



Pautas para la atención integral de personas que ejercen el Trabajo Sexual

Uruguay 2019

REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

MINISTRO DE SALUD PÚBLICA

Dr. Jorge Basso

SUBSECRETARIO

Dr. Jorge Quian

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD

Dra. Raquel Rosa

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD

Dr. Gilberto Ríos

URUGUAY, 2019

Prólogo

En el marco de las funciones del Ministerio de Salud y ejerciendo el rol de rectoría en políticas sanitarias, se publica el presente documento de “Pautas para la atención integral de personas que ejercen el trabajo sexual”. El objetivo es ofrecer herramientas a los equipos de salud y a los equipos de gestión asistencial, para la implementación y prestación de servicios accesibles y adecuadas a las necesidades de salud general integral y especificidades de esta población.

La elaboración del manual exigió un debate profundo de ideas y significó un reto para técnicos y representantes de la sociedad civil que trabajaron en la construcción de un documento técnico de calidad, desde una perspectiva de derechos. Al desafío de la construcción de este marco teórico, sigue un desafío no menor de implementación de las recomendaciones en el campo de la atención sanitaria, superando prejuicios y preconceptos, tendiendo puentes con empatía y respeto, para así garantizar el ejercicio del derecho a la salud de una población particularmente vulnerada.

El presente documento recoge un trabajo colectivo que es resultado de experiencia acumulada de técnicos de varios sectores del Estado y de las organizaciones sociales en la construcción de un camino hacia la inclusión. Que se constituya en una herramienta de apropiación por parte de las personas que ejercen el trabajo sexual, contribuyendo a su empoderamiento en el ejercicio de ciudadanía, es uno de sus principales objetivos.

Dr. Jorge Basso
Ministro de Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

Coordinación

Área Programática de ITS/VIH-SIDA

Dra. Susana Cabrera

Área Programática de SALUD SEXUAL y SALUD REPRODUCTIVA

Dra. Ana María Visconti

Lic. Enf. Florencia Forrisi

Equipo técnico de elaboración por MSP

Dr. Rafael Aguirre. A.P. Salud de las Mujeres
Dr. Fabian García. A.P. Salud Sexual y Reproductiva
Dra. Cristina Grela. Ex Asesora en Género y Salud
Soc. Daniel Pérez. A.P. ITS–VIH/Sida
Dra. Irene Petit. A.P. Violencia basada en Género y Generaciones
Lic. Psic. Carolina Fernández. A.P. Salud Mental
Dr. Dardo Roldán. A.P. Salud del Adulto Mayor
Dr. Juan Lacuague. A.P. Discapacidad y Rehabilitación
Dra. María J. Rodríguez. A.P. Enfermedades no Transmisibles
Mag. Nut. Ximena Moratorio. A.P. Nutrición
Dra. Judith Uturbey. A.P. Salud Ocular
Dr. Ronald Daga. A.P. Salud Bucal
Dr. Gastón Casaux. Director División Salud Ambiental y Ocupacional
Dra. Carmen Ciganda. División Salud Ambiental y Ocupacional
Dra. Mary Piñeiro. División Salud Ambiental y Ocupacional
Enf. Daniel Olmos. División Salud Ambiental y Ocupacional
Dra. Teresa Picón. Programa Nacional de Vacunaciones
Dra. Noelia Speranza. Programa Nacional de Vacunaciones

Por Universidad de la República

Lic. T. Social Ingrid Gabryelzik. Facultad de Enfermería
Dra. Clara Niz. Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina.
Dra. Alejandra Paulo. Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina.
Dr. Santiago Hernández. Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina.
Lic. enf. Elizabeth Bozzo. Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina

Dra. Adriana Pisani. Departamento de Salud Ocupacional. Facultad de Medicina

Obst. Part. Cecilia Fernández. Escuela de Parteras

Por Administración de Servicios de Salud del Estado

Dra. Mónica Gorgoroso. Gerencia

Dr. Daniel Márquez. Gerencia (Ex adjunto)

Dra. Gabriela Piriz. Salud Sexual y Reproductiva. RAP

Lic. Psic. Ana Monza. Salud Sexual y Reproductiva. RAP

Dra. Vanesa Berrutti. Salud Sexual y Reproductiva. RAP

Dra. Paula Galzerano. Salud Sexual y Reproductiva. RAP

Dr. Richard Fornelli. Infectólogo Servicio de Enfermedades Infecciosas.

Dra. Roxana Hassan. Bella Unión. RAP

Por Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria

Dra. Karina Roselli.

Por Organizaciones de Sociedad Civil

Karina Núñez. OTRAS

Gloria Alvez. ATRU

Gladys Duré. Redutrasexsida

Por UNFPA

Soc. Juan J. Meré

ÍNDICE

Prólogo	3
Capítulo I. Introducción	9
Objetivos de la pauta de atención.....	16
General.....	16
Específicos	16
Capítulo II. Antecedentes y justificación.....	19
Capítulo III. Conceptos básicos	23
a. Género y salud	23
b. El trabajo sexual y la salud.....	25
c. Exposición a violencia.....	29
Capítulo IV. Abordaje integral a la salud de trabajadoras y trabajadores sexuales...33	
Organización de la atención a la salud de trabajadoras y trabajadores sexuales	34
Capítulo V. Orientaciones para la implementación del proceso de atención	39
a. Recomendaciones y conceptos clave	39
b. Descripción del proceso de atención.....	40
c. Descripción de la consulta.....	41
i. Aspectos generales de la salud	41
ii. Aspectos específicos de la salud	45
ii.a) Salud mental y exposición a violencia.....	45
ii.b) Consumo problemático de drogas.....	49
ii.c) Salud sexual y salud reproductiva.....	55
iii. Examen físico.....	58
iv. Exámenes paraclínicos	63
d. Orientación para el acceso a derechos.....	66
i. Orientación para el acceso a la seguridad social.....	66
i.a Inscripción al monotributo unipersonal BPS.....	67
i.b. Inscripción al monotributo del MIDES	68
i.c. Orientación general en derechos.....	68
ii. Asesoría para el cambio de nombre	69
iii. Vinculación a grupo de pares.....	70
Capítulo VI. Prevención	71

Prevencción combinada	75
Hepatitis	82
Virus Papiloma Humano	85
Profilaxis Posexposición Sexual.....	86
Profilaxis Preexposición Sexual	87
Bibliografía	89

Índice de tablas

Tabla 1. Etapas de cambio del modelo transteórico e intervenciones recomendadas	Pag. 52
Tabla 2. Transmisión de ITS según las prácticas sexuales	Pag. 57
Tabla 3. Exámenes a realizar en el primer control y en el seguimiento	Pag. 64
Tabla 4. Intervenciones para la disminución de riesgos vinculados al trabajo sexual	Pag. 72
Tabla 5. Recomendaciones de accesibilidad a prestaciones en servicios (componentes de prevención combinada)	Pag. 76
Tabla 6. Intervenciones preventivas en salud sexual y reproductiva	Pag. 78
Tabla 7. Interpretación de resultados serológicos de VHB	Pag. 83
Tabla 8. Recomendaciones frente a los diferentes estatus serológicos de infección por VHB	Pag. 83
Tabla 9. Recomendaciones ante serología reactiva de VHC	Pag. 85
Tabla 10. Evaluación diagnóstica luego de la exposición sexual	Pag. 86
Tabla 11. Pauta de profilaxis post-exposición sexual	Pag. 87

“Criminalizar es dañar. Curar es acceso a la salud, a la educación y al trabajo”
Asociación de reducción de daños de la Argentina¹

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

En Uruguay, el trabajo sexual realizado por personas de 18 años o más es legal y actualmente su ejercicio se rige por la Ley N° 17.515 del año 2002. En este marco, el sistema de salud debe contribuir a la mejora del abordaje integral de las personas trabajadoras y trabajadores sexuales (en adelante TSx). No es posible obviar la intervención de la autoridad competente en la garantía del ejercicio pleno de sus derechos y obligaciones laborales a partir de los 18 años.

¹ Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA) <http://infoarda.blogspot.com.uy/>

Ni en las normas internacionales ni en las nacionales es aceptada la explotación sexual comercial de niñas, niños y adolescentes (ESCNNA), ni la trata de personas² con fines de explotación sexual. Estas situaciones constituyen delitos. Esto no significa que el sistema de salud deba ser ajeno a esta realidad, por el contrario, cumple un importante rol en la prevención, detección temprana y reducción de daños. En el marco normativo vigente, en particular la recientemente aprobada ley N° 19.580/2017 de violencia hacia las mujeres basada en género, se entiende que esta es una forma de violencia sexual en la que resulta fundamental seguir construyendo herramientas para que pueda ser un tema reconocido y atendido.

Para esta pauta de atención se define que trabajadores o trabajadoras sexuales son aquellas personas mayores de 18 años que ofrecen servicios sexuales de manera voluntaria y libre de coerción externa, de forma habitual u ocasional, obteniendo a cambio dinero. Esta pauta también aplica para aquellas personas que en las mismas condiciones reciben algún otro tipo de retribución³.

² Ley N° 19643/2018.

³ Modificado de la definición de *UNAIDS guidance note on HIV and sex work*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, actualizado en el 2012. https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/JC1696_UNAIDS_GuidanceNote_HIVandSex-Workers_Spanish.pdf

Un grupo de mujeres organizadas (OTRAS)⁴ que se autodefinen como trabajadoras sexuales en nuestro país, ha consensuado la siguiente definición de trabajo sexual: “Se trata de una relación contractual de tipo compromiso comercial entre una persona o personas que ofrecen servicios sexuales – recibiendo por ello remuneración monetaria preconcebida y por un plazo acordado anticipadamente– y una persona o personas que lo reciben”

“Es la tarea que realizan de manera habitual personas mayores de 18 años de edad, capaces y en forma voluntaria, utilizando como fuerza de trabajo su cuerpo sexoerotizado y percibiendo a cambio una remuneración con dinero. Es condición *sine qua non* que los servicios sexuales remunerados sean prestados en condiciones de libertad y no vulnerabilidad. La mayoría de edad es un requisito imprescindible para prestar y recibir servicios sexuales remunerados.

¿Qué implica la tarea del cuerpo sexoerotizado?

Cualquiera de las formas de erotización y acto sexual que el espectro del placer contiene, siempre y cuando quien oferta tenga la prioridad de limitar estos actos según su barrera del dolor o su permiso consensuado para determinados actos. Bajo ningún concepto se considerará “tarea” cualquiera de las formas/manifestación de violencia hacia la persona que ejerce el trabajo sexual.

La reducción de daños o reducción del daño es una estrategia de intervención en conductas que conllevan riesgo para la salud (como trabajo sexual, prácticas sexuales sin métodos de barrera, consumo de drogas, etc.). Reconociendo que existen personas que desarrollan estos comportamientos, las estrategias de reducción de daños pretenden reducir los riesgos asociados a los mismos. De esta manera es posible acercar a usuarios y usuarias al sistema de salud y al ejercicio de sus derechos.

Persisten importantes obstáculos para la operativización de una adecuada atención a la salud de TSx. En esos obstáculos incide,

⁴ Karina Nuñez. Organización de Trabajadoras Sexuales.

entre otros factores, la resistencia cultural que es producto de una estructuración social imperante, en la que repercute una serie de desigualdades de género, etnia, edad, nivel socioeconómico (entre otras), así como la mercantilización de la sexualidad, y que se sostiene sobre la base de relaciones de poder.

Sumado al desconocimiento de la legalidad y normativa vigente, se discrimina a las personas que realizan trabajo sexual, incluyendo los servicios de salud, lo que constituye una barrera en el momento de la atención en salud.

El abordaje en prevención y atención integral a la salud requiere en el caso de la atención a TSx un especial énfasis en acciones multisectoriales articuladas con un fuerte compromiso con los derechos humanos. Quienes ejercen el trabajo sexual provienen de diversos estratos socioeconómicos. Del mismo modo, la paga que reciben a cambio de su tarea tiene importantes variaciones entre una persona y otra. Sin embargo, es importante que los equipos de salud conozcan que en el cuerpo de las personas que ejercen el trabajo sexual interseca una serie de características identitarias (edad, características sexuales, identidad de género*, etnia, orientación sexual*, situación socioeconómica, lugar de residencia, condición de migrante, estado serológico de VIH, entre otras) que sumado al estigma que de por sí persiste vinculado al trabajo sexual, puede colocarles en una situación de desventaja singular, exponiéndoles a la vulneración y a múltiples formas de discriminación.

Con frecuencia se trata de personas que provienen de segmentos sociales de gran exclusión. Sus primeras experiencias sexuales han sido forzadas a temprana edad y en muchos casos traumáticas. Asimismo, han estado expuestas a distintas formas de discriminación y criminalización y obligadas al ocultamiento y alejamiento de los espacios institucionales.

Asimismo, desde un enfoque sanitario, se entiende que los riesgos a los que se exponen los/as TSx son múltiples y hacen referencia a la salud integral física y psicosocial.

*La identidad sexual abarca características físicas del sexo biológico, la **identidad de género**, la expresión de género* y la orientación sexual de las personas. La identidad de género se define sobre la base del grado de sentimiento de pertenencia al género femenino o masculino, indistintamente de las características sexuales de la persona. A partir de esta definición, son mujeres o varones cis aquellas/os en quienes la asignación sexual al momento del nacimiento coincide con el género sentido por esa persona (hembra - mujer y macho - varón). Son mujeres o varones trans aquellos/as en quienes la asignación sexual al momento del nacimiento no coincide con el género sentido por esa persona.

*La **orientación sexual** hace referencia al objeto de la atracción sexual. Dentro de ese espectro se encuentran las personas bisexuales (sienten atracción por personas indistintamente de su género), heterosexuales (por personas del género opuesto), gays y lesbianas (por personas del mismo género), etc. Al igual que la identidad de género, la orientación sexual es autopercebida, por lo que debe ser la persona y no el personal de salud, quien manifieste su pertenencia a la población LGBT (lesbiana/gay/bisexual/trans).

****Expresión de género** remite a en qué medida una persona expresa adhesión a pautas culturales “femeninas” o “masculinas” en su vestimenta, ademanes y otros.

Esta intersección de características –y por lo tanto, en algunos casos, de vulneraciones– puede aumentar la exposición a la violencia en todas sus formas, al consumo problemático de sustancias adictivas, al daño psicológico y social y, en consiguiente, impactar sobre la salud. Las irregularidades o falta de documentación en zonas de frontera conlleva riesgo de tráfico o de trata de personas, reforzando la exclusión social, la falta de acceso a las instituciones, y poniendo en riesgo la vida. En

distinta medida, las irregularidades de documentación también afectan a personas trans aunque esto no siempre se vinculará a situaciones de trata.

Un enfoque integral debe promover el empoderamiento de trabajadoras y trabajadores sexuales respecto a sus derechos, a la vez que debe delimitar las responsabilidades de los actores institucionales en pro del involucramiento intersectorial a nivel de territorios y en el área asistencial de todos los prestadores integrales de salud, apostando especialmente a la coparticipación de TSx en este proceso de construcción. Para lograr ese nivel de reconocimiento es necesario superar los obstáculos que existen para su inclusión en la construcción de políticas públicas: la invisibilización y la discriminación.

Se ha avanzado con los equipos técnicos en la necesidad de evitar la asociación de TSx exclusivamente a infecciones de transmisión sexual (ITS). Se trata de desarrollar una asistencia integral de control de salud con enfoque preventivo en todas las áreas de la salud humana según las necesidades de cada persona, desde una perspectiva de género, diversidad y derechos humanos, enfoque que buscamos plasmar en la presente guía. Con tal fin, en estas recomendaciones se referencia a los lineamientos de las guías y pautas de atención protocolizadas por este ministerio desde los programas sanitarios que también se incluirán en la atención de rutina o demandada por las personas TSx. Para asegurar a esta población no solo la cobertura sino el acceso real, se necesita hacer énfasis en un enfoque que intervenga también en los factores del entorno o determinantes sociales.

Asimismo, esta pauta de atención busca ser una herramienta que siga promoviendo la atención y en particular los controles de salud a TSx por parte de los equipos del Primer Nivel de Atención (PNA) con su médico/a y un equipo de referencia que ofrezcan una atención integral en todas las áreas, sin diferencias con las demás personas,

con énfasis en las especificidades vinculadas al ejercicio del trabajo sexual. En este sentido, la Ley N° 18.426 de 2008 y su decreto reglamentario de 2010 brindan el marco para esta atención en salud sexual y salud reproductiva (SSySR) integral, amigable e inclusiva. **Se pone énfasis en la importancia de brindar una atención que sea integral e integradora, con el objetivo de eliminar la existencia de espacios exclusivos y excluyentes.**

Es competencia de este ministerio brindar pautas de atención integral en salud a TSx para que puedan asistirse en la red de servicios del PNA, tanto en los servicios públicos como privados según cuál sea su prestador. El mismo debe orientarse en el marco del nuevo modelo de atención establecido en el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), incorporando una visión desde el campo disciplinar de la salud ocupacional de los trabajadores que permita contemplar a este colectivo como un grupo prioritario en la prevención de riesgos ocupacionales.

Las Áreas Programáticas de SSySR y de ITS-VIH/SIDA respaldan sus directrices en normas internacionales y nacionales con énfasis en la promoción y protección de la salud, así como en la evidencia científica disponible en el marco de la promoción del ejercicio del derecho a la salud como bien fundamental. Si bien el VIH ha contribuido a visibilizar a este y otros colectivos vulnerados, estas recomendaciones pretenden trascender la mirada centrada en el riesgo/exposición ante las ITS⁵.

⁵ La Organización de las Naciones Unidas para la Lucha contra el SIDA (ONUSIDA) recomienda "la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH para todos los trabajadores sexuales y sus clientes; asociaciones y entornos de apoyo que faciliten el acceso universal a los servicios necesarios, incluidas opciones de vida y alternativas ocupacionales al trabajo sexual para aquellos que quieren dejarlo; y acción para solucionar los problemas estructurales relacionados con el VIH y el trabajo sexual". ONUSIDA. Documento de orientación del ONUSIDA 2011 .Directrices del ONUSIDA para las asociaciones con la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2236_guidance_partnership_civilsociety_es_0.pdf

La presente guía recoge un trabajo colectivo resultado de la experiencia acumulada entre varios sectores del Estado, la Academia, sociedades científicas y las organizaciones sociales en pos de construcción de un camino hacia la inclusión social plena de trabajadoras y trabajadores sexuales.

Objetivos de la pauta de atención

General

- Aportar herramientas conceptuales y técnicas acerca del trabajo sexual y su relación con el acceso a la salud integral de las personas que lo ejercen, desde un marco de derechos humanos y libre de discriminación.

Específicos

- Aportar conocimientos al equipo de salud para que sea capaz de trabajar con todos los usuarios, incluidos dentro de su población de referencia, a personas que manifiesten recibir dinero u otro tipo de retribución a cambio de sexo, independientemente de que se autoidentifiquen o no como trabajadoras o trabajadores sexuales, detectando además situaciones en las que se estén vulnerando derechos.
- Combatir la estigmatización y discriminación hacia los/as trabajadores/as sexuales, en el campo de la salud y a través de su empoderamiento, en otros campos del ejercicio de la ciudadanía.
- Brindar herramientas a los equipos de salud que les permitan ofrecer atención desde un enfoque integral a personas que ejercen el trabajo sexual, abarcando aspectos sociosanitarios y garantizando la continuidad de la atención.

- Brindar orientación a los prestadores de salud que garanticen el acceso pleno a prestaciones esenciales para quienes ejercen el trabajo sexual, atendiendo particularmente a sus especificidades.

*“El mundo se divide, sobre todo, entre indignos e indignado,
y ya sabrá cada quien de qué lado quiere o puede estar”*

Eduardo Galeano

Capítulo II

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

El marco legal vigente en nuestro país es una condición estructural necesaria para generar condiciones de acceso a salud y, por lo tanto, de ejercicio de derechos. Se reconoce que en los entornos donde se criminaliza el trabajo sexual, quienes lo ejercen sufren de mayores grados de estigma y discriminación, menor acceso a servicios de salud, mayor exposición a violencia y explotación, mayor prevalencia de VIH y otras ITS, exclusión, marginalización y pobreza⁽¹⁻⁶⁾.

Un estudio realizado en Colombia en 2005 indica que la estigmatización a la cual es sometida esta población por parte de la sociedad, genera una barrera de acceso a los servicios de salud salvo para realizarse estudios que le permitan desempeñar su trabajo en forma legal o cuando se tiene alguna ITS. En ese sentido, Amaya, Canaval y Viáfara (2005) afirman que “sentirse estigmatizada por realizar el oficio de trabajadora sexual implica para las mujeres que lo ejercen el verse en condiciones diferentes a las demás personas, lo cual podría ser un factor que dificulta la consulta a los servicios de salud por motivos distintos a los de obtener un certificado de salud que les permita desempeñarse en el oficio”⁽⁷⁾.

Una investigación realizada en Argentina que caracteriza a las mujeres diagnosticadas de VIH entre 2009 y 2010 en ese país, indica que el 12,7% de ellas han realizado trabajo sexual alguna vez en su vida, mientras que un 5,9% realizó dicha actividad durante el último año (Pechény, 2012)⁽⁸⁾.

En otra investigación, también realizada en Argentina a mujeres trabajadoras sexuales (AMMAR, 2013), se detectó que seis de cada diez encuestadas tuvo dificultades para ir al hospital o servicio de salud porque los horarios se superponían con el trabajo. Asimismo, alrededor de la mitad se atendió lejos de su domicilio para que en su barrio o su casa no supieran que es TSx (55%) y/o se atendió lejos de donde realiza su actividad como TSx para evitar que lo supieran en el servicio. Prácticamente la mitad (48,3%) no quiso ir al hospital o servicio de salud para no tener que dar explicaciones sobre su actividad⁽⁹⁾.

Según datos del Ministerio de Salud Pública (2013) tomados de una investigación sobre mujeres trans, 53,4% ejercía el trabajo sexual, pero si se sumaba a ese porcentaje el de aquellas que alguna vez lo habían ejercido, el número llegaba a un 82,5%⁽¹⁰⁾.

En cuanto a la infección por VIH, la epidemia en Uruguay presenta un patrón de tipo “concentrado”, es decir, que tiene una prevalencia mayor a 5% entre poblaciones más vulnerables y menor a 1% en población general. Esta prevalencia es mayor a 1% en poblaciones que son consideradas vulnerables por su exposición: hombres que tienen sexo con hombres, 9,7% (2013); mujeres trans, 21% (2013); personas usuarias de pasta base de cocaína, 6,3% (2012); población privada de libertad, 1,2% varones, 3,6% mujeres (2015).

Si bien no existen estudios recientes de prevalencia entre TSx, se estima que el porcentaje de VIH en esta población se sitúa en un nivel intermedio entre 0,5% y 5% (0,8% en un estudio de prevalencia entre mujeres cis trabajadoras sexuales en el año 2002). Entre varones que en el ejercicio del TSx tienen sexo con varones, esta cifra alcanzaba 8,1% en el año 2008 y 8,5% en 2013. Se desconocen datos en varones que en el ejercicio del trabajo sexual tienen sexo con mujeres. Entre mujeres trans TSx, la prevalencia de VIH fue de 36,5% en 2008 y de 19% en 2013.

Un documento de la OMS (2015) indica que quienes realizan trabajo sexual son las personas más afectadas por el VIH desde el surgimiento de la epidemia hace más de tres décadas, especificando que una de las razones para que ello ocurra es la dificultad que tienen estas personas para acceder a servicios de salud adecuados. Asimismo, se indica que si bien la respuesta al VIH ha tenido múltiples cambios desde el año 1981 hasta el presente, tanto en la prevención, el diagnóstico como en el tratamiento, “lo que sigue faltando es una respuesta respetuosa y comprensiva de las poblaciones marginadas y vulnerables, que incluya a las personas trabajadoras del sexo”⁽¹¹⁾.

En tal sentido, el abordaje a la salud debe incluir las distintas formas de prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS, en particular VIH, oportunas. Esto se debe a que a diferencia de otras poblaciones, las

personas que ejercen el trabajo sexual deberán tener acceso a pruebas de diagnóstico de ITS rutinarias, incluso aunque no presenten síntomas.

Recientemente, las Naciones Unidas declararon conjuntamente que “la discriminación en los centros de atención de la salud es uno de los principales obstáculos para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)”. Obstaculiza el acceso a los servicios de salud y socava su calidad, y refuerza la exclusión social de personas y grupos más marginados y estigmatizados⁽¹²⁾.

La política de salud que viene desarrollando nuestro país, fundada en garantizar a todas las personas la más alta calidad de atención, desde un enfoque de derechos, exige que todos los servicios de salud – independientemente de quién sea el prestador– proporcionen a las personas que realizan TSx el acceso pleno a una atención de salud integral que incluya los distintos aspectos de la salud de estas personas con relación a su trabajo.

Capítulo III

CONCEPTOS BÁSICOS

a. Género y salud

Transitando por la reforma del sistema de salud y su implementación, es oportuno y coherente entrar en algunas claves incluidas el acceso universal a la salud como derecho humano de toda la ciudadanía y de la equidad en oportunidad y calidad como parte de los mismos, sin discriminación alguna y con respeto a la diversidad.

Resulta evidente que hombres y mujeres contemporáneos han sido educados en sociedades diversas, ciudadinas o rurales, aisladas o concentradas, religiosas o laicas, con una serie de valores y deseos de cumplir con determinadas tareas y posturas para desarrollarse en el marco de una valoración contextualizada sobre el concepto de vida sana, según las expectativas socioculturales de cada época. Esa cultura que se trasmite de generación en generación asigna a mujeres y varones diferentes roles que serán cumplidos sin fisuras ni reparos en la mayoría de los casos.

Se denomina sistema de género a la asignación de roles a un cuerpo sexuado. Siguiendo el mandato cultural, se atribuye una determinación de las mujeres para el mundo reproductivo y doméstico y para los hombres al mundo productivo y público. Esto contribuye a la inequidad para el desarrollo de unas y otros, a la desigual distribución del poder, al mismo tiempo que se convierte en una determinante para la vida, el establecimiento de vínculos sociales y en particular para la salud.

Los programas de salud a nivel mundial y nacional se han focalizado en las mujeres como madres y en los hombres como trabajadores, y se han desarrollado para curar patologías provenientes de esas tareas universales. En la propuesta actual del cambio de modelo de atención, de gestión y de financiamiento, es imprescindible incorporar la perspectiva de género para llegar a los objetivos de equidad y derechos para usuarias y usuarios, fortaleciendo la salud integral basada en todos sus componentes.

Las pautas y normativas deben tender a transversalizar esta perspectiva de género y llegar en forma adecuada y equitativa a la aplicación del derecho a la salud de mujeres y hombres sin distinción por orientación sexual, raza o etnia, identidad de género, creencias religiosas o inserción social.

Asimismo, las pautas de atención –cuando hacen referencia a las prácticas sexuales– no deben enfocarse únicamente en aspectos tales

como la orientación sexual, la identidad de género o la expresión de género, ya que estas características no condicionan ni son predictoras de las prácticas sexuales de esa persona, ni en su vida, ni en el ejercicio del trabajo sexual. Una mujer puede autoidentificarse como lesbiana pero en el ejercicio del trabajo sexual vincularse sexualmente con varones. Del mismo modo, un varón puede autoidentificarse heterosexual pero vincularse sexualmente con varones como trabajador sexual.

Paralelamente, las personas pueden adoptar expresiones de género estereotípicamente femeninas o masculinas en el ejercicio del trabajo sexual pero no en sus vidas cotidianas. O elegir ciertas prácticas sexuales en su vínculo con parejas que no sean las mismas que llevan a cabo durante el trabajo sexual: por ejemplo, una persona puede en su vida de pareja preferir la práctica de sexo vaginal o anal receptivo pero durante el ejercicio del trabajo sexual ser quien practica sexo insertivo. Por estos motivos, toma importancia consultar sobre las prácticas sexuales sin prejuicios, intentando obtener información que sea útil para promover el autocuidado tanto en las prácticas que la persona desarrolla en su vida personal, como en aquellas que pueda desarrollar en su rol de TSx, las cuales no tienen por qué coincidir.

b. El trabajo sexual y la salud

El mundo del trabajo sexual es tan diverso como diversas son las personas que lo ejercen, pero es frecuente que exista rechazo social y discriminación. Este estigma social asociado al trabajo sexual repercute también en los ambientes en los que cotidianamente se desenvuelven la personas, obligándolas, en la inmensa mayoría de los casos, a llevar una doble vida.

Cristina Garaizabal define a las TSx como mujeres que buscan la manera de vivir lo mejor posible dentro de las opciones que la vida les ofrece. “En

esta medida, la venta de servicios sexuales es un trabajo para ellas y, en consecuencia, se les deben reconocer los derechos sociales y laborales que se desprenden de su situación¹³⁾. Esta última frase puede hacerse extensiva también a los varones que ejercen el trabajo sexual.

El ambiente de trabajo y el proceso de trabajo, además de tener características propias, se interrelacionan e interactúan entre sí y van conformando las condiciones laborales en las que se desarrolla el trabajo sexual. Según la OMS/OIT, las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) son el conjunto de condiciones vividas por trabajadores y trabajadoras con relación al proceso de trabajo. Dichas condiciones deben ser consideradas desde una visión integradora. Es decir que debe ser enfocada teniendo en cuenta la relación del trabajador con su medio social, considerando todos los factores que intervienen en la génesis de esta situación.

Planteado desde la óptica de la salud ocupacional, en la actividad laboral existe exposición a diversos factores de riesgo, pero algunos tienen mayor o menor importancia dependiendo del tipo de trabajo. Estos factores pueden ser determinantes desfavorables, pudiendo llevar a la ocurrencia de daño, ya sea accidente, enfermedad o muerte. Otros pueden ser factores positivos, protectores para la salud de TSx.

Las/los TSx pueden exponerse a diferentes factores que clasificaremos siguiendo el Modelo Obrero Italiano en cinco grupos:

- I. con relación al *ambiente* donde se realiza el trabajo;
- II. con relación a los *contaminantes*: físicos, biológicos, químicos;
- III. con relación a *aspectos ergonómicos y cargas físicas*;
- IV. con relación a la *carga psicosocial y la organización del trabajo*;
- V. con relación a la *seguridad* en el trabajo;

Dentro de los riesgos observados existe relación con el ambiente donde se realice el trabajo. Por ejemplo, el trabajo a la intemperie que expone a TSx a las diversas condiciones climáticas. En lugares cerrados, la falta de luz y una mala ventilación lo hacen un trabajo penoso. En este sentido, vemos que puede haber un aumento de la exposición al humo del tabaco. En los locales conocidos como “whiskerías” o “casas de masajes”, entre otros, existe exposición a ruido que puede generar efectos a nivel de la salud auditiva, a largo plazo la hipoacusia, o en forma aguda trastornos extraauditivos.

Existe exposición a contaminantes químicos tales como la nicotina, alcohol, marihuana, cocaína y otras drogas. También vale mencionar la inyección de diversas sustancias químicas en el tejido celular subcutáneo para el moldeado corporal (ej., silicona) y la ingesta sin control médico de hormonas utilizadas por las TSx trans.

La adquisición de infecciones, entre ellas las ITS, constituye uno de los riesgos más frecuentes: VIH, hepatitis virales, gonorrea, sífilis, clamidias, herpes o VPH (virus del papiloma humano). Otro tipo de infecciones de tipo parasitaria que pueden presentar lesiones en la piel son las ectoparasitosis, favorecidas por la falta de higiene en la ropa de cama de los locales.

La carga física a la que se exponen TSx se ve aumentada por las temperaturas y por la extensión del horario de trabajo, que muchas veces impide un descanso correcto en el horario nocturno. Este factor de riesgo produce un cambio de la relación en la vida familiar y social, sumándose además que el trabajo en la noche no respeta el ritmo circadiano del organismo, lo que trae como consecuencia: insomnio, aumento de la presión arterial, malestares múltiples, cefaleas y cambios del carácter con irritabilidad, entre otras afecciones.

Las condiciones laborales de TSx son diversas. En algunos casos hay un lugar propio de la persona en la que se realiza el trabajo, pero existen otras situaciones con diverso nivel de precariedad e irregularidad que incluyen el pago por la utilización del lugar de trabajo, o el pago de un porcentaje del costo del servicio a un tercero. En los últimos tiempos ha surgido trabajo también a través de internet, lo que expone a TSx y en algunos casos a su familia a mayores riesgos. La violencia puede presentarse en forma de explotación laboral, maltrato físico y verbal, estigmatización social e institucional y desvalorización que puede ser ejercida por parte de todos los “actores”.

La seguridad en el trabajo en lo estrictamente edilicio se relaciona con la disponibilidad de servicios higiénicos y vestuario exclusivo, elementos de protección personal (preservativos), colchones con cubierta impermeable que facilite el lavado frecuente, disponibilidad de sábanas limpias y medios de alerta ante amenaza o ataque. En tal sentido, existen diferencias entre distintos puntos de la capital del país, y entre Montevideo y el interior, y esto puede repercutir en la salud de las personas que ejercen el trabajo sexual.

Las intervenciones desde la salud ocupacional requieren soluciones estructurales, cambios culturales y políticas de Estado. El equipo de salud debe brindar trato digno, sustentado en el respeto-comprensión, incorporando la dimensión de la salud en el trabajo.

Algunas medidas básicas son: 1) la correcta fiscalización o contralor de los lugares de trabajo; 2) la sensibilización del personal de salud acerca del derecho a la salud en su integralidad que tienen trabajadoras y trabajadores sexuales como parte de la población de usuarios, abandonando la noción de que su atención sólo tiene sentido en tanto protege a la salud colectiva, y buscando derribar las resistencias que la temática genera en algunos integrantes del equipo de salud; 3) la

incorporación de necesidades y problemas específicos en la planificación de la atención de trabajadores/as, con énfasis en los riesgos a los que les expone la tarea; 4) mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, por ejemplo, brindando un horario extendido que tenga en cuenta a todas las personas que realizan trabajo nocturno; 5) fortalecer la difusión e información de derechos laborales-sociales; y 6) promover la participación colectiva en la determinación de políticas y medidas de protección a su salud.

c. Exposición a violencia

La exposición a violencia en el ámbito del trabajo sexual merece una mención específica. La OMS define violencia como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga mucha probabilidad de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”⁽¹⁴⁾.

En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró **la violencia como un problema de salud pública en todo el mundo** (WHA 49.25). La violencia contra las mujeres y violencia de género adopta muchas formas: física, psicológica, sexual o patrimonial, y en la mayoría de las situaciones es ejercida por un varón, lo que tiene muchísimas consecuencias sobre su salud, la de sus hijos o hijas u otros familiares a cargo.

La prevalencia de la violencia basada en género a lo largo de la vida en nuestro país para mujeres mayores de 15 años es de 68,8%, siendo de 45,4% la violencia de pareja⁽¹⁵⁾. En la encuesta realizada a usuarias de servicios de salud mayores de 15 años, se encontró que 27,7% había sufrido situaciones de violencia doméstica en el último año y 6,2% había sufrido violencia sexual en el ámbito doméstico⁽¹⁶⁾. Sabemos que

existen intersecciones vinculadas a lo generacional, lo étnico racial, la existencia de discapacidades, la dimensión territorial, la diversidad sexual, la condición socioeconómica o las condiciones de trabajo, que definen mayores vulneraciones para algunas personas. Dentro de estas intersecciones podemos considerar a TSx, teniendo presente que se encuentran en riesgo alto de exposición a situaciones de violencia, incluida la violencia sexual.

En el marco de la política pública, desde el sector salud se viene trabajando en esta temática desde el año 2005, buscando incluir el abordaje de la violencia desde su prevención, detección precoz, valoración de riesgo y primera respuesta, en forma transversal para ser abordada por todo el equipo de salud. Existe, además, normativa que obliga a todas las instituciones prestadoras de salud (públicas y privadas) que integran el SNIS a contar con equipos de referencia en violencia basada en género y generaciones⁶, para asegurar el cumplimiento de los protocolos institucionales de asistencia, asesorar a las direcciones técnicas, y brindar atención y seguimiento a los casos de mayor riesgo y/o daño..

El documento de OMS reconoce formas de violencia hacia TSx y las define de la siguiente manera:

Violencia física: la violencia física es una causa de muerte, lesión o daño.

Violencia emocional o psicológica: esta categoría incluye (aunque no se limita) ser insultada (por ejemplo, ser objeto de adjetivos despectivos) o sentir vergüenza, humillación o menosprecio en presencia de otras personas; recibir amenazas; ser sometida a confinamiento o aislamiento de la familia o amistades; recibir amenazas de daño personal o a un ser querido; ser objeto de control y destrucción de sus bienes

Violencia sexual: la violación, la violación colectiva, el acoso sexual, la

⁶ Ley N° 19580/2018.

obligación física o la intimidación psicológica para tener prácticas sexuales en contra de su voluntad o el hecho de ser forzada a mantener prácticas sexuales consideradas degradantes o humillantes. En su artículo 6, la Ley N° 19.580/2017 define una serie de formas de violencia no excluyentes entre sí ni de otras que pudieran no encontrarse explicitadas. Entre ellas, define la violencia sexual. “Toda acción que implique la vulneración del derecho de una mujer a decidir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación (...)” así como “la prostitución forzada, la trata sexual (...) la implicación de niñas, niños y adolescentes en actividades sexuales con un adulto o con cualquier otra persona que se encuentre en situación de ventaja frente a aquellos, sea por su edad, por razones de su mayor desarrollo físico o mental, por la relación de parentesco, afectiva o de confianza que lo une al niño o niña, por su ubicación de autoridad o poder. Son formas de violencia sexual, entre otras, el abuso sexual, la explotación sexual y la utilización en pornografía”.

Además, las vulneraciones de los derechos humanos que deben ser consideradas parte de la violencia contra las personas trabajadoras sexuales son las siguientes:

- la extorsión económica;
- negarles o privarles de alimentos u otros artículos esenciales;
- negarles o robarles el salario, pago o dinero que se les debe;
- la obligación de consumir drogas o alcohol;
- el sometimiento a registros corporales invasivos o arrestos arbitrarios por parte de la fuerza pública;
- los encarcelamientos en centros de detención y centros de rehabilitación de forma arbitraria y sin el correspondiente proceso;
- la detención por posesión de condones;
- restricción de cualquier naturaleza al acceso a los servicios de salud;
- ser objeto de procedimientos de salud coercitivos, incluyendo pruebas obligatorias de VIH e ITS, la esterilización o el aborto, entre otros;
- la vergüenza o degradación pública;
- la privación del sueño por la fuerza.

Capítulo IV

ABORDAJE INTEGRAL A LA SALUD DE TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SEXUALES

Las y los TSx deben tener garantizado el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr. “El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente”, y “el trato no discriminatorio y culturalmente competente dentro de los servicios de salud⁽¹⁷⁾”.

Las y los TSx tienen a menudo dificultades para ejercer ese derecho, debido a su situación de vulneración, que muchas veces se vincula a la intersección en sus vidas de varias discriminaciones.

Organización de la atención a la salud de trabajadoras y trabajadores sexuales

Las instituciones de salud integradas en el SNIS⁷, constituyen el escenario en el cual se desarrolla la relación sanitaria por excelencia (aunque puede darse en también en otros ámbitos). El marco legal que garantiza estas prestaciones queda expresado en la Ley N° 18.211/2007 constitutiva del SNIS, que en sus primeros capítulos se refiere al “derecho a la protección de la salud que tienen todos” y aseguramiento del “acceso de servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país”.

Allí se generan los espacios habilitantes para que los usuarios ejerzan sus derechos y los equipos de salud desarrollen su práctica profesional de acuerdo con los principios éticos y valores profesionales.

Según la Cartilla de Derechos y Deberes de pacientes y usuarios/as de los Servicios de Salud (2010), en su artículo 16° sobre Salud Sexual y Reproductiva expresa: “usuarios y pacientes tienen derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, que formarán parte de los programas integrales de salud y deberán brindarse con un abordaje universal, amigable, inclusivo, igualitario, integral, multidisciplinario, ético, calificado y confidencial.”

La atención integral a la salud de TSx debe estar a cargo del médico/a y equipo de referencia, y es responsabilidad del prestador en el que tiene cobertura el o la TSx, tanto en el subsector público como privado del SNIS. El desarrollar trabajo sexual no puede ser una causa para denegar o condicionar la afiliación a una institución asistencial.

⁷ Ley 18211 de 2007. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>

Los equipos de salud deben estar sensibilizados y capacitados en el abordaje basado en los derechos humanos que garantice idoneidad técnica, sin discriminación ni estigmatización. Deben contar con una sólida formación generalista que les permita atender la salud sexual, así como las patologías más frecuentes, concibiendo la salud como producto de la determinación social.

Se deberá brindar una atención de calidad, con enfoque de género, preventivo e interdisciplinario, con abordaje familiar y comunitario. Esto contribuirá al empoderamiento de TSx así como a la mejora del entorno, actuando sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. Los equipos deben estar capacitados para generar vínculos con esta población mediante lazos de confianza que contribuyan al desarrollo de la pertenencia al servicio y a la vinculación sostenida.

El conocimiento que generan los equipos de salud que desarrollan su práctica en el PNA, los posiciona en un lugar privilegiado, lo que les permite profundizar el abordaje y el cambio en el modelo de atención que los/as TSx necesiten. Es en el ámbito comunitario donde se desarrollan las personas y donde la mayoría de los eventos relacionados con los procesos de salud enfermedad acontecen.

A su vez, los referentes comunitarios y/o agentes comunitarios a través del trabajo coordinado y organizado pueden convertirse en actores que sumen positivamente a los abordajes pensados por los equipos y particulares a cada situación.

Los prestadores de salud deberán garantizar un conjunto de acciones y prestaciones que involucren a todos los integrantes del equipo de salud, y cada institución será responsable de la capacitación de su personal para poder brindar prestaciones integrales. Para ello deberán establecer los protocolos que garanticen la adecuada circulación de usuarias y usuarios por el sistema, con el fin de resolver sus necesidades

de acuerdo con el principio de continuidad asistencial. En este marco normativo es que cada TSx podrá contar con médico/a de referencia que facilite la articulación de las interconsultas necesarias, de acuerdo a su situación particular.

Es necesario deconstruir los modelos de policlínicas específicas para trabajadores/as sexuales. Las denominadas “policlínicas de higiene” o similar representan en sí mismas una forma institucional de discriminación y estigmatización.

Las necesidades de las/los TSx deben ser entendidas en forma integrada, favoreciendo la intervención de los distintos niveles de atención en un continuo de cuidados, fortaleciendo los sistemas de referencia y contrarreferencia.

Se deberá asegurar la accesibilidad a los servicios con horarios convenientes y comprensivos de la tarea, asegurar la confidencialidad y la calidad de las prestaciones, con un equipo de salud sensibilizado y capacitado para respetar y satisfacer sus necesidades.

Se planificarán y evaluarán actividades de capacitación continua en los propios equipos, utilizando una planificación ajustada en función de las debilidades o fortalezas de los mismos. Se recalca la importancia de la participación de todo el equipo de salud en el proceso de capacitación.

Es importante analizar detenidamente y desde una mirada interdisciplinaria e intersectorial las dificultades que puedan condicionar la accesibilidad geográfica, administrativa, económica y/o simbólica para pensar acciones desde el territorio.

Concluyendo, cada prestador público o privado debe considerarse un ámbito privilegiado para promover condiciones y generar garantías para el ejercicio pleno del derecho a la salud de toda la población, es decir,

con la plena inclusión de las y los trabajadores sexuales. Para ello, cada prestador deberá:

- Incluir la dimensión del estigma y la discriminación en la capacitación y formación permanente de los equipos de salud, para romper con barreras que no permiten el acceso a los servicios.
- Incorporar la dimensión de la identidad de género, la orientación sexual, pertenencia étnico racial y condición de migrante, entre otras características, en la atención preventiva por parte del equipo de salud, para incluirlas en el diagnóstico clínico y tratamiento si corresponde.
- La atención a las y los trabajadoras/es sexuales debe estar disponibles en el primer nivel de atención y accesible en cuanto a horarios adecuados a las tareas nocturnas, personal calificado, resguardo de la privacidad y confidencialidad.
- Realizar los cambios necesarios en la documentación administrativa y asistencial (padrón de usuarios, historia clínica, etc.) si el/la usuario/a realiza el cambio de nombre y sexo registral. Independientemente de lo anterior, según la normativa vigente (Ley N° 19.684/2018), se debe respetar la identidad de género de la persona y por consiguiente el nombre social.
- Promover acciones educativas, dando participación a grupos de TSx y fortaleciendo la interacción entre el equipo de salud y la población, capacitando a trabajadoras y trabajadores sexuales para la educación entre pares.

“La humanidad tiene una moral doble, una que predica y no practica, y otra que practica pero no predica”

B. Russell

Capítulo V

Orientaciones para la implementación del proceso de atención

a. Recomendaciones y conceptos clave

1. Se recomienda que el seguimiento de TSx sea realizado por médico de referencia, de preferencia especialista en medicina familiar y comunitaria, en coordinación con un equipo interdisciplinario que deberá estar integrado por trabajo social y enfermería. Otras disciplinas podrán participar en el seguimiento de acuerdo a necesidades específicas.

-
2. El abordaje deberá realizarse integralmente y asegurar la confidencialidad, valorando e interviniendo en todas las áreas que podrían ser afectadas por las características y condiciones de trabajo asociadas con su ocupación, o por sus condiciones de vida.
 3. El enfoque será preventivo e incluirá el diagnóstico precoz y oportuno o tratamiento a daños derivados de la exposición a diferentes noxas.
 4. Valorar el entorno familiar y comunitario y la posible situación de vulneración en que pueda encontrarse la persona, por ejemplo, desde el punto de vista socioeconómico.

b. Descripción del proceso de atención

Cualquier persona que se presenta a la consulta puede ejercer el trabajo sexual. Las disciplinas que con mayor frecuencia pueden entrar en contacto con quienes ejercen el trabajo sexual son: medicina general, medicina familiar y comunitaria, ginecología, obstetricia, dermatología e infectología, aunque la lista no está restringida a esta disciplina ni a estas especialidades.

Si el/la usuario/a manifiesta ser TSx o esto surge de la entrevista, se procede al control de salud utilizando la historia clínica habitual:

- I. El control de salud de TSx es aquel que se brinda periódicamente, cada 6 meses, a personas asintomáticas.
- II. En caso de cualquier síntoma más allá de los controles semestrales y considerando que se trata de una población prioritaria, se recomienda concretar la consulta a la mayor brevedad posible.
- III. Se realizará la anamnesis, examen físico, se evaluarán los estudios y posibles interconsultas orientados por las necesidades específicas.

-
- IV. Según la normativa actualmente vigente, se completará el documento “libreta de control de tu salud” de la o el usuario/a, identificado con la cédula de identidad. La libreta se entregará a la persona con la fecha de control, sin poner los resultados de los exámenes practicados. Los resultados van en su historia clínica, nunca en la libreta.
 - V. Se recomienda disponer del resultado de los exámenes últimos (antigüedad no mayor a 15 días) en el momento de la consulta.
 - VI. Se entregará un mínimo de una caja de preservativos externos o “masculinos” (144) por mes, geles lubricantes y preservativos internos o “femeninos”, aunque la demanda podrá ser mayor y debe ser satisfecha. El retiro de preservativos podrá realizarse sin necesidad de indicación médica.

c. Descripción de la consulta

i. Aspectos generales de la salud

Si bien en la consulta habitual de control de personas que ejercen el TSx, esta condición es explícita (en conocimiento de su condición de TSx por parte del equipo de salud), se debe tener presente que muchas veces no lo es. Hay personas que prefieren no visibilizarse como TSx por temor al estigma y discriminación o a que esta información trascienda el ámbito de la consulta. Es durante la anamnesis orientada a la salud sexual donde puede hacerse explícito el intercambio de sexo por dinero como actividad principal o accesoria.

Idealmente y teniendo en cuenta la accesibilidad, el control de las/los TSx deberá efectuarse en el marco de las consultas programadas con el fin de asegurar un control de calidad integral e integrado. Si esto no es posible, se deberán priorizar los aspectos pertinentes del control y se promoverá una consulta programada a futuro.

El control de las/los TSx se realizará en el marco del control de salud integral de adultos con la especificidad necesaria que se describe a continuación.

RECUERDE:

Si la persona refiere “varias parejas sexuales”⁸ y/o “parejas sexuales ocasionales”, es la oportunidad para preguntar acerca del ejercicio del trabajo sexual o de situaciones de explotación o violencia sexual.

Se debe instalar un marco de entrevista empática, valorar el ánimo de la persona, establecer una comunicación basada en la escucha y dedicación en tiempo, preguntar sobre el motivo de consulta y preocupaciones.

Garantizar un ambiente adecuado y tranquilo para la entrevista, generar empatía, respetar a la persona, intentando comprender sus pensamientos y emociones. Evitar discutir con la persona sobre puntos particulares de su relato. Transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto. No realizar interrupciones frecuentes. No escandalizarse o emocionarse. No hacer preguntas tendenciosas (conducta que dirige a una determinada respuesta), no juzgar conductas ni hacer valoraciones personales que condicionen la relación equipo de salud – paciente.

Tanto en una entrevista ocasional como planificada se realizará un control de salud integral. Entre las primeras cosas a tener en cuenta aparecen las preguntas vinculadas a la exposición a noxas y situaciones estresantes en el ambiente donde desempeña su ocupación: tabaquismo, consumo problemático de alcohol y otras drogas, situaciones de violencia,

⁸ En este documento el término “pareja” se diferencia del de “pareja sexual”, identificando qué parejas sexuales son todas las personas con quien alguien mantiene relaciones sexuales, haya o no vínculo de noviazgo, concubinato, matrimonio o similar

trastornos del sueño, trastornos visuales y/o auditivos, salud bucal, síntomas osteoarticulares vinculados a sobrecarga y posturas, trastornos alimenticios, vínculos familiares y redes de apoyo.

Las enfermedades crónicas (especialmente cardiovasculares) y el cáncer son las más prevalentes en la población uruguaya, características a la que no escapan las personas que ejercen el TS. Algunos hábitos que implican un mayor riesgo pueden ser más prevalentes entre TSx: tabaquismo, alcoholismo, alimentación no saludable, entre otros. Es por ello que la valoración de estos factores de riesgos, los estudios de tamizaje, el seguimiento clínico y las recomendaciones preventivas y terapéuticas a seguir son las mismas que en población general y de acuerdo a la evaluación de riesgo.

Como contenidos de la consulta en la anamnesis se sugiere incluir siempre:

- a. Antecedentes familiares y personales generales habituales.
- b. Antecedentes comunitarios (barrio, servicios, redes formales e informales, accesibilidad geográfica, administrativa, económica y simbólica al servicio de salud).
- c. Contexto socioeconómico y cultural, valorar redes de apoyo. Valorar si se trata de la fuente de ingresos principal de la persona y de su familia.
- d. Lugar donde ejerce su actividad. Tiempo que hace que la desarrolla, edad de inicio.
- e. Profundizar la anamnesis en aspectos vinculados a la seguridad, higiene, ambiente físico, y organización del trabajo. Vinculados al ambiente de su actividad, exposición de las noxas ambientales antes mencionadas con énfasis en:
 - Tabaquismo.

-
- Uso de alcohol y otras drogas, tipo, frecuencia.
 - Violencia.
 - Ruidos.
- f. Anamnesis habitual por sistemas, con énfasis en:
- Antecedentes de la esfera mental, depresión, intentos de autoeliminación.
 - Evaluación de la salud sexual y reproductiva: prácticas sexuales, deseo sexual, antecedentes de abuso o agresión sexual, uso de métodos anticonceptivos (con énfasis en doble método de barrera y anticonceptivo), síntomas de ITS actuales, guiado por algoritmos, abortos y embarazos, etc.
 - Cirugías y otros tratamientos y técnicas de modificación corporal realizados o no por profesionales.
 - En caso de persona trans, uso de hormonas con o sin control médico.
 - En caso de varones cis y mujeres trans, uso de sildenafil o similar con o sin control médico.
 - Antecedentes de ITS incluido VIH y VPH (fecha y resultado de último PAP cervical y anal, si corresponde).
 - Vacunas (incluida hepatitis B y hepatitis A, si corresponde).
 - Consumo de medicamentos.
- g. Visibilizar, además de los factores de riesgo mencionados, factores protectores que puedan optimizar el abordaje de los problemas detectados.

ii. Aspectos específicos de la salud

ii.a) Salud mental y exposición a violencia

La protección en salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho de todas las personas a una vida digna. Al realizar la atención de salud a TSx, resulta necesario considerar que la salud mental es parte de la salud integral y, como tal, deben seguirse las pautas y normativas del MSP⁽¹⁸⁾.

El equipo de salud del PNA debe estar sensibilizado para captar en forma precoz señales que puedan dar cuenta de situaciones de violencia, tal como se explicita en la Guía de abordaje de situaciones de violencia doméstica hacia la mujer⁽¹⁹⁾.

Algunos signos de sospecha están vinculados a la disminución de la autoestima, cuadros depresivos, intentos de autoeliminación, quejas o molestias inespecíficas, dolores crónicos, dificultad en el control de enfermedades crónicas, entre otros.

En el caso de esta población en particular, algunos de estos síntomas o signos pueden estar condicionados por el contexto de exclusión del que muchas veces son parte. Es por eso que resulta importante que el equipo de salud pueda explorar adecuadamente la situación para discriminar el origen de los síntomas y contribuir a desnaturalizar las situaciones de violencia. Todo esto debe ser indagado en el marco de un vínculo asistencial que promueva confianza a través de la escucha empática y respetuosa, lo que generará condiciones para el seguimiento longitudinal.

En lo que refiere a la atención específica a la violencia sexual, de ocurrir una situación de agresión sexual, corresponde aplicar la pauta de atención a las situaciones de violencia sexual en los servicios de

urgencia y emergencia y hablar con la persona sobre la posibilidad de hacer la denuncia ante las autoridades⁽²⁰⁾. Dado que esta guía no tiene por cometido profundizar en la temática, recomendamos profundizar en las pautas de atención a situaciones de violencia de género y violencia sexual del MSP.

La explotación sexual comercial en niñas, niños y adolescentes (ESCNNA) se define como una relación de poder y sexualidad mercantilizada en la que niñas/os y adolescentes adquieren el rango de mercancía comerciable, lo que les ocasiona graves daños biopsicosociales. Muchas de las personas que hoy ejercen el TSx manifiestan haber estado expuestas a la explotación sexual siendo menores de 18 años. Esta realidad coloca al equipo de salud como actor privilegiado para apoyar a estas personas y para detectar situaciones de riesgo de niños, niñas y adolescentes.

En el caso de TSx adolescentes y jóvenes (entre 18 y 24 años) se indagará abuso sexual, explotación sexual comercial y violencia como episodio actual y/o como antecedente en su vida o en su entorno familiar actual. De la indagación podrá surgir una sospecha o un diagnóstico.

Es importante trabajar con un equipo psicosocial e indagar sobre su conformación familiar, la presencia de menores en la familia, las características del cuidado, si estudian, trabajan, si han estado frente a situaciones de violencia; antecedentes de algún tipo de vinculación con oferta/venta de consumo de sexo de cualquier tipo, si sus familias o personas allegadas tuvieron relación con TSx o explotación sexual, y a qué edad fueron víctimas de explotación. **En el marco de la *continuidad de la atención* se deberá coordinar con los equipos de salud mental y de violencia de la institución y/o específicos del grupo etario (espacios adolescentes en caso**

de ser menores, equipos de violencia, equipos de salud mental, equipos de SSyRR). Para abordar esta problemática tan compleja no es suficiente el sistema de salud.

Pautas a seguir frente a sospecha/certeza de explotación sexual

Tener presente que en esta forma de violencia existe: el secreto, la seducción, la amenaza, la coacción, el aislamiento. Ante ello:

- Escuche sin juzgar. Sea proactivo en preguntar y explorar la demanda.
- Ofrezca su apoyo: haga saber que usted está para ayudar, en ese momento y en el futuro. Mantenga la confidencialidad de la información, salvo que le pidan que no lo haga, que no esté comprendido dentro del principio de autonomía progresiva o que sea necesario dar intervención a la justicia.
- Articule acciones de acuerdo a la evaluación de riesgos con otros técnicos de la institución (violencia, salud mental, espacios adolescentes) y con los recursos específicos y no específicos comunitarios y de otros sectores, para brindar atención y acompañamiento, tanto para revertir la situación de explotación como para sostener desde un enfoque de reducción de daños. Es preciso tener en cuenta que plantear como único objetivo posible revertir la situación puede llevar a que la persona no se sienta escuchada y respetada, y se aleje de la consulta.

-
- La autonomía progresiva se traduce en la posibilidad de formarse un juicio propio, poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión⁽²¹⁾.
 - El **principio de autonomía progresiva** está inspirado en la condición jurídica que niños, niñas y adolescentes adquieren según la normativa vigente (Ley N° 17.823/2004 y posteriores modificaciones). Reconoce la calidad de sujeto de derecho, que significa que cada NNA tiene la capacidad de ejercer sus derechos y de asumir responsabilidades específicas conforme a la edad que esté viviendo. En el área de la salud se traduce en la necesidad de recabar el consentimiento de las personas menores de edad para la intervención médica toda vez que ello sea posible. Lo que implica, a su vez, garantizarles el acceso a una información adecuada, sin lo cual no podrán manifestar válidamente su consentimiento. En este reconocimiento de validez y eficacia de las manifestaciones de voluntad de las personas menores de edad importa también el respeto al derecho a la privacidad⁽²²⁾. Cabe aclarar que la autonomía progresiva debe evitar exponer a los/as NNA a tomar decisiones que no están en condiciones de tomar, por su edad, por sus características, por el daño o el impacto producido por la situación traumática.

Existen situaciones que indican alto riesgo de violencia y requieren acciones inmediatas y articuladas entre diferentes componentes del sistema de respuesta. Algunos ejemplos de este tipo de situaciones son:

- Violencia sexual.
- Violencia física que requiera asistencia de salud.
- Ideas y/o intentos de suicidio y/u homicidio.
- Incumplimiento de medidas cautelares impuestas por la justicia competente.

Recomendamos ampliar esta información mediante la consulta a la guía práctica para detectar situaciones de alto riesgo, elaborada por OMS y MSP. Si regresar a la casa conlleva un peligro para la persona, puede

remitirse a un servicio apropiado de alojamiento seguro o acogida, o hablar con ella para encontrar un sitio seguro al que pueda acudir (por ejemplo, la casa de una amiga, o de un familiar). Debe considerarse asesorar sobre posibilidad de denunciar determinados eventos de acuerdo al diagrama sobre situaciones de alto riesgo elaborado por el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica ⁽²⁰⁾.

Observar indicadores recomendados para ESCNNA, violencia y trata, y este tipo de situaciones en su entorno familiar, círculo social o comunitario. Realizar una contención tanto para el abordaje como para la derivación tutelada. **En las situaciones de riesgo, la acción de los profesionales de la salud en la evaluación, contención, orientación y diseño de un plan de seguridad, es crucial. De ser necesario, debe aplicarse la internación preventiva.**

ii.b) Consumo problemático de drogas

Si bien los estudios nacionales e internacionales que aborden la vinculación de TSx y consumo de drogas son escasos, es reconocido que esta vinculación existe y agrega una condición vulnerante en esta población.

El equipo de salud de referencia que asiste a TSx en el primer nivel de atención tiene la oportunidad de indagar el consumo de sustancias en los controles de salud, identificando como primer objetivo si existen consumos de riesgo y/o consumos problemáticos, valorando por lo tanto las repercusiones en la vida de las personas. El segundo objetivo es identificar la etapa del proceso de cambio en la que se encuentra la persona –modelo transteórico– y realizar intervenciones oportunas y eficaces para motivar el cambio, si corresponde.

Es importante reflexionar sobre las posturas que poseen los técnicos frente a la temática del consumo problemático de drogas y los procesos

de cambios de las personas, dado que tiene gran implicancia en las intervenciones que los mismos realizan en su práctica diaria (“paradigma de la enfermedad” y “paradigma del aprendizaje social”)⁽²⁴⁾.

El abordaje de personas con consumo problemático de drogas requiere de una mirada integral e integradora, donde además de los aspectos específicos de las sustancias es fundamental conocer las creencias, percepciones de riesgo, representaciones sociales y contextos de consumo con sus dinámicas, así como el ambiente sociocultural y familiar en el que las y los usuarios están insertos. Siempre se debe considerar la compleja interacción entre factores relativos a la sustancia en sí misma, a la persona que la consume y al entorno donde lo hace.

Por tal motivo, cuando abordamos trabajadoras y trabajadores sexuales con consumo problemático, es necesario identificar los riesgos y vulnerabilidades específicas así como las barreras en la accesibilidad a la atención en salud y a otros servicios, a los cuales esta población puede estar expuesta, de manera de proporcionar intervenciones y acompañamientos en la línea de gestión de riesgos y reducción de daños más oportunas y eficaces.

Bajo la denominación de droga o sustancia psicoactiva se designa a toda sustancia química de origen natural o sintético que una vez que ingresa al organismo puede provocar una modificación en el estado de ánimo de la persona o en su percepción de la realidad, a través de su acción directa sobre el sistema nervioso central (SNC). Según el efecto predominante en el SNC, las podemos clasificar en 3 grandes categorías: depresoras, estimulantes y alucinógenas. Debido a la mayor producción de drogas sintéticas en la actualidad, podemos hablar de una cuarta categoría: mixtas, donde se combinan los efectos predominantes de las anteriores.

Corresponde destacar en la población de trabajadoras y trabajadores sexuales el consumo de otras sustancias no psicoactivas, como las hormonas y el sildenafil o similares, que pueden provocar consecuencias negativas en las personas dado sus dinámicas de consumo y la frecuencia de su uso por fuera del contacto con los equipos de salud. Es importante promover el desarrollo de investigaciones que profundicen en estos aspectos, dada la escasa producción en la literatura científica.

El término “uso problemático” hace referencia a cualquier tipo de uso de drogas que incide negativamente en una o más de las siguientes áreas vitales de una persona: 1) su salud física y/o mental; 2) sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); 3) sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); 4) sus relaciones con la ley.

Existen básicamente tres tipos de uso problemático, es decir, tres modalidades de consumo que pueden generar problemas o daño en las personas: 1) intoxicaciones agudas; 2) uso regular o crónico; 3) dependencia. Las intoxicaciones agudas ocurren cuando se consume la sustancia en cantidades excesivas que el organismo no puede metabolizar adecuadamente. El uso crónico se desarrolla cuando se consume cantidades leves a moderadas de forma sostenida en el tiempo con repercusiones negativas en las áreas vitales enunciadas. El uso dependiente implica una estructuración de la identidad de la persona en torno al consumo de la sustancia con una necesidad imperiosa, donde la suspensión brusca puede desencadenar un síndrome de abstinencia característico de la sustancia. También en esta última modalidad puede desarrollarse tolerancia, la cual se caracteriza por el aumento de la dosis para conseguir el mismo efecto o una reducción del efecto con la dosis habitual⁽²⁵⁾.

Según la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, publicada en el año 2016 por el Observatorio Uruguayo de Drogas, las

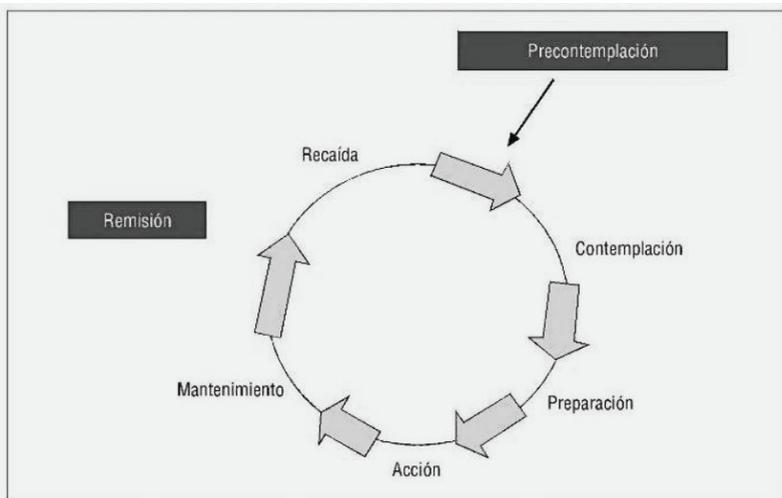
sustancias más consumidas son el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, seguidos por el consumo de cannabis y cocaína⁽²⁶⁾.

Dentro de las herramientas recomendadas por la OMS para la identificación de consumos de riesgo y/o consumos problemáticos, destacamos el cuestionario ASSIST (prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias) que debe ser administrado por personal técnico de la salud y consta de 8 preguntas con una duración aproximada de 5 a 10 minutos⁽²⁷⁾. Incluye varias sustancias para las cuales indica la puntuación de riesgo: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetaminas, inhalantes, sedantes o pastillas para dormir, alucinógenos, opiáceos y otras drogas.

El modelo transteórico de cambio en el comportamiento de salud de Proshaska y Di-Clemente describe el proceso de cambio que atraviesan las personas, pasando por diferentes etapas de motivación a las cuales no se las concibe de forma lineal ni escalonada. Conocer la etapa de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída), es fundamental para realizar intervenciones acertadas (tabla 1).

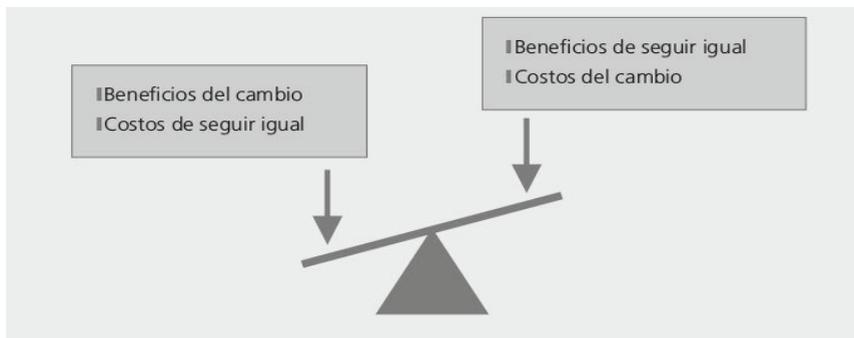
Tabla 1. Etapas de cambio del modelo transteórico e intervenciones recomendadas

Etapa	Características	Intervención
Precontemplación	La persona no identifica que tenga un problema ni tiene intención de modificar su comportamiento.	Mantener una escucha respetuosa y no confrontativa, intentando promover la problematización del consumo. Concomitantemente se ofrece información de los daños y se deja a disposición el servicio para volver a dialogar cuando la persona lo desee.
Contemplación	Se reconoce el problema, apareciendo la ambivalencia respecto a la posibilidad de cambio.	Se recomienda explicitar los pros y los contras de este cambio, contribuyendo a la toma de la decisión, enfatizando en la libertad de elección y auto responsabilidad, así como en la autoeficacia.
Preparación	Se toma la decisión de cambio.	Es importante definir metas concretas, accesibles y planificadas, así como ofrecer opciones de servicios y dispositivos de salud específicos en consumos problemáticos disponibles en el sistema. Trabajar sobre obstáculos y barreras existentes, e identificar referentes de apoyo afectivos y/o familiares, reforzando siempre la autoeficacia.
Acción	Se realizan los cambios.	
Mantenimiento	Se sostienen los nuevos patrones de conducta.	Promover la creación nuevos comportamientos disfrutables, desarrollar estrategias de enfrentamiento así como prevenir situaciones de riesgo de recaída.
Recaída	Es parte del proceso de cambio, constituye una oportunidad de aprendizaje y no debe interpretarse como un fracaso.	



Las intervenciones planteadas para cada etapa respetan los principios de la entrevista motivacional, construyendo la base para las intervenciones breves a realizar en cada situación que toma contacto con el equipo de salud del primer nivel de atención⁽²⁸⁾.

Las intervenciones en gestión de riesgos y reducción de daños implican un marco conceptual que engloba todas aquellas estrategias que pretenden disminuir los efectos negativos del uso de drogas, e intentan construir abordajes con los usuarios que no quieren o no pueden dejar de consumir. Se basan en un enfoque de derechos humanos, con respeto por las decisiones y elecciones individuales, constituyendo una atención integral centrada en la persona. Su objetivo es disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas. Implica un análisis conjunto con las/los usuarios, identificación de los daños, priorización de los mismos y creación y acuerdo de comportamientos alternativos que disminuyen los riesgos.



ii.c) Salud sexual y salud reproductiva

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) conceptualiza la salud sexual como “un estado o proceso de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la experiencia sexual. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción, de enfermedad o de ambos”.

Para lograr la salud sexual es necesario que la persona tenga reconocidos y garantizados sus derechos sexuales: “es decir, que la salud sexual significa que todas las personas puedan sentirse bien con su sexualidad, que la puedan expresar libre y responsablemente y que puedan ejercer y hacer valer sus derechos sexuales”⁽²⁹⁾.

En lo que respecta a la salud sexual en TSx, en el ámbito de la consulta es necesario generar un ambiente de confidencialidad, respeto, libre de prejuicios, explorar acerca de las prácticas sexuales, uso consistente de preservativo, prácticas bajo efectos de drogas o alcohol, situaciones de abuso y violencia. Orientar y apoyar en el reconocimiento e identificación por parte del/a usuario/a de las situaciones que exponen a riesgo, así como de las medidas de protección. Apoyar en la elaboración de un plan de autocuidado.

Como claramente lo determina el marco normativo de la Ley N° 18.426/2008 de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, al igual que en la población general, tanto a mujeres como a varones que ejercen el trabajo sexual, deberán brindarse toda la gama de métodos de barrera y anticonceptivos existentes, promoviendo el uso de doble método y tendiendo a que la persona seleccione aquel que mejor se adapte a sus necesidades. El equipo de salud debe ser capaz de brindar orientación, además, acerca de los pasos a seguir en caso de fallo de alguno de los métodos (por ejemplo profilaxis post exposición y en caso de ser necesario, interrupción voluntaria del embarazo).

El equipo de salud debe conocer las diferentes prácticas sexuales, sus denominaciones en lenguaje cotidiano, así como los riesgos que algunas de ellas implican: traumatismos, exposición a situaciones de violencia, ITS. Se recomienda pedir aclaración en casos de no comprender la terminología utilizada en referencia a prácticas específicas. El desconocimiento puede conducir a no evaluar de manera adecuada los riesgos que implica.

Exposición a ITS

En lo que refiere a la exposición a ITS, las personas que ejercen el TSx son un grupo de particular situación de exposición debido a:

- Exposición a gran número de parejas sexuales y a prácticas sexuales sin uso de métodos de barrera por dificultades en la negociación de su uso (ejemplo: personas que pagan más por no usar preservativo).
- Condiciones que exacerban esta exposición, tales como el consumo de alcohol y drogas y la exposición a violencia.
- Realización de enemas, lavados vaginales periódicos, irrigaciones vaginales y anales, uso de productos astringentes o abrasivos: pueden lesionar o irritar las mucosas, aumentando el riesgo de ITS.

Vulnerabilidad y riesgo

Se entiende por riesgo a la exposición de individuos o grupo de personas a situaciones que los vuelven susceptibles a infecciones o enfermedades y por vulnerabilidad al conjunto de factores de naturaleza biológica, social, cultural, económica y política cuya interacción amplía o reduce el riesgo o la protección de la población, ante una determinada enfermedad o daño.

A continuación se comparte una tabla en la que se presentan las ITS más frecuentes y las prácticas sexuales que, si se llevan a cabo sin métodos de barrera, hacen posible su transmisión.

Tabla 2. Transmisión de ITS según las prácticas sexuales

<i>Transmisión según la práctica sexual</i>						
Agente Causal	<i>Boca pene</i>	<i>Boca ano</i>	<i>Boca vagina</i>	<i>Penetración anal o vaginal</i>	<i>Compartir juguetes sexuales</i>	<i>Manos genitales</i>
Chlamydia	No	No	No	Sí	(*)	No
Gonorrea	Sí	Sí	Sí	Sí	(*)	No
Sífilis	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí	(*)	Sí (1)
VPH	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Herpes	(*)	(*)	(*)	Sí (1)	(*)	Sí (1)
VIH	(*)	(*)	(*)	Sí	Sí	No
Hepatitis A	No	Sí	No	No	Sí	No
Hepatitis B	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Hepatitis C	No	No	No	(*)	Sí (1)	No

Sí (1): Es posible la transmisión si existe lesión
(*): Bajo riesgo

Fuente: Montoya Herrera, 2008.⁹
Modificado por MS Uruguay 2017.

⁹ Montoya Herrera, O. (2008). Guía de orientaciones básicas para la atención clínica de hombres gays, bisexuales, personas trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBTH) en los servicios de salud. Quito: Fundación Ecuatoriana Equidad.

Recomendaciones enfocadas en exposición a ITS

- Facilitar el acceso a métodos de barrera, gel, lubricantes, etc. en cantidad adecuada a las necesidades de cada trabajador/a sexual, incluyendo una correcta consejería para su uso.
- Informar sobre síntomas de alarma que requieren consulta antes del próximo control.
- Promover la adherencia a eventuales tratamientos de ser necesario.
- Indicar las vacunas si corresponde.
- Explicar claramente el plan de control.
- Indagar mitos o creencias en relación con las ITS desde un marco de educación para la salud.

Los protocolos de diagnóstico y tratamiento se encuentran en las pautas específicas actualizadas por el MSP en el año 2018.

iii. Examen físico

El examen físico consistirá en la valoración general que se realiza a todo/a usuario/a, incluyendo control de signos vitales (PA, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura) y antropometría (peso talla IMC, perímetro abdominal).

Se realizará una evaluación general habitual con énfasis en la búsqueda orientada a signos de ITS genitales y extragenitales, así como orientado por la presencia de síntomas referidos en la entrevista, si los hubiera.

En el caso de personas trans, recomendamos referirse al capítulo sobre abordaje integral a personas trans de la guía “Salud y diversidad sexual” que contiene aspectos específicos a buscar en el examen físico⁽³⁰⁾. En particular, consideramos relevante mencionar la importancia de identificar

modificaciones corporales relativas a procesos de afirmación de género a las que la persona haya accedido, tales como implantes mamarios, cirugía genital, o colocación de materiales industriales (siliconas, aceites u otros) en distintas regiones del cuerpo. Sobre esta práctica, a la que han accedido 41% de las mujeres trans y que ha causado complicaciones en el 81% de los casos⁽³¹⁾, se debe destacar que de haber existido inyección de alguno de estos materiales en la región glútea, esto deberá ser tenido en cuenta e informado al personal de enfermería si la persona tiene indicación de recibir medicación por vía intramuscular.

Si bien el examen físico periódico en busca de signos y síntomas de ITS siempre deberá estar presente en la consulta rutinaria de TSx, también deberá estar incluido el examen general orientado por el motivo de consulta o los síntomas que la persona presente.

Piel y mucosas

En la evaluación extragenital se pondrá especial atención a signos orientadores de ITS. Las diferentes tipos de prácticas exponen a diferentes manifestaciones clínicas en piel y mucosas, involucrando la mucosa oral.

Manifestaciones orofaríngeas de ITS

La práctica de sexo oral predispone a infecciones orales por papiloma virus humanos (VPH o HPV), por sífilis, *N. gonorrhoeae*, entre otras⁽³²⁾.

Los condilomas acuminados son lesiones provocadas por el **VPH** en encías, labios y paladar. Su apariencia es nodular, blanda y sésil, con una superficie parecida a la coliflor, su tamaño puede variar (similar a las lesiones que aparecen en genitales). El diagnóstico es clínico presuntivo, pudiendo complementarse con citohistopatología y técnicas moleculares (PCR). Algunos genotipos de VPH tienen la potencialidad de malignizarse, siendo el VPH 16 el que se encuentra

más relacionado con las leucoplasias orales y el cáncer orofaríngeo. La literatura ha mostrado concordancia entre el genotipo del VPH presente en carcinomas orofaríngeos y el encontrado en mucosa oral clínicamente sana de la pareja del paciente portador del tumor. Esto implica que la exposición a la infección oral por VPH aumenta el riesgo de desarrollar cáncer no solo en el portador sino también en su pareja⁽³³⁾.

La **sífilis** puede producir lesiones orales en sus diferentes etapas. El chancro suele localizarse en labios, lengua, paladar y amígdalas, se presenta como una lesión papuloerosiva, pequeña, asintomática y acompañada por una o dos adenomegalias submandibulares o cervicales, en general visibles clínicamente por su volumen.

Las lesiones cutáneas y mucosas de la sífilis secundarias puede evolucionar con recurrencia en el primer año. Las lesiones orales de la etapa secundaria son múltiples pápulas blanconacaradas (placas mucosas, placas opalinas) cuya superficie puede erosionarse, ubicadas en mucosa labial, yugal, encías, lengua y velo del paladar. La sintomatología es escasa, pudiendo volverse dolorosas las lesiones ulcerosas.

La **N. gonorrhoeae** puede ser causa a nivel extragenital de conjuntivitis y faringitis exudativa con o sin adenitis. La estomatitis gonocócica, aunque poco frecuente, puede sospecharse por gingivitis no relacionada a placa dental, lesiones erosivas dolorosas en encía u otros sitios de la mucosa oral y faringoamigdalitis.

El comportamiento epidemiológico de las lesiones orales en la infección **VIH-SIDA** ha cambiado desde la aplicación de la terapia antirretroviral de alta actividad. Las manifestaciones en boca más frecuentes con relación a esta infección son las candidiasis y las enfermedades periodontales: eritema gingival lineal, gingivitis o periodontitis, aftas

y úlceras orales recurrentes. En los casos de enfermedad avanzada (inmunodepresión severa), pueden observarse infecciones y neoplasias relacionadas al SIDA: leucoplasia vellosa, sarcoma de Kaposi, linfomas o carcinoma escamocelular. Se reconocen las siguientes formas clínicas de candidiasis orofaríngea: lesiones blancas parcheadas en la mucosa yugal (muguet o forma pseudomembranosa), enrojecimiento parcheado en la mucosa (eritematosa), queilitis angular. La leucoplasia oral vellosa se presenta como placas blancas en la boca, especialmente en bordes de lengua de aspecto estriado o en pliegues.

Manifestaciones cutáneas de ITS

Las lesiones cutáneas de sífilis secundaria inicialmente se presentan como máculas rosadas evanescentes (roseola) que puede pasar desapercibidas. En la evolución aparecen lesiones más infiltradas, llamadas sífilides, que se presentan como pápulas, lesiones anulares, eritematoescamosas, ulceronecroticas, placas alopecicas o alopecia difusa. Si las sífilides se localizan a nivel genital o pliegues: condilomas planos; en palmas y plantas: clavos sífilíticos. Las lesiones palmoplantares son muy sugerentes de este diagnóstico.

En pacientes con VIH/SIDA, en la piel pueden observarse diversas lesiones indicadoras de inmunodepresión, infecciones y tumorales. La dermatitis seborreica se presenta como lesiones eritematosas descamativas en zonas grasas de la piel, principalmente en cara y cuero cabelludo. Las lesiones micóticas pueden tener aspectos variados: pápulas, costras, pústulas. Las periorificiales deben hacer sospechar histoplasmosis. Las lesiones por Kaposi se presentan como nodulares de color rojo-vinoso. Puede verse onicomycosis persistente. Las lesiones por herpes simple suelen ser diseminadas y atípicas, así como el herpes zoster que puede presentarse de manera extensa, afectando más de un dermatoma. Finalmente, en pacientes con VIH que han

iniciado recientemente un tratamiento antirretroviral, la presencia de erupción maculopapular, a veces con compromiso mucoso, debe alertar a una reacción alérgica y llevar a una interconsulta inmediata con especialista.

Linfoganglionar

La presencia de adenomegalias persistentes en múltiples territorios debe alertar sobre la posibilidad de VIH y sífilis.

Examen genital

Siempre debe realizarse inspección y palpación de genitales, incluyendo examen anal y tacto rectal en personas con prácticas sexuales anales receptivas. También debe realizarse el examen de mamas. Para la exploración vaginal se debe colocar espéculo para visualización. Toma de muestras según la tabla 3, que en lo posible debe realizarse en la misma consulta.

Las lesiones que pueden encontrarse son: vesículas o úlceras dolorosas sugestivas de herpes, verrugas vinculadas a infección por VPH, úlcera indolora característica de chancro sifilítico, condilomas planos por sífilis secundaria, orquiepididimitis (dolor, tumefacción y elementos fluxivos en epidídimo y testículos), fisuras o fístulas anales, trombosis hemorroidal, supuración por el meato uretral, secreción anal, micosis, parasitosis (pediculosis pubis).

En personas con prácticas sexuales anales insertivas, especialmente varones que tienen sexo con varones, se debe considerar la realización de PAP anal⁽³⁴⁾. La presencia de citología anormal, síntomas y/o signos anales detectados en la inspección o en el tacto, requerirá valoración por proctólogo.

En el caso de las mujeres trans que no se han sometido a cirugía genital,

es necesario tener en cuenta la existencia de la práctica de “trucarse” o “montarse”, que es como se le llama comúnmente al ocultamiento del pene y los testículos dentro de la ropa interior. Esto incluye retraer los testículos al canal inguinal y pegar el pene con cinta adhesiva entre las piernas y hacia el ano. Esta práctica, denominada “*tucking*” en inglés, es una causa común de dolor testicular y puede resultar en reflujo vesicouretral y síntomas de prostatismo, prostatitis, cistitis y orquiepididimitis. La cercanía del meato urinario y el ano es una puerta de entrada para infecciones⁽³⁵⁾. Al entrevistar a mujeres trans, debe preguntarse si realizan esta práctica e informar sobre sus consecuencias. Muchas la practican como parte de su proceso de afirmación de género por lo que, si bien es algo a desaconsejar, pueden hacerse recomendaciones como elegir leuco en lugar de cintas adhesivas y evitar dormir o pasar períodos prolongados en esta postura.

Es importante procurar las condiciones adecuadas para practicar el examen físico, esto es, privacidad del consultorio, buena iluminación, guantes, lubricante, y una sábana para que la persona pueda cubrirse. En el capítulo VII se presenta la evaluación clínicoetiológica de las ITS más frecuentes.

iv. Exámenes paraclínicos

En la tabla 3 se resumen los exámenes a realizar en las consultas de control de personas que ejercen el trabajo sexual. La presente tabla está orientada a las ITS. Dentro de las rutinas y otros exámenes complementarios, deberán incluirse los necesarios de acuerdo a la valoración individual y las recomendaciones establecidas para cada caso.

Tabla 3. Exámenes a realizar en el primer control y en el seguimiento¹⁰

Exámenes	Inicial	Frecuencia
Exámenes paraclínicos según edad y sexo.	√	Según pautas vigentes.
Exámen de genitales externos espéculo.	√	En cada control.
Toma de muestra para <i>C. trachomatis</i> , (1ª orina de la mañana, endocervical, secreción ano-rectal); <i>N. gonorrhoeae</i> (ídem <i>C. trachomatis</i> más muestra faríngea).*	√	Anual, antes en presencia de síntomas.
Prueba de sífilis.	√	Cada 6 meses, antes si hubo exposición de riesgo.
Prueba de VIH.	√	Cada 6 meses, antes si hubo exposición de riesgo.
VHB.	√	Si es negativo, vacunar.
VHA.	√	Si es negativo, vacunar.
Serología de VHC.	√	Anual o según necesidad (exposición, síntomas).
Tamizaje de lesiones cervicales.	√	Anual iniciando a los 18 años.
Tamizaje de lesiones ano-rectales en personas con prácticas sexuales anales receptivas.	Considerar.	Cada 1 a 3 años en personas con VIH según disponibilidad ¹¹ .

* Se recomienda la incorporación de técnicas de biología molecular.

¹⁰ Existen múltiples recomendaciones con respecto a la detección de ITS en trabajadoras/es sexuales tanto en lo referente a los tipos de exámenes a practicar como en la frecuencia en que se realizan. Las mismas varían entre distintos países como incluso dentro de un mismo país fundamentalmente por prevalencia local de las ITS, disponibilidad de pruebas, reglamentación vigente, etc.

¹¹ Si bien el cáncer anal es más frecuente entre gays y HSH, aún no se ha demostrado beneficio del *screening* periódico en esta población, por otra parte aún existen limitaciones de acceso a técnicas como detección de HPV y citología anal. Esto no excluye la necesidad de practicar inspección visual y tacto rectal en personas con prácticas sexuales anales receptivas.

La entrevista con foco en el tamizaje de ITS, debe brindar información y asesoría de manera objetiva y no debe contener cuestionamiento moral explícito ni implícito.

La mayoría de TSx reconocen que se encuentran en mayor exposición frente a ITS, sin embargo, no hay que dar por establecido que los conocimientos son exactos o suficientes, ya que existen mitos y preconcepciones que es necesario indagar.

En el proceso previo a la realización de pruebas de tamizaje de ITS (incluido de VIH) se debe informar: el beneficio de realizarse estudios de diagnóstico (muchas ITS son asintomáticas), posibles resultados y significado, disponibilidad de tratamientos en caso de resultados positivos, así como el carácter confidencial de los resultados, informando explícitamente que éstos no se consignan en la libreta de TS. Asesorar sobre la necesidad de estudio y/o tratamiento de la/s pareja/s sexuales y enfatizar el uso de métodos de barrera.

Cualquier persona tiene derecho a no realizarse los exámenes, aunque es poco probable la negativa cuando la información es clara, la entrevista se realiza en un marco ético y de empatía y –especialmente– se asegura el cumplimiento de los procesos para mantener la confidencialidad.

Este proceso forma parte del consentimiento informado según el Decreto 274/010¹². El consentimiento consiste en el registro en la historia clínica y **NO** requiere ser firmado ni de un formulario específico.

Existen estudios que muestran mayor prevalencia de infecciones por HPV y de lesiones asociadas entre mujeres trabajadoras sexuales, y que esta diferencia es más significativa entre mujeres menores de 21 años. Sin

¹² Artículo 170 del Decreto 274/2010, "Consentimiento informado". *"Todo procedimiento de atención a la salud será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud, previa información adecuada, suficiente, continua y en lenguaje comprensible para dicho paciente, debiendo dejar constancia en la historia clínica del consentimiento informado del paciente a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos"*.

embargo, no existen recomendaciones internacionales específicas sobre la periodicidad de tamizaje en esta población^(36,37). Según el consenso alcanzado en las reuniones de validación, se propone implementar el tamizaje anual iniciado a los 18 años de edad o al momento en que la TS toma contacto con el sistema de salud.

d. Orientación para el acceso a derechos

Desde la promulgación de la Ley N° 17.515 del año 2002, existe la Comisión Nacional Honoraria de Protección al Trabajo Sexual, que es el ámbito de representación con el que cuentan TSx organizadas/os y no organizadas/os. Dentro de sus cometidos está “brindar asesoramiento a TSx sobre sus derechos y deberes, apoyándolos en cualquier acción legal que tienda a protegerlos contra cualquier forma de explotación”, y “promover cursos de educación sexual y sanitaria entre los trabajadores sexuales. Colaborar en las campañas que, utilizando los medios de comunicación de masas y otros modos de difusión, realicen las autoridades competentes sobre el tema”.

Siempre se debe proporcionar apoyo, orientación y asesoría social, respecto a:

- i. Orientación para el acceso a la seguridad social
 - i.a. Inscripción en Banco de Previsión Social (BPS)
 - i.b. Inscripción al monotributo del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)
 - i.c. Orientación general en derechos
- ii. Asesoría para el cambio de nombre
- i. Vinculación a grupos de pares

i. Orientación para el acceso a la seguridad social

Las personas que realizan trabajo sexual, tienen la posibilidad de estar inscriptas como “monotributistas” (monotributo común o monotributo

MIDES) en la seguridad social y tener beneficios sociales tales como jubilación, licencia por enfermedad, asistencia económica para lentes y prótesis, operaciones gratuitas de ojos, subsidio transitorio por incapacidad parcial (hasta 3 años), pensión, préstamos sociales y turismo social para pasivos.

Dependiendo de la vinculación con la seguridad social del TS o de su cónyuge o pareja, puede que también le corresponda tener cobertura de FONASA para el/ella, su pareja e hijos. Esto quiere decir que la persona puede optar por la asistencia en prestadores públicos o por la asistencia en prestadores privados. En este último caso, es importante explicarle a la persona que sólo contará con el prepago (del descuento de FONASA se pagará la cuota de la persona y su familia en el prestador privado), pero deberá abonar los copagos (los costos de órdenes y tickets de medicamentos, entre otros) según cada prestador.

i.a Inscripción al monotributo unipersonal BPS

El tipo de monotributo corresponde al rubro de servicios sexuales. Incluye en todos los casos la cobertura de FONASA para la persona, pareja, hijos menores o hijos con discapacidad que tenga a cargo el titular del monotributo, sin pagar un costo extra. Sin embargo, los aportes mensuales son superiores a los aportes requeridos por el monotributo MIDES, y el no pago de los aportes genera sanciones económicas, no permitiéndose suspender la actividad a menos que sea para cerrar la unipersonal.

El trámite de afiliación se realiza, en Montevideo, en BPS – Asesoría Tributaria y Recaudaciones (ATYR) en Sarandí 570 (subsuelo) o en la Dirección General Impositiva (DGI) de Avda. Daniel Fernández Crespo 1534, o en el interior en las oficinas de BPS y DGI de todo el país. Puede consultarse sobre los costos en la página web del BPS (<http://www.bps.gub.uy>) o en su servicio de atención telefónica 0800 2001.

Los requisitos para iniciar el trámite pueden consultarse en: <https://www.bps.gub.uy/11337/inscripcion-de-contribuyente-monotributo-unipersonal.html>

i.b. Inscripción al monotributo del Ministerio de Desarrollo Social

Sólo pueden acceder a este tipo de monotributo las personas que integren hogares que se encuentren por debajo de la línea de pobreza o en situación de exclusión socioeconómica.

Entre las ventajas que tiene esta inscripción se destaca la posibilidad de suspender la actividad en los meses en que no se trabaja y mientras la actividad está suspendida no se paga el tributo, pudiendo reiniciar la actividad en cualquier momento. También se puede tener cobertura de FONASA para la persona, su pareja e hijos menores, pagando un monto extra. Se puede consultar los aportes mensuales con y sin cobertura de FONASA en la siguiente dirección: <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/34146/monotributo-social-mides>

El trámite de inscripción como “monotributista MIDES” se puede iniciar en cualquier oficina del MIDES, tanto en Montevideo como en el interior del país. Aunque el trámite lo puede realizar cualquier funcionario del MIDES, se recomienda hacerlo con el “referente de monotributo”, ya que es quien mejor conoce todos los detalles del proceso de inscripción.

i.c. Orientación general en derechos

Independientemente de la inscripción a la seguridad social, deben tenerse en cuenta las condiciones socioeconómicas y la etapa en la vida de la persona para hacer las recomendaciones que correspondan más allá de que la persona sea TSx. Se busca colaborar para que la persona pueda acceder a las prestaciones que le correspondan, tales como subsidios por discapacidad, cobro de prestaciones (en caso de

embarazo), jubilaciones por edad avanzada, o políticas afirmativas vinculadas a leyes dirigidas a colectivos vulnerados, tales como la ley de acciones afirmativas para población afrodescendiente o la ley integral para personas trans, por ejemplo.

ii. Asesoría para el cambio de nombre

En Uruguay la ley reconoce el derecho a la identidad de género desde el año 2009, estableciendo que “toda persona tiene derecho al libre desarrollo de su personalidad conforme a su propia identidad de género, con independencia de cuál sea su sexo biológico, genético, anatómico, morfológico, hormonal, de asignación u otro”.

En 2018 se aprobó la Ley integral para personas trans (N° 19.684, Decreto N° 104/019), que modifica la forma de acceder al cambio de nombre y sexo registral en los documentos identificatorios, pasando de ser un trámite judicial a uno civil.

El MSP recomienda que los servicios de salud puedan orientar y acompañar a personas trans que deseen realizar el cambio de nombre y sexo registral para adaptar sus documentos de forma que respeten su propia identidad, y adecuar los registros en las instituciones de salud. El trámite actual debe ser iniciado en la página web del MIDES o del Registro Civil del Ministerio de Educación y Cultura (MEC). Se completa el formulario en línea y se debe presentar impreso en sobre cerrado en las Oficinas Territoriales del MIDES o en Centros MEC, con copia de la cédula de identidad o partida de nacimiento. El sobre debe estar dirigido a la Comisión Asesora Honoraria de cambio de Identidad y Género (Mides, 18 de Julio 1453, Oficina 203). La Comisión se comunicará con la persona y elevará un informe. La Dirección General de Registro Civil contará con 30 días hábiles para finalizar el trámite, una vez presentado el informe de la Comisión.

Más información sobre este trámite y la forma de acceder al formulario en línea puede consultarse en esta dirección: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/derechos-humanos-cultura>

Las personas trans tienen derecho a ser llamadas por su nombre social y de acuerdo con su identidad de género en los servicios de salud, independientemente de que tengan o no hecho el cambio de nombre y sexo registral. Asimismo, en caso de requerir internación, las personas trans tienen derecho a que se respete su identidad de género en la designación de camas y/o sectores (MSP, 2009)⁽³⁸⁾. Se recomienda preguntarle a la persona cuál es su nombre social y consignarlo en la Historia Clínica y otros sistemas de registro (*kardex*, partes diarios, cuadernos de novedades, etc.). En caso de internación, consultar a la persona si se siente cómoda en un sector designado según su identidad de género. Según el caso, valorar la necesidad de dialogar también con otras/os usuarias/os del sector (ejemplo, lugares de internación con salas generales), teniendo en cuenta que el objetivo de este diálogo es informar, mas no habilitar la negociación. En el seguimiento, consultar a la persona si se siente cómoda (MSP, 2016)⁽³⁹⁾.

iii. Vinculación a grupo de pares

Se recomienda tener claro si existen grupos vinculados a la temática del trabajo sexual u otros que se vinculen a la defensa de derechos sexuales o diversidad sexual en el lugar donde se encuentra el servicio. El contacto con estos espacios es, como se sabe, importante para los equipos de primer nivel de atención y puede ser una referencia para TSx.

Capítulo VI

PREVENCIÓN

En la consulta de control de personas que ejercen el TSx resulta fundamental la indicación de medidas preventivas y la asesoría que permita adoptar conductas de autocuidado, sobre la base de información exhaustiva y de calidad (tabla 4). Si bien el énfasis estará dado por las intervenciones en salud sexual y salud reproductiva, se debe tener presente que son aplicables todas aquellas intervenciones generales que se consideran en población general, tales como:

- Control odontológico.
- Control oftalmológico y auditivo según necesidad.
- Control y tamizaje orientado por factores de riesgo, siguiendo los protocolos vigentes.

Tabla 4. Intervenciones para la disminución de riesgos vinculados al trabajo sexual

Efecto	Condiciones favorecedoras	Recomendaciones
Lesiones e infecciones vulvo-vaginales.	Higiene inadecuada (solo uso de papel higiénico).	Lavado con agua, secado con toalla limpia o descartable.
Infecciones micóticas de piel y pliegues (intertrigo). Vulvovaginitis, flujo.	Humedad persistente en pliegues. Uso de esponjas en período menstrual.	Secar cuidadosamente luego del lavado. No utilizar esponjas, ofrecer preservativo femenino, anticonceptivos o DIU con hormonas que disminuyan el sangrado menstrual. No usar DIU + esponja, lo que aumenta el riesgo de infecciones.
Lesiones anales: heridas e ITS. Infección por VHA.	Fricción en las relaciones sexuales (RS) y falta de lubricación. Sexo ororal sin métodos de barrera.	Uso de condón y gel lubricante en base acuosa. Estimulación anal con los dedos previo a la penetración con uso de gel, evitar llevar posteriormente los dedos a la boca. Higiene anal externa previo a las RS. Evitar uso excesivo de enemas. Usar solamente agua o solución salina y baja presión de agua. Desaconsejar el uso de jabón u otro tipo producto. No usar preservativos superpuestos. Si se comparten juguetes sexuales, usarlos con preservativo. Si se practica “fist-fucking” (penetración de la mano y puño), realizarlo de manera progresiva con lubricación. Consulta inmediata frente a hemorragia o dolor. Vacuna VHA si tiene serología negativa

Efecto	Condiciones favorecedoras	Recomendaciones
Parasitosis intestinal (oxiuros, giardiasis).	Sexo oroanal sin método de barrera.	Uso de métodos de barrera.
TSx en embarazo: Vulvovaginitis. Abortos. Amenaza de parto prematuro. Sífilis, VIH y otras ITS con potencial transmisión fetal-neonatal.	Factores favorecedores: múltiples relaciones sexuales. RS intempestivas. ITS, múltiples RSy/o intempestivas. No uso de condón.	Evitar el ejercicio del trabajo sexual en el embarazo, uso de condón, control prenatal.
TSx en mujeres trans: HTA, episodios trombóticos, aumento de peso, edemas, disminución de la libido, disfunción sexual.	Estrógenos.	Indicación y seguimiento por médico. Control periódico de acuerdo a pautas.
Infecciones locales, necrosis tisular, ulceraciones, reacciones de cuerpo extraño a células gigantes, formación de granulomas, linfadenopatías regionales y migración de la sílicona a otras partes del cuerpo. Cuadros graves embólicos, insuficiencia respiratoria, sepsis.	Uso de sílicona industrial inyectada con fines cosméticos.	Desaconsejar su uso y explicar riesgo. Si aún la persona decide utilizarla, asesorar en medidas de asepsia y buenas prácticas de inyección (reducción de daño). Asesorar sobre síntomas que requieren consulta inmediata.
Angustia, ansiedad, afectación de las relaciones afectivas.	Afectación de la autoestima, estigma y discriminación, enfermedades psiquiátricas.	Intervención de equipo de salud mental según necesidad.

Efecto	Condiciones favorecedoras	Recomendaciones
Mayores niveles de exposición al abuso, negociación de uso de condón.	Consumo de drogas, alcohol, situación socioeconómica.	Evita el ejercicio del TSx bajo efectos de drogas. Consulta con equipos de salud mental y otras que se requiera.
Lesiones, víctimas de violencia, asaltos, etc.	Ejercicio de TSx bajo efectos de drogas, en condiciones de aislamiento.	Ambientes seguros, alianzas con otras personas que ejercen el TS.
Irritación bronquial, infecciones respiratorias.	Ambientes cerrados, exposición a humo, tabaquismo.	Ambientes ventilados, cumplimiento de normativas respecto a no fumar en ambientes cerrados, policlínica de cesación de tabaquismo ⁶
TSx en personas trans: dolor testicular, reflujo vesicouretral, síntomas de prostatismo, prostatitis, cistitis y orquiepididimitis.	Uso de la práctica de trucearse ("tucking").	Desaconsejar la práctica, discutir sobre las consecuencias. En cuanto a reducción de daños, recomendar elegir leuco en lugar de cintas adhesivas y evitar dormir o pasar períodos prolongados en esta postura.
Sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular, enfermedades gastrointestinales.	Alimentación desbalanceada, comidas rápidas, consumo excesivo de azúcares, sal, alcohol.	Hidratación, prever comidas de elaboración casera. Orientar según Guía alimentaria para la población uruguaya.
Insuficiencia venosa crónica, lumbalgias, deformaciones posturales.	Uso de tacones, largos períodos de pie	Períodos de descanso con elevación de MMII y en lo posible intercalar calzado con otro más cómodo. Medias compresivas para la insuficiencia venosa.

Prevención combinada

Se ha definido la prevención combinada como la combinación de estrategias comportamentales, biomédicas, y estructurales basadas en los derechos humanos para disminuir el riesgo de exposición al VIH. La prevención combinada puede incluir abordajes de educación, información y comunicación, distribución sistemática de condones y lubricantes, estrategias de reducción de daños, diagnóstico y tratamiento de ITS, promoción y oferta de la prueba de VIH, profilaxis posexposición y preexposición, entre otros. También refiere que los paquetes de prevención combinada deben ser adaptadas a las necesidades específicas de poblaciones, comunidades y países y su máxima calidad debe ser asegurada⁽⁴⁰⁾.

Las medidas de prevención combinada en ITS dirigidas a la población de TSx deben estar incluidas en los paquetes de prevención que ofrecen los servicios. A su vez, deben ser incorporadas en la gestión de los servicios y deben orientar la disponibilidad de insumos, recursos humanos capacitados y protocolos de atención.

Los prestadores de salud deberán tener disponibilidad de estos servicios accesibles en territorio, con una cercanía que no implique traslados lejanos para su acceso. En caso de no cumplir con este requisito, podrán establecer convenios de complementación público-privada.

Tabla 5. Recomendaciones de accesibilidad a prestaciones en servicios (componentes de prevención combinada)

Estrategias	Componentes	Accesibilidad	
		En el lugar	Cercana
Estructurales	Consulta que incluya control de TSx.	√	
	Consulta en horario adecuado que incluya control de TSx .		√
	Protocolo de actuación en control de TSx.	√	
	Recursos humanos sensibilizados y capacitados.	√	
	Espacios en el servicio para actividades de promoción y prevención.		√
	Capacidad de asesoría en acceso a apoyo social (BPS, tarjeta Uruguay Social, bolsas de trabajo, cambio de nombre, etc).	√	
Comportamentales	Disponibilidad de materiales de información sobre prevención (folletería u otras herramientas).	√	
	Asesoría en ITS por personal de salud capacitado (medicina, enfermería, otros).	√	
	Facilitación de actividades de promoción y prevención entre pares.		√
	Promoción y facilitación del acceso de la/s pareja/s sexuales para asesoría, pruebas diagnósticas y tratamiento ⁽¹⁾ .	√	

Estrategias	Componentes	Accesibilidad	
		En el lugar	Cercana
Biomédicas	Disponibilidad y acceso a condones masculinos, femeninos y lubricantes sin indicación médica.	√	
	Disponibilidad y acceso inmediato a pruebas rápidas de sífilis y VIH con asesoría de personal de salud capacitado, sin requerimiento de indicación médica.	√	
	Capacidad de toma de muestra para <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> .		√
	Capacidad o accesibilidad cercana de toma de muestra para exámenes de ITS según pauta: VDRL/PPR, prueba confirmatoria de VIH, VHA, VHC, VHB (Anti core y Ags).		√
	Disponibilidad de tratamientos para ITS ⁽¹⁾ .	√	
	Acceso a tratamiento antirretroviral.		√
	Acceso a hormonización.		√
	Capacidad de toma de muestra para PAP cervical.	√	
	Capacidad o accesibilidad a toma de muestra para PAP anal.		√
	Capacidad o acceso a puesto de vacunación.		√
	Asesoría e intervenciones en situaciones de violencia, en salud mental y consumo problemático de sustancias.	√	
	Disponibilidad o referencia cercana que permita acceso en menos de 2 horas a profilaxis post-exposición.		√
	Profilaxis Pre-exposición (PrEP) ⁽³⁾ .		(√)

⁽¹⁾ La prueba rápida de sífilis y VIH deberán realizarse aunque la pareja no sea usuaria del prestador (se establecerán acuerdos y complementaciones necesarias así como las coordinaciones y derivaciones en caso de pruebas reactivas con su prestador). ⁽²⁾ Fármacos disponibles en el servicio: azitromicina, penicilina benzatínica, fluconazol, ciprofloxacina, metronidazol, anticonceptivos. Fármacos en farmacia cercana: aciclovir (o valaciclovir), doxiciclina, ceftriaxona. ⁽³⁾ De acuerdo a pautas nacionales o de la OMS.

Tabla 6. Intervenciones preventivas en salud sexual y salud reproductiva

Intervención	Beneficios	Inconvenientes	Asesoría
Condón masculino (externo).	<p>Prevención de ITS y VIH cercana a 100%.</p> <p>Baja efectividad para prevención de infecciones por VPH y VHS.</p> <p>Prevención de embarazo aprox. 95%.</p>	<p>Excepcionalmente alergia al látex.</p>	<p>Uso en relaciones sexuales (RS) insertivas vaginales y anales. Puede utilizarse para práctica oral fabricando un campo de látex.</p> <p>Su aceptabilidad y confort mejora con el uso de gel en base acuosa.</p> <p>Se debe cambiar para cada práctica.</p>
Condones femeninos (internos).	<p>Prevención de ITS y VIH cercana a 100%.</p> <p>Baja efectividad para prevención de infecciones por VPH y VHS.</p> <p>Prevención de embarazo aprox. 85%.</p> <p>Genera autonomía en la mujer.</p> <p>A diferencia del condón masculino, no requiere la erección del pene para su colocación.</p>	<p>Al estar recientemente disponible en la canasta de métodos, está poco divulgado su uso y colocación. A esto se suma la barrera cultural por ser un método que no requiere negociación para su uso.</p>	<p>Uso en relaciones sexuales vaginales receptivas.</p> <p>Recientemente ha sido aprobado su uso para relaciones anales.</p> <p>La aceptabilidad y confort mejora con el uso.</p> <p>Es importante explicar la forma de colocación.</p>

Intervención	Beneficios	Inconvenientes	Asesoría
Lubricantes de base acuosa.	Mejora la lubricación y el confort.		Evitar el uso de otros productos que puedan lesionar la mucosa o el material de los condones.
Anticonceptivos.	<p>Varias presentaciones:</p> <p>Orales.</p> <p>Implantes.</p> <p>DIU.</p> <p>Intramuscular.</p> <p>Parche.</p>	No previene las ITS.	Enfatizar la necesidad del uso de doble método con el uso de métodos de barrera como esencial en prevención de ITS.
Anticoncepción de emergencia.	<p>Forma segura de prevenir un embarazo después de haber tenido sexo sin protección o ante la falla de otro método anticonceptivo.</p> <p>Efectividad de hasta 90%.</p> <p>Están disponibles en las puertas de emergencia.</p>	<p>Debe ser utilizado en un plazo no mayor a 72 horas.</p> <p>Su efectividad disminuye en la medida que la toma se dilate.</p>	Uso de acuerdo a las recomendaciones y seguimiento posterior. En caso de que el método falle y se produzca el embarazo brindar atención de acuerdo con la necesidad de la persona (IVE o control de embarazo según pautas de atención del MSP).

Intervención	Beneficios	Inconvenientes	Asesoría
Vacuna VHA.	Prevención de hepatitis A en no inmunizados naturalmente o por vacuna.	Es necesario contar con IgG anti VHA negativa.	Beneficio en prevención de la vacuna y del uso de campo de látex en el sexo oro-anal.
Vacuna VHB.	Prevención de hepatitis B en no expuestos.	Requiere contar con serología negativa (Ags, Ac anti s, Ac anti core).	Riesgo elevado de transmisión. Indicación con receta sin necesidad de especificar que es TS.
Vacuna VPH.	Prevención para genotipos incluidos en la vacuna.	Escasa prevención o ninguna de infecciones por otros genotipos.	Requiere continuar controles periódicos con PAP. No incluido actualmente en las indicaciones gratuitas de la vacuna.
Profilaxis posexposición.	Intervenciones efectivas en prevención de ITS.	Requiere acceso a exámenes y a los insumos de prevención de manera inmediata.	Consulta precoz, antes de 72 horas posexposición.
Profilaxis pre-exposición con antirretrovirales	Demostrada efectividad para prevención de VIH entre gays, HSH y mujeres trans. Menor entre mujeres cis pero relacionada estrechamente a la adherencia.	Requiere elevada adherencia.	Seguimiento sistematizado según pautas.

Intervención	Beneficios	Inconvenientes	Asesoría
Prueba diagnóstica de sífilis.	Detección precoz de sífilis y tratamiento que evita la transmisión.	No utilizar test rápido si tuvo sífilis previa. Se trata de un test treponémico, no se negativiza con el tratamiento.	Uso de preservativos en todas las RS. Consulta inmediata posexposición.
Prueba diagnóstica de VIH.	Detección precoz de VIH y tratamiento que reduce la transmisión y con beneficio en la calidad y expectativa de vida.	Un resultado reactivo requiere confirmación. En caso de VIH positivo incrementa el estigma y la discriminación. Necesidad de asegurar la vinculación y seguimiento continuo.	Pasos para completar el proceso diagnóstico. Importancia del tratamiento antirretroviral. Uso de preservativos en todas las RS.
Tamizaje de ITS.	Detección precoz y tratamiento que contribuye a cortar la transmisión.	Si bien lo ideal es obtener diagnóstico etiológico, en la práctica el manejo exclusivamente sintrómico puede ser la única opción para no perder la oportunidad de tratamiento. Es poco probable la captación de la pareja sexual fuente de la infección y de todas las parejas sexuales expuestas.	Uso de preservativos en todas las RS. Estudiar y tratar a las parejas.

HEPATITIS

Hepatitis A

Si bien su transmisión se produce fundamentalmente por contaminación de agua y alimentos, la práctica de sexo oroanal también es una vía de transmisión, por lo que es considerada una ITS. Por lo tanto, la vacunación es la medida más eficaz para prevenir la transmisión del VHA entre las personas en riesgo de infección. La vacuna contra la hepatitis A está incluida en nuestro país en el esquema de vacunación de niños/as desde el año 2008.

Indicación de vacunación

Las personas que ejercen el TSx se consideran en riesgo de adquisición por lo que está indicada la vacunación si no han estado previamente expuesta. Se debe realizar determinación de anticuerpos del tipo IgG contra VHA, y si es negativa, está indicada la vacunación.

Tienen indicación de vacunación contra el virus de la hepatitis A aquellos TSx que:

- No han padecido hepatitis por VHA.
- No han recibido dicha vacuna previamente.
- Si se dispone de serología, los que tienen IgG del VHA no reactiva.

Dado que la mayoría de las personas responden a la vacunación, no están indicadas las pruebas serológicas posteriores.

Hepatitis B

El virus de la hepatitis B (VHB) se transmite entre personas a través del contacto con la sangre u otros fluidos corporales de una persona infectada. El contacto sexual y uso de drogas inyectables con materiales compartidos puede también transmitir el virus.

Tabla 7. Interpretación de resultados serológicos de VHB

	HbsAg	Anti HBs	AntiHBc IgM	Anti HBc	HbeAg	Anti Hbe
Susceptible	-	-	-	-	-	-
HVB aguda	+	-	+	-	+/-	-/+
HVB pasada (remisión)	-	+	-	+	-	+/-
HVB crónica	+	+	-	+	+/-	-/+
Significado incierto	-	-	-	+	-	-
Vacunado	-	+	-	-	-	-

Aclaraciones. HbsAg: antígeno “s” de hepatitis B. Anti HBs: anticuerpos anti antígeno “s”. Anti HBc: anticuerpos anti “core” de VHB. HBeAg: antígeno “e” de VHB. Anti HBe: anticuerpos anti antígeno “e” de VHB.

Tabla 8. Recomendaciones frente a los diferentes estatus serológicos de infección por VHB.

	RECOMENDACIÓN
Susceptible	Vacunar
HVB aguda	Reiterar en 6 meses para definir cronicidad. Seguimiento con funcional y enzimograma hepático.
HVB pasada (remisión)	Enzimas hepáticas. PCR ADN de VHB ya que puede persistir replicación viral
HVB crónica	Enzimas hepáticas. PCR ADN de VHB y derivar a infectólogo
Significado incierto	Enzimas hepáticas. PCR ADN de VHB. Puede corresponder a: infección pasada, falso positivo o infección activa. Derivar a infectólogo
Vacunado	Dosificar títulos de Anti-Hbs, sí es < 10 U/mL, revacunar

Indicación de vacunación

En Uruguay, la vacuna contra hepatitis B está incluida en el esquema de vacunación desde el año 1999. Desde ese año se incluyen a niños/as de 2, 4, 6 y 15 meses de edad y a adolescentes de 12 años. Desde el año

2012 ya los adolescentes no reciben la vacuna, ya que fueron vacunados, según el esquema, en los primeros meses de vida. Por lo tanto, toda persona menor a 23 años probablemente se encuentre vacunada. En este caso, se realizará una titulación de anticuerpos anti-s, que si es mayor o igual a 10 UI/mL se considera inmunizada.

La vacuna contra la hepatitis B es 95% efectiva en la prevención de la infección por VHB y sus consecuencias crónicas.

En personas que ejercen el TSx, está indicada la vacuna contra VHB en el esquema de 3 dosis (0, 3 meses y 6 meses). La vacuna no se encuentra indicada en personas inmunizadas, con exposición previa al virus (Ac HVB anti-s ± Ac HVB anti-core) o en pacientes con infección crónica por VHB (HVB Ag-s).

Son vacunas muy bien toleradas y las reacciones más frecuentes son el dolor y rubor en el sitio de inyección. Su administración no está contraindicada durante el embarazo ni la lactancia.

En caso de trabajadoras/es sexuales extranjeras/os se deberá verificar suministro de dicha vacuna según el cronograma del país de origen de la persona y, en caso de no haber recibido la misma, se indicará.

Hepatitis C

Se recomienda realizar pruebas anti-VHC para la detección de rutina de las personas asintomáticas en función de su riesgo de infección o sobre la base de una exposición reconocida. Las personas que ejercen el TS, especialmente quienes realizan prácticas sexuales anales, se encuentran expuestas a la transmisión sexual. Cuando la serología es negativa, se debe repetir anualmente. No existe vacuna contra la hepatitis C.

En caso de serología reactiva, referir a especialista para completar valoración.

Tabla 9. Recomendaciones ante serología reactiva de VHC.

VHC reactivo	Funcional y enzimograma hepático, carga viral de VHC (PCR VHC), genotipo de VHC, ecografía. Derivar a infectólogo o hepatólogo.
---------------------	---

VIRUS PAPILOMA HUMANO

En nuestro país, la vacuna contra VPH, si bien no está incluida en el esquema de vacunación, está recomendada en adolescentes de 11–12 años. También tienen indicación personas con VIH, varones gays y bisexuales, y mujeres trans hasta los 26 años. Para otras poblaciones puede estar indicada hasta los 26 años de edad, aunque aún no está disponible de manera gratuita.

Protege contra los genotipos más frecuentemente involucrados en las lesiones neoplásicas, pero no en el 100%, por lo que se requiere continuar con PAP cervical. Existe evidencia en mujeres cis trabajadoras sexuales de una mayor prevalencia de lesiones genitales asociadas a VPH. Por este motivo, se recomienda ofrecer la prueba de PAP cervical desde el inicio del trabajo sexual, a intervalos menores a los de población general⁽⁴¹⁾.

Se ha descrito mayor incidencia de lesiones anales por infección de VPH en varones que tienen sexo con varones, las personas viviendo con VIH y con lesiones genitales por VPH. A nivel internacional hay consenso en recomendar el *screening* de estas lesiones mediante PAP anal en varones con VIH que tienen prácticas sexuales anales insertivas.

La mayor evidencia sobre el efecto protector del condón ante la infección por VPH se registra en mujeres que inician las relaciones sexuales y que mantienen una sola pareja, con uso consistente del preservativo. En esos

casos, se reduce la incidencia de infección por VPH pero no se elimina. El efecto protector es menor en otras poblaciones. Se ha demostrado efecto protector del preservativo sobre las lesiones CIN-2 y CIN-3 y el cáncer cervical invasivo. Las hipótesis planteadas al respecto sugieren la reducción en la cantidad total de virus transmitido como una posible explicación⁽⁴²⁾.

PROFILAXIS POSEXPOSICIÓN SEXUAL

La profilaxis posexposición hace referencia a las medidas de prevención de adquisición de ITS en personas expuestas accidentalmente a transmisión ocupacional y no ocupacional. La exposición “no ocupacional” hace referencia a la exposición sexual consentida o no consentida, como las víctimas de abuso sexual o violación. Es esta última situación en la que se encuentran en mayor riesgo las personas que ejercen el TS.

Luego de una exposición sexual, se impone una evaluación rápida y el inicio de medidas de prevención en un tiempo mínimo que no debe exceder las 72 horas.

Tabla 10. Evaluación diagnóstica luego de la exposición sexual.

Estudios	Al inicio	Semana 1 – 2	Semana 4 – 6	A los 3 meses	A los 6 meses
VIH	√		√	√	
Hepatitis B	√		√(1)	√(1)	√(1)
Hepatitis C	√			√	√
<i>Chlamidia y N. gonorrhoeae</i> ⁽²⁾	√				
Sífilis	√		√	√	
Analítica. ⁽³⁾ CK ⁽⁴⁾	√	√	√		
Test de embarazo	√		√		

⁽¹⁾ Repetir en no vacunados. ⁽²⁾De estar disponible. ⁽³⁾ Hemograma, urea, creatininemia, funcional hepático en pacientes que se indica PEP. ⁽⁴⁾ Si se utiliza PEP que incluya raltegravir.

Tabla 11. Pauta de profilaxis posexposición sexual

Pauta	Consideraciones
Ceftriaxona 1g im, 1 dosis + Azitromicina 1g vo, 1 dosis + Metronidazol 2g vo, 1 dosis	Cobertura de: sífilis, <i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>G. vaginalis</i> , <i>trichomonas</i> .
Tenofovir/emtricitabina 1/día (o tenofovir 1 día + lamivudina ⁽¹⁾ 1 c/12hs) + Lopinavir/ritonavir 2 c/12hs o Dolutegravir 50mg/día (o raltegravir 1 c/12hs) Durante 1 mes	Si la prueba inicial de VIH es reactiva: realizar protocolo de confirmación y derivar a infectología.
Vacuna anti VHB ± Gammaglobulina hiperinmune	Si no está vacunado o vacunado con esquema incompleto: 1ª dosis de vacuna a la brevedad y completar esquema según resultados. Si está vacunado: evaluar serología.

PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN SEXUAL

La profilaxis pre-exposición (PrEP) es el uso de ARV en personas VIH negativas para prevenir la adquisición de VIH. La OMS recomienda el uso de PrEP en personas en “sustancial riesgo” de adquirir la infección, por lo que TSx pueden beneficiarse de esta estrategia.

La implementación de PrEP requiere de: accesibilidad (costos, disponibilidad), una elevada adherencia a la medicación, un programa de seguimiento sistematizado para despistar ITS –incluido VIH– de manera periódica (cada 3 meses) y aceptabilidad por los usuarios.

La PrEP se realiza con la asociación de tenofovir/emtricitabina y la pauta

con mayor nivel de evidencia es de un comprimido al día. Una alternativa es el uso de tenofovir + lamivudina, idealmente coformulado. El uso de esta herramienta debe acompañarse por la promoción enfática del condón como estrategia de “doble método” para la prevención del VIH. Se debe considerar que el no uso de preservativo conlleva riesgo de la adquisición de otras ITS y existe un riesgo mínimo pero potencial de adquisición de VIH.

La decisión de indicar PrEP dependerá de la evaluación individual, del grado de comprensión e involucramiento del usuario y de la accesibilidad a los fármacos en términos de costos que permita asegurar sostenibilidad de la medida. Se debe cumplir con un protocolo de seguimiento que permita diagnóstico de seroconversión, diagnóstico y tratamiento de otras ITS.

Bibliografía

1. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet* 2015; 385: 55–71.
2. Pando MA, Coloccini RS, Reynaga E, et al. Violence as a barrier for HIV prevention among female sex workers in Argentina. *PLoS One* 2013; 8: e54147.
3. Shannon K, Csete J. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. *JAMA* 2010; 304: 573–74.
4. Platt L, Jolley E, Rhodes T, et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: a systematic review and ecological analysis. *BMJ Open* 2013; 3: e002836.
5. Shahmanesh M, Wyal S, Copas A, Patel V, Mabey D, Cowan F. A study comparing sexually transmitted infections and HIV among ex-red-light district and non-red-light district sex workers after the demolition of Baina red-light district. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 52: 253–57.
6. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV* 2017; January 24, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(16\)30217-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30217-X)
7. Amaya, A., Canaval, E., & Viáfara, E. Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud. *Colombia Médica* 2005; 36 (3–Supl 2), 65–74.
8. Pecheny et al. Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina. Instituto Gino Germani, UBA y CENEP-CONICET con el apoyo financiero de ONUSIDA 2012.
9. Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina en Acción por sus derechos y Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y el Caribe. Estudio sobre estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. Informe de País. Sub-región Cono Sur. Argentina. Argentina: AMMAR 2013.
10. Ministerio de Salud Pública, (2013). Unidad de Gestión Proyecto Fondo Mundial

para el SIDA – MSP y Grupo RADAR con apoyo financiero de EL Fondo Mundial De Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de las personas trans femeninas en Uruguay. Montevideo: MSP

11. OMS. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. 2015
12. OMS/Naciones Unidas. Declaración conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la discriminación en los centros de atención de la salud. Comunicado de prensa. Disponible en www.who.int/mediacenter. Publicado: 27 de junio de 2017. Acceso: 9 de julio de 2017.
13. Entrevista a Cristina Garaizabal por Manuel Llusia. Página Abierta, n°132-133, diciembre 2002/enero 2003. Madrid, España. En <http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=16&pag=04&titulo=Trabajar-en-la-calle.-Las-condiciones-de-trabajo-de-las-prostitutas> trabajar en la calle. Condiciones de trabajo de las prostitutas. CARMEN BRIZ. Miembro de Hetaira, Colectivo en Defensa de los Derechos de las Prostitutas, ubicado en Madrid.
14. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. OMS. 2002
15. Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (2013). Participantes: CNCLVD, MIDES, INAU, SIPIAV, UNFPA, ONU Mujeres, AUCI, INE.
16. Encuesta de Prevalencia de Violencia Doméstica en Servicios de Salud. Principales Resultados. Abril 2013. Unidad de Sociología de la Salud. Dpto. de Medicina Preventiva y Social. Facultad de Medicina, Universidad de la República.
17. OMS. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General comment No. 20, Non-discrimination in economic, social and cultural rights; 2009.
18. Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP. Uruguay. 2011 <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf>
19. Atención de Salud para las Mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. MSP. Uruguay. 2018 <http://www.msp.gub.uy/sites/>

default/files/archivos_adjuntos/Manual%20Cl%C3%ADnico%20SNIS-MSP_2018_R.pdf

20. MSP y OPS. Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico para el Sistema Nacional Integrado de Salud. MSP. Uruguay 2018. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Afiche%20violencia%20sexual.pdf
21. Guías para la atención integral de la salud de adolescentes. MSP. Uruguay 2017. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GuiaSalusAd_web%20%284%29.pdf
22. MSP, INAU, Udelar, SUP, UNICEF. Guía: Los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área de salud. Uruguay 2012. <http://www.sup.org.uy/web2/wp-content/uploads/2016/07/Guia-de-Derechos-de-ninos.pdf>
23. Fernández S, Lapetina A. Contacto. Guía para el trabajo con usuarios de drogas en el Primer Nivel de Atención en Salud y otros contextos clínicos y comunitarios. Montevideo: Frontera; 2008. http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/27351/1/guia_contacto_fernandez_lapetina.pdf
24. Becoña, E. Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención en drogas. Plan Nacional sobre drogas. Madrid: 2002
25. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
26. Observatorio Uruguayo de Drogas. 6a Encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas. Uruguay: 2015.
27. Organización Panamericana de la Salud. ASSIST. Washington DC. Biblioteca sede OPS; 2011. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_screening_spanish.pdf
28. Motivational Interviewing. Third Edition, de William R. Miller y Stephen Rollnick Publicado originalmente en inglés por The Guilford Press. Traducción de Montserrat Asensio Fernández. Revisión técnica a cargo del Grupo Español de Trabajo en Entrevistas Motivacionales (GETEM), 2015
29. Organización Panamericana de la Salud/Asociación Mundial de Sexología.

-
- (2000) Promoción de la Salud Sexual: Recomendaciones para la acción. Actas de una reunión de Consulta.-Guatemala. En Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2007). Guía para el Personal de Salud en el Abordaje de Trabajadoras(es) del Sexo. El Salvador.
30. López, P., Forrisi, F., y Gelpi, G. (comp.) (2016). Salud y Diversidad Sexual. Guía para profesionales de la salud. Uruguay: Imprenta Rojo S.R.L. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Manual%20t%C3%A9cnico%20Salud%20y%20diversidad%20sexual%202016.pdf
 31. MSP. Situación y desafíos para la inclusión social y el derecho a la salud de personas trans femeninas en Uruguay. Uruguay 2013. http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Situacion%20y%20desafios%20para%20la%20inclusion%20de%20personas%20Trans%202013_0.pdf
 32. Division of STD Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/std/hpv/default.htm>
 33. Tsao AS, Papadimitrakopoulou V, Lin H, Guo M, Lee JJ, Holsinger FC, et al. Concordance of oral HPV prevalence between patients with oropharyngeal cancer and their partners. *Infectious Agents and Cancer* (2016) 11:21).
 34. Goldie SJ, Kuntz KM, Weinstein MC, Freedberg KA, Palefsky JM. Cost-effectiveness of screening for anal squamous intraepithelial lesions and anal cancer in human immunodeficiency virus–negative homosexual and bisexual men. *Am J Med* 2000;108(8):634–641.
 35. Center of Excellence for Transgender Health, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco (2016). Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2da Edición. Estados Unidos: Deutsch MB, ed. Disponible en www.transhealth.ucsf.edu/guidelines. Acceso 3 de abril de 2017.
 36. Vorsters A, Cornelissen T, Leuridan E, et al. Prevalence of high-risk human papillomavirus and abnormal pap smears in female sex workers compared to the general population in Antwerp, Belgium. *BMC Public Health* 2016; 16: 477
 37. Leung KM, Yeoh GP, Cheung HN, Fong FY, Chan KW. Prevalence of abnormal

-
- Papanicolaou smears in female sex workers in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2013;19(3):203–206
38. Ministerio de Salud Pública. (2009). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad sexual.* Montevideo: MSP.
 39. Ministerio de Salud Pública (2016). *Guía Clínica para la Hormonización en personas trans.* Uruguay: UNFPA – MSP.
 40. 2º Foro Latinoamericano y del Caribe del Continuo de atención. “Mejorar la Prevención Combinada del VIH para fortalecer el continuo de la prevención y la atención”. Río de Janeiro, Brasil, 18–20 agosto del 2015.
 41. Mak R, Van Renterghem L, Cuvelier C. Cervical smears and human papillomavirus typing in sex workers. *Sexually transmitted infections.* Bélgica 2004;80(2):118–20.
 42. Shepherd, J.P., Frampton, G.K., Harris, P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* Author manuscript; available in PMC 2014 Jun 2. Published in final edited form as: *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (4): CD001035. Publicado el 13 de Abril de 2011.



-  Ministerio de Salud – Uruguay
-  @MSPUuguay
-  www.msp.gub.uy

Ministerio de Salud Pública
Dirección General de la Salud
Área Programática Salud Sexual y Reproductiva
Área Programática ITS-VIH/Sida
Departamento de Laboratorios de Salud Pública
Departamento de Vigilancia en Salud

Uruguay 2019