre hombres.

Los pocos estudios epidemiológicos existentes sobre personas transgénero han revelado una prevalencia desproporcionadamente alta de infección por el VIH que se ubica entre 8% y 68%,^{12,14,15,16} con una incidencia de infección por el VIH de 3,4 a 7,8 por 100 personas-año.^{17,18} Es importante señalar que los correlatos subyacentes de riesgo de infección por el VIH y otras ITS, así como las necesidades de salud sexual específicas de las personas transgénero, pueden ser diferentes de los correlatos y las necesidades de los hombres que tienen sexo con hombres. Aunque pueden indicarse las mismas intervenciones básicas de prevención de la infección por el VIH y otras ITS para los dos grupos, los profesionales de la salud deben evitar fusionar los dos grupos y, en su lugar, trabajar para entender de una forma más específica las necesidades de cada colectivo.

Es fundamental ampliar adecuadamente los servicios para las poblaciones clave en mayor riesgo de infección por el VIH a nivel mundial, sobre todo en el caso de las epidemias concentradas, para detener y revertir las epidemias al nivel de la población. Estos segmentos de la población son a menudo marginados, estigmatizados y criminalizados, por lo que llegar a ellos es un reto importante. Con frecuencia, la sociedad pasa por alto las necesidades de estas comunidades, que siguen sin recibir atención de los servicios de salud, a pesar de su mayor vulnerabilidad.

* De acuerdo con la definición de la OMS, las poblaciones clave en mayor riesgo de infección por el VIH son los trabajadores sexuales, los usuarios de drogas inyectadas, los hombres que tienen relaciones homosexuales y los reclusos penitenciarios.

Definiciones

Los hombres que tienen sexo con hombres es una expresión inclusiva que se utiliza en el ámbito de la salud pública para definir los comportamientos sexuales de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, independientemente de la motivación que tengan para sostener este tipo de relaciones o su identificación con alguna o ninguna “comunidad” en particular.¹⁹ Las palabras “hombre” y “sexo” tienen interpretaciones diferentes en distintas culturas y sociedades, así como entre las personas mismas. En consecuencia, el término “hombres que tienen sexo con hombres” abarca una gran variedad de entornos y contextos en los cuales se practica el sexo entre un hombre y otro. Quizás la distinción más importante que puede hacerse es, por una parte, los hombres que comparten una identidad no heterosexual (es decir, gay, homosexual, bisexual o otros conceptos específicos de una cultura que traducen la atracción de un hombre hacia otro hombre) y, por la otra, los hombres que se ven a ellos mismos como heterosexuales pero que tienen relaciones sexuales con otros hombres por diversas razones (por ejemplo, aislamiento, compensación económica, deseo sexual y *rol genérico* o conducta sexual predefinida).²⁰ Los entornos caracterizados por la segregación forzada de géneros (por ejemplo, prisiones, establecimientos militares) son contextos importantes para la actividad sexual entre hombres que no está vinculada a una identidad homosexual. Dadas las condiciones de encarcelamiento, que incluyen violaciones de los derechos humanos y la falta de acceso a condones, el riesgo de transmisión del VIH en las prisiones es muy alto.²¹

Transgénero es un término general que se utiliza para referirse a las personas cuya identidad y expresión de género no se ajustan a las normas y expectativas asociadas tradicionalmente con el sexo que se les ha asignado al nacer. *Las personas transgénero* pueden autoidentificarse como transgénero, femenina, masculina, transmujer, transhombre, transexual, *hijra*, *kathoe*, *waria* o uno de muchas otras identidades transsexuales, y pueden expresar sus géneros en una variedad de maneras masculinas, femeninas o andróginas.^{5,22} Hasta hace poco, en el contexto de la prevención de la infección por el VIH, las personas transgénero estaban incluidas en el grupo de los hombres que tienen sexo con hombres. Sin embargo, hay una clara tendencia a dejar de incluir a estas personas en ese colectivo. Esto es en respuesta a la mayor vulnerabilidad y las necesidades de salud específicas de las personas transgénero, así como a su demanda justificada de que se les confiera la condición de grupo independiente en la respuesta mundial a la infección por el VIH.²³

Sexualidad y riesgo sexual

A la hora de planificar la ampliación de los servicios para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, un problema clave es que a menudo se presume que se trata de una comunidad homogénea, cuando en realidad estas personas representan una variedad de identidades y formas diversas de asociaciones sociales y sexuales. Estas diferencias son importantes en razón de las implicaciones que tienen en cuanto al riesgo de contraer el VIH y el grado de vulnerabilidad, por lo que deben tenerse presentes si los recursos son escasos, para así velar por que aquellos con la mayor necesidad sean atendidos primero.²⁴ En algunos casos, la dinámica sexual entre subgrupos de hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero determina diferencias importantes en cuanto al riesgo, como ocurre con los hombres afeminados o las personas que se identifican como personas transgénero que tienen relaciones sexuales con los hombres que se identifican como heterosexuales en Asia Sudoriental²⁵ y, hasta cierto punto, en América Latina.²⁶ Los riesgos sexuales, así como las opciones de reducción del riesgo, son diferentes para esos subgrupos, es decir, los riesgos asociados a la relación anal receptiva son mayores que aquellos vinculados a la relación anal

insertiva.²⁷ Asimismo, el uso de condones es controlado más a menudo por el compañero penetrador, sobre todo si la dinámica de género o de poder impide la negociación del uso de condón por parte de la pareja receptiva.^{9,28}

En vista de lo anterior, elaborar un programa para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero implica reconocer y comprender su diversidad y determinar las necesidades de subgrupos específicos. Una programación sensible consiste en usar una combinación apropiada de estrategias y enfoques y conferir prioridad a aquellos grupos más necesitados sin descuidar a los otros, a fin de lograr un acceso realmente universal.

Por qué se necesita este documento

A pesar del gran impacto de la epidemia de infección por el VIH sobre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, hasta la fecha no se han formulado recomendaciones técnicas para guiar la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades sanitarias de este colectivo. En septiembre del 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebró una consulta mundial sobre la “Prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y las personas transgénero”, en Ginebra, Suiza.²⁹ Las recomendaciones dimanantes de esa consulta mundial, así como de las reuniones regionales de consulta de la OMS,^{30,31,32} subrayaron la necesidad de brindar orientación para ejecutar un conjunto de intervenciones basadas en datos probatorios que llevaría a cabo el sector de la salud con miras a prevenir y tratar la infección por el VIH y otras ITS los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Se mencionaron numerosas razones para fundamentar la formulación de estas directrices, entre las que cabría destacar las siguientes:

1. A pesar de la alta carga de morbilidad, la respuesta mundial a la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero es insuficiente;
2. Las regiones y países a menudo solicitan la orientación de la OMS sobre recomendaciones de salud pública apropiadas para la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, en particular en los últimos años, a medida que ha aumentado el interés en responder a sus necesidades y financiar esta respuesta;
3. Si bien sigue habiendo un grado sustancial de controversia en cuanto a la calidad y conveniencia de diversas intervenciones de atención y prevención de la infección por el VIH y otras ITS para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, no se ha realizado hasta la fecha ningún análisis sistemático de las intervenciones disponibles a diversos niveles.

En vista de lo anterior, el “*Marco de acción del ONUSIDA sobre el acceso universal para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y transexuales*” del 2009 estableció la función de la OMS como proveedor de directrices técnicas para la respuesta del sector de la salud.¹⁵

Esta directriz proporcionará un marco amplio para la acción con miras a lograr un entorno favorable y un conjunto de recomendaciones basadas en datos probatorios.

2. ALCANCE DE LAS DIRECTRICES

El alcance de estas directrices se extiende a la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Las directrices contienen las recomendaciones basadas en datos probatorios, el resumen y la clasificación de los datos, problemas de ejecución y lagunas clave de investigación. Aunque esta directriz está enfocada principalmente hacia los países de bajos y medianos ingresos, la OMS recomienda que la misma se ponga igualmente a disposición de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero en los países de altos ingresos.

En este documento se presentan *dos recomendaciones de prácticas adecuadas* cuyo objetivo principal es asegurar un entorno favorable para el reconocimiento y la protección de los derechos humanos de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. De no existir tales condiciones, la implantación de las recomendaciones técnicas más específicas se torna problemática.

El primer conjunto de recomendaciones técnicas específicas se ocupa de la prevención de la transmisión sexual. Se analizaron datos probatorios sobre la eficacia del uso sistemático del condón para el coito anal. En este documento también se examinan datos sobre la eficacia de la seroselección para reducir el riesgo de contraer el VIH; la seroselección es uno de varios comportamientos seroadaptativos que entraña la práctica selectiva de sexo anal sin protección con ciertas parejas con base en el estado serológico de VIH concordante y en la circuncisión.³³

El segundo conjunto de recomendaciones se refiere a la prueba de detección del VIH y orientación, que debe considerarse una intervención de salud pública para aumentar el acceso a la atención y el tratamiento. Las recomendaciones también recalcan las sinergias entre el tratamiento y la prevención.

El tercer conjunto de recomendaciones tiene que ver con actividades de información, educación y comunicación para promover el sexo protegido, las pruebas de detección del VIH y orientación o la revelación del estado serológico, según proceda, vinculado a un mayor acceso a la atención de la infección por el VIH. Se analizan datos probatorios sobre intervenciones conductuales (tanto a nivel individual como de la comunidad). Por último, se aborda también el uso de nuevas estrategias de comunicación (programas a través de internet, mercadeo social y actividades de extensión en los lugares de encuentros sexuales) para alcanzar esas mismas metas.

El cuarto conjunto de recomendaciones trata de las estrategias adicionales de prevención de la infección por el VIH, en relación con el uso de sustancias (incluidas la salud mental así como las intervenciones de reducción de riesgos) y las inyecciones seguras para las personas transgénero.

El quinto conjunto de recomendaciones se concentra en los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados por el VIH, así como en la atención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras intervenciones de prevención y atención.

Por último, el sexto conjunto de recomendaciones está reservado a la prevención y la atención de ITS, incluida la aplicación de aspectos específicos del manejo sindrómico de las ITS, por ejemplo, un algoritmo para el manejo de las infecciones anales, procedimientos ordinarios de examen para detectar infecciones bacterianas asintomáticas del recto y la uretra y la vacunación contra la hepatitis B.

4. PRINCIPIOS ORIENTADORES

El enfoque de salud pública

El enfoque de salud pública incluye el uso sistemático de información estratégica y el control epidémico para velar por una reducción de la propagación del VIH. Debe beneficiar a los grupos más afectados y a otros miembros de la población. Un enfoque de salud pública es focalizado y proporciona respuestas según la ubicación, la magnitud y las tendencias de la epidemia de infección por el VIH. Los organismos, actores y profesionales que afectan las necesidades de prevención de la infección por el VIH de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero son muchos y variados. Este documento puede aumentar la capacidad colectiva para mejorar los resultados en materia de prevención, tratamiento y atención a diversos niveles: individual, comunitario y social.

Marco de derechos humanos

El marco general para la formulación de estas directrices es el “Marco de acción del ONUSIDA sobre el acceso universal para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y transsexuales”, el cual se basa en los principios generales de derechos humanos reflejados en una serie de acuerdos internacionales.¹⁵

Salud integral

Como estas directrices se centran en la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS, su fundamento es el principio de atención sanitaria integral.¹⁶ Esto es particularmente importante en el contexto de la exclusión social de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, para quienes los servicios contra la infección por el VIH y otras ITS solo están disponibles en algunos lugares; estas personas siguen siendo excluidas del acceso a otros servicios, o tal acceso se ve obstaculizado por el estigma, la discriminación y la criminalización generalizados.³⁴ La epidemia de infección por el VIH ha ayudado a los sistemas de salud a reconocer la existencia de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y a responder a sus necesidades relacionadas con la infección por el VIH y otras ITS. Sin embargo, ambos colectivos tienen una variedad de necesidades de salud que deben atenderse, incluidas sus inquietudes relativas a la salud mental y el bienestar emocional.

Esta directriz versa específicamente sobre la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS, y aborda otros problemas de salud conexos, en conformidad con el mandato que condujo a su formulación por parte de la OMS. Los sistemas de salud deben tener en cuenta la necesidad de integrar los servicios y las actividades atinentes a la infección por el VIH y otras ITS en otros servicios de salud a fin de alcanzar una “salud para todos” integral y completa también para estos grupos y poblaciones.

Salud sexual

La OMS define la salud sexual como: “...un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.”³⁵

Si bien estas directrices enfatizan la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero, enmarcan las actividades relacionadas con estas infecciones en una perspectiva de salud sexual. Esto es particularmente pertinente para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, cuyos derechos sexuales por lo general no son respetados, y mucho menos protegidos y satisfechos, en muchas partes del mundo.¹⁰

4. OBJETIVOS Y PÚBLICO DESTINATARIO

El objetivo de este documento es proporcionar recomendaciones técnicas sobre la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH y otras ITS entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Estas directrices han sido diseñadas para uso de los funcionarios de salud pública y directores de los programas nacionales contra la infección por el VIH/sida y otras ITS, organizaciones no gubernamentales (ONG), incluidas organizaciones comunitarias y de la sociedad civil, y personal sanitario. También podría interesar a los organismos internacionales de financiamiento, los medios de información científica, las instancias normativas del sector salud y aquellos que se dedican a la promoción de la causa.

Es particularmente importante basar las respuestas en recomendaciones técnicas, dado que muchos interesados directos han empezado a reconocer la necesidad de hacer frente a las epidemias entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero de una manera más seria, incluidas aquellas que se presentan en el contexto de una epidemia generalizada. La producción de este documento se complementará con medidas para difundir sus mensajes principales, así como con estrategias para el debate a nivel local, la aplicación piloto, la adaptación y capacitación, según convenga o sea necesario.

5. METODOLOGÍA Y PROCESO

5.1 Método GRADE

La OMS utiliza el método GRADE para formular y analizar las recomendaciones. Los pasos iniciales consistieron en definir los temas clave, formular las preguntas sobre Población, Intervención, Comparación y Resultados (PICO por su sigla en inglés) (anexo 1)*, examinar la bibliografía para determinar si existen análisis de datos probatorios o si es posible evaluar datos probatorios recientes, formular una amplia estrategia de búsqueda (anexo 3)* e identificar y obtener datos probatorios pertinentes, incluidos sus beneficios y riesgos.³⁷

El primer paso del método GRADE para estas directrices fue calificar la calidad de los datos probatorios para cada pregunta PICO por resultado.³⁸ Esto se tradujo en la consideración de las limitaciones de los estudios, sus incongruencias, carácter indirecto, imprecisiones y otras carencias.³⁹ Seguidamente se calificó la calidad de los datos probatorios como alta, moderada, baja o muy baja (anexo 4)*. Se elaboró un cuadro estandarizado, llamado cuadro GRADE de datos probatorios, que es un resumen cuantitativo de los datos probatorios y la valoración de su calidad (anexo 5)*. La selección de resultados importantes debería ser independiente de si dichos resultados han sido o no valorados empíricamente, mientras que la selección de los resultados intermedios debería captar aquellos que se han valorado empíricamente (anexo 2)*.

El segundo paso del método GRADE fue pasar de los “datos probatorios a la recomendación” para cada una de las preguntas PICO. En esta etapa se consideró la calidad de los datos probatorios, el equilibrio entre los beneficios y los riesgos, los valores y preferencias de la comunidad y el uso de los recursos. Estos factores afectaron tanto la dirección de la recomendación (a favor o en contra) como su fuerza (categórica o condicional). Los cuadros de riesgos y beneficios contienen un resumen estos factores (anexo 6)*.

Se elaboró un marco de resultados para asegurarse de que su selección se hiciera de una manera transparente e integral y a priori (es decir, antes de analizar los datos probatorios). Cada marco describe todas las vías posibles que comienzan con la intervención, pasando por los resultados intermedios y concluyendo con los resultados importantes (anexo 2)*.

El marco contiene también recomendaciones de prácticas adecuadas. Una recomendación de práctica adecuada es un tipo de recomendación que no requiere datos probatorios, por lo que su formulación no sigue el proceso descrito de calificar la calidad de los datos probatorios o la fuerza de las recomendaciones.³⁶

5.2 Proceso

El Departamento de VIH/SIDA de la OMS lideró la formulación de las directrices, bajo la supervisión del Comité de Examen de Directrices de la OMS (GRC por su sigla en inglés)⁴⁰ y en colaboración con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas y otras dependencias de la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

* La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

Un Grupo de Trabajo sobre Instrumentos y Directrices de la OMS definió las preguntas PICO, elaboró los protocolos de búsqueda y realizó análisis sistemáticos de los datos científicos disponibles (anexos 1, 3, 5, 6 y 7). Este grupo de trabajo contó con la participación de expertos en salud pública, investigadores, directores de programas, ejecutores, representantes de la sociedad civil y metodólogos de GRADE. También se consideró la debida representación geográfica y de géneros. Los protocolos de búsqueda figuran en el anexo 3, y la lista final completa de las preguntas PICO aparece en el anexo 1. Las reuniones del grupo de trabajo se celebraron en Washington, D.C., en las oficinas de la Organización Panamericana de la Salud, y en Ginebra, Suiza, en la sede de la OMS. La Reunión de Consenso sobre las Directrices tuvo lugar en Beijing, China, organizada por la Oficina del Representante de la OMS en ese país y la Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental.

En un estudio solicitado al Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF) se evaluaron los valores y preferencias de la comunidad ante las 13 preguntas PICO. Los participantes fueron hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero de todas las regiones, incluidas personas infectadas por el VIH.

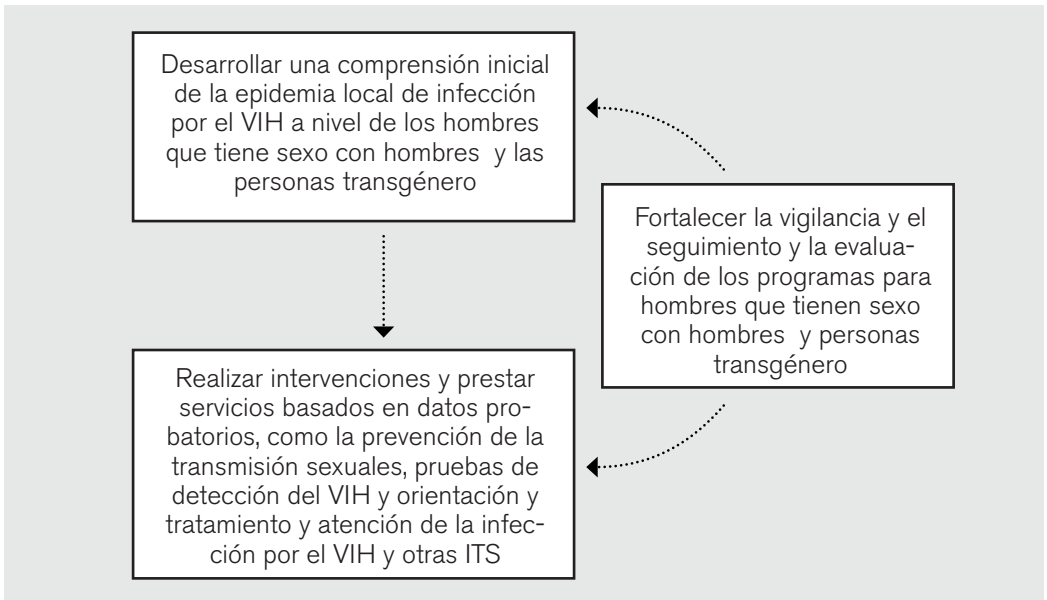
La jerarquización inicial de los datos probatorios para cada pregunta PICO fue hecha de forma colectiva por el grupo de trabajo de la OMS que realizó los análisis sistemáticos. Estos análisis se presentaron y debatieron en la reunión final de consenso que tuvo lugar en Beijing. En esa reunión, el grupo multidisciplinario de expertos evaluó los datos probatorios, los valores y preferencias y los riesgos y beneficios para cada recomendación. El grupo de expertos determinó la dirección de las recomendaciones y el peso de los datos probatorios (anexo 4). Todas las decisiones se tomaron por consenso unánime. Solo en un caso (las intervenciones conductuales a nivel de grupo) no se alcanzó el consenso, por lo que, de acuerdo con los reglamentos del GRC, no se formuló ninguna recomendación. Los coordinadores del proceso incorporaron las observaciones de revisores expertos internos y externos para ultimar las directrices.

Se ha previsto una revisión de estas directrices para el 2015, antes de la cual se elaborarán planes para evaluar la calidad de las directrices, su utilidad y repercusión.

6. ADAPTACIÓN DE LAS DIRECTRICES

Para poder alcanzar el efecto deseado en cuanto a la reducción del estigma, la discriminación y la transmisión de la infección por el VIH y otras ITS, así como para garantizar un acceso oportuno al tratamiento y una atención integral, las recomendaciones incluidas en estas directrices deben ejecutarse a nivel nacional. Es fundamental conformar una alianza nacional que reúna al gobierno, la sociedad civil, las ONG y los donantes para lograr este objetivo. La meta debe ser incluir estas recomendaciones en los planes nacionales sobre la infección por el VIH/sida y asignar recursos para su ejecución. Simultáneamente, es necesario brindar asistencia técnica a los países para planificar y fomentar la ejecución.

Figura 1. Pasos de un método de ejecución progresiva



Las regiones y los países se encuentran en diferentes etapas de respuesta a la epidemia entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Será menester adoptar y adaptar las recomendaciones para que reflejen el contexto nacional. Quizás no sea posible llevar a cabo una aplicación plena e inmediata de algunas de estas recomendaciones debido a la limitación de recursos y la diversidad de prioridades, conforme se desprende de la prevalencia notificada de la infección por el VIH y su carga entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Sin embargo, la planificación estratégica a nivel de país debe dirigirse hacia la implantación final de todas las recomendaciones y el logro de un acceso universal a la prevención de la infección por el VIH, la asistencia y el tratamiento para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero a nivel nacional.

El proceso de ejecución debe basarse en la epidemiología y el contexto local de la epidemia, en consonancia con la estrategia nacional, e incluir a todas las partes. También debe definir claramente las implicaciones para cada una de las recomendaciones.

En los países donde no se reconoce la vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, el primer paso para la ejecución de estas directrices debería ser el sensibilizar a todas las partes nacionales en cuanto a la necesidad de tomar estas recomendaciones en cuenta.

El proceso para incluir las recomendaciones en los planes nacionales debe comenzar con un examen de los datos epidemiológicos y de respuesta y una evaluación de las necesidades a nivel nacional. Este examen debe tener en cuenta los documentos regionales y nacionales, así como las iniciativas existentes a esos niveles. Se aconseja lograr una armonización con las actividades en curso y seguir un enfoque gradual. De acuerdo con la situación regional, se recomienda, como inicio del proceso, realizar talleres en múltiples países para promover las directrices, evaluar las necesidades y redactar enmiendas a los planes nacionales.

Los grupos de trabajo nacionales podrían considerar los siguientes principios orientadores para dirigir la toma de decisiones al momento de dar a conocer estas recomendaciones.

1. No hacer ningún daño

Considerar la existencia de marcos jurídicos prohibitivos, criminalización, estigma y discriminación, y evitar situaciones que afecten la confidencialidad o pongan a las personas en riesgo de violencia.

2. Velar por la accesibilidad y la equidad

Esforzarse por facilitar la debida accesibilidad y asequibilidad de los servicios para todos los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, independientemente de la identidad sexual, la ubicación geográfica, la edad o la clase social.

3. Velar por la calidad de la atención

Asegurarse de que la atención alcance las normas más altas posibles.

4. Usar los recursos con eficiencia

Procurar lograr el mayor efecto sanitario con una utilización óptima de los recursos humanos y financieros disponibles.

5. Velar por la sostenibilidad

Procurar establecer servicios que no dependan de fuentes de financiamiento temporales. Elaborar una estrategia para asegurar su sostenibilidad después de la fase de inicio.

6. Fortalecer los sistemas de salud

Debe darse prioridad a las intervenciones que fortalezcan directa o indirectamente los sistemas de salud, incluidas aquellas formuladas por las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil.

7. Implantar por fases

Quizá no sea posible poner en práctica cada recomendación en todos los entornos. Puede ser necesario adoptar un enfoque de incorporación progresiva. Un enfoque de incorporación progresiva incluye los siguientes pasos:

- Desarrollar una comprensión inicial de la epidemia local de infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero;
- Realizar intervenciones y prestar servicios como la prevención de la transmisión sexuales, intervenciones conductuales, pruebas de detección del VIH y orientación, TAR y servicios dirigidos a otras ITS (figura 2);
- Fortalecer la vigilancia y el seguimiento y la evaluación de los programas para hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero;
- Incorporar estrategias adicionales a partir de un enfoque de salud pública para afrontar las barreras jurídicas y estructurales al acceso universal a la salud.

8. Comprender las perspectivas de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero

Incorporar a representantes de la comunidad y miembros de los colectivos de hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero en la ejecución de estos servicios para asegurarse de que son culturalmente apropiados y satisfacen las necesidades de la comunidad. Fortalecer los sistemas de la comunidad, incluido el apoyo a las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil. Cuando sea posible, usar procedimientos etnográficos para comprender mejor el contexto local y realizar ensayos piloto de las nuevas intervenciones para asegurarse de que funcionan según lo previsto.

9. Ser previsor

Estas directrices de la OMS se actualizarán en el 2015. Los Estados Miembros deberían esforzarse por adoptar las recomendaciones del 2011 antes de esa fecha.

Figura 2. Marco para la ejecución de intervenciones dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero



7. RECOMENDACIONES DE PRÁCTICAS ADECUADAS*

Definición

Las recomendaciones de prácticas adecuadas son principios generales derivados no de las pruebas científicas sino del sentido común y de acuerdos internacionales ya establecidos sobre la ética y los derechos humanos.³⁴ Estas recomendaciones no son el resultado del proceso formal GRADE. Sin embargo, representan el dictamen pericial conforme se describe en el documento *"Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada del 2006"*.³⁴

Las recomendaciones de prácticas adecuadas se consideran esenciales para aclarar o contextualizar recomendaciones técnicas específicas. Son particularmente importantes cuando debe ejecutarse un cambio en ambientes que pueden ser hostiles o negativos, como aquellos que rodean a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Dada la prevalencia del estigma y la discriminación con relación a la diversidad sexual y de género en muchas partes del mundo, así como la existencia de obstáculos jurídicos a la inclusión de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero para que reciban servicios gubernamentales, el Grupo de Desarrollo de Directrices de la OMS consideró necesario incluir dos recomendaciones de prácticas adecuadas en esta directriz: una orientada a la política nacional y la otra centrada específicamente en el sector de la salud.

Antecedentes

Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero tienen derecho a la protección plena de sus derechos humanos como se estipula en los Principios de Yogyakarta.⁴¹ Entre dichos derechos figuran los derechos al disfrute del más alto nivel posible de salud, a la no discriminación y a la privacidad. Las leyes y prácticas punitivas de observancia de la ley, el estigma y la discriminación socavan la eficacia de los programas contra la infección por el VIH y de salud sexual, lo cual limita su capacidad para llegar a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

La criminalización y los obstáculos jurídicos y de políticas ejercen un peso crucial en relación con la vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero ante el VIH. Más de 75 países actualmente tipifican como delito la actividad sexual entre personas de un mismo género,⁴² mientras que las personas transgénero carecen de reconocimiento jurídico en la mayoría de los países. Esta situación jurídica obliga a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero a arriesgarse a sufrir sanciones penales si desean tratar su nivel de riesgo sexual con un proveedor de servicios y, al mismo tiempo, confiere a la policía autoridad para hostigar a aquellas organizaciones que prestan servicios a estos colectivos. Es esencial promover un ambiente jurídico y social que proteja los derechos humanos y garantice el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo sin discriminación ni criminalización para dar una respuesta eficaz a la epidemia de infección por el VIH y fomentar la salud pública.

Pruebas que datan de hace ya mucho tiempo indican que los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero afrontan obstáculos considerables a la hora de recibir atención sanitaria de calidad, debido al estigma generalizado contra la homosexualidad y la ignorancia acerca de la variación de género en la sociedad establecida y en los sistemas de salud.^{43,44,45} Además de llevar una carga desproporcionadamente grande por las ITS y la infección

* Estas recomendaciones han sido adaptadas del documento del ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) titulado *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada del 2006*.

por el VIH, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero registran tasas más altas de depresión, ansiedad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol y otras sustancias y suicidio, todo ello en razón del estrés crónico, su aislamiento social y su desconexión de una variedad de servicios de salud y apoyo.^{46,47,48,49,50,51,52,53,54,55}

Desde la perspectiva de los sistemas de salud, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero pueden posponer o evitar buscar información sobre las ITS o el VIH y recurrir a atención y servicios sanitarios en razón de lo que perciben como rechazo a los homosexuales, discriminación de los transexuales, ignorancia e insensibilidad. Estas personas pueden ser menos proclives a revelar su orientación sexual y otros comportamientos relacionados con la salud en entornos sanitarios que, de lo contrario, podrían promover el diálogo entre el proveedor y el paciente para fundamentar la decisión clínica que se tome posteriormente. Los proveedores de servicios pueden perder su objetividad cuando sus propias inclinaciones culturales, morales o religiosas son incompatibles con la orientación sexual, los comportamientos o la identidad de género que declara un paciente. Además, las investigaciones sobre el nivel de conocimiento entre médicos, enfermeras y otros proveedores de asistencia sanitaria en formación sobre los problemas de salud de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero han revelado que los programas de estudios clínicos, en particular en los países de bajos y medianos ingresos, no abordan estas lagunas de conocimiento.

Recomendación 1: Derechos humanos y ambientes inclusivos

Los legisladores y otras autoridades de gobierno deberían promulgar y hacer cumplir leyes antidiscriminatorias y de protección, con base en las normas internacionales sobre los derechos humanos, a fin de eliminar el estigma, la discriminación y la violencia que enfrentan los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH y las repercusiones del VIH y el sida.³⁴

Unos servicios públicos seguros e inclusivos sustentados en el principio de la no discriminación son vitales para la salud, el bienestar y la dignidad de la comunidad. Las instancias normativas, los parlamentarios y otros líderes públicos deben colaborar con las organizaciones de la sociedad civil en sus esfuerzos por afrontar la realidad de la discriminación de que son víctimas los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, y transformar las normas jurídicas y sociales punitivas en normas que brinden protección. El estigma y la discriminación crean barreras al acceso a muchos servicios públicos y, en consecuencia, socavan la salud pública, los derechos humanos y la respuesta contra la infección por el VIH.

Recomendación 2: La no discriminación en los entornos de atención de salud

Los servicios de salud deberían incluir a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, en razón de los principios de la ética médica y el derecho a la salud.³⁴

La creación de servicios de salud inclusivos requiere de estrategias para sensibilizar y educar a los proveedores y otros funcionarios que prestan servicios sanitarios y sociales. Los proveedores de servicios de salud deben ser respetuosos de la diversidad, tener conciencia de sus obligaciones profesionales y estar informados de las necesidades sanitarias y sociales específicas de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Los grupos que laboran en el área de la salud masculina y las organizaciones de hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero pueden ser socios esenciales en la capacitación integral sobre la sexualidad humana. También pueden facilitar la interacción con los miembros de comunidades sexualmente diversas, para así generar una mayor comprensión de sus necesidades emocionales, sanitarias y sociales, así como del costo de la inacción contra el rechazo a los homosexuales y los transexuales. Las instancias normativas, los parlamentarios y otros líderes públicos deberían colaborar con las organizaciones de la sociedad civil en sus esfuerzos por afrontar las realidades de la discriminación de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, y transformar normas jurídicas y sociales punitivas en normas que brinden protección y que se hagan cumplir.

8. DATOS PROBATORIOS Y RECOMENDACIONES TÉCNICAS

8.1. Prevención de la transmisión sexual

8.1.1. Uso sistemático del condón

Antecedentes

Los condones han desempeñado una función vital en la prevención de la transmisión sexual del VIH desde los primeros días de la epidemia.⁵⁶ Desde mediados de los años ochenta ha quedado demostrado que el uso del condón contribuye a prevenir la infección por el VIH en las comunidades de hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero en los Estados Unidos y Europa occidental, debido en parte a la movilización comunitaria que recomendaba el uso de condones.^{57,58} Las pruebas basadas en la observación de la eficacia del uso sistemático de condones para prevenir la transmisión del VIH han aumentado en los últimos años.^{59,60,61} Se llevó a cabo un examen de datos probatorios sobre la eficacia del uso sistemático del condón para prevenir la infección por el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.

Datos probatorios

Los datos probatorios se obtuvieron principalmente de estudios de cohortes de hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero en países desarrollados.^{33,62,63,64,65} Se incluyeron cinco estudios con información sobre el uso del condón y la incidencia de la infección por el VIH u otras ITS entre hombres que tienen sexo con hombres. La estrategia de búsqueda (anexo 3)* se centró en los estudios de cohortes con la adquisición de la infección por el VIH y otras ITS como resultado de interés (anexo 2). Se excluyeron los estudios con resultados conductuales como el uso autonotificado del condón en lugar de resultados biológicos. Todos los datos provinieron de estudios de observación, por lo que fueron subcalificados; sin embargo, el efecto de alta magnitud del resultado de la incidencia de la infección por el VIH permitió elevar la calificación de los datos probatorios. Esto produjo datos moderados sobre los resultados de la incidencia de la infección por el VIH y datos bajos sobre el resultado de la incidencia de otras ITS. Aunque los estudios incluidos no controlaron confusiones, no se redujo la calificación por esta omisión, pues se cree que el control de confusiones habría aumentado, no disminuido, la fuerza del efecto.

Resumen de los resultados

El examen sistemático de los datos probatorios incluyó información sobre dos resultados de interés: incidencia de la infección por el VIH (cinco estudios) e incidencia de ITS (un estudio). El efecto relativo global del uso del condón sobre la transmisión de la infección por el VIH arrojó un riesgo relativo (RR) de 0,36 (intervalo de confianza [IC] de 95%: 0,20-0,67), mientras que para la transmisión de ITS fue un RR de 0,58 (IC de 95%: 0,54-0,62). Se determinó que el uso sistemático del condón reducía la transmisión de la infección por el VIH en 64%. En el caso de la transmisión de otras ITS, se observó que el uso sistemático del condón reducía el riesgo en 42%.

Beneficios y riesgos

Los beneficios superaron todo riesgo potencial vinculado al uso del condón.

* La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

Aceptabilidad y factibilidad

Esta recomendación es categórica, dado el apoyo de los valores y las preferencias de la comunidad y los expertos. En el informe preliminar sobre valores y preferencias se señala que “los hombres que tienen sexo con hombres piensan que los condones son útiles para la prevención y muchos fomentan su distribución”. No se encontraron pruebas relacionadas con el uso del condón y problemas relativos a la calidad de vida, como incomodidad o disminución del deseo; sin embargo, los valores y las preferencias de los hombres que tienen sexo con hombres que fueron encuestados por el MSMGF revelaron apoyo a esta intervención. Existen pruebas programáticas de que es factible distribuir condones en los entornos de países de bajos y medianos ingresos.^{67,68}

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Los datos probatorios obtenidos a partir de las investigaciones operativas indican la importancia del uso de lubricantes con base de agua y silicona para que los condones funcionen correctamente durante el coito anal.⁶⁹ Sin embargo, resultaría de utilidad realizar más investigaciones sobre este tema para descartar o reducir al mínimo los posibles efectos secundarios que han revelado algunos estudios in vitro.^{70,71,72}

Existe poca información sobre los aspectos siguientes, que deberían considerarse como futuras áreas de investigación: la eficacia del preservativo femenino para prevenir la adquisición de la infección por el VIH durante las relaciones sexuales anales y su eficacia para prevenir la infección por el VIH entre personas transgénero que han tenido una construcción vaginal.

Puntos clave

- El uso sistemático del condón ha sido de vital importancia en los esfuerzos de prevención de la infección por el VIH desde los primeros días de la epidemia.
- Se concluyó que el uso sistemático del condón reducía la transmisión del VIH en 64% y de otras ITS en 42%.
- Los beneficios superaron todo posible riesgo derivado del uso de condones
- Aceptable y factible

Recomendación

Se recomienda altamente el uso sistemático del condón durante el coito anal para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no usar condones.

Recomendación categórica, calidad moderada de los datos probatorios

Observaciones complementarias

El uso de lubricantes con base de agua y silicona es clave para que los condones funcionen correctamente durante el coito anal.

8.1.2. Seroelección

Antecedentes

Por seroselección se entiende el comportamiento en el cual “una persona elige a un compañero sexual que comparte el mismo estado serológico con respecto a la infección por el VIH, por lo general para tener relaciones sexuales sin protección, a fin de reducir el riesgo de contraer o transmitir el virus”.⁷³ La prevalencia de la seroselección va desde 21% en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y que son seropositivos al VIH y hasta 62% para aquellos seronegativos; sin embargo, la mayoría de los estudios sobre seroselección se basa en investigaciones realizadas en países desarrollados.⁷⁴ Los beneficios de la seroselección para las personas seropositivas pueden incluir la reducción de la transmisión secundaria del VIH y la posibilidad de renunciar al uso de los condones. Sin embargo, la seroselección no protege contra otras ITS ni de riesgos potenciales como la sobreinfección por el VIH y la farmacoresistencia. Los beneficios de la reducción del riesgo de infección por el VIH entre personas seronegativas al VIH siguen siendo objeto de debate y dependen de la frecuencia y la disponibilidad de pruebas de detección del virus y orientación, el conocimiento exacto y la revelación del estado serológico de la pareja con respecto al VIH, así como del período silente de nuevas infecciones.

Datos probatorios

Los datos probatorios incluidos se recopilaron mediante un examen sistemático de las pruebas disponibles sobre la seroselección y los comportamientos seroadaptativos. Este examen siguió amplios criterios de inclusión y aplicó métodos de búsqueda y tamizaje sistemáticos. Para este caso solo se consideraron datos probatorios correspondientes a personas seronegativas al VIH. El examen de los datos probatorios permitió ubicar tres estudios, todos ellos provenientes de países desarrollados.^{33, 64, 65} Los tres estudios definieron la seroselección entre hombres seronegativos al VIH como el coito anal sin protección solo con parejas seronegativas. La mayoría de los estudios no llevó control de confusiones.

La recomendación es condicional debido a la baja calidad de los datos probatorios disponibles y a la restricción geográfica de los estudios. Los datos probatorios se degradaron para reflejar su carácter indirecto porque todos los estudios se realizaron en entornos de altos ingresos donde las pruebas de detección y los servicios de orientación tienen una amplia disponibilidad, a diferencia de lo que ocurre en muchos entornos de bajos y medianos ingresos.

Resumen de los resultados

El examen sistemático de los datos probatorios incluyó información sobre dos resultados de interés: incidencia de la infección por el VIH (tres estudios) e incidencia de otras ITS (un estudio). Se realizaron dos comparaciones de interés: la seroselección frente al uso sistemático del condón y la seroselección frente al no uso del condón. El resultado general en el caso de la seroselección frente al uso sistemático del condón fue que la seroselección conduce a un riesgo considerablemente mayor de infección tanto por el VIH como de otras ITS. La seroselección aumentó la transmisión del VIH en 79% y la transmisión de otras ITS en 61% (RR: 1,79; IC de 95%: 1,2-2,65; y RR: 1,61; IC de 95%: 1,43-1,81, respectivamente). Cuando se comparó la seroselección con el no uso de condones, la seroselección brindó cierto grado de protección contra la infección por el VIH y otras ITS. La seroselección redujo la transmisión de la infección por el VIH en 53% (RR: 0,47; IC de 95%: 0,26-0,84) y la transmisión de otras ITS en 14% (RR: 0,86; IC de 95%: 0,78-0,93). No se estudiaron las consideraciones relativas a la calidad de vida, como la incomodidad o la disminución del deseo sexual.

Beneficios y riesgos

Los beneficios y riesgos de la seroselección dependen de la comparación utilizada. Los riesgos superan a los beneficios cuando se hace la comparación con el uso de condones. Cuando se hace la comparación con el no uso de condones, los beneficios son mayores que los riesgos.

Aunque la seroselección es beneficiosa cuando se le compara con el no uso de condones, existen riesgos cuando se le compara con el uso sistemático del condón. La seroselección puede ser una posible estrategia de reducción del riesgo en el caso de las personas que deciden no utilizar condones, pero no debe promoverse como una estrategia alternativa a la prevención de la infección por el VIH. El uso sistemático del condón es un método más eficaz para prevenir la infección por el VIH.

Aceptabilidad y factibilidad

El informe sobre valores y preferencias de la comunidad reveló opiniones dispares sobre la seroselección. En dicho informe se sostiene que los “hombres que tienen sexo con hombres piensan que los condones son útiles para la prevención y muchos fomentan su distribución”. También se afirma en el informe que “ningún participante reconoció la seroselección como una estrategia de prevención.”⁶⁶

Para algunos de los participantes en la encuesta de valores y preferencias, el concepto de seroselección no existe. Para otros, el término propició conversaciones acerca de las condiciones bajo las cuales los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero revelan o no su estado con respecto a la infección por el VIH. Las inquietudes relacionadas con la seguridad, el estigma y la discriminación contribuyeron a que muchos omitieran declarar su condición con respecto a la infección por el VIH. Sin embargo, otros hablaron de la seroselección como estrategia de reducción de riesgos. Aunque el panel reconoció que los valores individuales pueden variar con respecto a la seroselección, se hizo hincapié en la prevención de la infección por el VIH. El uso del condón es la mejor opción, pero ello depende de su disponibilidad. La seroselección es factible solo en aquellos contextos donde se cuenta con pruebas de detección del VIH y orientación de calidad, las tasas de repetición de pruebas son altas y el ambiente jurídico y social propician la realización de pruebas de detección y la orientación así como la revelación del estado serológico.⁶⁶

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Los comportamientos seroadaptativos abarcan una variedad de conductas, incluidas la seroselección y el seroposicionamiento. En este perfil de datos probatorios solo se incluyó información sobre la seroselección (la práctica de elegir un compañero sexual con el mismo estado con respecto a la infección por el VIH) entre los hombres que tienen sexo con hombres que fueron negativos al VIH al comienzo del estudio. No se incluyó ninguna información sobre la práctica de seroposicionamiento (que consiste en decidir qué pareja será el compañero receptivo o insertivo con base en el estado serológico respecto del VIH, donde la pareja seropositiva al VIH por lo general asume la función receptiva). No se incluyó ninguna información en este análisis sobre las prácticas de seroselección entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que saben que son positivos al VIH.

Las personas y parejas que se valen de la seroselección como estrategia de reducción de daños deberían someterse regularmente a pruebas de detección del VIH y otras ITS. Por otro lado, las pruebas de detección del VIH y los servicios de orientación que se ofrecen a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero deberían tratar la seroselección, explicar su utilidad y limitaciones como medida de prevención y aclarar las concep-

nes erróneas que podrían aumentar aun más tales limitaciones entre los posibles usuarios. Es necesario aumentar la disponibilidad de condones de alta calidad y de la pruebas de detección y orientación sobre el VIH en todos los entornos, especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. También es menester realizar nuevas investigaciones sobre la seroselección para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y sus compañeros sexuales.

Puntos clave

- La seroselección se define como la estrategia por la cual “una persona elige a un compañero sexual que tiene el mismo estado serológico respecto del VIH, a menudo para tener relaciones sexuales sin protección, a fin de reducir el riesgo de adquisición o transmisión del virus”.
- La seroselección aumentó transmisión del VIH en 79% y la transmisión de otras ITS en 61%. Comparados con el no uso de condones, los beneficios superaron los daños. La seroselección redujo la transmisión del VIH en 53% y la transmisión de otras ITS en 14%.
- Los riesgos de la seroselección superan los beneficios cuando se le compara con el uso sistemático del condón. Al compararse con el no uso de condones, los beneficios de la seroselección superan los riesgos.
- La aceptabilidad y factibilidad dependen de la persona y el entorno. La seroselección es factible solo en los contextos donde existen pruebas de detección y orientación de calidad, las tasas de repetición de pruebas son altas y el ambiente jurídico y social propician tanto las pruebas de detección del VIH y la orientación como la revelación del estado serológico.

Recomendaciones

Se recomienda altamente el uso sistemático del condón como opción preferible a la seroselección para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que son seronegativos para el VIH.

Recomendación categórica, calidad muy baja de los datos probatorios

Se sugiere la seroselección como opción preferible al no uso de condones en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que son seronegativos para el VIH en circunstancias específicas como estrategia de reducción de riesgos.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Las personas y parejas que se valen de la seroselección como estrategia de reducción de daños deben someterse regularmente a pruebas de detección del VIH y otras ITS. es necesario realizar nuevas investigaciones sobre la seroselección para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y sus compañeros sexuales.

8.1.3. Circuncisión

Antecedentes

En los tres últimos decenios, una serie de estudios de observación y tres ensayos controlados aleatorizados han revelado que la circuncisión a cargo de profesionales médicos bien capacitados reduce a la mitad el riesgo de transmisión del VIH de mujer a hombre.^{75,76,77,78} Dado que estos estudios se condujeron entre hombres supuestamente expuestos por medio de relaciones vaginales y solo en países del África Subsahariana, los efectos no pueden aplicarse directamente a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que están expuestos a través de relaciones anales receptivas e insertivas. Se llevó a cabo un examen de datos probatorios relativos a la eficacia de la circuncisión en la prevención de la adquisición de la infección por el VIH en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres.*

Datos probatorios

En el 2008 se publicaron dos análisis sobre la circuncisión como medida de la prevención de la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres,^{79,80} los cuales incluían datos de estudios de observación. Desde entonces, se han publicado seis nuevos estudios de observación. Finalmente, se incluyó un total de 21 estudios con datos utilizables sobre la circuncisión en hombres que tienen sexo con hombres. La calidad de los resultados se consideró fundamental para el resultado sobre el VIH, y se concluyó que la calidad general de los datos probatorios era muy baja, principalmente porque los ensayos controlados aleatorizados no contenían datos sobre los hombres que tienen sexo con hombres. No se conoció de estudios sobre la circuncisión en personas transgénero.

Resumen de los resultados

El examen sistemático de los datos probatorios⁸¹ incluyó información sobre tres resultados de interés específicos sobre el VIH y otras ITS: infección por el VIH (20 estudios), sífilis (ocho estudios) e infección por el virus de herpes simple (siete estudios). Todos los datos probatorios provinieron de estudios de observación, por lo que fueron subcalificados. Aunque el efecto relativo general de la circuncisión sobre la transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres fue una OR: 0,86 (IC de 95%: 0,70-1,06), las diferencias se basaron principalmente en las funciones sexuales predominantes en el coito anal. En el caso de los hombres que sostuvieron relaciones anales fundamentalmente receptivas, no se observó ninguna relación entre la circuncisión y la infección por el VIH (OR: 1,20, IC de 95%: 0,63-2,29). Entre aquellos que tuvieron relaciones anales principalmente insertivas, la circuncisión estuvo asociada a un efecto de protección contra la infección por el VIH (OR: 0,27, IC de 95%: 0,17-0,44). Los resultados fueron similares para otras ITS.

Beneficios y riesgos

Las pruebas incluidas indican un potencial beneficio de la circuncisión de hombres adultos para la prevención tanto de la infección por el VIH como de otras ITS. Por lo tanto, los beneficios posiblemente superen los riesgos.

Al igual que con cualquier otro procedimiento quirúrgico, la circuncisión conlleva algunos riesgos, que generalmente se presentan durante o poco después del procedimiento. La operación quirúrgica puede producir hemorragia, formación de hematomas (un coágulo de sangre bajo la piel), infección de la incisión quirúrgica, meatitis (inflamación de la abertura de la uretra) y

* En el análisis no se consideró la eficacia de la circuncisión en la prevención de la adquisición de la infección por el VIH entre las personas transgénero.

mayor sensibilidad del glande durante los primeros meses después del procedimiento. La seguridad de la circuncisión depende del entorno y la pericia de quien la practica.⁸²

Aceptabilidad y factibilidad

De acuerdo con el informe preliminar sobre valores y aceptabilidad,⁶⁶ al tratarse la circuncisión de adultos como estrategia de prevención de la infección por el VIH, los participantes hicieron preguntas acerca de la pertinencia de la circuncisión en entornos culturales diferentes, su conveniencia como medida de protección contra la infección por el VIH y su pertinencia para las personas transgénero. Algunos opinaron que el énfasis debería recaer en la educación sobre la salud sexual en lugar de la circuncisión. También se expresaron importantes inquietudes sobre la factibilidad de ejecutar una intervención quirúrgica, especialmente en una población ya estigmatizada.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Esta recomendación no se aplica a los hombres transgénero que se han sometido a una operación quirúrgica de reasignación sexual. Se requiere un volumen considerable de recursos para realizar circuncisiones en entornos donde esta no es una intervención habitual (tanto recursos humanos especializados en técnicas quirúrgicas como equipos y suministros quirúrgicos); por consiguiente, se expresaron muchas reservas con respecto a su potencial implantación. Habría que realizar nuevas investigaciones para examinar el efecto de la circuncisión de adultos en la prevención de la adquisición de la infección por el VIH y otras ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres y que tienen relaciones anales insertivas frente a aquellos que tienen relaciones anales receptivas, dado que esto puede modificar el efecto. En los entornos donde está aumentándose la circuncisión, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero no deben ser excluidos de los programas de circuncisión de adultos. En otros entornos, y de conformidad con las recomendaciones vigentes de la OMS,⁸³ no debería negarse esta intervención a ningún hombre que tiene sexo con hombres o persona transgénero que la solicite.

Puntos clave

- En los tres últimos decenios, una serie de estudios de observación y tres ensayos aleatorizados han revelado que la circuncisión reduce en 50% el riesgo de que los hombres adquieran la infección por el VIH de mujeres. Algunos estudios de observación han revelado que la circuncisión también podría proteger a los hombres que tienen sexo con hombres y que sostienen relaciones anales insertivas. No existe ningún estudio similar sobre las personas transgénero.
- La circuncisión estuvo asociada a un efecto de protección solo en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y que tuvieron relaciones anales insertivas. No se observó ningún efecto de protección entre aquellos que tuvieron relaciones receptivas.
- No está claro hasta ahora si los beneficios superan los riesgos, dado que la circuncisión, como cualquier otra operación quirúrgica, conlleva algunos riesgos.
- Existe un grado importante de preocupación con respecto a la aceptabilidad y ejecución de la circuncisión entre los hombres que tienen sexo con hombres de distintos entornos culturales.

Recomendaciones

Se sugiere no ofrecer la circuncisión a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero para prevenir la infección por el VIH y otras ITS como opción preferible a ofrecerla.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Sería necesario realizar nuevas investigaciones para examinar el efecto de la circuncisión de adultos en la prevención de la adquisición de la infección por el VIH y otras ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres y que tienen relaciones anales insertivas frente a aquellos que tienen relaciones anales receptivas.

8.2. Pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus*

8.2.1 Pruebas de detección del VIH y orientación

Antecedentes

Desde que se cuenta con pruebas de detección del VIH, las pruebas de detección y orientación sobre el virus, que iniciaron los propios usuarios, se han considerado una intervención clave para la prevención de la infección. Pocos estudios han evaluado la eficacia de las pruebas de detección del VIH y los servicios de orientación sobre el virus. En los últimos años, como parte del compromiso de acceso universal a la prevención y atención de la infección por el VIH, se ha evolucionado hacia un concepto más amplio de las pruebas de detección y orientación que incluye las pruebas y orientación iniciadas por el cliente y las pruebas y orientación iniciadas por el proveedor de servicios.⁸⁴ El concepto de pruebas de detección y orientación se ha incorporado a los esfuerzos por promover las pruebas y la orientación, junto con enlaces directos a la atención y el tratamiento de la infección por el VIH para aquellos que den positivo. Habida cuenta del estigma y los potenciales riesgos asociados con la presunta infección por el VIH, es esencial que toda prueba de detección del virus y la orientación sigan siendo voluntarias y confidenciales.

Debido a que las personas pueden seguir asumiendo prácticas de alto riesgo (y contraer la infección después de completar una prueba de detección del VIH) o participar en un evento sexual de alto riesgo en los tres meses previos a una prueba de detección del VIH (y presentar una infección aguda que produciría un resultado negativo de la prueba de anticuerpos del VIH), la directriz actual de la OMS recomienda que se sugiera a las personas que se sometan a una nueva prueba después de tres meses.⁸⁵

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática de la bibliografía sobre el papel de las pruebas de detección y orientación en la reducción de la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH, en comparación con la provisión de información básica sobre la prevención y atención de la infección por el VIH. Los resultados sustitutos fueron el cambio de comportamiento y la incidencia de la infección por el VIH.

* En esta directriz, el término pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus se refiere a todos los servicios que se ocupan de las pruebas de VIH que se suministran con orientación. En diferentes países pueden usarse términos distintos para referirse a las pruebas de detección y orientación ofrecidas en diversos entornos. Como ejemplos de dichos términos cabría mencionar, entre otros, la orientación y prueba de detección voluntarias (VCT), las pruebas de detección y orientación iniciadas por el proveedor de servicios (PITC) y las pruebas de detección y orientación iniciadas por el cliente (CITC). La OMS aconseja que todas las pruebas de detección y orientación sean voluntarias y nunca coaccionadas u obligatorias.

Datos probatorios

Se incluyó información de un ensayo controlado, en el cual se pusieron a prueba los efectos de la intervención focalizada (prueba de detección y orientación individual) sobre el resultado respecto del VIH (relación anal sin protección notificada como sustituto de la infección por el VIH) en hombres heterosexuales.⁸⁶ La solidez de esta recomendación se basa en datos probatorios de baja calidad. La calidad se disminuyó debido al carácter indirecto del resultado (uso de sustitutos), el carácter indirecto de la población de estudio (hombres heterosexuales en vez de hombres que tienen sexo con hombres o personas transgénero) y la pérdida considerable de seguimiento (cerca de 20% en 14 meses).

Resumen de los resultados

El único ensayo aleatorizado⁸⁶ que comparaba el efecto de las pruebas de detección y orientación con la provisión de información sanitaria estándar sobre las relaciones sin protección notificadas, que es un resultado sustitutivo, utilizó el modelo de orientación de VIH-1 centrado sobre el cliente de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC). Este modelo incluía una evaluación personalizada del riesgo más la formulación de un plan personalizado de reducción de riesgos para cada cliente y era ideal para promover la especificidad cultural. El estudio se llevó a cabo en tres sitios: Kenya, Tanzania y Trinidad. En un subconjunto de hombres heterosexuales sin parejas estables, hubo una reducción de 21% del comportamiento de riesgo entre aquellos que se sometieron a pruebas de detección y orientación (RR: 0,79; IC de 95%: 0,63-0,97).

Beneficios y riesgos

Se concluyó que los beneficios superan los riesgos debido a la alta sensibilidad y especificidad de las pruebas de detección del VIH y la creciente importancia de esta intervención, dada la oportunidad que ofrece para hacer un diagnóstico temprano y adelantar el acceso a la asistencia, así como por los efectos preventivos del tratamiento. Los riesgos potenciales tienen que ver con dificultades psicológicas, las cuales pueden manejarse. El uso de los recursos no es una preocupación clave, ya que la prueba de detección y orientación es una intervención estándar ya implantada en muchos entornos.

Aceptabilidad y factibilidad

Según el estudio de valores y preferencias de la comunidad, las personas valoran la importancia de la prueba de detección y orientación, pero opinan que deben ofrecerse condiciones adecuadas para la prestación de servicios, es decir, que sean servicios inclusivos, no discriminatorios.⁶⁶ La factibilidad de poner en práctica las pruebas de detección y orientación no parece ser un problema mayor, pues se trata de un servicio que ya se ofrece a la población general en muchos entornos en países de bajos, medianos y altos ingresos. Sin embargo, es necesario garantizar la calidad de la prueba de detección y la orientación.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

La prueba de detección y orientación debe vincularse a la atención y el tratamiento. El aumento de la cobertura del tratamiento puede conducir a la reducción de las tasas de transmisión a nivel de la población, lo que puede fomentar un cambio de la opinión del público sobre las pruebas de detección y la orientación. Además, debería estudiarse el papel de los consejeros de parejas y el uso del TAR para las parejas serodiscordantes de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.⁸⁷

Puntos clave

- Desde que se cuenta con la prueba de detección del VIH, las pruebas de detección y orientación sobre el virus se han considerado una intervención clave para la prevención de la infección.
- Se registró una reducción de 21% del comportamiento de riesgo entre aquellas personas que se sometieron a la prueba de detección y orientación.
- Los beneficios superan los riesgos. El uso de los recursos no es una preocupación clave pues la prueba de detección y orientación es una intervención estándar ya implantada en muchos entornos.
- Aceptable y factible

Recomendación

Se recomienda altamente ofrecer pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer esta intervención.

Recomendación categórica, baja calidad de los datos probatorios

Observaciones complementarias

La prueba de detección y orientación debe vincularse a la atención y el tratamiento.

8.2.2. Pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus ofrecidas a nivel comunitario y vinculadas a la atención y el tratamiento

Antecedentes

Esta recomendación se refiere específicamente al suministro de pruebas de detección del VIH y servicios de orientación basados en la comunidad y vinculados a la atención y el tratamiento. El resultado deseado consiste en aumentar el número de pruebas de detección y orientación a nivel de la comunidad y conectar a aquellos que den positivo en la prueba del VIH con los servicios de tratamiento y atención. Los servicios comunitarios de pruebas de detección y orientación vinculados a la atención y el tratamiento enfatizan la promoción activa del suministro de pruebas de detección y orientación en forma conjunta con un acceso expedito a la atención y el tratamiento. Los efectos de los programas comunitarios de pruebas de detección y orientación fueron evaluados y comparados con las pruebas de detección y orientación iniciadas por el cliente.

Datos probatorios

No se ha realizado hasta ahora ningún análisis o ensayo sistemático sobre los programas comunitarios de pruebas de detección del VIH y orientación. Sólo se encontró un estudio de observación, el cual se basó en las recomendaciones de los CDC del 2006 sobre las pruebas de detección y orientación habituales y voluntarias en entornos de atención de salud conforme se llevan a cabo en Washington, D.C., EUA.⁸⁸ La intervención estudiada fue la llamada “prueba de detección del VIH, vinculación con la atención más tratamiento” (HTLC+ por sus siglas en inglés) y abarca la promoción activa de la prueba de detección y orientación como práctica habitual, una mejor referencia en el caso de las personas seropositivas al VIH y la iniciación del tratamiento de acuerdo con las directrices actuales conforme hayan sido implantadas para los residentes de Washington, D.C., EUA. Se incluyeron, notificaron y analizaron los indicadores globales para los años 2004, 2006 y (parcialmente) 2008 en relación con los resultados de interés. Al mes de septiembre del 2010,

estaba preparándose un ensayo para evaluar la factibilidad de un programa comunitario de prueba de detección y orientación vinculado a la atención y el tratamiento.⁸⁹ La calidad de estos datos probatorios recibió una calificación muy baja porque correspondían a solo un estudio de observación.

Resumen de los resultados

Los resultados notificados incluían a) la tasa de casos de sida recién diagnosticados, los cuales disminuyeron sistemáticamente de 164 casos por 100 000 en el 2004 a 137 en el 2007 y 107 en el 2008; b) la proporción de la población que se sometió a la prueba del VIH en los 12 últimos meses, porcentaje que aumentó de 15% a 19%; y c) la proporción general de personas recién diagnosticadas con el VIH que habían tenido un recuento de linfocitos CD4 en el transcurso de los tres meses siguientes al diagnóstico, porcentaje que aumentó de 62% en el 2004 a 64% en el 2008. El estudio no incluyó un grupo de referencia y no calculó ninguna medida de efecto.

Beneficios y riesgos

Aunque las pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus pueden aumentar el riesgo de estigma, los beneficios potenciales superan los riesgos.

Aceptabilidad y factibilidad

Según el estudio sobre valores y preferencias, las comunidades valoran las pruebas de detección y la orientación y, en grado creciente, un acceso más temprano a la atención y el tratamiento. Sin embargo, se expresó preocupación ante el estigma, la discriminación y el maltrato, así como ante la capacidad limitada del personal de salud para atender los problemas que enfrentan los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.⁶⁶ La ampliación de los servicios de prueba de detección y orientación vinculados a la asistencia y el tratamiento debe hacerse con la debida atención a su sostenibilidad; si pueden cubrirse los costos adicionales, debería ser altamente factible la implantación de estos servicios en la mayoría de los entornos.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Los datos probatorios que respaldan esta recomendación provienen de un estudio de observación.⁸⁸ Desde septiembre del 2010 se trabaja en la preparación de un ensayo de tratamiento más atención cuyo objetivo es evaluar la factibilidad de implantar un programa comunitario de prueba de detección y orientación con múltiples componentes vinculado a la atención y el tratamiento en los Estados Unidos.⁸⁹ Este estudio incluirá la evaluación de la factibilidad y la eficacia. Es necesario ahondar en esta investigación.

Puntos clave

- El enfoque de servicios comunitarios de pruebas de detección y orientación se centra en la promoción activa del suministro de pruebas de detección y orientación vinculadas a un acceso expedito a la atención y el tratamiento para aquellos que den positivo en la prueba de detección del VIH.
- Los resultados de un estudio de observación indican que, tras la aplicación de pruebas de detección y orientación voluntarias en entornos de atención de salud, hubo una disminución de los diagnósticos de infección por el VIH, un aumento de la proporción de personas que se sometieron a las pruebas de detección y una disminución del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el primer recuento de linfocitos CD4.⁸⁸
- Aunque las pruebas de detección y la orientación pueden aumentar el riesgo de estigma, los beneficios potenciales superan los riesgos.

- Las comunidades valoran las pruebas de detección y la orientación, así como un acceso más temprano a la atención y el tratamiento. Sin embargo, expresan preocupación ante el estigma y la discriminación, así como ante la capacidad limitada del personal de salud para atender los problemas que enfrentan los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Recomendación

Se sugiere ofrecer pruebas de detección del VIH y orientación sobre el virus a nivel comunitario en forma vinculada a la atención y el tratamiento para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tales programas.

Recomendación categórica, calidad muy baja de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Se necesita ahondar en la investigación.

8.3. Intervenciones conductuales e información, educación y comunicación

8.3.1. Intervenciones conductuales a nivel individual para la prevención de la infección por el VIH

Antecedentes

Las intervenciones conductuales para la prevención de la infección por el VIH son un componente integral de cualquier respuesta a esta epidemia. Las intervenciones conductuales a nivel individual son aquellas que incluyen intervenciones basadas en la orientación personal, de uno a uno. Estas intervenciones se centran en estrategias de reducción del riesgo con cada participante. Orientadores capacitados se reúnen cara a cara con las personas en riesgo de contraer la infección por el VIH para hablar sobre sus comportamientos riesgosos, discutir estrategias para reducir su riesgo y proporcionarles información acerca del VIH. El contenido de estas reuniones puede variar con cada intervención. Por ejemplo, en una sesión de orientación, el participante podría recibir información para aumentar su conocimiento sobre la infección por el VIH, y también hablar acerca de sus comportamientos sexuales riesgosos y relacionar sus actividades directamente con el riesgo de contraer el VIH, para luego recibir orientación sobre cómo reducir ese riesgo.

Datos probatorios

Los datos probatorios, de calidad moderada, indican que las intervenciones individuales de cambio conductual reducen el comportamiento sexual de riesgo y la incidencia de la infección por el VIH en los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Los datos incluidos corresponden a cuatro ensayos controlados aleatorizados de intervenciones de cambio conductual a nivel individual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.^{90,91,92,93} Estos datos probatorios se recopilieron durante un análisis sistemático de estudios sobre intervenciones conductuales a nivel individual para la prevención de la infección por el VIH entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. El presente examen se basó además en dos análisis sistemáticos existentes^{94,95} y en búsquedas complementarias de estudios publicados posteriormente (anexo 3)*. Los datos probatorios para esta recomendación fueron de calidad moderada porque todos los estudios incluidos se basaron en países de altos ingresos.

* La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

Resumen de los resultados

Cuatro estudios suministraron información acerca de los efectos de la intervención sobre el coito anal sin protección; un estudio incluyó además la incidencia de la infección por el VIH como resultado. No se encontró estudio alguno que contuviera información sobre problemas relacionados con la calidad de vida debido a la intervención. El cambio conductual producto de las intervenciones a nivel individual dio lugar a una reducción general de 18% del comportamiento de riesgo, así como una disminución del coito anal sin protección, en los cuatro estudios incluidos. La razón de riesgo (HR) de 0,82 y la IC de 95%: 0,64-1,05 revelan un beneficio moderado, pero no estadísticamente significativo, de las intervenciones conductuales individuales para el resultado conductual. Las intervenciones a nivel individual también dieron lugar a una reducción de 18% de la incidencia de la infección por el VIH. El único estudio que consideró la incidencia de la infección por el VIH también mostró un beneficio moderado, pero no estadísticamente significativo (riesgo relativo [RR]: 0,82; IC de 95%: 0,64-1,05).^{*} Estos datos fueron subcalificados por las razones siguientes: a) el carácter indirecto de los resultados autonotificados sobre el comportamiento; b) los estudios no se realizaron en países de bajos y medianos ingresos; y c) la imprecisión de los datos debido al pequeño número de eventos.

Beneficios y riesgos

Los beneficios de la intervención superan los riesgos. No se midió la calidad de vida (incomodidad, intervención innecesaria, ansiedad y discriminación).

Aceptabilidad y factibilidad

Las intervenciones conductuales a nivel individual son tanto aceptables como factibles para la población destinataria. En el informe sobre valores y preferencias, los participantes declararon que es necesario contar con un entorno favorable para ejecutar intervenciones conductuales con éxito.⁶⁶

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Para poder realizar estas intervenciones satisfactoriamente, es necesario contar con los recursos humanos adecuados, tener un entorno favorable y adaptar las intervenciones al contexto local. Aunque se han realizado algunos estudios en países de bajos y medianos ingresos, ninguno de ellos contenía la información que se necesitaba para este análisis. Se requiere investigar la eficacia de las intervenciones conductuales a nivel individual en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero en países de bajos y medianos ingresos.

Puntos clave

- Los programas de intervenciones conductuales a nivel individual son intervenciones basadas en la orientación personal, de uno a uno, que se centran en estrategias de reducción del riesgo con cada participante.
- Las intervenciones de cambio conductual dieron lugar a una reducción del comportamiento riesgoso de 18% y a una reducción de la incidencia de la infección por el VIH de 18%. Ambos resultados no fueron estadísticamente significativos.
- Los beneficios de la intervención superan los riesgos.
- Las intervenciones conductuales a nivel individual son aceptables y factibles para la población destinataria.

^{*} Los resultados tanto del comportamiento riesgoso como de la incidencia del VIH arrojaron la misma RR (0,82) y CI de 95% (0,64-1,05). Esto no fue un error.

Recomendación

Se sugiere realizar intervenciones conductuales a nivel individual para la prevención del VIH y las ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ejecutar tales intervenciones.

Recomendación condicional, calidad moderada de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Para poder realizar estas intervenciones satisfactoriamente, es necesario contar con los recursos humanos adecuados, tener un entorno favorable y adaptar las intervenciones al contexto local. Se requiere investigar la eficacia de las intervenciones conductuales a nivel individual en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero en países de bajos y medianos ingresos.

8.3.2. Intervenciones conductuales a nivel de la comunidad para la prevención de la infección por el VIH

Antecedentes

Las intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad para prevenir la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero son aquellas por medio de las cuales se capacita a personalidades influyentes populares para que transmitan mensajes de intervención a sus grupos y de esta forma lograr cambios de comportamiento en sus comunidades. Tales intervenciones pueden incluir actividades de empoderamiento, de extensión, sesiones en grupos pequeños y actividades de liderazgo.

Datos probatorios

Los datos probatorios sobre las intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad para la prevención de la infección por el VIH son de baja calidad. Los datos recopilados para esta recomendación se basaron en exámenes existentes de intervenciones de prevención de la infección por el VIH a nivel comunitario entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero, así como en una búsqueda sistemática de datos probatorios en artículos publicados posteriormente (anexo 3).^{94,95} Los datos probatorios incluidos provienen de cinco ensayos controlados aleatorizados de intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.^{96,97,98,99,100} Los datos son de baja calidad para sustentar una reducción del comportamiento sexual de riesgo debido a intervenciones comunitarias de cambio conductual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Estos datos fueron subcalificados en razón del carácter indirecto de los resultados autonotificados sobre el comportamiento y las limitaciones de diseño, es decir, una alta pérdida de seguimiento (42% en el estudio con una cohorte). Los datos probatorios también fueron subcalificados porque solo un estudio se realizó en un entorno de bajos y medianos ingresos.

* La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

Resumen de los resultados

En el análisis de los datos probatorios se incluyeron cinco estudios sobre intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. El cambio de comportamiento debido a las intervenciones a nivel de la comunidad dio lugar a una reducción de 25% del comportamiento riesgoso. El resultado general de cambio conductual de los cinco estudios incluidos indica un nivel de cambio de comportamiento moderado, pero no significativo (RR: 0,75; IC de 95%: 0,51-1,09). Ninguno de los estudios informó acerca de la incidencia de la infección por el VIH y otras ITS o sobre la calidad de vida.

Beneficios y riesgos

Los beneficios de las intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad para la prevención de la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero superan los riesgos.

Aceptabilidad y factibilidad

Las intervenciones conductuales a nivel de la comunidad son tanto aceptables como factibles para la población destinataria. En el informe sobre valores y preferencias, los participantes declararon que se necesita un entorno favorable para ejecutar las intervenciones conductuales con éxito.⁶⁶ Este tipo de intervenciones conductuales requiere principalmente de recursos humanos para su ejecución; esto podría representar un reto en algunos entornos. El éxito de las intervenciones pasa por contar con los recursos humanos necesarios, un entorno favorable y la adaptación al contexto local.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Es necesario hacer nuevos estudios acerca de la eficacia de las intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.

Puntos clave

- Las intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad para prevenir la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero son aquellas por medio de las cuales se capacita a personalidades influyentes populares para que transmitan mensajes de intervención a sus grupos y de esta forma lograr cambios de comportamiento en sus comunidades.
- El cambio conductual debido a las intervenciones a nivel de la comunidad dio lugar a una reducción de 25% del comportamiento riesgoso.
- Los beneficios de la intervención superan los riesgos.
- Las intervenciones conductuales a nivel de la comunidad son tanto aceptables como factibles para la población destinataria.

Recomendación

Se sugiere ejecutar intervenciones conductuales a nivel de la comunidad para la prevención del VIH y las ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ejecutar tales intervenciones.

Recomendación condicional, baja calidad de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Es necesario hacer nuevos estudios acerca de la eficacia de las intervenciones de cambio conductual a nivel de la comunidad entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero.

8.3.3. Estrategias focalizadas por medio de la Internet

Antecedentes

Las personas buscan diariamente información de salud en sitios web y otros recursos en línea. Esto ha creado la oportunidad para llevar a cabo intervenciones de prevención de la infección por el VIH por medio de la internet que hacen más fácil para los hombres que tienen sexo con hombres o las personas transgénero con acceso a la red el obtener mensajes pertinentes de prevención de la infección por el VIH y hacerlo de forma anónima, en los momentos más convenientes y en privado. Estos tipos de intervenciones tienen el potencial para suministrar la información o las estrategias más apropiadas que satisfagan las necesidades únicas de la persona.

Datos probatorios

Dos ensayos controlados aleatorizados satisficieron los criterios de búsqueda (anexo 3)*. Uno de los estudios se condujo en el Perú y el otro en los Estados Unidos.^{101,102} En un estudio se evaluó la eficacia de un video motivacional focalizado en línea sobre las pruebas de detección de la infección por el VIH y otras ITS y orientación, mientras que el segundo estudio trataba de un módulo interactivo pro salud sexual dirigido a reducir el coito anal sin protección. Ambos trabajos se centraron en los hombres que tienen sexo con hombres, y ninguno de los dos tenía la adquisición de la infección por el VIH u otra ITS como resultado de interés. Ambos estudios fueron subcalificados para reflejar sus limitaciones, imprecisiones y carácter indirecto. Los datos probatorios disponibles son de muy baja calidad. La solidez de la recomendación fue condicional, dada la baja calidad de los datos y el efecto menor. Sin embargo, también se acordó que en los entornos donde las prácticas sexuales entre personas de un mismo sexo son ilegales y la internet es el único medio de comunicación, esta recomendación debería calificarse de categórica.

Resumen de los resultados

El examen sistemático de los datos probatorios arrojó información sobre dos resultados de interés. En un estudio se analizó el efecto de un video motivacional focalizado en línea sobre la tasa de realización de pruebas de detección del VIH y orientación. La población comprendía tanto a hombres identificados como homosexuales como a hombres que no tienen sexo con hombres. En el otro estudio se analizó si el ver un módulo interactivo pro salud sexual reducía el número de parejas con quienes se notificaba haber tenido relaciones anales sin protección. El primer estudio sobre la eficacia de un video motivacional no reveló ningún cambio significativo en las tasas de pruebas de detección de la infección por el VIH y otras ITS y orientación entre

* La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

hombres identificados como homosexuales que recibieron la intervención frente a aquellos que no lo hicieron (HR: 1,07; IC de 95%: 0,4-2,85). En el caso de los hombres identificados como no homosexuales, el video quizá haya sido eficaz para promover las pruebas de detección y la orientación, pero como ninguno de los participantes del grupo de referencia se sometió a prueba (11,3% sometido a prueba de detección en el grupo de intervención frente a 0% en el grupo de referencia), no fue posible calcular la HR. El estudio sobre los módulos interactivos pro salud sexual reveló que un mayor número de los hombres que tienen sexo con hombres que recibieron esta intervención informó de un número menor de parejas con quienes tuvieron relación anal sin protección en el seguimiento conducido a los tres meses en comparación con aquellos que no recibieron la intervención (RR: 1,04, IC de 95%: 0,91-1,19).

Beneficios y riesgos

Los beneficios pueden superar los daños, pero es necesario realizar ensayos controlados aleatorizados rigurosos y más amplios.

Aceptabilidad y factibilidad

Los estudios descritos no evaluaron directamente la aceptabilidad y la factibilidad de estas intervenciones. El estudio sobre el video focalizado evaluó las percepciones de los participantes sobre la intervención, que la mayoría calificó de "muy buena".

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Ninguna de las dos intervenciones incluidas en este análisis tenía resultados biológicos. Por lo tanto, no se tienen datos probatorios del efecto de ninguna de estas intervenciones sobre la incidencia o prevalencia de la infección por el VIH u otras ITS. Deberían emprenderse nuevos estudios para tratar de abordar estos aspectos. Solo un estudio se condujo en un país de bajo o mediano ingreso, y fue además el único estudio que incluyó a personas transgénero; sin embargo, no se informaron los resultados correspondientes a este colectivo. Deberían realizarse más estudios en países de bajos y medianos ingresos e incluir a personas transgénero. La función de las redes sociales virtuales en la prevención de la infección por el VIH y el acceso a la atención y el tratamiento deberían evaluarse detalladamente.

Puntos clave

- Las intervenciones de prevención de la infección por el VIH a través de la internet hacen más fácil para los hombres que tienen sexo con hombres y con acceso a la red el obtener mensajes pertinentes de prevención de la infección por el VIH y hacerlo de forma anónima, en los momentos más convenientes y en privado, sobre todo en aquellos entornos donde las prácticas sexuales entre personas de un mismo sexo son ilegales.
- No se observó ningún cambio significativo en las tasas de pruebas de detección y orientación sobre la infección por el VIH y otras ITS entre hombres de identificación homosexual que vieron el video motivacional focalizado en línea frente a los que no lo vieron.
- Un número mayor de hombres que tienen sexo con hombres que recibieron los módulos interactivos pro salud sexual informó haber tenido relaciones anales sin protección con un número menor de parejas en el seguimiento conducido a los tres meses en comparación con aquellos que no recibieron la intervención.
- Los beneficios pueden superar los daños, pero es necesario realizar ensayos controlados aleatorizados rigurosos y más amplios.

Recomendación

Se recomienda ofrecer información específica mediante el uso de la internet para reducir los comportamientos sexuales riesgosos y aumentar el uso de las pruebas de detección del VIH y los servicios de orientación entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tal información.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Los nuevos estudios deberían incluir resultados biológicos, realizarse en países de bajos y medianos ingresos e incorporar a personas transgénero.

8.3.4. Estrategias basadas en el mercadeo social

Antecedentes

Desde la fase inicial de la epidemia de infección por el VIH se han llevado a cabo campañas de mercadeo social para prevenir la infección entre poblaciones de alto riesgo.^{103,104} Sin embargo, no se ha efectuado hasta ahora ningún análisis sistemático para evaluar la eficacia de estas campañas entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. El mercadeo social ha demostrado poder cambiar o promover comportamientos de salud relacionados con una amplia gama de problemas sanitarios en poblaciones diferentes y entornos distintos.^{105,106,107} Para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, existe un sinnúmero de factores personales, socioculturales, comunitarios y estructurales que pudieran representar obstáculos para llevar una actividad sexual de menor riesgo o solicitar pruebas de detección de la infección por el VIH u otras ITS y orientación sobre la materia. En ese sentido, las intervenciones de mercadeo social se proponen eliminar esas barreras y aumentar los beneficios del comportamiento deseado para lograr un cambio de conducta.

Datos probatorios

La estrategia de búsqueda se centró en estudios de evaluación de campañas locales o regionales de mercadeo social e imagen institucional para concientizar y aumentar el número de pruebas de detección de la infección por el VIH y otras ITS y los servicios de orientación entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Se encontraron tres estudios de observación que satisfacían los criterios de búsqueda (anexo 3).^{*108,109,110} No se encontraron datos acerca de los efectos sobre la incidencia o prevalencia de la infección por el VIH y otras ITS.

Todos los estudios se degradaron por razones de diseño e imprecisión. Las intervenciones se centraron solo en los hombres que tienen sexo con hombres y no en personas transgénero. Los datos probatorios que indican que las tasas de las pruebas de detección y orientación aumentaron significativamente después de la campaña de mercadeo social multimedia son de muy baja calidad. Y ninguno de los estudios se realizó en un país de bajo o mediano ingreso.

Resumen de los resultados

Los tres estudios exploraron el efecto de campañas multimedia sobre el aumento del número de pruebas de detección y orientación relacionadas con la sífilis, la infección por el VIH o ambas infecciones. Dos estudios no lograron revelar un aumento de las pruebas de detección

* La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

y orientación después de la exposición a las campañas. Un estudio reveló un aumento considerable de las pruebas y la orientación después de la intervención en la población observada. En dicho estudio, el número de hombres que tienen sexo con hombres que se habían hecho la prueba del VIH en el sitio de estudio aumentó de 65 personas a 292 ($P < 0,001$) tras la ejecución de la campaña multimedia.¹¹⁰ La razón de probabilidades (OR) combinada de los dos estudios del efecto del mercadeo social sobre las pruebas de detección y la orientación fue OR: 1,58 (IC de 95%: 1,4-1,77). No hubo ningún beneficio en el caso de las pruebas de detección de ITS y orientación (OR: 0,94, IC de 95%: 0,68-1,28).^{108, 109}

Beneficios y riesgos

Los beneficios superan los riesgos.

Aceptabilidad y factibilidad

No se evaluó la aceptabilidad. En el pasado se han usado algunas estrategias de mercadeo social dirigidas a los hombres que tienen sexo con hombres, aunque la factibilidad se relaciona con el costo, que depende del medio utilizado. El mercadeo social dirigido a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero con toda seguridad entranaría un ambiente social en el cual no se criminalizan las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

El mercadeo social debe enmarcarse dentro de un paquete integral de intervenciones dirigidas a aumentar el uso de los servicios. Estas intervenciones han sido eficaces para llegar a la población en general y otros grupos destinatarios que no son hombres que tienen sexo con hombres. Las campañas deben tener en cuenta los niveles existentes de rechazo a los homosexuales para evitar aumentarlo. Las comunidades deberían participar en el diseño y la ejecución de las campañas de mercadeo social.

Ninguno de los estudios incluidos en este examen tenía resultados biológicos. No existen pruebas del efecto de ninguna de estas intervenciones sobre la incidencia o la prevalencia de la infección por el VIH u otras ITS. Deberían realizarse nuevos estudios para salvar esta brecha. De los tres estudios incluidos en este análisis, ninguno se condujo en un país de bajo o mediano ingreso y ninguno trató de las personas transgénero. Deberían realizarse nuevos estudios en países de bajos y medianos ingresos e incluir a las personas transgénero.

Puntos clave

- El mercadeo social ha demostrado poder cambiar o promover comportamientos de salud relacionados con una amplia gama de problemas sanitarios en poblaciones diferentes y entornos distintos. Sin embargo, no se ha efectuado hasta ahora ningún análisis sistemático para evaluar la eficacia de estas campañas entre los hombres que tienen sexo con hombres.
- Los tres estudios exploraron el efecto de campañas multimedia sobre el aumento del número de pruebas de detección y orientación relacionadas con la sífilis, la infección por el VIH o ambas infecciones. Un estudio reveló un aumento considerable de las pruebas y la orientación después de la intervención en la población observada.
- Si bien los beneficios superan los daños, se necesita más investigación.
- No se evaluó la aceptabilidad. Estas campañas se han aplicado anteriormente, por lo que su ejecución es potencialmente factibles, aunque la factibilidad se relaciona con el costo, que depende del medio utilizado.

Recomendación

Se sugiere usar estrategias de mercadeo social para aumentar el uso de las pruebas de infección por el VIH y otras ITS y los servicios de orientación entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no usar tales estrategias.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

Observaciones complementarias

No se tiene datos probatorios del efecto de esta intervención sobre la incidencia o prevalencia de la infección por el VIH u otras ITS. Deberían realizarse nuevos estudios en países de bajos y medianos ingresos para abordar estos aspectos.

8.3.5. Estrategias de extensión en los lugares de encuentros sexuales

Antecedentes

Un subgrupo importante de hombres que tienen sexo con hombres informan de comportamientos de alto riesgo en sitios de reunión para actividades sexuales, es decir, lugares fuera del hogar donde los hombres se reúnen con otros hombres para tener encuentros sexuales eventuales, generalmente anónimos.^{111,112,113} Los sitios de encuentros sexuales pueden llamarse casas de baños, baños, bañeras, saunas, clubes de sexo y gimnasios. Este tipo de lugares existe principalmente para brindar una oportunidad para que los hombres puedan tener relaciones sexuales con otros hombres en las instalaciones. El segundo tipo de punto de reunión comprende espacios públicos (por ejemplo, parques, playas, callejones, baños públicos) y ambientes comerciales (por ejemplo, librerías para adultos, trastiendas de bares, cines para adultos).¹¹⁴ Se supone que las intervenciones de prevención en los sitios de encuentros sexuales podrían contribuir a reducir considerablemente la propagación del VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres de alto riesgo.

Datos probatorios

La estrategia de búsqueda se centró en estudios que buscaban evaluar las intervenciones dirigidas a lugares de encuentros sexuales para hombres que tienen sexo con hombres a fin de distribuir o hacer llegar mensajes de salud pública específicamente dirigidos a este colectivo. Los datos probatorios se obtuvieron de un estudio de observación que satisfizo los criterios de búsqueda (anexos 3 y 7).^{*} La calidad de los datos es muy baja. No se encontraron datos relativos al efecto sobre la incidencia o la prevalencia de la infección por el VIH y otras ITS. Las intervenciones se concentraron solo en los hombres que tienen sexo con hombres y no en las personas transgénero, y el estudio se hizo en un país de altos ingresos.

Resumen de los resultados

En el estudio se examinó y evaluó el efecto de ofrecer pruebas de detección del VIH y orientación a hombres que tienen sexo con hombres en un sitio de encuentros sexuales sobre la tasa de coito anal sin protección notificado durante un período de seguimiento de tres meses. Los datos probatorios se degradaron por su carácter indirecto, y se consideraron de muy baja calidad. Se informó de una reducción de 40% (RR: 0,60; IC de 95%: 0,40-0,90) en el caso de aquellos que recibieron la intervención frente a aquellos que no la recibieron. El estudio usó el sexo anal sin protección notificado como resultado principal, y la intervención demostró servir como protección, no obstante las limitaciones metodológicas anteriormente señaladas.

^{*} La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

Beneficios y riesgos

Los beneficios superan los riesgos.

Aceptabilidad y factibilidad

La aceptabilidad y factibilidad no se evaluaron directamente. Sin embargo, la evaluación de valores y preferencias indica que se requiere de un entorno favorable para ejecutar las intervenciones conductuales en los sitios de encuentros sexuales.⁶⁶

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Los sitios de encuentros sexuales excluyen los espacios públicos como los parques y baños públicos. Las intervenciones en este contexto se limitan a la mera provisión de información. No hay pruebas del efecto de esta intervención sobre la incidencia o prevalencia de la infección por el VIH u otras ITS. Estos aspectos deberían abordarse en nuevos estudios. El único estudio encontrado se condujo en un país de altos ingresos, por lo que deberían realizarse estudios en países de bajos y medianos ingresos. Se requiere de nuevas investigaciones sobre el efecto que tendría el incluir otras intervenciones como la distribución y el uso de condones y las pruebas de detección y orientación sobre el VIH.

Puntos clave

- Un subgrupo importante de hombres que tienen sexo con hombres informan de comportamientos de alto riesgo en sitios de reunión para actividades sexuales, es decir, lugares fuera del hogar donde los hombres se reúnen con otros hombres para tener encuentros sexuales eventuales, generalmente anónimos. Las intervenciones de prevención en los sitios de encuentros sexuales podrían contribuir considerablemente a reducir la propagación del VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres de alto riesgo.
- Se informó de una reducción de 40% en el caso de aquellos que recibieron la intervención frente a aquellos que no la recibieron.
- Los beneficios superan los riesgos.
- No se evaluó la aceptabilidad. Sin embargo, se requiere de un entorno favorable para ejecutar intervenciones conductuales en sitios de encuentros sexuales.

Recomendación

Se sugiere aplicar estrategias de extensión en los sitios de encuentros sexuales para reducir al comportamiento sexual riesgoso y aumentar el uso de las pruebas de detección del VIH y de los servicios de orientación entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no aplicar tales estrategias.

Recomendación condicional, calidad muy baja de los datos probatorios

Observaciones complementarias

No hay pruebas del efecto de esta intervención sobre la incidencia o prevalencia de la infección por el VIH u otras ITS. Estos aspectos deberían abordarse en nuevos estudios en países de bajos y medianos ingresos. Se requiere de nuevas investigaciones sobre el efecto que tendría el incluir otras intervenciones como la distribución y el uso de condones y las pruebas de detección y orientación sobre el VIH.

8.4. Uso de sustancias y prevención de infecciones transmitidas por la sangre

8.4.1. Intervenciones de salud mental ante el uso de sustancias

Antecedentes

El consumo y la dependencia del alcohol y otras sustancias son un problema para muchos hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero, y están relacionados con una alta morbilidad y mortalidad.⁵² Si bien la relación entre el uso de drogas inyectables y el aumento del riesgo de infección por el VIH a través de materiales de inyección contaminados está bien documentada,¹¹⁵ el consumo perjudicial y la dependencia del alcohol y otras sustancias también están asociados a la disminución de la capacidad para tener presentes las prácticas preventivas y a un mayor riesgo debido a la desinhibición sexual (a menudo intencional, como ocurre con el uso de estimulantes como la cocaína y la metanfetamina).¹¹⁶ La venta de servicios sexuales para mantener el suministro de drogas también incrementa el riesgo de infección por el VIH.¹¹⁷

Marco de la recomendación

El Programa de acción para superar las brechas en salud mental de la OMS (2010) contiene una guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias¹¹⁸ en la cual se recomiendan intervenciones específicas para la prevención y el manejo del uso perjudicial y dependiente de sustancias, con base en datos probatorios sobre la eficacia y la factibilidad de ampliar estas intervenciones. Las acciones recomendadas son las siguientes:

- Tamizaje e intervenciones breves frente al uso perjudicial de sustancias, a cargo de profesionales capacitados en atención primaria de salud;
- Medidas para reducir los daños asociados con el uso de sustancias;
- Una combinación de intervenciones breves y más complejas para tratar la dependencia de sustancias, a saber:
 - farmacoterapia con asistencia psicosocial para la tratar la dependencia de opiáceos usando agonistas de opioides de acción prolongada como la metadona o la buprenorfina
 - recomendación de desintoxicación y ayuda para prevenir la recaída para todas las otras sustancias
 - referencia y apoyo de supervisión frente a la dependencia de sustancias por parte de especialistas, cuando sea necesario.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

La epidemiología de las drogas que los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero usan con mayor frecuencia, incluidas las denominadas “drogas de fiesta” como la metanfetamina, debería ser una prioridad de investigación. El énfasis debería recaer en la frecuencia, las modalidades de consumo (oral, inhalación, inyección), la expansión geográfica e intervenciones preventivas.

Puntos clave

- Muchos hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero tienen problemas relacionados con el consumo y la dependencia del alcohol y otras sustancias, que aumen-

tan su riesgo de infección por el VIH debido a la falta de inhibiciones. La venta de servicios sexuales para mantener el suministro de drogas también aumenta el riesgo de infección por el VIH.

Recomendación

Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que consumen cantidades nocivas de alcohol u otras sustancias deberían tener acceso a intervenciones psicosociales breves basadas en datos probatorios que incluyan la evaluación, la retroalimentación específica y consejos.

En consonancia con la directriz vigente de la OMS¹²¹

Observaciones complementarias

La epidemiología de las drogas que los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero usan con mayor frecuencia, incluidas las denominadas “drogas de fiesta” como los estimulantes tipo metanfetamina, debería ser una prioridad de investigación. El énfasis debería recaer en la frecuencia, las modalidades de consumo, la expansión geográfica e intervenciones preventivas.

8.4.2. Reducción del riesgo por el consumo de drogas inyectables

Antecedentes

Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que se inyectan drogas corren un riesgo mayor de contraer la infección por el VIH a través de materiales de inyección contaminados. Las recomendaciones que siguen hacen énfasis en la provisión de materiales de inyección estériles^{119,120,121,122} y terapias sustitutivas de opioides.¹²³

Marco de la recomendación

Se obtuvieron varios análisis integrales de datos probatorios sobre programas de distribución de agujas y jeringas y de terapias sustitutivas de opioides. Todos estos estudios han confirmado la eficacia de los programas de distribución de agujas y jeringas para reducir la propagación del VIH, así como de las terapias sustitutivas de opioides para reducir la frecuencia de las inyecciones. A esta conclusión se llegó con una confianza cada vez mayor en análisis más recientes, a medida que se han obtenido datos en mayor número y de mejor calidad.

Existen pruebas irrefutables de que el aumento de la disponibilidad y utilización de material de inyección estéril por parte de las personas que se inyectan drogas reduce sustancialmente la infección por el VIH. Hay también un volumen considerable de datos que prueban que la disponibilidad de material de inyección estéril en las farmacias proporciona beneficios específicos además de aquellos derivados de los programas de distribución de agujas y jeringas. La terapia sustitutiva de opioides con metadona o buprenorfina es sumamente eficaz para reducir aquellas prácticas de inyección que ponen a los consumidores de drogas inyectables en riesgo de contraer la infección por el VIH. Además, se ha demostrado que estas terapias mejoran tanto el acceso como el cumplimiento del TAR, además de que contribuyen a reducir la mortalidad. No se tienen pruebas convincentes de que el acceso a los programa de distribución de agujas y jeringas o las terapias sustitutivas de opioides aumentan la iniciación, duración o frecuencia del uso de drogas ilícitas o la inyección de drogas. Los beneficios superan los riesgos posibles.

Los programas de distribución de agujas y jeringas y las terapias sustitutivas de opioides son eficaces desde el punto de vista de su costo y podrían tener beneficios adicionales y valiosos, como por ejemplo, el aumento de la participación en tratamientos de rehabilitación de drogas y posiblemente también en la atención primaria de salud, así como en el trato de problemas de salud como las ITS, la tuberculosis y la hepatitis viral.¹²⁰

En el caso de intervenciones individuales, no se encontraron datos que probasen un efecto de protección suficientemente sólido para garantizar el control de la infección por el VIH, pero el efecto global de varias intervenciones de reducción de riesgos parecería, en líneas generales, lograr mantener el control de la infección. La disponibilidad de agujas y jeringas estériles debería entenderse como un sistema, por lo que debería recibir apoyo mediante una variedad de medidas complementarias si las comunidades desean controlar la infección por el VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables. En el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que se inyectan drogas, estas intervenciones deberían complementar los programas de salud sexual y otras intervenciones mencionadas en estas directrices.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Las modalidades de uso de drogas inyectables entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero deberían estudiarse mejor.

Punto clave

- Muchos hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero usan drogas inyectables. Esta práctica está asociada a un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH a través de materiales de inyección contaminados.

Recomendación

Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero que se inyectan drogas deberían tener acceso a los programas de distribución de agujas y jeringas y a terapias sustitutivas de opioides.

En consonancia con la orientación vigente de la OMS.¹²³

Observaciones complementarias

Las modalidades de uso de drogas inyectables entre los hombres que tienen relaciones homosexuales y las personas transgénero deberían estudiarse mejor.

8.4.3. Inyecciones seguras para las personas transgénero que usan procedimientos de perfeccionamiento del género

Antecedentes

Es limitada la bibliografía relativa a las prácticas seguras de inyección para las personas transgénero que usan procedimientos de perfeccionamiento del género. La mayoría de los estudios sobre esta materia se ha realizado en relación con personas transgénero de los Estados Unidos. La inyección de hormonas es la práctica de perfeccionamiento de género más común entre las personas transgénero.^{27,124,125} El tratamiento hormonal debe estar indicado y

ser supervisado por personal médico. Sin embargo, es común que las personas transgénero obtengan hormonas en establecimientos extramédicos y se inyecten ellas mismas.¹²⁶ Los datos probatorios indican que la provisión supervisada de hormonas proporciona incentivos para abordar otras necesidades de atención de la salud, incluida la prevención de la infección por el VIH.^{127,128,129} La inyección de silicona es una práctica menos frecuente, y es más prevalente en América del Sur (donde se ha documentado la inyección de silicona industrial) que en otras regiones.¹²⁶ La inyección de silicona industrial es un proceso irreversible y potencialmente perjudicial que debería desalentarse.¹³⁰

Marco de la recomendación

No existen pruebas concluyentes que relacionen la inyección de hormonas y silicona con la infección por el VIH, pero dada la frecuente autoadministración de estas sustancias, existe la posibilidad de que se compartan agujas y, en consecuencia, el potencial de transmisión del VIH.¹³¹

Conforme se indica en los “Principios orientadores para velar por la seguridad del dispositivo de inyección,”¹³² el uso de material de inyección estéril y la aplicación de prácticas de inyección segura reducen el riesgo de infección con agentes patógenos de transmisión hematológica como el VIH, la hepatitis B y la hepatitis C, por lo que deberían recomendarse. Los beneficios superan los riesgos.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Las modalidades de uso de inyecciones para el perfeccionamiento de género entre personas transgénero en todo el mundo deberían estudiarse mejor.

Punto clave

- La inyección de hormonas es la práctica de perfeccionamiento de género más común entre las personas transgénero; esta práctica se ha descrito en varias partes del mundo.

Recomendación

Las personas transgénero que se inyectan sustancias para perfeccionar las características de género deberían usar material de inyección estéril y adoptar comportamientos seguros de autoinyección a fin de reducir el riesgo de infección con agentes patógenos de transmisión hematológica, como el VIH y las hepatitis B y C.

En consonancia con la orientación vigente de la OMS¹³³

Observaciones complementarias

Las modalidades de uso de inyecciones para el perfeccionamiento de género entre personas transgénero en todo el mundo deberían estudiarse mejor.

8.5. Atención y tratamiento de la infección por el VIH

8.5.1. Tratamiento antirretrovírico para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectadas por el VIH

Antecedentes

El tratamiento antirretrovírico (TAR) es el componente farmacológico central del manejo amplio e integral de la infección por el VIH. El TAR ha reducido significativamente la morbilidad y mortalidad por el VIH en los últimos decenios. En vista de que el TAR representa una intervención biológicamente focalizada, en la cual las identidades sexuales no tienen ninguna o una mínima incidencia en los efectos esperados, no existe razón alguna, biológica o de otra índole, para diferenciar las recomendaciones de TAR para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero de aquellas formuladas para otros grupos (excluidas las mujeres embarazadas y los recién nacidos infectados por el VIH).

También es fundamental destacar el carácter de continuidad entre la prevención y el tratamiento en respuesta a la epidemia de infección por el VIH.¹⁴ Recientemente se han publicado datos que indican que el TAR tiene un beneficio preventivo.^{97,134} Sin embargo, estos datos deben confirmarse aún en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Marco de la recomendación

Las recomendaciones sobre cuándo iniciar el TAR, los regímenes óptimos de TAR, el manejo de las coinfecciones (con tuberculosis y hepatitis viral crónica) y el manejo del fracaso del TAR en los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero deberían concordar con las recomendaciones actualizadas que la OMS diera a conocer recientemente.¹³⁵

Las recomendaciones de consenso formuladas en las directrices de la OMS sobre el TAR alientan el diagnóstico de la infección por el VIH y la iniciación del tratamiento antirretrovírico en una etapa más temprana, y promueven el uso de regímenes menos tóxicos y un seguimiento más estratégico a nivel de laboratorio. En las directrices se señalan las pautas de tratamiento de primera línea, segunda línea y posteriores más potentes, eficaces y factibles aplicables a la mayoría de las poblaciones, así como el momento óptimo para la iniciación del TAR; también contienen mejores criterios para la conmutación del TAR e introduce el concepto de regímenes antirretrovíricos de tercera línea.

Los aspectos centrales de las recomendaciones son los siguientes:

- 1) El TAR debería comenzarse cuando el número de linfocitos CD4 \leq 350 células/mm³, independientemente de la presencia o ausencia de síntomas clínicos, y para aquellos que se encuentran en el estadio clínico 3 o 4 de la OMS si no es posible realizar la prueba de linfocitos CD4;
- 2) La iniciación del TAR debe fomentarse para todos aquellos que tienen una coinfección de VIH/TB y VIH/HBV;
- 3) El tratamiento de primera línea debería constar de un inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos (NNRTI) + dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (NRTI), uno de los cuales debe ser la zidovudina (AZT) o el tenofovir (TDF);

- 4) El TAR de segunda línea debe constar de un inhibidor de la proteasa (IP) impulsado por el ritonavir más dos NRTI, uno de los cuales deben ser la AZT o el TDF, según el que se haya utilizado en el tratamiento de primera línea;
- 5) Todos los pacientes deberían tener acceso a las pruebas de recuento de linfocitos CD4 para optimizar la atención previa al TAR y el manejo del tratamiento.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Es fundamental que los directores de los programas nacionales de tratamiento antirretrovírico y los líderes de la salud pública consideren estas recomendaciones en el contexto de las epidemias de infección por el VIH de sus países, los puntos fuertes y las deficiencias de los sistemas de salud y la disponibilidad de recursos financieros, humanos y otros recursos esenciales. Al adaptar estas directrices, debe tenerse el cuidado de no socavar los programas de tratamiento vigentes, proteger el acceso de poblaciones clave en riesgo de infección por el VIH, lograr la mayor repercusión para el mayor número de personas y velar por la sostenibilidad. Es igualmente importante el asegurarse de que la adaptación de estas directrices no sofoque las investigaciones en curso o planificadas, ya que las nuevas recomendaciones reflejan el estado actual del conocimiento, y se necesitará nueva información para asegurar la sostenibilidad y las modificaciones futuras de las directrices existentes. En el estudio HPTN 052⁸⁷ se estableció la eficacia del TAR para la prevención de la infección por el VIH en una cohorte de parejas serodiscordantes predominantemente heterosexuales. También es necesario estudiar la eficacia del TAR para la prevención de la infección por el VIH entre las parejas serodiscordantes de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Punto clave

- En vista de que el TAR representa una intervención biomédica en la cual las identidades sexuales no tienen ninguna o una mínima incidencia sobre los efectos esperados, no existe razón alguna para diferenciar las recomendaciones de TAR para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero de aquellas formuladas para otras poblaciones de adultos y adolescentes.

Recomendación

Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados por el VIH deberían tener el mismo acceso al tratamiento antirretrovírico (TAR) que otras poblaciones. El TAR debería iniciarse cuando el número de linfocitos CD4 sea ≤ 350 células/mm³ (y para aquellos que se encuentran en estadio clínico 3 o 4 de la OMS si no está disponible la prueba de linfocitos CD4). El acceso también debería incluir el tratamiento de las infecciones oportunistas, las comorbilidades y las fallas de tratamiento.

En consonancia con la directriz vigente de la OMS¹³⁵

8.5.2. Otras intervenciones de prevención y atención para hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero infectados por el VIH

Antecedentes

La atención integral a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados por el VIH debería empezar antes de iniciar el TAR. Las personas infectadas por el VIH que viven en entornos de recursos limitados deberían tener acceso a intervenciones esenciales para prevenir tanto la enfermedad como la transmisión del VIH. En virtud del acceso universal convenido por el Grupo de los Ocho (G8), ya están en marcha las medidas dirigidas a aumentar todas las intervenciones de prevención, promover las pruebas de detección y orientación sobre el VIH e integrar estos servicios a la atención y el tratamiento de las personas infectadas por el virus. La ampliación de las pruebas de detección y orientación aumentará enormemente el número de personas infectadas por el VIH que tomen conciencia de su estado con respecto a la infección por el VIH y puedan beneficiarse de los servicios de prevención, atención y tratamiento integrales relacionados con el virus.

Todas las personas infectadas por el VIH para quienes se indique clínicamente el TAR deberían tener acceso al mismo. Las personas infectadas por el VIH, independientemente de que se les haya indicado el TAR, también deberían beneficiarse de los servicios básicos de prevención y atención de la infección, incluidas aquellas intervenciones eficaces que son sencillas, relativamente baratas, que mejoran la calidad de vida, previenen una nueva transmisión del virus o las infecciones oportunistas comunes, demoran la progresión de la enfermedad y previenen la mortalidad.

Marco de la recomendación

Esta recomendación se centra en la prevención de la transmisión subsiguiente de la enfermedad y los episodios de infecciones oportunistas comunes, más que en el tratamiento continuo de esas infecciones. La prevención de la transmisión de la infección por el VIH debería integrarse a los servicios de atención y tratamiento que se adapten a las necesidades de cada país. Esta recomendación apunta fundamentalmente al uso por parte de los directores de los programas nacionales y subnacionales contra la infección por el VIH/sida, las ONG que prestan servicios de atención de la infección y las instancias normativas interesadas en ampliar a mayor escala los servicios de prevención, atención y tratamiento. Esta guía también debería resultar de utilidad para los clínicos y otros proveedores de servicios de prevención y atención para las personas infectadas por el VIH.¹³⁶

A partir de un análisis de los datos probatorios, se definen las siguientes áreas de intervención consideradas de bajo costo y de especial importancia para las personas infectadas por el VIH:

1. Orientación y apoyo psicosocial
2. Revelación, notificación a la pareja y pruebas y orientación
3. Profilaxis de cotrimoxazol para las infecciones oportunistas
4. Profilaxis de la tuberculosis
5. Prevención de infecciones fúngicas
6. Prevención de infecciones genitales de transmisión sexual y de otro tipo
7. Prevención de la malaria
8. Vacunación contra determinadas enfermedades prevenibles mediante vacunación (vacunas contra hepatitis B, infección neumocócica, gripe y fiebre amarilla)

9. Nutrición
10. Planificación de la familia
11. Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH
12. Programa de agujas y jeringas y terapia sustitutiva de opioides
13. Agua, saneamiento e higiene.

Tras la iniciación del TAR, la utilidad de muchas de estas intervenciones no disminuirá, por lo que deberían mantenerse a lo largo de todo el tratamiento.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

El objetivo de estas recomendaciones es proporcionar recomendaciones técnicas de alcance mundial basadas en datos probatorios para las intervenciones de prevención y atención, más allá del TAR, que las personas infectadas por el VIH en entornos de recursos limitados deberían esperar recibir como parte de sus servicios de atención de salud. Las recomendaciones también procuran promover la ampliación de las intervenciones iniciadas por el proveedor de servicios para la prevención de la infección por el VIH, así como la atención y el tratamiento distintos del tratamiento antirretrovírico para adultos y adolescentes infectados por el VIH.

Punto clave

- La atención integral a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados por el VIH debería empezar antes de iniciar el TAR. Las personas infectadas por el VIH que viven en entornos de recursos limitados deberían tener acceso a intervenciones esenciales para prevenir tanto la enfermedad como la transmisión del VIH.

Recomendación

Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados con el VIH deberían tener acceso a intervenciones esenciales para prevenir enfermedades y la transmisión del VIH, como por ejemplo, atención y apoyo, pruebas de detección y orientación y tratamiento antirretrovírico, entre otras.

En consonancia con la orientación vigente de la OMS¹³⁶

Observaciones complementarias

El objetivo de estas recomendaciones es proporcionar recomendaciones técnicas de alcance mundial basadas en datos probatorios para las intervenciones de prevención y atención, más allá del TAR, que las personas infectadas por el VIH en entornos de recursos limitados deberían esperar recibir como parte de sus servicios de atención de salud.

8.6. Prevención y atención de otras infecciones de transmisión sexual

8.6.1. Manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual

Antecedentes

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública. La incidencia de las ITS agudas entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero es elevada en muchos países.^{137,138} La falta de diagnóstico y tratamiento tempranos de las ITS puede dar lugar a graves complicaciones y secuelas, como infertilidad, cáncer genitoanal y muerte prematura. El gasto a nivel individual y nacional en la atención de las ITS puede ser sustancial.^{137,139,140}

Los síntomas y signos más comunes entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, además de las manifestaciones genitourinarias, son las infecciones rectales. Las evaluaciones clínicas también deberían centrarse en signos anorrectales y síntomas de infección por clamidias y gonorrea, ya que ambas son sumamente prevalentes, como lo revelan las pruebas de amplificación del ácido nucleico (NAAT).^{133,138,141} La OMS está actualizando las directrices de manejo sintomático de las ITS, que incluirán un algoritmo de tratamiento para las infecciones anorrectales.¹⁴²

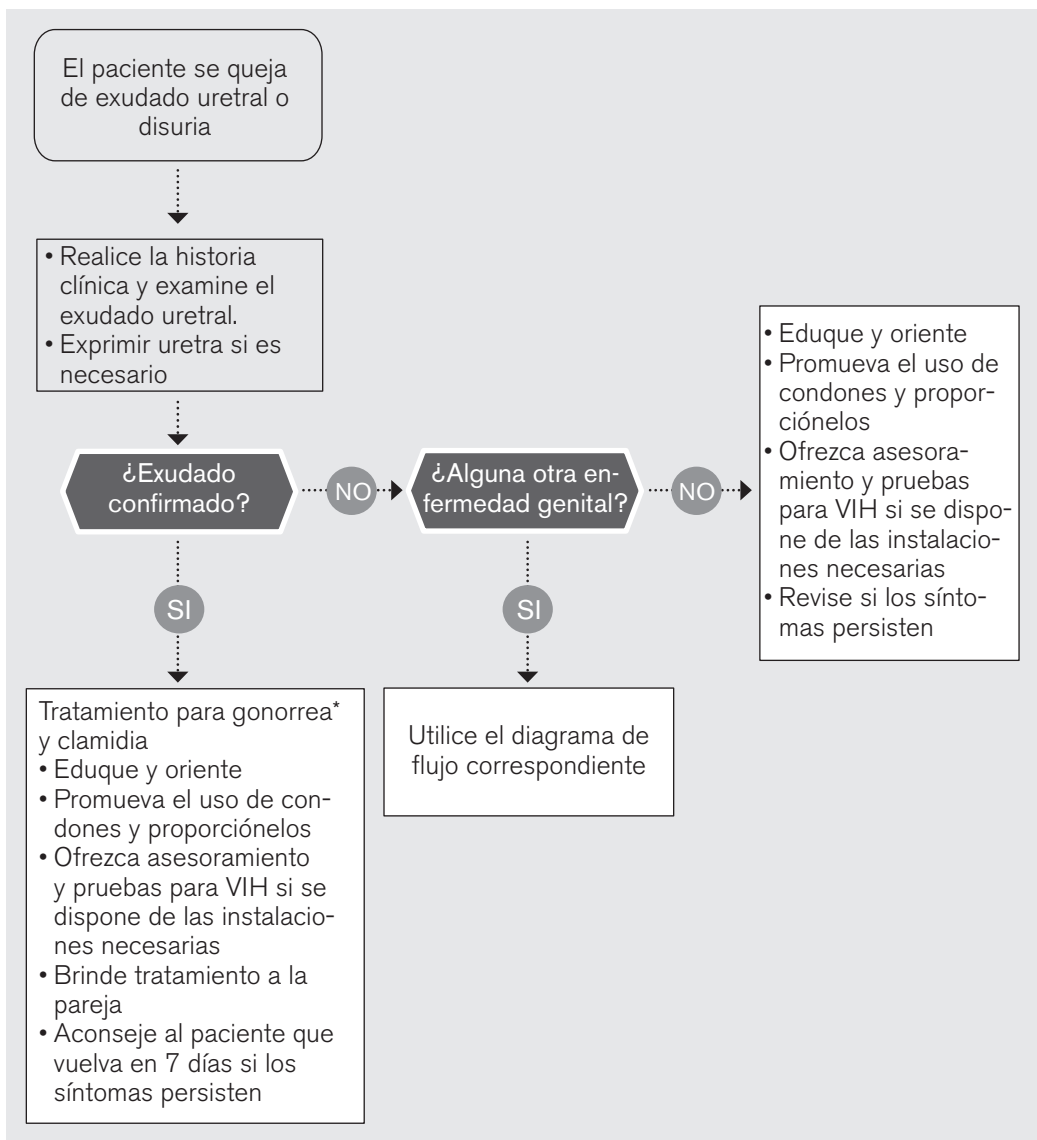
Marco de la recomendación

El manejo sintomático de las ITS se basa en la identificación de grupos de síntomas uniformes y signos fácilmente reconocidos (síndromes) y la provisión de tratamiento, de ser factible una dosis, que atacará a la mayoría o los más serios microorganismos responsables de producir el síndrome relacionado con una ITS.¹⁴² En el caso de los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, el manejo sintomático no debe limitarse a los síntomas y signos más comunes, como el exudado uretral y las úlceras genitales, ya que también pueden presentarse infecciones rectales. Por lo tanto, la evaluación clínica debería incluir además los síndromes anorrectales, las úlceras anales y el exudado anal. En los párrafos subsiguientes se abordan los síndromes clave de las ITS que son particularmente pertinentes en los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Exudado uretral (Figura 3)

Los pacientes que tienen sexo con hombres y transexuales que se quejan de exudado uretral o disuria deberían someterse a examen para constatar la presencia de exudado. Si no se observa nada, debe masajearse suavemente la uretra, desde la parte ventral del pene hacia el meato, para obtener una muestra apropiada para análisis. Los principales agentes patógenos que causan exudado uretral son *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) y *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*). El manejo sintomático debe incluir el tratamiento de ambas infecciones. Si es posible hacer pruebas de laboratorio, puede hacerse una distinción entre los dos organismos y administrarse el tratamiento específico.

Figura 3. Algoritmo para el manejo de exudado uretral



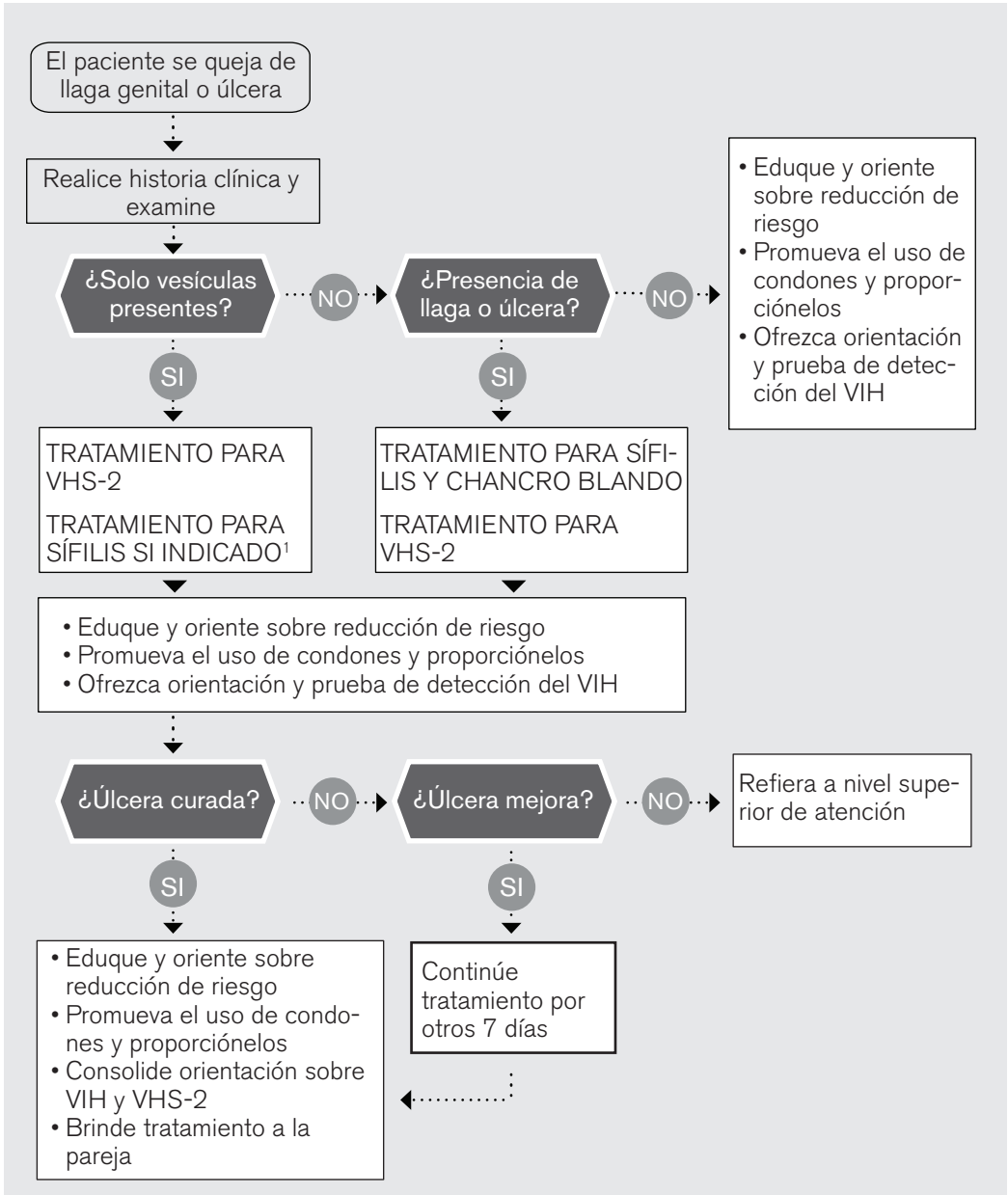
* Para la gonorrea, de disponer de servicios de microscopía, hacer frotis de la tinción de gram del exudado uretral. Si no se observan diplococos gram negativos intracelulares, puede considerarse tratar solo la infección clamidial.

Úlceras genitales (Figura 4)

No es clínicamente factible hacer un diagnóstico diferencial de las úlceras genitales, sobre todo en entornos y poblaciones donde es común observar varias etiologías.¹⁴³ Las manifestaciones clínicas y los patrones de las úlceras genitales pueden alterarse aun más en presencia de la infección por el VIH.¹⁴³

Luego de un examen clínico para confirmar la presencia de úlceras genitales, debe administrarse el tratamiento apropiado. En las áreas donde el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), la sífilis y el chancro blando son prevalentes, los pacientes con úlceras genitales deberían ser tratados por condiciones bacterianas para asegurar una curación rápida (las úlceras de VHS-2 pasarán a remisión espontánea). En las áreas donde el granuloma inguinal o el linfogranuloma venéreo es prevalente, debe incluirse el tratamiento para cualquiera de las dos infecciones, o ambas, por la misma razón. Las pruebas de laboratorio son rara vez útiles en la visita inicial, ya que es común observar infecciones mezcladas.¹⁴³ En las áreas con una alta prevalencia de sífilis, una prueba serológica positiva puede ser el reflejo de una infección anterior y proporcionar una imagen engañosa de la condición del paciente. Una prueba negativa no necesariamente descarta una úlcera de sífilis primaria en su fase temprana. Las pruebas no treponémicas, por ejemplo, la reagina plasmática rápida (RPR), pueden resultar negativas, por lo que no deberían interpretarse como prueba de ausencia de la infección de sífilis.

Figura 4. Algoritmo para el manejo de exudado uretral

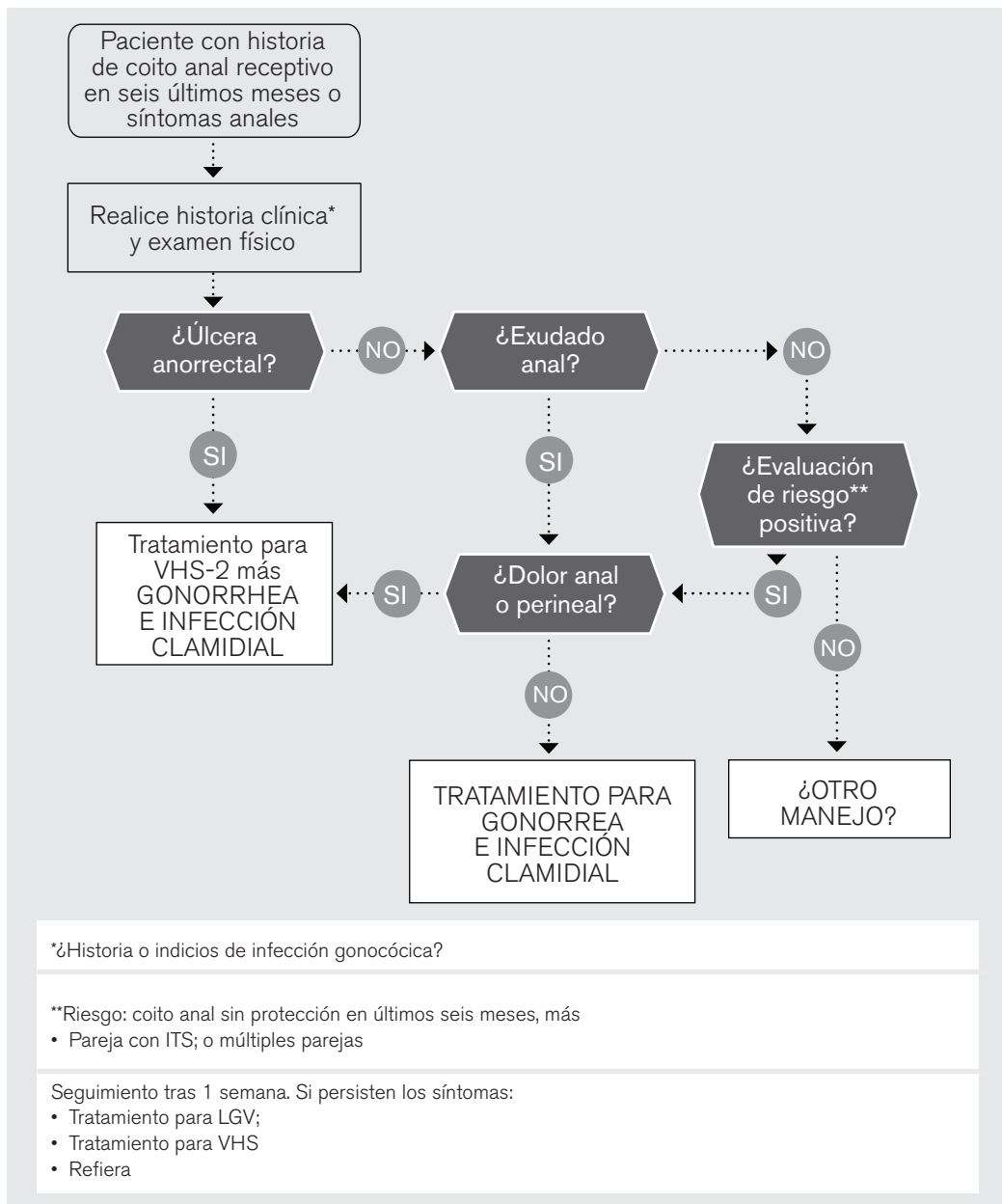


1. Indicaciones para tratamiento por sífilis: RPR positiva, o paciente no ha sido tratado por sífilis recientemente.

Síndromes anorrectales (Figura 5)

El algoritmo para el examen anorrectal, que se incluirá en la próxima revisión de las directrices de la OMS sobre las ITS, se presentó en la reunión de consenso sobre las directrices para los hombres que tienen sexo con hombres. Hasta la fecha no se ha hecho ninguna evaluación de su especificidad o sensibilidad. Sin embargo, hubo consenso entre los expertos de que este diagrama de flujo es, a falta de datos probatorios publicados, el mejor enfoque clínico sobre el síndrome. Este algoritmo recomienda que las personas que hayan tenido coito anal receptivo en los seis últimos meses o que notifiquen síntomas anales, además del interrogatorio clínico y examen general, se sometan a un examen anorrectal para observar dos síndromes: úlceras anales y exudado anal. Si se encuentran úlceras anales, debe ofrecerse a los pacientes tratamiento para la infección por el VHS-2, así como para la infección por clamidias y gonorrea. En caso de exudado anal acompañado de dolor, debe ofrecerse tratamiento para el VHS-2. Si no hay dolor, debería considerarse la infección por clamidias y la gonorrea como causas potenciales y ofrecerse el tratamiento apropiado.

Figura 5. Algoritmo de manejo de infecciones anorrectales¹⁴²



Debido a su baja sensibilidad, no se recomienda la microscopia para el manejo de las infecciones anorrectales.

El tratamiento positivo de las ITS obliga a los trabajadores de salud a ser respetuosos de los pacientes y evitar los prejuicios. Los exámenes clínicos deben realizarse en ambientes apropiados donde puedan garantizarse la privacidad y la confidencialidad. En algunas situaciones, los trabajadores de salud necesitan estar capacitados para superar sus propias sensibilidades y poder abordar los problemas relacionados con la sexualidad y las ITS de una manera abierta y constructiva. Para mayores detalles, pueden consultarse las "Directrices de la OMS para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual"¹⁴² y su próxima revisión.

En el estudio sobre valores y preferencias de la comunidad,⁶⁶ las personas expresaron que querían contar con servicios integrales, incluidos procedimientos de tamizaje de ITS, como parte de un paquete integral.

El manejo sintromico se diseñó específicamente para los entornos de recursos limitados y su aplicación ha resultado factible y aceptable en la mayoría de los países.^{144,145} El tamizaje de ITS entre los hombres que tienen sexo con hombres (preferentemente no invasivo) es también factible y aceptable, y puede llegar a un grupo que a menudo ha tenido un limitado acceso a pruebas de detección regulares y orientación sobre las ITS en los servicios de salud formales.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Deberían formularse intervenciones comunitarias para velar por la sostenibilidad de los beneficios de las intervenciones relacionadas con el manejo de ITS y así reducir al mínimo el riesgo de la reinfección. Es necesario trabajar con mayor énfasis en la promoción de la causa para lograr introducir el manejo sintromico de las ITS para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Punto clave

- Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública. La incidencia de las ITS agudas entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero es elevada en muchos países.

Recomendación

Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero con ITS sintomáticas deberían buscar (y se les debería ofrecer) manejo sintromico y tratamiento.

En consonancia con la directriz vigente de la OMS¹⁴²

Observaciones complementarias

Deberían formularse intervenciones comunitarias para velar por la sostenibilidad de los beneficios de las intervenciones relacionadas con el manejo de ITS y así reducir al mínimo el riesgo de la reinfección. Es necesario trabajar con mayor énfasis en la promoción de la causa para lograr introducir el manejo sintromico de las ITS para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

8.6.2. Pruebas periódicas de detección de formas asintomáticas de infección de uretra y recto por *N. gonorrhoeae* usando (1) pruebas de amplificación del ácido nucleico y (2) cultivos; y pruebas periódicas de detección de formas asintomáticas de infección de uretra y recto por *C. trachomatis* usando pruebas de amplificación del ácido nucleico

Antecedentes

Las ITS tratables y curables, como aquellas producidas por *N. gonorrhoeae* y *C. Trachomatis*, siguen siendo un problema de salud pública de gran importancia entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. La evolución natural de la uretritis asintomática o la infección rectal sigue siendo poco clara. Algunas personas contraerán la enfermedad clínica y otras despejarán la infección de forma espontánea. Las infecciones por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* no diagnosticadas pueden convertirse en un riesgo potencial de adquisición o transmisión de la infección por el VIH porque una infección asintomática también puede transmitirse. La infección crónica está asociada con la infertilidad tanto en hombres como en mujeres. De no diagnosticarse y tratarse estas infecciones, puede haber lugar a graves complicaciones y secuelas, y puede aumentar el riesgo de infección por el VIH.

El cultivo es la prueba más ampliamente conocida para el diagnóstico de *N. gonorrhoeae*. Sin embargo, su sensibilidad es variable, ya que oscila entre 72% y 95% en la orina masculina. El cultivo de *C. trachomatis* solo está disponible en laboratorios altamente tecnológicos. La prueba de amplificación del ácido nucleico (NAAT por su sigla en inglés), junto a la reacción en cadena de la polimerasa, la reacción en cadena de la ligasa, el análisis de desplazamiento de cadenas de ADN y la amplificación mediada por transcripción, son las pruebas más sensibles para el diagnóstico de la infección por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*. En los últimos años, el uso de la NAAT se ha ejecutado ampliamente en el mundo desarrollado como metodología preferida de detección de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* en el área genital debido a su alta especificidad y sensibilidad. La ventaja de esta prueba es que se realiza sobre el ARN o el ADN presente en la muestra, y funciona satisfactoriamente aunque la carga de microorganismos sea baja. La desventaja es la necesidad de dotar los laboratorios con equipos apropiados y costosos.

Si bien existen muchos casos sintomáticos de infección uretral y rectal causados por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero, pueden presentarse casos de infección sin síntomas, sobre todo en el caso de la *C. trachomatis*. Un estudio sobre la prevalencia de ITS entre hombres que tienen sexo con hombres infectados por el VIH, en el cual se evaluaron infecciones asintomáticas de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* en la faringe, el recto y la orina e incluyó serología de sífilis, reveló una prevalencia de 14% de cualquiera de estas ITS asintomáticas.¹⁴⁷ La importancia de estos casos no está clara, aunque es probable que pudieran evolucionar para convertirse en sintomáticas o favorecer la transmisión del VIH.

Datos probatorios

Se obtuvieron datos probatorios de cinco estudios de observación ejecutados en países de bajos y medianos ingresos, de los cuales tres se concentraron en hombres que tienen sexo con hombres.^{148,149,150,151,152} Dos estudios abordaron la sensibilidad y especificidad de la NAAT para detectar *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, uno examinó la sensibilidad y especificidad del cultivo de *N. gonorrhoeae* y dos analizaron datos sobre la prevalencia de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* a nivel de uretra y recto. La estrategia de búsqueda (anexo 3)* se centró en estu-

* La totalidad de los anexos está disponible en el sitio web de la OMS (<http://www.who.int/hiv>).

dios de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* uretral y rectal como resultado de medición usando la NAAT para identificar tanto la *N. gonorrhoeae* como la *C. trachomatis*, y el cultivo para *N. gonorrhoeae*.^{146, 147}

La solidez de estas recomendaciones es condicional, dado los datos probatorios disponibles, los problemas de factibilidad y los valores y preferencias por la intervención. La recomendación de no realizar pruebas periódicas de cultivo para *N. gonorrhoeae* es condicional, basada en el dictamen pericial y la falta de investigación específica. La mayoría de los países tiene capacidad microbiológica para realizar los cultivos. Por consiguiente, cuando la prueba de amplificación del ácido nucleico no es una opción disponible, ofrecer la prueba de cultivos es más beneficioso que no tener prueba alguna.

Resumen de los resultados

Los datos probatorios encontrados en el análisis sistemático de las metodologías de NAAT (dos estudios) provinieron de estudios de observación, por lo que debieron degradarse en razón de su carácter indirecto; no se midieron los resultados clínicos o de salud pública, y solo se midieron el desempeño de la prueba y la imprecisión. Asimismo, los datos identificados en el examen sistemático de la metodología de cultivo de *N. gonorrhoeae* (un estudio de observación) se degradó para reflejar el carácter indirecto y la imprecisión.

Beneficios y riesgos

Con respecto a la prueba de amplificación del ácido nucleico, los datos probatorios de la eficacia de la prueba para el tamizaje de las formas asintomáticas tanto de *N. gonorrhoeae* como de *C. trachomatis* en uretra y recto son suficientes para proponer una recomendación condicional de que se aplique como metodología de pruebas periódicas como opción preferible a no ofrecer tal prueba a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Los beneficios aumentan a medida que aumenta la prevalencia. Los beneficios podrían superar los perjuicios y el costo si la prevalencia de las infecciones asintomáticas de uretra y recto es mayor al 1%-2%. La NAAT para la infección de uretra es una prueba basada en la orina (no una prueba de hisopos uretrales), mientras que la prueba para la infección del recto se realiza con hisopos rectales. Los beneficios incluyen, entre otros, el diagnóstico y tratamiento temprano de los pacientes y sus parejas, con un valor agregado para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectados con el VIH.

Con respecto al uso del cultivo de *N. gonorrhoeae* para el tamizaje de la infección uretral asintomática por *N. gonorrhoeae*, no se recomienda como metodología de tamizaje para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. No obstante, los beneficios aumentan a medida que aumenta la prevalencia. Las limitaciones principales incluyen sensibilidad baja (más de 68% de aquellos que tengan infección asintomática no será detectado), carácter indirecto de los datos probatorios y requisitos logísticos. Sin embargo, cuando la prueba de amplificación del ácido nucleico para *N. gonorrhoeae* no sea una opción, ofrecer la prueba de cultivo es más beneficioso que no realizar prueba alguna.

Aceptabilidad y factibilidad

La recomendación de realizar pruebas periódicas de amplificación del ácido nucleico para las formas asintomáticas de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* es condicional. La implantación de esta recomendación incluye la incorporación de tecnologías más avanzadas en los laboratorios y agregar el costo como partida regular del presupuesto. El costo de la NAAT limita su disponibilidad.

Puntos adicionales de debate y prioridades de investigación

No se tienen datos sobre las ITS en las personas transgénero que se hayan sometido a intervenciones de construcción vaginal. Se necesita continuar las investigaciones para examinar los resultados clínicos y de salud pública. Dado que en la región anal pueden encontrarse varias especies gonocócicas comensales, debería considerarse la formulación de un algoritmo para la confirmación mediante la prueba de amplificación del ácido nucleico.

Puntos clave

- Las formas asintomáticas de infección de uretra y recto por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* son bastante comunes entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero y pueden aumentar el riesgo de infección por el VIH. En los países desarrollados se está recurriendo con frecuencia creciente a la aplicación periódica de la prueba de amplificación del ácido nucleico para detectar las formas asintomáticas de infección uretral o rectal por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* como medida para identificar y tratar tales formas de infección. Dadas las barreras tecnológicas, también se ha sugerido el cultivo como alternativa.
- Con respecto a la prueba de amplificación del ácido nucleico para la detección de *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis*, dos estudios de observación arrojaron datos favorables sobre la exactitud de la prueba.
- Los beneficios superan los riesgos potenciales.
- Aceptable con limitaciones. La ejecución de la NAAT para identificar la *N. gonorrhoeae* y la *C. trachomatis* requiere de capacitación y de una tecnología costosa. La capacidad para el cultivo de *N. gonorrhoeae* está ampliamente disponible, por lo que cuando no se cuente con la prueba de amplificación del ácido nucleico como opción, ofrecer la prueba de cultivo es más beneficioso que no hacer prueba alguna.

Recomendaciones

Se sugiere ofrecer pruebas periódicas de detección de infecciones asintomáticas de uretra y recto por *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* usando la prueba de amplificación del ácido nucleico (NAAT) para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tales pruebas.

Recomendación condicional, baja calidad de los datos probatorios

Se sugiere no ofrecer pruebas periódicas de detección de infecciones asintomáticas de uretra y recto por *N. gonorrhoeae* mediante el uso de cultivos como opción preferible a ofrecer tales exámenes a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero.

Recomendación condicional, baja calidad de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Se necesita continuar las investigaciones para examinar los resultados clínicos y de salud pública en el caso de las personas transgénero que se hayan sometido a intervenciones de construcción vaginal.

8.6.3. Pruebas periódicas para detectar la infección asintomática de sífilis

Antecedentes

En todo el mundo, la sífilis es una infección altamente prevalente entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Las tasas de sífilis han aumentado entre los hombres que tienen sexo con hombres en varias partes del mundo, en particular entre aquellos infectados por el VIH.¹⁵³ En la evolución natural de la infección de sífilis, 25% de los que permanecen sin tratar tendrán graves complicaciones, mientras que otros despejarán espontáneamente la infección o serán tratados inadvertidamente. Las complicaciones pueden ser graves, y hasta potencialmente mortales. Por otro lado, las lesiones sifilíticas abiertas pueden aumentar el riesgo de adquisición y transmisión del VIH.

Cuando se realiza la prueba de reagina plasmática rápida (RPR), un resultado positivo puede relacionarse con una sífilis latente, una infección pasada y sífilis primaria y secundaria. Esto debe considerarse para el tratamiento posterior. De haberlas, pueden usarse pruebas treponémicas (por ejemplo, la prueba de hemaglutinación de *Treponema pallidum*) para confirmar los resultados de la prueba de RPR. Una prueba cuantitativa (RPR) puede ayudar a diferenciar entre una sífilis latente y una infección pasada (títulos altos, $\geq 1:8$) así como a evaluar la respuesta al tratamiento.¹⁴²

Datos probatorios

Un examen anterior de los medios de diagnóstico de sífilis aporta datos probatorios sobre la sensibilidad y especificidad de las pruebas no treponémicas, como la prueba de RPR. Aunque el examen y los estudios de referencia no especifican si tales datos probatorios se obtuvieron a partir de hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero, la sensibilidad y especificidad de una prueba no son dependientes de la población. Además de los datos sobre la sensibilidad y especificidad, se necesitan cifras sobre la prevalencia de la sífilis para calcular situaciones hipotéticas de tasas de cierto-positivo, cierto-negativo, falso-positivo y falso-negativo. Los datos probatorios en general fueron calificados de calidad moderada, y se disminuyó la calificación debido al carácter indirecto de los resultados (los datos de los resultados usados se referían a datos sobre la exactitud de la prueba y no a los resultados clínicos).

Resumen de los resultados

La seropositividad de sífilis entre los hombres que tienen sexo con hombres asintomáticos fue de 9,3% en Boston¹⁵⁵ y 11% en el Perú.¹⁵⁶ Larsen et al. informan que la prueba de RPR para la sífilis es 86% sensible para la infección primaria y 98% sensible y 98% específica para la infección secundaria y latente.

Beneficios y riesgos

Los beneficios superan claramente los riesgos. Un diagnóstico temprano aseguraría un tratamiento oportuno y beneficiaría a las personas y sus parejas. Para los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero infectadas por el VIH, un diagnóstico temprano proporciona valor agregado.

Aceptabilidad y factibilidad

En el estudio sobre valores y preferencias de la comunidad, las personas expresaron que querían contar con servicios integrales, incluidos procedimientos de tamizaje de ITS, como parte de un paquete integral.⁶⁶ El tamizaje de sífilis se acepta ampliamente. Son pocos los problemas con respecto a la factibilidad, ya que la prueba ha venido aplicándose por decenios.

Puntos adicionales de debate y direcciones de investigación

Los resultados positivos también pueden resultar de afecciones autoinmunitarias que no están relacionadas con la sífilis. Debería seguirse el algoritmo de prueba recomendado por la OMS para diagnosticar la sífilis activa.

Puntos clave

- En todo el mundo, la sífilis es una infección altamente prevalente entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Las tasas de sífilis en estos grupos han venido aumentando en los últimos años, en particular entre aquellos infectados por el VIH.
- Las pruebas no treponémicas, como la prueba de RPR, son tanto sensibles como específicas. Sin embargo, se necesitan datos sobre la prevalencia de la sífilis para calcular situaciones hipotéticas de cierto-positivo, cierto-negativo, falso-positivo y falso-negativo.
- Los beneficios superan los riesgos.
- La prueba es aceptable y de amplia disponibilidad.

Recomendación

Se recomienda altamente ofrecer exámenes serológicos periódicos para detectar las infecciones asintomáticas de sífilis a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero como opción preferible a no ofrecer tal tamizaje.

Recomendación categórica, calidad moderada de los datos probatorios

Observaciones complementarias

Cuando se realiza la prueba de reagina plasmática rápida (RPR), un resultado positivo puede relacionarse con una sífilis latente, una infección pasada y sífilis primaria y secundaria. Esto debe considerarse para el tratamiento posterior.

8.6.4. Vacunación contra la hepatitis B

Antecedentes

Las enfermedades causadas por el virus de la hepatitis B (VHB) están distribuidas en todo el mundo.¹⁵⁷ Se calcula que más de dos mil millones de personas en todo el mundo han sido infectadas por el VHB. De este universo, aproximadamente 360 millones padecen infección crónica y están en riesgo de sufrir una enfermedad grave o la muerte, principalmente por cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular.¹⁵⁷ El BHV se transmite entre los humanos por el contacto con la sangre u otros humores orgánicos (semen y líquido vaginal) de una persona infectada. Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero se encuentran entre los grupos en mayor riesgo de infección, con una prevalencia notificada de 8% y 13,3%¹⁵⁹, respectivamente.

Marco de la recomendación

Desde 1982 se cuenta con una vacuna contra la hepatitis B. Esta vacuna tiene una eficacia del 95% en la prevención de la infección por el VHB y sus consecuencias crónicas. Las vacunas contra la hepatitis B existentes emplean la tecnología de ADN recombinante y son inocuas. Se necesitan tres dosis para la inmunización y protección completas contra la potencial infección por el VHB.

Puntos clave

- Las enfermedades causadas por el VHB están distribuidas en todo el mundo. Se calcula que más de dos mil millones de personas en todo el mundo han sido infectadas por el VHB.
- El BHV se transmite entre los humanos por el contacto con la sangre u otros humores orgánicos (semen y líquido vaginal) de una persona infectada.
- Los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero se encuentran entre los grupos en mayor riesgo de infección.

Recomendación

Debería incluirse a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero en las estrategias de actualización de la inmunización contra el virus de la hepatitis B (VHB) en áreas donde la inmunización infantil no ha alcanzado una cobertura total.

En consonancia con la orientación vigente de la OMS¹⁵⁷

8.7. Nota sobre la profilaxis preexposición por vía oral contra la infección por el VIH

La profilaxis preexposición es el uso diario de una medicación antirretrovírica por parte de personas que no están infectadas por el VIH para prevenir la adquisición de la infección. Por medio de ensayos controlados aleatorizados está midiéndose la eficacia de la profilaxis preexposición en una variedad de posibles usuarios. Además están realizándose estudios preliminares para determinar si también puede evaluarse la eficacia de un uso menos frecuente (intermitente).

Desde el 2009, la OMS ha celebrado consultas sobre posibles estrategias para la introducción y ampliación de la profilaxis preexposición en preparación de los resultados previstos de la prueba. Estas consultas se realizan a tres niveles: (i) expertos internacionales en profilaxis preexposición, formulación de modelos y ampliación de programas; (ii) autoridades nacionales, incluidas aquellas que serán responsables de decidir la inclusión de la profilaxis preexposición; y (iii) las poblaciones con mayor probabilidad de verse afectadas por las decisiones que se adopten acerca de la profilaxis preexposición.

Aunque los resultados de un estudio reciente de Grant et al.¹⁶⁰ realizado entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero seronegativos al VIH son pertinentes y prometedores, tanto desde una perspectiva individual (es decir, como elección personal) como desde la perspectiva de salud pública (es decir, como estrategia ampliada a mayor escala), el proceso es apenas incipiente, y la obtención de un mayor volumen de datos provenientes de nuevos estudios sobre la eficacia, el comportamiento y las repercusiones económicas proporcionarán una imagen más integral del papel de la profilaxis preexposición en la prevención de la infección por el VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero en el futuro. La primera revisión de estas directrices, planificada para el 2015, abordará la cuestión de la profilaxis preexposición por vía oral.

En el estudio iPrEx se ensayó una combinación de medicamentos antirretrovíricos, ingerida diariamente como profilaxis para reducir la adquisición del VIH, y se comparó con un placebo en un ensayo controlado aleatorizado. Participó un total de 2.499 hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero del Perú, Ecuador, el Brasil, Sudáfrica, Tailandia y los Estados Unidos. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 1,2 años, con un seguimiento máximo de 2,8 años. Los resultados se publicaron en noviembre del 2010.¹⁶⁰

La prueba concluyó que la ingestión de una pastilla diaria de tenofovir más emtricitabina (nombre comercial Truvada) brindaba una protección adicional promedio de 44% a los hombres que tienen sexo con hombres y las personas transgénero. Estas personas también recibieron servicios integrales de prevención, a saber, pruebas de detección del VIH y orientación, suministro de condones, asesoramiento y manejo de otras ITS (IC de 95%: 15%-63%). El nivel de la protección varió ampliamente, según la adherencia al programa. Entre aquellos participantes cuyos datos (basados en la autonotificación, botellas dispensadas y recuento de pastillas) indicaron un uso de 90% o más, el riesgo de VIH se redujo 73% (IC de 95%: 41%-88%), mientras que aquellos cuya adherencia fue menos de 90%, el riesgo de VIH se redujo solo 21% (IC de 95%: reducción de 52% a aumento de 31%). En general, el comportamiento de riesgo entre los participantes descendió durante la prueba, habida cuenta de la disminución del número de parejas sexuales y del aumento del uso de condones, debido posiblemente a la intensiva orientación para reducir riesgos que se proporcionara como parte de la prueba.

Los resultados de este estudio constituyen una demostración preliminar de la seguridad y eficacia moderada de la profilaxis preexposición por vía oral y representan un hito importante en la investigación sobre la prevención de la infección por el VIH. Estos resultados aportan los primeros datos probatorios de que la profilaxis preexposición por vía oral, combinada con otras estrategias de prevención, puede reducir el riesgo de infección por el VIH entre los hombres que tienen relaciones homosexuales y las personas transgénero. Sin embargo, es necesario estudiar otros aspectos, como la formulación de algoritmos de diagnóstico para detectar la infección aguda por el VIH durante la profilaxis preexposición, mejores medidas para mejorar y vigilar la adherencia al medicamento, estudios de inocuidad, la coinfección de hepatitis B, el costo y la factibilidad. Este proceso tendrá que considerar además las demandas de ampliar la aplicación del TAR.

REFERENCIAS

1. Sullivan, P.S. et al., Ancey MSM Epidemiology Study Group. Re-emergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996-2005, *Annals of Epidemiology*, 2009, 19:423-431.
2. Bockting, W., Miner, M., Rosser, B.R., Latino men's sexual behaviour with transgender persons, *Archives of Sexual Behavior*, 2007, 36:778-786.
3. OMS y PNUD, *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations: report of a technical consultation*. Geneva, Switzerland, WHO, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
4. van Griensven F. et al., The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men, *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2009, 4:300-307.
5. Baral, S. et al., Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, 2007, 4:e339.
6. Beyrer, C., et al, The expanding epidemics of HIV type 1 among men who have sex with men in low- and middle-income countries: diversity and consistency, *American Journal of Epidemiology*, 2010, 32;137-151.
7. Dukers, N. et al., HIV incidence and HIV testing behavior in men who have sex with men: using three incidence sources, The Netherlands, 1984-2005. *AIDS*, 2007, 21:491-499.
8. Soto, R.J. et al., Sentinel surveillance of sexually transmitted infections/HIV and risk behaviors in vulnerable populations in 5 Central American countries, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2007, 46:101-111.
9. Garofalo, R. et al., Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender youth, *Journal of Adolescent Health*, 2006, 38:230-236.
10. Cáceres, C.F. et al., Epidemiology of male same-sex behaviour and associated sexual health indicators in low- and middle-income countries: 2003-2007 estimates, *Sexually Transmitted Infections*, 2008, 84(Suppl 1):i49-i56.
11. van Griensven, F., Men who have sex with men and their HIV epidemics in Africa, *AIDS*, 2007, 21:1361-1362.
12. Smith, A.D. et al., Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, *Lancet*, 2009, 374:416-422.
13. Sanders, E.J. et al., Risk factors for HIV-1 infection among men who have sex with men (MSM) in Coastal Kenya, CROI 2011 poster. <http://www.retroconference.org/2011/PDFs485.pdf>
14. Donnell, D. et al., for the Partners in Prevention HSV/HIV Transmission Study Team, Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis, *Lancet*, 2010, 375:2092-2098.
15. ONUSIDA, *Marco de acción sobre el acceso universal para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y transexuales*, Ginebra, ONUSIDA, 2009. http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).

16. Lawn, J.E. et al., Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise, *Lancet*, 2008, 372(9642):917-927.
17. Simon, P.A., Reback, C.J., Bemiss, C.C., HIV prevalence and incidence among male-to-female transsexuals receiving HIV prevention services in Los Angeles county [correspondencia], *AIDS*, 2000, 14:2953-2955.
18. Kellogg, T.A. et al., Incidence of human immunodeficiency virus among male-to-female transgendered persons in San Francisco, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28:380-384.
19. ONUSIDA, *Policy brief: HIV and sex between men*, agosto del 2006. http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
20. Cáceres, C.F., Aggleton, P., Galea, J.T., Sexual diversity, social inclusion and HIV/AIDS, *AIDS*, 2008, 22 (Suppl 2):S45-S55.
21. Gear, S., Rules of engagement: structuring sex and damage in men's prisons and beyond, *Culture, Health & Sexuality*, 2005, 7:195-208.
22. Bockting, W.O., Robinson, B.E., Rosser, B.R., Transgender HIV prevention: a qualitative needs assessment, *AIDS Care*, 1998, 10:505-525.
23. OMS, *HIV/AIDS among men who have sex with men and transgender populations in South-East Asia*, New Delhi, WHO SEARO, 2010. http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B4568.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
24. Young, R.M., Meyer, I.H., The trouble with "MSM" and "WSW": erasure of the sexual-minority person in public health discourse, *American Journal of Public Health*, 2005, 95:1144-1149.
25. Guadamuz, T.E. et al., HIV prevalence, risk behaviour, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand, *AIDS and Behavior*, 2011, 15:650-658.
26. Saavedra, J. et al., Sex between men in the context of HIV: the AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights, *Journal of the International AIDS Society*, 2008 11:9.
27. Clements-Nolle, K. et al., HIV prevalence, risk behaviours, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention, *American Journal of Public Health*, 2001, 91:915-921.
28. Vinter, H., Sexual politics: the fight for transsexual rights, *The Argentina Independent*, 2010. <http://www.argentinaindependent.com/socialissues/urbanlife/sexual-politics-the-fight-for-transsexual-rights-/> (consultado el 13 de abril del 2011).
29. OMS, *Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender populations, Report of a technical consultation*. Ginebra, Suiza, OMS, 2009. http://www.who.int/hiv/pub/populations/msm_mreport_2008.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
30. OMS, *HIV and other STIs among MSM in the European Region - Report on a consultation*, Copenhagen, WHO EURO, 2008. http://www.euro.who.int/document/SHA/bled_report.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).

31. OMS, *Health sector response to HIV/AIDS among men who have sex with men*. Manila, WHO WPRO, 2009. http://www.wpro.who.int/internet/resources.aspx/HSI/report/MSM+Report+_HOK_Feb2009_for+web.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
32. OMS/OPS, *Summary of a Regional consultation on health promotion and the provision of care to men who have sex with men (MSM) in Latin America and the Caribbean*. Ciudad de Panamá, Panamá, 14-16 de Julio del 2009. http://new.paho.org/hq/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2120 (consultado el 13 de abril del 2011).
33. Golden, M.R. et al., HIV serosorting in men who have sex with men: is it safe? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2008, 49:212-218.
34. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *International guidelines on HIV/AIDS and human rights, 2006, versión consolidada*, Ginebra, ONUSIDA, 2006. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
35. OMS, *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*, 28-31 de enero del 2002, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
36. Guyatt, G.H. et al., GRADE guidelines: 1. Introduction--GRADE evidence profiles and summary of findings tables, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:383-394. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21195583> (consultado el 13 de abril del 2011).
37. Guyatt, G.H. et al., GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:395-400. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21194891>
38. Balshem, H. et al., GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64:401-406. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21208779> (consultado el 13 de abril del 2011).
39. Guyatt, G.H. et al., GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence--study limitations (risk of bias) and publication bias, *Journal of Clinical Epidemiology*, 2011, 64: 407-415. 18 de enero. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21247734> (consultado el 13 de abril del 2011).
40. OMS, *WHO handbook for guideline development*, 2010. http://www.who.int/hiv/topics/mtct/grc_handbook_mar2010_1.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
41. *The Yogyakarta Principles: principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*, 2007. http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_en.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
42. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA), *State-sponsored homophobia: a world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*, 2011. http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2011.pdf (consultado el 03 de junio del 2011).
43. Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF), *MSMGF policy brief, Social discrimination against men who have sex with men. Implications for HIV Policy and Programs*, Oakland, Estados Unidos, mayo del 2010. <http://www.msmgf.org/index.cfm/id/11/aid/2106> (consultado el 06 de junio del 2011).

44. AIDS Accountability International, *The LGBT Scorecard*. http://aidsaccountability.org/?page_id=4896
45. Institute of Medicine, *The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: building a foundation for better understanding*, marzo del 2011. <http://www.iom.edu/Reports/2011/The-Health-of-Lesbian-Gay-Bisexual-and-Transgender-People.aspx>
46. Frost, D.M., Parsons, J.T., Nanin, J.E., Stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men, *Journal of Health Psychology*, 2007, 12:636-640.
47. McLaren, S., Jude, B., McLachlan, A.J., Sense of belonging to the general and gay communities as predictors of depression among Australian gay men, *International Journal of Mens Health*, 2008, 7:90-99.
48. Wang, J. et al., High prevalence of mental disorders and comorbidity in the Geneva Gay Men's Health Study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2007, 42:414-420.
49. Stall, R.D. et al., Cigarette smoking among gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*, 1999, 89:1875-1878.
50. Gruskin, E.P. et al., Disparities in smoking between the lesbian, gay, and bisexual population and the general population in California, *American Journal of Public Health*, 2007, 97:1496-1502.
51. Alegria, C.A., Transgender identity and healthcare: implications for psychosocial and physical evaluation, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2011, 23:175-182.
52. Stall, R. et al., Alcohol use, drug use and alcohol-related problems among men who have sex with men: the Urban Men's Health Study, *Addiction*, 2001, 96:1589-1601.
53. Ellingson, L., HIV Risk Behaviors among Mahuwahine (Native Hawaiian transgender women), *AIDS Education and Prevention*, 2008, 20:558-569.
54. Haas, A.P. et al., Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations, *Journal of Homosexuality*, 2011, 58:10-51.
55. Foro Mundial sobre HSH y VIH (MSMGF), *Engaging with men who have sex with men in the clinical setting*, mayo del 2011. http://www.msngf.org/files/msngf//Publications/MSMGF_Healthcare_Primer.pdf (consultado el 06 junio del 2011).
56. Gostin, L.O., Public health strategies for confronting AIDS, Legislative and regulatory policy in the United States, *Journal of the American Medical Association*, 1989, 261:1621-1630.
57. Goldstein, R., Rubber soul: the condom makes a comeback, *Village Voice*, 1986, 31:17-18.
58. Catania, J.A. et al., Changes in condom use among homosexual men in San Francisco, *Health Psychology*, 1991, 10:190-199.

59. Holmes, K.K., Levine, R., Weaver, M., Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections, *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:454-461.
60. Weller, S., Davis, K., Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (1):CD003255.
61. Pinkerton, S.D., Abramson, P.R., Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission, *Social Science and Medicine*, 1997, 44: 1,303-301,312.
62. Detels, R. et al., Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 HIV seronegative men followed for up to 2 years, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1989, 2:77-83.
63. Difranceisco, W., Ostrow, D.G., Chmiel, J.S., Sexual adventurousness, high-risk behaviour, and human immunodeficiency virus-1 seroconversion among the Chicago MACS-CCS cohort, 1984 to 1992, A case-control study, *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:453-460.
64. Jin, F. et al., Unprotected anal intercourse, risk reduction behaviours, and subsequent HIV infection in a cohort of homosexual men, *AIDS*, 2009, 23:243-252.
65. Marks, G. et al., Prevalence and protective value of serosorting and strategic positioning among black and Latino men who have sex with men, *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:325-327.
66. Arreola, S. et al., *In our own words: preferences, values, and perspectives on HIV prevention and treatment - a civil society consultation with men who have sex with men and transgender people*, Oakland, California, The Global Forum on MSM and HIV (MSMGF), 2010. http://msmgf.org/files/msmgf//About_Us/Publications/WHO_Report1.pdf (consultado el 19 de mayo del 2011).
67. Rojanapithayakorn, W., Hanenberg, R., The 100% Condom Program in Thailand, *AIDS*, 1996, 10:1-7.
68. Barnes, J.R., The impact of social marketing on HIV / AIDS, *AIDS Analysis Africa*, 1999, 10:8-10.
69. Stone, E. et al., Correlates of condom failure in a sexually active cohort of men who have sex with men, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1999, 20:495-501.
70. Martin, D.J., Inappropriate lubricant use with condoms by homosexual men, *Public Health Reports*, 1992, 107:468-473.
71. Fuchs, E.J. et al., Hyperosmolar sexual lubricant causes epithelial damage in the distal colon: potential implication for HIV transmission, *Journal of Infectious Diseases*, 2007, 195:703-710.
72. Sudol, K.M., Phillips, D.M., Relative safety of sexual lubricants for rectal intercourse, *Sexually Transmitted Diseases*, 2004, 31:346-349.
73. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), *Meeting summary: Consultation on serosorting practices among men who have sex with men*, 2009, <http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/resources/other/seroseleccion.htm> (consultado el 1 de abril del 2011).

74. Eaton, L.A. et al., A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: serosorting and its implications for HIV transmission, *AIDS Care*, 2009, 21:1279-1288.
75. Fink, A.J., A possible explanation for heterosexual male infection with AIDS, *New England Journal of Medicine*, 1986, 315:1167.
76. Auvert, B. et al., Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial, *PLoS Medicine*, 2005, 2:e298. Epub 25 de octubre del 2005.
77. Bailey, R.C. et al., Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial, *Lancet*, 2007, 369(9562): 643-356.
78. Gray, R.H. et al., Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial, *Lancet*, 2007, 369(9562): 657-666.
79. Millett, G.A. et al., Circumcision status and risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men: a meta-analysis, *Journal of the American Medical Association*, 2008, 300:1674-1684.
80. Fankem, S.L., Wiysonge, C.S., Hankins, C.A., Male circumcision and the risk of HIV infection in men who have sex with men, *International Journal of Epidemiology*, 2008, 37:353-355.
81. Wiysonge, C.S. et al., Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011 (en impresión).
82. OMS, ONUSIDA, *Male circumcision: global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*, Ginebra, OMS/ONUSIDA, 2007. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596169_eng.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
83. OMS, ONUSIDA, *Operational guidance for scaling up male circumcision services for HIV prevention*, Ginebra, OMS/ONUSIDA, 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597463_eng.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
84. Nash, D. et al., Strategies for more effective monitoring and evaluation systems in HIV programmatic scale-up in resource-limited settings: implications for health systems strengthening, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:S58-S62.
85. OMS, *Delivering HIV test results and messages for re-testing and counselling in adults*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
86. The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group, Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial, *Lancet*, 2000, 356:103-112.
87. HIV Prevention Trials Network (HPTN), *Initiation of antiretroviral treatment protects uninfected sexual partners from HIV infection* (HPTN052), 2011. http://www.hptn.org/web%20documents/PressReleases/HPTN052PressReleaseFINAL5_12_118am.pdf (consultado el 07 de junio del 2011).

88. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Expanded HIV testing and trends in diagnoses of HIV infection - District of Columbia, 2004-2008, *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, 59:737-741.
89. *HPTN 065, TLC-Plus: a study to evaluate the feasibility of an enhanced test, link to care, plus treat approach for HIV prevention in the United States*, http://www.hptn.org/research_studies/hptn065.asp (consultado el 13 de abril del 2011).
90. Dilley, J.W. et al., Changing sexual behaviour among gay male repeat testers, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 30:177-186.
91. Gold ,R.S., Rosenthal, D.A., Examining self-justifications for unsafe sex as a technique of AIDS education: the importance of personal relevance, *International Journal of STD and AIDS*, 1998, 9:208-213.
92. Koblin, B., y EXPLORE Study Team, Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study, *Lancet*, 2004, 364:41-50.
93. Picciano, J.F. et al., Lowering obstacles to HIV prevention services: effects of a brief telephone based intervention using motivational enhancement therapy, *Annals of Behavioral Medicine*, 2007, 34:177-187.
94. Johnson, W.D. et al., Behavioural interventions to reduce risk for sexual transmission of HIV among men who have sex with men, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, (3):CD001230.
95. Herbst, J.H. et al., The effectiveness of individual-, group-, and community-level HIV behavioural risk-reduction interventions for adult men who have sex with men: a systematic review, *American Journal of Preventive Medicine*, 2007, 32(4 Suppl):S38-S67.
96. Amirkhania, Y.A. et al., A randomized social network HIV prevention trial with young men who have sex with men in Russia and Bulgaria, *AIDS*, 2005, 19:1897-1905.
97. Flowers, P., Frankis, J., Hart, G., Evidence and the evaluation of a community-level intervention: researching the Gay Men's Task Force Initiative, en Watson, J., Platt, S., eds. *Researching health promotion*, London, Routledge, 2000:102-124.
98. Kegeles, S.M., Hays, R.B., Coates, T.J., TheMpowerment project: a community-level HIV prevention intervention for young gay men, *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1129-1136.
99. Kelly, J.A. et al., HIV risk behaviour reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis, *American Journal of Public Health*, 1991, 81:168-171.
100. Kelly, J.A. et al., Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities, *Lancet*, 1997, 350:1500-1505.
101. Blas, M.M. et al., Effect of an online video-based intervention to increase HIV testing in men who have sex with men in Peru, *PLoS One*, 2010, 5:e10448.
102. Rosser, B.R. et al., Reducing HIV risk behaviour of men who have sex with men through persuasive computing: results of the Men's INternet Study-II, *AIDS*, 2010, 24:2099-2107.

- ¹⁰³ Noar, S.M. et al., A 10-year systematic review of HIV/AIDS mass communication campaigns: Have we made progress?, *Journal of Health Communication*, 2009, 14:15-42.
- ¹⁰⁴ Harvey, P.D., The impact of condom prices on sales in social marketing programs, *Studies in Family Planning*, 1994, 25:52-58.
- ¹⁰⁵ Wakefield, M.A., Loken, B., Hornik, R.C., Use of mass media campaigns to change health behaviour, *Lancet*, 2010, 376(9748):1261-1271.
- ¹⁰⁶ Evans, W.D. et al., Systematic review of public health branding, *Journal of Health Communication*, 2008, 13:721-741.
- ¹⁰⁷ Abroms, L.C., Maibach, E.W., The effectiveness of mass communication to change public behaviour, *Annual Review of Public Health*, 2008, 29:219-234.
- ¹⁰⁸ Darrow, W.W., Biersteker, S., Short-term impact evaluation of a social marketing campaign to prevent syphilis among men who have sex with men, *American Journal of Public Health*, 2008, 98:337-343.
- ¹⁰⁹ Guy, R. et al., No increase in HIV or sexually transmissible infection testing following a social marketing campaign among men who have sex with men, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2009, 63:391-396.
- ¹¹⁰ McOwan, A. et al., Can targeted HIV testing campaigns alter health-seeking behaviour?, *AIDS Care*, 2002, 14:385-390.
- ¹¹¹ Reisner, S.L. et al., Differential HIV risk behaviour among men who have sex with men seeking health-related mobile van services at diverse gay-specific venues, *AIDS and Behavior*, 2009, 13:822-831.
- ¹¹² Tsui, H.Y., Lau, J.T., Comparison of risk behaviours and socio-cultural profile of men who have sex with men survey respondents recruited via venues and the internet, *BMC Public Health*, 2010, 10:232.
- ¹¹³ Horvath, K.J., Bowen, A.M., Williams, M.L., Virtual and physical venues as contexts for HIV risk among rural men who have sex with men, *Health Psychology*, 2006, 25:237-242.
- ¹¹⁴ Binson, D. et al., Differential HIV risk in bathhouses and public cruising areas, *American Journal of Public Health*, 2001, 91:1482-1486.
- ¹¹⁵ Metzger, D.S. et al., Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:1049-1059.
- ¹¹⁶ George, W., Stoner, S., Understanding acute alcohol effects on sexual behaviour, *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11:125-157.
- ¹¹⁷ Clatts, M.C., Goldsamt, L.A., Yi, H., Drug and sexual risk in four men who have sex with men populations: evidence for a sustained HIV epidemic in New York City, *Journal of Urban Health*, 2005, 82: i9-i17.

- ¹¹⁸ OMS, Programa de acción para superar las brechas en salud (mhGAP), *guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en atención de salud no especializada*, Ginebra, OMS, 2010.
- ¹¹⁹ OMS, UNODC, ONUSIDA, *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, including access to needle syringe programmes*, Ginebra, OMS, 2009. http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
- ¹²⁰ OMS, *Evidence for Action Technical Papers, Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users*, Ginebra, OMS, 2004. <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/EFA%20effectiveness%20sterile%20needle.pdf> (consultado el 13 de abril del 2011).
- ¹²¹ OMS, UNODC, ONUSIDA, *Evidence for Action Policy Brief. Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission*, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2004, http://www.wpro.who.int/sites/hsi/documents/provision_of_sterile_injecting_eqpt.htm (consultado el 13 de abril del 2011).
- ¹²² OMS, UNODC, ONUSIDA, *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2009. http://www.who.int/hiv/idu/Guide_to_Starting_and_Managing_NSP.pdf (consultado el 17 de enero del 2011).
- ¹²³ OMS, *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2009. http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf (consultado el 17 de enero del 2011).
- ¹²⁴ Gagizi, E., Ferreira, E., Abbate, M.C., Biosecurity on using Industrial liquid silicon and female sexual hormones by transvestis and transgenders in São Paulo City, Brazil. AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference [Abstract no. CDC1677]. <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=12&abstractId=2199064> (consultado el 13 de abril del 2011).
- ¹²⁵ Herbst, J.H. et al., Estimating HIV prevalence and risk behaviours of transgender persons in the United States: a systematic review, *AIDS and Behavior*, 2008, 12:1-17.
- ¹²⁶ Silva-Santisteban, A. et al., When identity claims: risky processes of body modification among the male to female transgender persons of Lima, Peru, Oral Abstract Session, AIDS 2010 - The XVIII AIDS Conference [Abstract No. MOAD0306].
- ¹²⁷ Nuttbrock, L. et al., Lifetime risk factors for HIV/sexually transmitted infections among male-to-female transgender persons, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2009, 52:417-421.
- ¹²⁸ Sevelius, J.M. et al., Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviours among transgender women, *AIDS Education and Prevention*, 2009, 21:113-127.
- ¹²⁹ Sánchez, N.F., Sánchez, J.P., Danoff, A., Health care utilization, barriers to care, and hormone usage among male-to-female transgender persons in New York City, *American Journal of Public Health*, 2009, 99:713-719.
- ¹³⁰ Hage, J.J. et al., The devastating outcome of massive subcutaneous injection of highly viscous fluids in male-to-female transsexuals, *Plastic and Reconstructive Surgery*, 2001, 107:734-741.

- ¹³¹. Wimonasate ,W. et al., Risk behaviour, hormone use, surgical history and HIV infection among transgendered persons (TG) in Thailand, 2005, *AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference* [Abstract no.MOPE0349].
- ¹³². OMS, *Guiding principles to ensure injection device security*, Ginebra, Suiza, OMS, 2003.
- ¹³³. OMS, *Best practices for injections and related procedures toolkit*. Ginebra, Suiza, OMS, 2010.
- ¹³⁴. Granich, R. et al., Highly active antiretroviral treatment for the prevention of HIV transmission, *Journal of the International AIDS Society*, 2010, 13:1. http://www.who.int/hiv/topics/tb/granich_haart_for_prevention_hiv_transmission_jaids_2010.pdf
- ¹³⁵. OMS, *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Recommendations for a public health approach: 2010 revision*, Ginebra, OMS, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf (consultado el 13 de abril del 2011).
- ¹³⁶. OMS, *Essential prevention and care interventions for adults and adolescents living with HIV in resource-limited settings*. Ginebra, OMS, 2008. <http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/Essential%20Prevention%20and%20Care%20interventions%20Jan%2008.pdf> (consultado el 13 de abril del 2011).
- ¹³⁷. Pickering, J.M. et al., Aetiology of sexually transmitted infections and response to syndromic treatment in southwest Uganda, *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:488-493.
- ¹³⁸. Azariah, S., Perkins, N., Prevalence of sexually transmitted infections in men who have sex with men presenting to Auckland Sexual Health Service, *New Zealand Medical Journal*, 2010, 123:46-54.
- ¹³⁹. Hope-Rapp, E. et al., Etiology of genital ulcer disease. A prospective study of 278 cases seen in an STD clinic in Paris, *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:153-158.
- ¹⁴⁰. Becker, M. et al., Etiology and determinants of sexually transmitted infections in Karnataka state, south India, *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:159-164.
- ¹⁴¹. Cáceres, C.F. et al., New populations at high risk of HIV/STIs in low-income, urban coastal Peru, *AIDS and Behavior*, 2008, 12:544-551.
- ¹⁴². OMS, *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*, Ginebra, OMS, 2003. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf> (consultado el 13 de abril del 2011).
- ¹⁴³. Rompalo, A.M. et al., Modification of syphilitic genital ulcer manifestations by coexistent HIV infection, *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:448-454.
- ¹⁴⁴. Lambert, N.L. et al., Community based syphilis screening: feasibility, acceptability, and effectiveness in case finding, *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:213-216.
- ¹⁴⁵. Brown, L. et al., Is non-invasive testing for sexually transmitted infections an efficient and acceptable alternative for patients? A randomised controlled trial, *Sexually Transmitted Infections*, 2010, 86:525-531.

- ¹⁴⁶ Paz-Bailey, G. et al., Changes in the etiology of sexually transmitted diseases in Botswana between 1993 and 2002: implications for the clinical management of genital ulcer disease, *Clinical Infectious Diseases*, 2005, 41:1304-1312.
- ¹⁴⁷ Rieg, G. et al., Asymptomatic sexually transmitted infections in HIV-infected men who have sex with men: prevalence, incidence, predictors, and screening strategies, *AIDS Patient Care and STDs*, 2008, 22:947-954.
- ¹⁴⁸ Martin, D.H. et al., Multicenter evaluation of AMPLICOR and automated COBAS AMPLICOR CT/NG tests for *Neisseria gonorrhoeae*, *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38:3544-3549.
- ¹⁴⁹ Van Der Pol, B. et al., Multicenter evaluation of the AMPLICOR and automated COBAS AMPLICOR CT/NG tests for detection of *Chlamydia trachomatis*, *Journal of Clinical Microbiology*, 2000, 38:1105-1112.
- ¹⁵⁰ Ota, K.V. et al., Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* in pharyngeal and rectal specimens using the BD Probetec ET system, the Gen-Probe Aptima Combo 2 assay and culture, *Sexually Transmitted Infections*, 2009, 85:182-186.
- ¹⁵¹ Schachter, J. et al., Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of chlamydial and gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men, *Sexually Transmitted Diseases*, 2008, 35:637-642.
- ¹⁵² Moncada, J. et al., Evaluation of self-collected glans and rectal swabs from men who have sex with men for detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* by use of nucleic acid amplification tests, *Journal of Clinical Microbiology*, 2009, 47:1657-1662.
- ¹⁵³ Defraye, A., Van Beckhoven, D., Sasse, A., Surveillance of sexually transmitted infections among persons living with HIV, *International Journal of Public Health*, 2010, 56:169-174.
- ¹⁵⁴ Larsen, S.A., Steiner, B.M., Rudolph, A.H., Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis, *Clinical Microbiology Reviews*, 1995, 8:1-21.
- ¹⁵⁵ Mimiaga, M.J. et al., Gonococcal, chlamydia, and syphilis infection positivity among MSM attending a large primary care clinic, Boston, 2003 to 2004, *Sexually Transmitted Diseases*, 2009, 36:507-511.
- ¹⁵⁶ Snowden, J.M. et al., Recent syphilis infection prevalence and risk factors among male low-income populations in coastal Peruvian cities, *Sexually Transmitted Diseases*, 2010, 37:75-80.
- ¹⁵⁷ OMS, Hepatitis B vaccines: position paper, *Weekly Epidemiological Record*, 2009, 84:405-420.
- ¹⁵⁸ Saxton, P.J., Hughes, A.J., Robinson, E.M., Sexually transmitted diseases and hepatitis in a national sample of men who have sex with men in New Zealand, *New Zealand Medical Journal*, 2002, 115:U106.
- ¹⁵⁹ Diamond, C. et al., Seattle Young Men's Survey Team, Viral hepatitis among young men who have sex with men: prevalence of infection, risk behaviours, and vaccination, *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, 30:425-432.
- ¹⁶⁰ Grant, R.M. et al., Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men, *New England Journal of Medicine*, 2010, 363:2587-2599.



9 789275 316931