

SINOPSIS DE POLÍTICA

LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y LA INFECCIÓN POR EL VIH

Julio del 2015



SINOPSIS DE POLÍTICA

LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y LA INFECCIÓN POR EL VIH

Julio del 2015

Versión oficial en español de la obra original en inglés
Policy brief: Transgender people and HIV
© World Health Organization 2015
WHO/HIV/2015.17

Las personas transgénero y la infección por el VIH. Sinopsis de política
Número de documento: OPS/CDE/18-034

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante”.

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. *Las personas transgénero y la infección por el VIH. Sinopsis de política.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

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

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

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

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

Índice

AGRADECIMIENTOS	2
ABREVIATURAS	3
INTRODUCCIÓN	6
Características epidemiológicas	6
Infección por el VIH y tratamiento hormonal	7
ESTRATEGIAS ESENCIALES PARA UN ENTORNO FAVORABLE	9
Legislación, políticas y compromiso económico propicios	9
Abordar la estigmatización y la discriminación	11
Empoderamiento de la comunidad	12
Violencia	13
INTERVENCIONES ESENCIALES DEL SECTOR DE LA SALUD	15
Programa integral de acceso a preservativos y lubricante	15
Intervenciones para reducir el daño al consumir sustancias psicoactivas y para que las inyecciones sean seguras	16
Intervenciones con respecto al comportamiento	17
Profilaxis preexposición (PrEP)	18
Pruebas de detección del VIH y asesoramiento	19
Tratamiento y atención del VIH	20
Prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidades (hepatitis virales, tuberculosis, salud mental)	21
Salud sexual y reproductiva	22
Servicios anticonceptivos	23
Tamizaje del cáncer cervicouterino	24
RESUMEN Y PUNTOS CLAVE	25
Puntos clave	25
Temas de investigación futura	25
RECURSOS ADICIONALES	26
BIBLIOGRAFÍA	27

Agradecimientos

La propuesta inicial de este documento fue redactada por **Tonia Poteat** (Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos) con contribuciones de **JoAnne Keatley** (Centro de Excelencia para la Salud Transgénero, Universidad de California, San Francisco, Estados Unidos).

Revisores externos

Darrin Adams (Futures Group, Estados Unidos), **Jack Byrne** (asesor independiente, Nueva Zelanda), **Mauro Cabral** (GATE, Global Action for Trans* Equality, Argentina), **Frits van Griensven** (Centro de Investigación en Sida de la Sociedad de Cruz Roja Tailandesa, Tailandia), **Aram Hosie** (ReachOut, Australia), **Alfonso Silva-Santisteban** (Escuela de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú), **Khartini Slamah** (Red Transgénero de Asia y el Pacífico, Malasia), **Cameron Wolf** (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Estados Unidos).

Representantes de organismos de las Naciones Unidas

Chris Collins (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Suiza), **Clifton Cortez** (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Estados Unidos), **Vivek Divan** (consultor de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, India), **Tim Sladden** (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Estados Unidos), **Hege Wagan** (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Suiza).

Personal de la OMS y consultores

Avni Amin (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas), **Rachel Baggaley** (Departamento de VIH/Sida), **Claudia Garcia Moreno** (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas), **Joumana Hermez** (Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental), **Rajat Khosla** (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas), **Verónica Magar** (Departamento de Género, Equidad y Derechos Humanos), **Rafael Mazin** (Oficina Regional para las Américas), **Razia Pendse** (Oficina Regional para Asia Sudoriental), **Michelle Rodolph** (Departamento de VIH/Sida), **Lale Say** (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas), **Marleen Temmerman** (Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas), **Annette Verster** (Departamento de VIH/Sida), **Marco Vitoria** (Departamento de VIH/Sida) y **Pengfei Zhao** (Oficina Regional para el Pacífico Occidental).

Coordinación general

Annette Verster y **Michelle Rodolph** coordinaron la elaboración de este documento bajo la supervisión de **Rachel Baggaley**.

Abreviaturas

ARV	antirretroviral
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM	Manual diagnóstico y estadístico
EMRO	Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental
IP	inhibidores de la proteasa
ITINN	Inhibidor de la transcriptasa inversa no análogo de los nucleósidos
ITS	infección de transmisión sexual
NCAVP	Coalición Nacional de Proyectos Anti-Violencia
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAJ	programas de distribución de agujas y jeringas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PrEP	profilaxis preexposición
RTV	ritonavir
SDV	servicios de pruebas de detección del VIH
SEARO	Oficina Regional para Asia Sudoriental
TAR	tratamiento antirretroviral
TB	tuberculosis
TMM	proyecto de seguimiento de asesinatos de personas trans
TSO	tratamiento sustitutivo de opioides
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VCI	violencia infligida por el compañero íntimo
VHB	virus de la hepatitis B
WPRO	Oficina Regional para el Pacífico Occidental

Definición de términos clave

Las definiciones usadas en este documento están en consonancia con las definiciones de consenso actuales que figuran en las directrices pertinentes de la OMS y en otros documentos de Naciones Unidas.

Los **grupos clave de la población** son grupos definidos que presentan una especial susceptibilidad al VIH sea cual sea el tipo epidémico. La estigmatización, la discriminación y la penalización de sus comportamientos o identidades son la base de su mayor vulnerabilidad al VIH. Los cinco grupos clave son los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas que consumen drogas inyectables, las personas que se encuentran en prisiones y otros entornos cerrados, los trabajadores sexuales y las personas transgénero.

El **sexo de nacimiento** es el sexo asignado a una persona al nacer. Puede concordar o no con la percepción de la identidad de género que tiene la persona cuando crece. Las personas transgénero, en términos generales, no se identifican con el sexo que se les ha asignado al nacer.

La **transfobia** es un prejuicio frente a las personas transgénero debido a su identidad de género o a la expresión de esta. También puede afectar a otras personas que no se atienen a las expectativas de la sociedad para los hombres o las mujeres. La transfobia puede ser “institucional”, es decir, reflejada en las políticas y las leyes que establecen una discriminación frente a las personas transgénero; puede ser “estructural”, es decir, reflejada en la injusticia socioeconómica que afecta a las personas transgénero de forma desproporcionada; y puede ser “social”, es decir, reflejada en un rechazo o un maltrato de las personas transgénero por otras personas. Y, puede estar “internalizada”, es decir, reflejada en los sentimientos negativos que las personas transgénero pueden tener respecto a ellas mismas o respecto a otras personas transgénero.

Transgénero es un término general para todas las personas que tienen una percepción interna de su género (identidad de género) que difiere del sexo que se les asignó al nacer. Las personas transgénero eligen diferentes términos para describirse. Por ejemplo, una mujer transgénero es alguien a quien se ha asignado que al nacer es un hombre y que se identifica a sí misma como mujer. Es posible que se describa a sí misma como “mujer trans”, “MaF” o “mujer”. Alguien a quien al nacer se le asignó el sexo mujer y que se identifica a sí mismo como hombre es un hombre transgénero. Es posible que utilice el término “hombre trans”, “FaM” o sencillamente “hombre” para describir su identidad. Hay algunas personas transgénero que no se identifican ni como hombres ni como mujeres, sino que se consideran fuera de una clasificación binaria del género. En algunas culturas existen términos indígenas específicos, como hijra (India), kathoey (Tailandia), muxé (México), travesti (Argentina, Brasil) y waria (Indonesia), que se usan con mayor asiduidad para describir a las mujeres trans o a quienes se identifican como un tercer sexo.

Transición es el proceso por el que pasan las personas transgénero para expresar su identidad de género. Esto puede incluir cambios destinados a afirmar su género en el aspecto externo, la ropa, manierismos o el nombre que la persona utiliza en sus interacciones diarias. Los cambios de este tipo se denominan a veces “transiciones sociales”. La transición también puede incluir pasos biotecnológicos que ayudan a que su anatomía se corresponda con su identidad de género. Los cambios resultantes se denominan a veces “procedimientos médicos de transición” o “procedimientos de afirmación del género” y pueden incluir el tratamiento hormonal de feminización o masculinización, los rellenos de tejidos blandos y las operaciones quirúrgicas.

El **tratamiento hormonal** (también conocido como tratamiento hormonal transgénero o tratamiento hormonal sustitutivo) es una intervención de salud usada por muchas personas transgénero. Las hormonas pueden utilizarse para feminizar o masculinizar el aspecto de una persona según su identidad de género. Es frecuente que las personas hagan supuestos acerca del sexo de una persona basándose en su aspecto físico; el tratamiento hormonal puede ayudar a las personas transgénero a expresarse y a ser reconocidas según el género con el que se identifican.

DOCUMENTOS DE LA OMS SOBRE LAS PERSONAS TRANSGÉNERO Y LA INFECCIÓN POR EL VIH

- **Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave.**
Ginebra: OMS; 2016.
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49094>
- **Tool for setting and monitoring targets: Supplement to the 2014 consolidated guidelines for hiv prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.** Ginebra: OMS; 2015.
<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/kpp-monitoring-tools/en/>
- **Sexual health, human rights and the law.** Ginebra: OMS; 2015.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/sexual-health-human-rights-law/en/
- **A tool for strengthening STI surveillance at the country level.** Ginebra: OMS; 2015.
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/sti-surveillance/en/>
- **Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública.**
Ginebra: OMS; 2011.
http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/msm_guidelines2011/es/
- **HIV, sexually transmitted infections and other health needs among transgender people in Asia and the Pacific.**
Manila: WPRO; 2013.
<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/tgtechnicalbriefs/en/>
- **The time has come: enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific.** Bangkok: PNUD, OMS, 2013.
<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/timehascome/en/>
<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/en/>
- **Regional assessment of HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific.**
Manila: WPRO; 2013.
<http://www.wpro.who.int/hiv/documents/regionalassessmentTG/en/>
- **Consultation on HIV, STI and other health needs of transgender people in Asia and the Pacific.** Manila: WPRO; 2012.
http://www.wpro.who.int/hiv/documents/HIV_STI_and_other_Health_Needs_of_Transgender_People/en/
- **Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other Anglophone countries.** Washington (D.C.): OPS; 2014.
<http://www.who.int/hiv/pub/transgender/blueprint-trans-paho/en/>
- **Priority HIV and sexual health interventions in the health sector for men who have sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region.** Manila: WPRO; 2010.
http://www.who.int/hiv/pub/populations/interventions_sea/en/
<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290614630/en/>

Introducción

En el presente informe técnico se resume la información básica y las recomendaciones existentes de la OMS para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH en los grupos de personas transgénero. En las directrices de la OMS del 2011, *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero*, no se diferenciaron las recomendaciones para personas transgénero de las destinadas a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. En las *Directrices unificadas sobre prevención diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave* de la OMS del 2016 se reconoce que la alta vulnerabilidad y las necesidades de salud específicas de las personas transgénero requieren su consideración en una categoría diferenciada e independiente en la respuesta mundial frente al VIH (p. 6) y se considera a las personas transgénero como un grupo clave diferenciado. Sin embargo, hasta la fecha, ningún documento mundial de la OMS ha abordado de manera exclusiva estas necesidades. Para llenar ese vacío, este informe técnico destaca las recomendaciones de la OMS sobre la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y las necesidades de las personas transgénero.

Los datos sobre la infección por el VIH específicos de las personas transgénero son limitados. La mayoría de la bibliografía publicada se centra en las mujeres transgénero, dada la intensa carga documentada de la infección por el VIH que tienen que enfrentar. Aunque en este documento se abordará la infección por el VIH en las personas transgénero, la información incluida acerca de los hombres transgénero es limitada, lo que refleja el desequilibrio existente en la carga de la infección por el VIH y en los datos disponibles respecto a las mujeres transgénero. Aun cuando muchas personas transgénero se identifican a sí mismas como hombres o como mujeres, algunos individuos expresan identidades de género que no encajan en esta clasificación binaria. No hay datos sobre la infección por el VIH en personas con identidades no binarias y, por consiguiente, esto no se comenta por separado en este informe técnico. En donde resulta pertinente se hace referencia a un informe técnico sobre la infección por el VIH en jóvenes transgénero, publicado en el 2014.¹

El presente informe técnico pretende ser un recurso para los gobiernos, los donantes y los ejecutores, con objeto de ayudarles a determinar lo que debe hacerse para abordar la infección por el VIH en las personas transgénero. Empieza con un resumen de los datos epidemiológicos y luego pasa directamente a una integración de las recomendaciones pertinentes respecto a las personas transgénero y la infección por el VIH. Todas las intervenciones recomendadas para las personas transgénero deben aplicarse de forma voluntaria, sin coacción ni fuerza alguna, y habiendo obtenido un consentimiento informado. El informe se basa en la información obtenida en un estudio sobre los valores y las preferencias de las propias personas transgénero e incluye ejemplos de casos ilustrativos. Finaliza con un comentario sobre las lagunas existentes en la evidencia y sobre los pasos sugeridos para llenar esos vacíos.

Características epidemiológicas

En general, los datos de salud, incluidos los datos de prevalencia de la infección por el VIH, son menos sólidos en el caso de las personas transgénero que en la población general, debido a las dificultades en el muestreo, la falta de estimaciones del tamaño de la población y los problemas derivados de la estigmatización y la discriminación. La investigación y los datos de vigilancia relativos

CONJUNTO INTEGRAL

a) Intervenciones esenciales del sector de la salud

1. Programa integral de acceso a preservativos y lubricantes
2. Intervenciones para reducir el daño al consumir sustancias psicoactivas (en particular programas de distribución de agujas y jeringas y tratamiento sustitutivo de opioides)
3. Intervenciones con respecto al comportamiento
4. Pruebas de detección del VIH y asesoramiento conexo
5. Tratamiento y atención de la infección por el VIH
6. Prevención y tratamiento de coinfecciones y otras comorbilidades, incluidas las hepatitis virales, la tuberculosis y los trastornos de la salud mental
7. Intervenciones de salud sexual y reproductiva.

b) Estrategias esenciales para un entorno favorable

1. Legislación, políticas y compromiso económico propicios, incluida la despenalización de ciertos comportamientos de los grupos clave de la población
2. Abordar la estigmatización y la discriminación, incluida la disponibilidad, accesibilidad y aceptación de los servicios de salud
3. Empoderamiento de la comunidad
4. Abordar la violencia contra las personas de los grupos clave de la población.

1. Grupo interinstitucional sobre grupos clave de la población. HIV and young transgender people: a technical brief. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2014.

a personas transgénero con frecuencia no desglosan los datos por identidad de género y tienen un tamaño de muestra demasiado pequeño para poder hacer inferencias razonables. Las personas transgénero siguen estando gravemente subatendidas por lo que respecta a la respuesta a la infección por el VIH, de manera que tan solo un 39% de los países que aportaron información para el instrumento de política y compromiso nacional del 2014 abordaron en sus estrategias nacionales sobre el sida a las personas transgénero (1).

Mujeres transgénero

Los datos existentes específicos para las personas transgénero ponen de manifiesto una intensa carga de la infección por el VIH en las mujeres transgénero y, específicamente, en las mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres. En una revisión sistemática y metanálisis (2) se observó una prevalencia consolidada de la infección por el VIH del 19% en las mujeres transgénero en los 15 países para los que se dispuso de datos con confirmación de laboratorio. Las mujeres transgénero tenían una probabilidad de infección por el VIH 49 veces mayor que la de la población general. En otro metanálisis de la infección por el VIH en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales (3), se observó que en esas mujeres había una prevalencia consolidada de la infección por el VIH de un 27%, en comparación con el 15% existente en las mujeres transgénero que no eran trabajadoras sexuales. Cabe destacar que ningún país de Europa oriental ni del continente africano había publicado datos sobre la prevalencia de la infección por el VIH en las mujeres transgénero cuando se realizaron estos estudios. Los informes nacionales presentados como parte del informe sobre las brechas existentes del 2014 del ONUSIDA indican que la prevalencia de la infección por el VIH en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales es nueve veces mayor que la existente en las trabajadoras sexuales no transgénero y tres veces mayor que la de los hombres trabajadoras sexuales (1).

Muchos estudios han demostrado los múltiples problemas de salud concurrentes que se dan en las mujeres transgénero, incluidas las tasas elevadas de violencia y victimización, consumo de sustancias psicoactivas, abuso y agresiones sexuales, y depresión con pensamientos suicidas e intentos de suicidio (4–8). Esta *sindemia*² está asociada con las desigualdades estructurales y sociales, como la estigmatización y discriminación generalizadas, la falta de acceso a documentos de identidad que se correspondan con la expresión de su género, la alta prevalencia del desempleo y subempleo, el trabajo sexual realizado en la calle con un pago bajo y sin ninguna protección legal, la carencia de hogar y la falta de acceso a los servicios de la salud, incluyendo servicios de afirmación del género (9–11). Muchas mujeres transgénero tienen parejas que se encuentran en un alto riesgo de contraer el VIH. Es posible que las mujeres transgénero que buscan afirmación psicológica de su género por parte de sus parejas estén más dispuestas a tener relaciones sexuales sin usar preservativos, con el consiguiente aumento de su vulnerabilidad al VIH (12–16).

Hombres transgénero

Todos los estudios publicados sobre la prevalencia de la infección por el VIH en hombres transgénero son de América del Norte y sugieren una carga de enfermedad menor que en las mujeres transgénero. En el metanálisis más reciente publicado se encontraron tan solo dos estudios con confirmación mediante pruebas de laboratorio de la presencia del VIH en hombres transgénero. Uno de los estudios no encontró ninguna infección en los participantes y el otro observó una prevalencia del 2%, por la presencia de un participante en el estudio que era positivo para el VIH (17). Algunos datos recientes sobre hombres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres plantean la posibilidad de que esta subpoblación enfrente una mayor vulnerabilidad al VIH (18–22). Los datos limitados existentes indican que las preocupaciones en cuanto a la salud mental son frecuentes en los hombres transgénero (21, 23–25). No está claro si las preocupaciones respecto a la salud mental en los hombres transgénero pueden afectar a su vulnerabilidad al VIH y de qué manera.

Infección por el VIH y tratamiento hormonal

Muchas personas transgénero usan o desean tener acceso a hormonas feminizantes o masculinizantes para hacer que su aspecto físico se corresponda con su identidad de género. Los entrevistados en un estudio cualitativo sobre los valores y las preferencias de las personas transgénero con respecto al VIH (26) señalaron que muchas personas transgénero priorizan el acceso al tratamiento hormonal y su uso antes que la atención y el tratamiento de la infección por el VIH. Por consiguiente, el acceso al tratamiento hormonal es un punto de acceso importante para la atención y el tratamiento de la infección por el VIH en las personas transgénero.

2. Una *sindemia* consiste habitualmente en una o varias epidemias u otros problemas sociales que actúan de forma conjunta y crean con ello una repercusión sobre la salud más negativa que la que tendrían si la sociedad se viera afectada simplemente por la enfermedad o epidemia.

Desde el punto de vista médico, persiste la incertidumbre sobre si los anticonceptivos hormonales afectan a la transmisión y el contagio del VIH en las mujeres de nacimiento, y de qué manera lo hacen (27). Como parte del proceso de la transición corporal, las personas transgénero pueden tomar dosis de hormonas que son más altas que las que existen de forma natural. Se hace necesario comprender mejor de qué forma las hormonas usadas para la transición pueden afectar al riesgo de VIH en las personas transgénero. Los estrógenos se presentan en múltiples formulaciones, entre las que se encuentra el etinilestradiol y el 17-β estradiol. El etinilestradiol, que es la forma de estrógeno comúnmente utilizada en los anticonceptivos orales, tiene muchas interacciones farmacológicas bien caracterizadas con el tratamiento antirretroviral (TAR) (28). Aunque las directrices de la Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero (WPATH) (29) desaconsejan el uso de etinilestradiol para la transición corporal, esta es la única formulación de estrógenos que está al alcance de algunas mujeres transgénero. Hay datos publicados que indican que el efecto de los estrógenos sobre la eficacia de los antirretrovirales (ARV) es limitado, pero el uso concomitante de ciertos medicamentos antirretrovirales pueden reducir los niveles de estrógenos (véase <http://www.hiv-druginteractions.org>). No hay datos sobre otras interacciones medicamentosas entre los ARV y el 17-β estradiol que es la formulación más utilizada para el tratamiento hormonal sustitutivo.

La testosterona y los ARV se han administrado conjuntamente durante muchos años sin que se hayan publicado notificaciones de interacciones farmacológicas problemáticas. El uso de testosterona inhibe los estrógenos, y a menudo da lugar a una atrofia vaginal (es decir, adelgazamiento y sequedad del recubrimiento de la vagina) (30, 31). Se ha expresado una inquietud respecto a las posibles repercusiones de la atrofia vaginal asociada a la testosterona en el riesgo de transmisión del VIH en hombres transgénero; sin embargo, no hay datos al respecto.

La investigación sistemática sobre la repercusión del tratamiento hormonal en la transmisión y contagio del VIH y en las interacciones farmacológicas, así como en otros efectos sobre la salud, podría ser beneficiosa para las personas transgénero.

Estrategias esenciales para un entorno favorable

Legislación, políticas y compromiso económico propicios

Recomendación de prácticas adecuadas en cuanto a despenalización

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

Los países deben tomar medidas para la despenalización de comportamientos como el consumo o la inyección de drogas, el trabajo sexual, los comportamientos homosexuales y las identidades de género que no se corresponden con el sexo asignado, así como para la eliminación de la aplicación injusta del derecho civil y los reglamentos en contra de cualquiera de los grupos clave de la población.

PERSONAS TRANSGÉNERO

- Los países deben tomar medidas para elaborar políticas y leyes que despenalicen los comportamientos homosexuales y las identidades de género que no se corresponden con el sexo asignado al nacimiento.
- Los países deben tomar medidas para el reconocimiento jurídico de las personas transgénero.

Las personas transgénero son objeto con frecuencia de marginación social, económica, política y legal (32-34). La discriminación contra las personas transgénero puede provenir de las múltiples formas de estigmatización en relación con la identidad de género, la expresión del género y la orientación sexual percibida. En la mayoría de los países, a las personas transgénero se les niega la posibilidad de obtener una identificación legal apropiada a su género o bien se les exige para ello someterse a una intervención quirúrgica genital. Algunas personas transgénero no desean una operación para modificar su cuerpo, y la exigencia de una operación quirúrgica constituye un obstáculo para el reconocimiento jurídico. Para las personas que desean este tipo de operaciones, el seguro de salud (ya sea privado o público) puede no cubrir las intervenciones quirúrgicas de afirmación del género. Someterse a estas operaciones puede ser costoso, y el número de cirujanos capacitados para practicarlas es limitado.

La falta de documentos de identidad congruentes en cuanto al género puede limitar el acceso a diversos servicios, como los de atención de salud y educación, así como al empleo y al derecho de voto (35, 36). La mayoría de las jurisdicciones no ofrecen ninguna protección legal eficaz y exigible contra tal discriminación (37, 38). Por lo tanto, la estigmatización, la discriminación y la falta de documentos de identidad legalmente autorizados o apropiados para el género pueden excluir a muchas personas transgénero de la participación cívica, limitan las oportunidades económicas y conducen a la pobreza y la marginación, lo cual aumenta la vulnerabilidad al VIH (39).

En la mayoría de los países, las personas transgénero se enfrentan a políticas restrictivas respecto a su expresión de género, por ejemplo, las leyes de algunas jurisdicciones que tipifican como delito “practicar el travestismo” (40). Hay otras leyes que también afectan a la vulnerabilidad frente al VIH de las personas transgénero. Por ejemplo, la mayoría de los países tipifican como delito algunos o todos los aspectos del trabajo sexual. El trabajo sexual es una fuente de ingresos importante para muchas mujeres transgénero en todo el mundo, dada su exclusión de otros medios de la generación de ingresos (10, 34). En los entornos donde el trabajo sexual es ilegal, los trabajadores sexuales transgénero sufren a menudo la mayor parte de la brutalidad policial (10, 40) y, cuando presentan quejas contra ella, a menudo son desatendidas.

Al menos 76 países tipifican como delito las relaciones sexuales entre las personas del mismo sexo, y en algunos países se impone la pena de muerte (41). Estas “leyes antihomosexualidad” afectan a las personas transgénero de varias maneras. Muchas sociedades confunden orientación sexual e identidad de género; por consiguiente, a muchas personas que expresan un sexo diferente al asignado al nacer se las considera homosexuales y son objeto de persecución legal. La falta de reconocimiento jurídico de su género significa que legalmente se considera que las personas transgénero que tienen compañeros sexuales de un sexo diferente han tenido relaciones con personas del mismo sexo y, por consiguiente, son objeto de persecución de acuerdo con las leyes antihomosexualidad.

La despenalización del trabajo sexual, de la práctica del travestismo y del comportamiento sexual con el mismo sexo disminuiría la marginación que aumenta la vulnerabilidad de las personas transgénero al VIH. La posibilidad de un cambio legal de género y nombre, el registro de un documento de identidad que concuerde con el género percibido y la prohibición de la discriminación basada en la identidad de género o su expresión permitirían a las personas transgénero incorporarse con mayor facilidad a la fuerza laboral, tener acceso a servicios de atención de salud y disponer de recursos en el caso de sufrir violencia transfóbica. Los legisladores y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley necesitan capacitación para el desarrollo de competencias que les permitan conocer cuál es la mejor manera de defender los derechos humanos básicos de las personas transgénero, incluido cómo evitar el acoso, arresto, detención y encarcelamiento innecesarios, así como la forma de tratar a las personas transgénero con dignidad, discreción y respeto al cachearlas o detenerlas. Además de la reforma legal, son necesarios servicios de bienestar social y políticas que aborden la pobreza, para dar una respuesta holística y eficaz a las necesidades de las personas transgénero.

Los Estados Miembros de la OMS usan la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para clasificar las enfermedades con fines de registro y para el reembolso y la asignación de recursos. La versión actual, CIE-10, incluye las identidades transgénero en la categoría de los trastornos mentales y de la conducta (42). La CIE está actualmente en proceso de revisión, y los defensores de la comunidad transgénero están liderando los esfuerzos por excluir los “trastornos de identidad de género” de la categoría de trastorno mental (43).

Durante varios decenios el manual de salud mental usado por los psiquiatras de Estados Unidos para diagnosticar los trastornos, el Manual diagnóstico y estadístico (DSM), ha incluido el “trastorno de identidad de género”. La actualización de mayo del 2013 (DSM-V) reemplazó el “trastorno de identidad de género” por la “disforia de género”, lo cual permite que la existencia de una diferencia entre el sexo asignado al nacer y la identidad de género actual pueda no ser patológica si no causa una dificultad a la persona (44).

La comunidad transgénero aboga por que se reconsidere la clasificación de la identidad transgénero como una enfermedad mental ya que ello reduce la autonomía de las personas transgénero en la toma de decisiones y, en muchas jurisdicciones, las fuerza a ser diagnosticadas para poder tener acceso al reconocimiento jurídico o a las intervenciones de afirmación del género.

Casos ilustrativos

En el 2007 la Corte Suprema de **Nepal** ordenó al gobierno que pusiera fin al sistema que impedía a las personas “*teshro linki*” (o del “tercer género”) disfrutar de los derechos básicos de ciudadanía. Los jueces ordenaron la derogación de las sanciones por practicar el travestismo, así como otras reformas legales, y señalaron que practicar el travestismo forma parte del derecho humano de una persona a la libertad de expresión. En el 2014 la Corte Suprema de Nepal creó la categoría de “tercer género” para las personas *hijras* y transgénero.

En **Uruguay**, una ley del 2009 permite que las personas mayores de 18 cambien su nombre y su sexo en los documentos oficiales.

En el 2012 el Senado de **Argentina** aprobó por unanimidad la Ley de Identidad de Género, que permite acceder a las intervenciones de afirmación del género haciendo que ello sea un derecho legal como parte de los planes públicos o privados de atención de salud, con el único requisito del consentimiento informado de la persona transgénero. Según esa misma ley, las personas transgénero pueden cambiar su certificado de nacimiento, documento nacional de identidad y pasaporte nacional sin que para ello se exija diagnóstico alguno.

Dinamarca siguió el mismo modelo en el 2014.

Abordar la estigmatización y la discriminación

Recomendaciones de prácticas adecuadas para ejecutar y hacer cumplir las políticas antiestigmatización y antidiscriminatorias y de protección

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- Los países deben tomar medidas para ejecutar y hacer cumplir las leyes antidiscriminatorias y de protección, derivadas de las normas de derechos humanos, así como para eliminar la estigmatización, la discriminación y la violencia contra las personas de los grupos clave de la población.
- Las instancias normativas, los parlamentarios y otros líderes de salud pública deben colaborar con las organizaciones de la sociedad civil en sus esfuerzos por vigilar la estigmatización, afrontar la discriminación contra los grupos clave de la población y cambiar las normas punitivas legales y sociales.

Recomendaciones de prácticas adecuadas para la prestación de servicios de fácil acceso para los grupos clave de la población

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

Los trabajadores de atención de salud deben recibir de manera repetida la capacitación y sensibilización apropiadas para que tengan las aptitudes y el conocimiento necesarios para prestar a las personas transgénero adolescentes y adultas servicios basados en el derecho a la salud de todas las personas, así como en la confidencialidad y la ausencia de discriminación.

Tanto la estigmatización interiorizada como la experimentada comprometen la salud mental y la calidad de vida de las personas transgénero (45). La estigmatización y la discriminación se han asociado con la depresión, los pensamientos suicidas y otros problemas de salud mental en las personas transgénero. Por ejemplo, el 41% de las personas transgénero de Estados Unidos declaran haber intentado suicidarse (7). La transfobia también se ha asociado al consumo de sustancias psicoactivas, así como a un aumento de las conductas de riesgo para el VIH (34).

La estigmatización y la discriminación constituyen también obstáculos para la atención de salud. Algunos datos recientes indican que, en las personas transgénero, hay un retraso en la atención debido a la discriminación (36, 46). Cuando solicitan atención, a menudo son objeto de acoso, abuso e incluso negativa a prestarles asistencia. Son pocos los prestadores de atención de salud que reciben una capacitación adecuada respecto a las necesidades de salud de las personas transgénero y, por consiguiente, no están preparados para satisfacer sus necesidades específicas de atención de salud. Las actitudes negativas de los prestadores de atención de salud hacia las personas transgénero limitan también la aceptación y la calidad de los servicios de salud (47). Como resultado de ello, para muchas personas transgénero el punto de entrada al sistema de salud pueden ser los servicios de urgencias para el tratamiento de los traumatismos causados por las agresiones y otras formas de violencia.

Aunque la carga de la infección por el VIH es especialmente alta en las mujeres transgénero, las personas transgénero tienen una amplia variedad de inquietudes sociales y de salud, entre las cuales el VIH es tan solo una. Para muchas personas transgénero, el proceso de transición para conformar su cuerpo con su identidad tiene prioridad respecto a la prevención de la infección por el VIH y los servicios de atención. Los prestadores de atención de salud deben recibir capacitación tanto en lo que respecta a las competencias culturales como en cuanto a las competencias médicas en la atención de los pacientes transgénero. Sería útil que los sistemas de salud establecieran políticas y expectativas en el lugar de trabajo que reconocieran el género y el nombre preferido por todos los pacientes. Las necesidades locales de las personas transgénero deben ser evaluadas y tenidas en cuenta cuando se toman medidas para mejorar la disponibilidad, accesibilidad y aceptación de los servicios de salud para las personas transgénero.

Más allá del sector de la salud, una mayor visibilidad de las personas transgénero puede aumentar el conocimiento y la aceptación públicos. Son necesarias campañas antiestigmatización que apoyen la dignidad y los derechos humanos de las personas transgénero. Por ejemplo, la capacitación de los periodistas para el empleo de un lenguaje no estigmatizante al informar sobre temas

transgénero, el fomento de descripciones positivas en las noticias acerca de personas transgénero y los retratos favorables en las obras de teatro dramáticas o las comedias, así como la realización de campañas de servicio a la comunidad, son formas importantes de abordar la estigmatización y la discriminación contra las personas transgénero. La pobreza de las personas transgénero puede ser una consecuencia de la estigmatización y puede conducir a su vez a una mayor estigmatización. Este círculo vicioso puede abordarse mediante la reforma de los servicios sociales y de bienestar. Las propias personas transgénero deben participar, e incluso liderar, las acciones destinadas a abordar la estigmatización y la discriminación sociales y específicas de la atención de salud.

Casos ilustrativos

En **Asia**, los jóvenes han elaborado una campaña de video denominada *Loud and Proud* (en voz alta y con orgullo) para abordar la autoestigmatización de las mujeres transgénero y de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (45). Se puede ver un video de Vietnam en: <https://www.youtube.com/watch?v=IV2-JL5m6Ck&feature=youtu.be>

Empoderamiento de la comunidad

Recomendaciones de prácticas adecuadas en cuanto al empoderamiento de la comunidad

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- Los programas deben ejecutar un conjunto de intervenciones destinadas a mejorar el empoderamiento de la comunidad en los grupos clave de la población.
- Deben aplicarse programas destinados a proporcionar un conocimiento legal básico y servicios legales a los grupos clave de la población para que conozcan sus derechos y las leyes aplicables y puedan recibir apoyo del sistema de justicia si sufren agravios.

PERSONAS TRANSGÉNERO

Las organizaciones de personas transgénero son socios esenciales en lo que respecta a proporcionar una capacitación integral sobre la sexualidad humana y la expresión del género. También pueden facilitar la interacción con los miembros de las comunidades que tienen identidades y expresiones de género diversas, generando de ese modo una mayor comprensión de sus necesidades sociales y de salud emocional y del costo que supone la falta de acción contra la transfobia.

En el contexto de la infección por el VIH y los grupos clave de la población, el empoderamiento de la comunidad se ha descrito como el proceso por el cual un grupo asume la responsabilidad individual y colectiva de los programas destinados a lograr respuestas más eficaces frente al VIH y tomar medidas concretas para abordar los obstáculos sociales y estructurales existentes para su salud y derechos humanos. Los elementos clave del empoderamiento de la comunidad se explican detalladamente en el documento Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas (48).

Las personas transgénero pueden impulsar el proceso de empoderamiento de la comunidad involucrando y movilizándolo a los miembros de su comunidad para encontrar soluciones a sus problemas colectivos y abogar por la protección de sus derechos humanos. La participación significativa y la asociación con las organizaciones y redes existentes en la comunidad para la planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de las actividades son fundamentales para mejorar la prestación de servicios relativos a la infección por el VIH en las personas transgénero. Las intervenciones para la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH son más eficaces y sostenibles cuando se llevan a cabo en un marco de empoderamiento. Las personas transgénero legas que han recibido capacitación pueden contribuir a prestar servicios de atención de salud como educadores de salud, gestores de

casos y orientadores. Estas funciones no solo las enriquecen como personas sino que ayudan también a normalizar la presencia de las personas transgénero en los espacios de reunión social.

A lo largo de los 20 últimos años, las personas transgénero han pasado a estar cada vez mejor informadas y a ser más visibles, activas y estar mejor organizadas. Las organizaciones y los activistas transgénero desempeñaron una función clave en la aprobación en el 2011 de la Ley de Identidad de Género en Argentina. En Bangladesh, las personas hijras gestionan un gran dispensario que atiende a más de 1000 personas al mes. Una coalición de organizaciones de Nicaragua elaboró un plan estratégico para abogar por la reforma legal, la capacitación y la atención de salud (49). Estos ejemplos ilustran cómo el empoderamiento de una comunidad puede lograr cambios significativos para sus miembros.

Las organizaciones transgénero, como muchos otros grupos clave, con frecuencia no tienen recursos económicos suficientes. El financiamiento por parte de los donantes ha sido insuficiente y, cuando lo hay, muchas organizaciones transgénero desconocen las posibilidades de financiamiento existentes y carecen de la capacidad de formalizar las solicitudes para obtenerlo (49). Por consiguiente, es posible que la capacidad de la comunidad transgénero pueda ser ampliada por los esfuerzos de quienes pueden ser proveedores de servicio, los grupos de apoyo entre pares y los grupos de presión para el cambio. Se necesita un mayor financiamiento para prestar apoyo al fortalecimiento de los sistemas de la comunidad, incluida la promoción de la causa, la movilización, la capacitación y la prestación directa de los servicios por parte de las comunidades transgénero (50). Muchas comunidades transgénero de todo el mundo tienen estructuras internas bien organizadas que brindan oportunidades que pueden ser usadas directamente para el empoderamiento y la acción colectiva. Los donantes, los gobiernos y los encargados de adoptar las decisiones deben invertir en la creación de capacidad en las comunidades transgénero.

Casos ilustrativos

En Ecuador, una coalición de 18 organizaciones transgénero (el Pacto Trans) ha puesto en marcha un sitio web, www.MiGeneroEnMiCedula.com, para informar sobre el progreso de las reformas de la identidad de género que garantizó la Ley de Registro Civil en el 2012.

Violencia

Recomendaciones de prácticas adecuadas para la reducción de la violencia

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- Debe prevenirse y abordarse la violencia contra los grupos clave de la población, en colaboración con las organizaciones lideradas por dichos grupos. Toda la violencia contra las personas de los grupos clave debe ser objeto de seguimiento y notificación, y deben establecerse mecanismos de resarcimiento que proporcionen justicia.
- Deben prestarse servicios de salud y otros servicios de apoyo a todas las personas de los grupos clave de la población que sufran violencia. En particular, las personas que sufran violencia sexual deben tener acceso oportuno a la atención integral posviolación, de conformidad con las directrices de la OMS.
- Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley y los prestadores de atención de salud y atención social deben recibir la capacitación adecuada para poder identificar y defender los derechos humanos de los grupos clave de la población y deben ser considerados responsables si violan esos derechos, incluida la consumación de actos de violencia.

Las personas transgénero de todo el mundo se enfrentan a múltiples tipos de violencia: estructural, emocional, física y sexual. No hay ninguna estimación mundial de la violencia contra las personas transgénero. Sin embargo, varias organizaciones de todo el mundo llevan a cabo un seguimiento de los casos notificados de violencia, incluido el asesinato. Por ejemplo, el proyecto “Trans

Murder Monitoring” (seguimiento de asesinatos de personas trans) publica informes anuales de los homicidios transgénero. Muchos asesinatos de personas transgénero quedan sin notificar o son notificados erróneamente con el sexo asignado al nacer en vez del género percibido. Aun así, este proyecto recogió más de 1600 informes de 68 países sobre personas transgénero, predominantemente mujeres transgénero, que fueron asesinadas entre enero del 2008 y octubre del 2014 (51).

La Coalición Nacional de Programas Anti-Violencia (NCAVP), creada en Estados Unidos, elabora informes anuales sobre violencia infligida por el compañero íntimo (VCI) y sobre violencia de odio contra minorías sexuales y de género, utilizando datos de todo Estados Unidos y de Montreal y Ontario. Se observó que cuando las personas transgénero sufren VCI, hay una probabilidad dos veces superior de que la violencia sea física en comparación con lo observado en personas no transgénero que sobreviven a la VCI. (52) Casi tres cuartas partes (72%) del total de víctimas de homicidios notificados a la NCAVP fueron mujeres transgénero y, sin embargo, los supervivientes y las víctimas transgénero representan tan solo un 13% del total de notificaciones de VCI recibidas por la NCAVP (53). Los hombres transgénero supervivientes tuvieron una probabilidad una vez y media superior de sufrir traumatismos como resultado de la violencia de odio y una probabilidad cuatro veces superior de ser objeto de violencia de odio en los albergues, en comparación con las demás personas supervivientes a la VCI. Las mujeres transgénero tuvieron una probabilidad casi doble de sufrir violencia sexual en comparación con otros supervivientes a la violencia sexual. De las personas que denunciaron haber sufrido violencia a la policía, los supervivientes transgénero mostraron una probabilidad especialmente alta de sufrir un nuevo acto de violencia por parte de la policía. El informe de la NCAVP observó que estos supervivientes transgénero de la VCI tenían una probabilidad siete veces mayor de sufrir violencia física cuando interactuaban con la policía (52).

La reducción de la estigmatización y la discriminación contra las personas transgénero es una parte esencial de la prevención de la violencia. Las acciones para la prevención de la violencia llevadas a cabo por la comunidad deben recibir el apoyo de los gobiernos, los donantes y los programas. Se necesita investigación para abordar mejor las causas fundamentales de la violencia contra las personas transgénero y para poner a prueba las intervenciones de prevención de la violencia. Los funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes deben recibir la capacitación adecuada para la prevención y la respuesta a la violencia contra personas transgénero, especialmente en relación con las formas eficaces, respetuosas y no violentas de interactuar con esa comunidad. Se necesitan medidas legales y normativas que permitan prevenir la violencia y facilitar una notificación segura cuando se haya producido. Cuando se informe sobre actos de violencia, esa notificación debe tomarse en consideración seriamente, y los agresores deben ser responsabilizados de ello. Los servicios de urgencias y los profesionales de la salud deben recibir la capacitación adecuada para prestar una atención apropiada, confidencial y sin juicios de valor a las personas transgénero que han sobrevivido a la violencia, incluida la atención posviolación en quienes han sufrido violencia sexual.

Intervenciones esenciales del sector de la salud

Programa integral de acceso a preservativos y lubricante

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

Se recomienda el uso correcto y uniforme de preservativos con lubricantes compatibles para prevenir la transmisión sexual del VIH y las ITS (*recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia*).

PERSONAS TRANSGÉNERO

- Se recomienda el uso de preservativos y de lubricantes compatibles para tener relaciones sexuales con penetración.
- Debe resaltarse la necesidad de un aporte adecuado de lubricantes para las mujeres transgénero y los hombres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres.

Es importante que todas las personas transgénero que tienen relaciones sexuales con penetración dispongan de preservativos y lubricantes, sea cual sea la identidad de género de sus compañeros sexuales. El comportamiento sexual y la identidad de género varían en las distintas personas transgénero, tal como ocurre en la población que no es transgénero. Los programas de acceso a los preservativos deben evitar suposiciones acerca del sexo de las parejas de las personas transgénero así como acerca de su posicionamiento u orientación sexual.

Las parejas de las personas transgénero pueden ser transgénero o no, y de cualquier sexo u orientación sexual. Una mujer transgénero que tiene un pene puede ser la pareja activa o pasiva durante las relaciones sexuales. Las mujeres transgénero con una neovagina pueden tener relaciones sexuales orales, vaginales o anales, o todas ellas. Los hombres transgénero que tienen como pareja a un hombre pueden tener sexo oral o ser la pareja activa o pasiva (o ambas) durante las relaciones sexuales. Para algunas personas transgénero los preservativos pueden servir de protección triple para la prevención de la infección por el VIH, la prevención de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y la anticoncepción.

Las mujeres transgénero que reciben un tratamiento hormonal feminizante pueden sufrir una pérdida de las erecciones espontáneas y una disminución de la tumescencia como efecto colateral. La pérdida de la tumescencia³ y la dificultad para mantener una erección pueden hacer difícil el uso de los preservativos y contribuir a que estos se deslicen o se rompan. Los hombres transgénero que reciben un tratamiento hormonal masculinizante pueden experimentar un aumento del impulso sexual, lo cual puede conducir a un mayor número de encuentros sexuales, y a la necesidad de un mayor número de preservativos para el sexo con penetración. Además de su distribución, los programas de acceso a los preservativos deben incluir intervenciones destinadas a abordar los factores correlacionados con un uso bajo de preservativos, como puede ser la capacidad insuficiente de negociar su uso, lo que puede complicarse por la presencia de una autoestima baja. Provocar el deseo sexual puede resultar una afirmación del género en algunas personas transgénero, y esto puede hacer que estén dispuestas a tener relaciones sexuales sin utilizar preservativos para evitar ser rechazadas. Algunos trabajadores sexuales transgénero pueden no usar preservativos durante las relaciones sexuales con sus parejas principales como manera de diferenciarlas del sexo con sus clientes.

El sexo anal tiene un riesgo de transmisión del VIH mucho mayor que el sexo vaginal u oral (54). Sin embargo, no se conocen datos sobre la adquisición del VIH y los riesgos de transmisión en las neovaginas creadas quirúrgicamente, que posiblemente dependan del tipo de procedimiento quirúrgico utilizado. Se están realizando investigaciones que podrían aportar más información acerca de la inmunología de la neovagina (55, 56). De manera análoga, tampoco hay datos sobre el riesgo de transmisión o contagio del VIH con un pene creado quirúrgicamente.

Para toda relación sexual con penetración debe usarse un lubricante compatible con los preservativos. Se están realizando investigaciones sobre las formulaciones más seguras de lubricantes para el uso en el sexo anal y vaginal. Los expertos técnicos

3. Generalmente se entiende por tumescencia la ingurgitación normal de sangre (congestión vascular) que se produce en los tejidos eréctiles y que caracteriza a la excitación sexual y hace posible la preparación para la actividad sexual.

desaconsejan el uso de lubricantes que contengan espermicidas y también de los que son medicinales, los a base de aceite o los que contienen otras sustancias activas (57).

El acceso a los preservativos y los lubricantes, así como su frecuencia de uso, varían enormemente de un contexto a otro. En los lugares en los que se tipifica como delito el trabajo sexual, las personas transgénero pueden ser renuentes a usar preservativos porque la policía los ha utilizado como “evidencia” del trabajo sexual. Incluso en los lugares en los que puede haber un fácil acceso a los preservativos, es frecuente que no ocurra así con los lubricantes. Es importante que tanto los preservativos como el lubricante formen parte de un conjunto integral de prevención de la infección por el VIH, tal como se hace para otros grupos poblacionales. Dado que es posible que los preservativos “masculinos” no resulten aceptables para las mujeres transgénero, o que los preservativos “femeninos” no lo sean para los hombres transgénero, tal vez sea necesaria una comercialización específica para las personas transgénero. Los programas deben proporcionar preservativos y lubricante que sean aceptables y de fácil acceso para las personas transgénero con las estrategias de comercialización apropiadas.

Intervenciones para reducir el daño al consumir sustancias psicoactivas y para que las inyecciones sean seguras

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- Todos los individuos de los grupos clave de la población que consumen drogas inyectables deben tener acceso a un material de inyección estéril mediante los programas de distribución de agujas y jeringas (*recomendación fuerte, calidad baja de la evidencia*).
- A todas las personas de los grupos clave de la población que tienen una dependencia de opioides se les debe ofrecer un tratamiento sustitutivo de opioides de acuerdo con las directrices de la OMS (*recomendación fuerte, calidad baja de la evidencia*).
- Todos los grupos clave de la población que presentan consumo nocivo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas deben tener acceso a intervenciones basadas en datos probatorios, entre ellas las intervenciones psicosociales breves que incluyen evaluación, retroalimentación específica y asesoramiento (*recomendación condicional, calidad muy baja de la evidencia*).

PERSONAS TRANSGÉNERO

- Las personas transgénero que se inyectan sustancias para la afirmación del género deben usar un material de inyección estéril y deben utilizar prácticas de inyección seguras, con objeto de reducir el riesgo de infección por patógenos transmitidos por la sangre, como el VIH y la hepatitis virales B y C.
- No hay datos probatorios que indiquen la existencia de interacciones farmacológicas entre el tratamiento sustitutivo de opioides y los medicamentos usados para la afirmación del género; sin embargo, la investigación existente al respecto es muy limitada.

Existen datos limitados que sugieren que las personas transgénero pueden tener una probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas mayor que la de las personas que no son transgénero. El consumo de sustancias psicoactivas está asociado con la discriminación y la transmisión del VIH (58-60). Las personas transgénero que consumen drogas (inyectables o no inyectables) deben tener el mismo acceso a los servicios de reducción del daño que tienen las personas que no son transgénero. Los programas de distribución de agujas y jeringas, al igual que los programas de tratamiento sustitutivo de opioides (TSO), deben ser accesibles y aceptables para las personas transgénero. Las personas que prestan los servicios del programa de distribución de agujas y jeringas y del programa de tratamiento sustitutivo de opioides deben disponer de la capacitación adecuada para prestar a las personas transgénero una atención competente y sin juicios de valor.

Las personas transgénero que se inyectan sustancias para la afirmación del género deben usar un material de inyección estéril y deben utilizar prácticas de inyección seguras, con objeto de reducir el riesgo de infección por agentes patógenos transmitidos por la sangre, como el VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) y el de la hepatitis C. Además de los opioides inyectables, las personas transgénero pueden inyectarse también hormonas obtenidas fuera del sistema de atención de salud formal. Algunos datos recientes indican que muchas mujeres transgénero usan hormonas feminizantes obtenidas fuera de la red oficial de salud debido a la falta de acceso a una atención de afirmación del género con la prescripción médica apropiada (61, 62). En el caso de los hombres transgénero, las inyecciones son la forma de tratamiento hormonal más común. Sin embargo, existe poca información sobre la prevalencia de las inyecciones de hormonas autoprescritas.

Las personas pueden compartir agujas y jeringas para la inyección de las hormonas debido a la falta de acceso a estos materiales. Las agujas y las jeringas usadas para la inyección de hormonas difieren a menudo en su tamaño, forma y calibre de las agujas y las jeringas que se usan para la inyección de los opioides. Los servicios para reducir el daño al consumir sustancias psicoactivas deben ser conscientes de ello y deben ser sensibles a estas necesidades específicas.

La inyección de rellenos de tejido blando para la feminización del cuerpo es de uso común. Los tipos de relleno usados varían y pueden consistir en silicona de grado industrial, aceites y otras sustancias. Los prestadores de atención no autorizados pueden inyectar los rellenos sin usar técnicas estériles, con el consiguiente riesgo de transmisión de agentes patógenos a través de la sangre. Además, dado que se inyectan sin encapsulación, las sustancias utilizadas pueden migrar en el cuerpo y causar inflamación, desfiguración e incluso una muerte súbita producida por émbolos. Aunque el acceso a un material estéril para las inyecciones de relleno de tejido blando es importante para reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos a través de la sangre, no se conoce ningún modo de reducir los daños derivados de la inyección de silicona o de otros productos de relleno sin encapsular. Lo ideal es que las personas transgénero tengan acceso a un tratamiento hormonal del sexo opuesto competente, proporcionado por un profesional médico autorizado.

Las mujeres transgénero que necesitan un tratamiento sustitutivo de opioides para tratar la dependencia de opiáceos pueden estar tomando también sustancias que contengan estrógenos para la feminización. Aunque no hay datos que indiquen la existencia de interacciones farmacológicas entre los estrógenos y el tratamiento sustitutivo de opioides, la investigación existente al respecto es muy limitada. Es importante que quienes aplican un tratamiento sustitutivo de opioides evalúen cuidadosamente todas las medicaciones para determinar sus posibles interacciones, con objeto de asegurar el empleo de una posología adecuada (ni demasiado baja para poder ser efectiva ni demasiado alta que pueda causar efectos colaterales).

Intervenciones con respecto al comportamiento

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

Hay una amplia variedad de intervenciones con respecto al comportamiento que pueden aportar información y capacidades que respalden la reducción del riesgo, prevengan la transmisión del VIH y aumenten el uso de los servicios en todos los grupos clave de la población.

PERSONAS TRANSGÉNERO

Se sugiere la aplicación de intervenciones con respecto al comportamiento tanto a nivel individual como a nivel de la comunidad.

Hay una amplia variedad de factores a nivel estructural, social, comunitario e individual que influyen en la vulnerabilidad al VIH. En el caso de las personas transgénero resultan beneficiosas la mayoría de las intervenciones que actúan a múltiples niveles. Las intervenciones con respecto al comportamiento basadas en la evidencia pueden fomentar una actividad sexual de menor riesgo, así como las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento al respecto en los grupos clave de la población en general. Sin embargo, tan solo unas pocas de estas intervenciones se han adaptado específicamente para las personas transgénero. Cuando se generan mensajes de promoción de la salud y se ejecutan intervenciones con respecto al comportamiento, es importante asegurarse de que los mensajes sean aceptables y pertinentes para las personas transgénero. Por ejemplo, las intervenciones para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres deben incluir a los hombres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres. Las intervenciones para las mujeres transgénero no deben formar parte de las aplicadas a los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Los participantes en el estudio de los valores y las preferencias de las personas transgénero expresaron un intenso deseo de disponer de información de salud específica para las personas transgénero que refleje sus necesidades específicas (por ejemplo, la afirmación del género) (26).

Los compañeros, la comunidad transgénero, Internet y las redes sociales son un origen frecuente de información de salud para las personas transgénero (26). Por consiguiente, es probable que las intervenciones dirigidas por compañeros sean más eficaces que los mensajes de cambio de comportamiento generados por personas que no son transgénero. La bibliografía de salud pública describe ejemplos prometedores de intervenciones realizadas a través de Internet, que a menudo son lideradas por otras personas transgénero (63). Cuando se fomenta la participación de las comunidades transgénero en las intervenciones de cambio de comportamiento, es importante comprender la estructura social de la comunidad para que las intervenciones sean coherentes con las normas de la comunidad en el mayor grado posible. Por ejemplo, es frecuente que las personas transgénero jóvenes de los entornos urbanos de Estados Unidos organicen su comunidad en “casas”, que a menudo sirven de familia alternativa (64). De manera análoga, en Asia Sudoriental, las personas hijras participan normalmente en estructuras sociales sumamente organizadas y jerárquicas que se basan en la relación entre gurú y *chela* (65).

Profilaxis preexposición (PrEP)

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

Cuando es posible identificar las parejas en las que los dos miembros difieren en su estado serológico respecto al VIH o cuando se necesitan otras opciones adicionales de prevención de la transmisión del VIH para ellas, puede contemplarse el uso de PrEP oral diaria (concretamente con tenofovir o con la combinación de tenofovir y emtricitabina) como posible intervención adicional para el miembro de la pareja que no está infectado (*recomendación condicional, calidad alta de la evidencia*).

PERSONAS TRANSGÉNERO

Cuando la transmisión del VIH se produce en mujeres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres y se necesitan opciones adicionales de prevención del VIH para ellas, puede contemplarse el uso de PrEP oral diaria (concretamente con la combinación de tenofovir y emtricitabina) como posible intervención adicional (*recomendación condicional, calidad alta de la evidencia*).

Aunque varios estudios han demostrado la eficacia de la profilaxis preexposición (PrEP) en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, el número de mujeres transgénero incluidas en estos estudios fue demasiado bajo para poder determinar si hay diferencias de aceptabilidad, uso o farmacocinética en las personas transgénero a las que se prescribe PrEP (66, 67). Sin embargo, cuando resulta aceptable y apropiada, la PrEP puede considerarse una intervención adicional en el conjunto de prevención del VIH para las mujeres transgénero y en particular para las personas transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres y en las que tienen relaciones con personas cuyo estado serológico respecto al VIH es diferente.⁴

4. Cuando se actualizó la PrEP para los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en las *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* de la OMS del 2014, no se incluyó una actualización de la recomendación relativa a las mujeres transgénero. Esto se debió a que, en ese momento, los expertos en el campo de transgénero del grupo de actualización de las directrices solicitaron que se obtuviera una mayor experiencia en el uso de la PrEP en las mujeres transgénero priorizando su inclusión en los proyectos de demostración y en la investigación adicional sobre los valores y las preferencias. En consecuencia, la recomendación condicional del 2012 en la *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV* de la OMS continúa en vigor para las mujeres transgénero.

Pruebas de detección del VIH y asesoramiento

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- Deben ofrecerse sistemáticamente pruebas de detección del VIH voluntarias a todos los grupos clave de la población tanto en la comunidad como en los entornos clínicos.
- Se recomiendan las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento en el ámbito de la comunidad para los grupos clave de la población, con vinculación a los servicios de prevención, atención y tratamiento, además de las pruebas de detección y el asesoramiento iniciados a instancias de los prestadores de atención (recomendación fuerte, calidad de baja de la evidencia).

Deben ofrecerse sistemáticamente pruebas de detección del VIH y asesoramiento al respecto, de carácter voluntario, a las personas transgénero tanto en la comunidad como en los entornos clínicos. Además de las pruebas y el asesoramiento iniciados a instancias del prestador de la atención, se recomiendan las pruebas de detección del VIH y el asesoramiento en el ámbito de la comunidad, de manera vinculada a los servicios de prevención, atención y tratamiento. Estos servicios deben ser accesibles y aceptables para las personas transgénero. Las personas transgénero deben participar en el diseño y la aplicación de los servicios. Los servicios dirigidos por personas transgénero pueden resultar más aceptables para la comunidad.

Casos ilustrativos

A lo largo de un período de tres años, el programa de pruebas de detección del VIH y apoyo psicosocial específico para personas transgénero denominado Sisters (hermanas) aplicado en Pattaya (Tailandia) aumentó en un 25% la realización de pruebas de detección del VIH en las personas transgénero (68).

Se debe capacitar y sensibilizar a quienes brindan asesoramiento respecto a las pruebas de detección del VIH en cuanto a los problemas de salud de las personas transgénero, con objeto de que estas reciban mensajes que sean pertinentes para ellas. El personal encargado de las pruebas de detección del VIH que es capaz de proporcionar información o de remitir a las personas a un centro de atención de afirmación del género, facilita la utilización de los servicios de pruebas de detección del VIH por parte de los miembros de la comunidad transgénero (26).

La ubicación y el horario de realización de las pruebas deben responder a las necesidades de la comunidad transgénero. Debe disponerse de ubicaciones tanto móviles como fijas para potenciar al máximo la accesibilidad de los servicios de pruebas de detección del VIH y el asesoramiento. Los formularios para recopilar datos en los lugares en los que se realizan las pruebas de detección del VIH deben incluir opciones para que las personas declaren ser transgénero, si lo desean, conociendo quién tendrá acceso a esa información. Por ejemplo, algunos formularios de pruebas de detección del VIH preguntan por el sexo asignado al nacer y el género actual. Las opciones de respuesta disponibles para las preguntas sobre el sexo actual deben incluir términos que sean pertinentes localmente y respetuosos (no despectivos) para las personas transgénero.

Existen estuches de pruebas de detección del VIH autoadministradas que pueden usarse en muchos países. La OMS no ha emitido ninguna directriz normativa sobre las pruebas de detección del VIH autoadministradas. Sin embargo, el ONUSIDA y la OMS han hecho pública una actualización técnica breve con consideraciones importantes legales, éticas, de género y de derechos humanos para las entidades que están considerando la aplicación o están aplicando ya pruebas de detección del VIH autoadministradas (69, 70).

Como grupo de población clave, las personas transgénero pueden ser especialmente vulnerables a la aplicación coercitiva u obligatoria de las pruebas. Las directrices de la OMS establecen claramente que todos los tipos de pruebas de detección del VIH deben ser plenamente voluntarias y en ningún caso forzadas ni obligatorias (71).

Tratamiento y atención del VIH

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- Como prioridad, debe iniciarse el TAR en todos los individuos con una enfermedad producida por el VIH grave o avanzada, así como en los que presentan un recuento de células CD4 $\leq 350/\text{mm}^3$ (*recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia*).
- Debe iniciarse el TAR en todos los individuos con VIH que presenten un recuento de células CD4 de entre 350 y 500 / mm^3 (*recomendación fuerte, calidad moderada de la evidencia*).
- Debe iniciarse el TAR en todos los individuos con VIH, independientemente del estadio clínico según la OMS y del recuento de células CD4, en las siguientes situaciones:
 - individuos con VIH y tuberculosis activa (*recomendación fuerte, calidad baja de la evidencia*);
 - individuos con coinfección por VIH y VHB que presentan signos de hepatopatía crónica grave (*recomendación fuerte, calidad baja de la evidencia*);
 - miembro infectado con VIH de una pareja que difiere en su estado serológico para el VIH, con objeto de reducir la transmisión del VIH al miembro no infectado (*recomendación fuerte, calidad baja de la evidencia*),
 - mujeres embarazadas o que están amamantando.

Las personas transgénero deben tener el mismo acceso a la atención y el tratamiento de la infección por el VIH que tienen otros grupos de la población. Estos servicios deben ser acogedores y competentes en la atención de las personas transgénero. Los obstáculos para la participación y la permanencia en la atención de salud para el VIH incluyen la estigmatización, las experiencias negativas anteriores, la prioridad de recibir tratamiento hormonal y las inquietudes acerca de las posibles interacciones entre el tratamiento antirretroviral y el tratamiento hormonal. Entre los factores que facilitan la participación y la permanencia en la atención de salud para el VIH se encuentran el hecho de tener un prestador de la atención de salud que conozca los temas médicos transgénero, la capacidad del establecimiento de salud de proporcionar e integrar el tratamiento hormonal y la atención de salud para el VIH, y la presencia de un personal del consultorio que sea respetuoso y sensible a los temas transgénero (72, 73). Los estudios de los factores que están correlacionados con el cumplimiento del tratamiento y con la supresión viral en las mujeres transgénero han puesto de manifiesto que un menor estrés, debido a una menor discriminación, se asocia con un mejor cumplimiento del tratamiento y con una menor carga viral. El cumplimiento del tratamiento hormonal mostró una correlación con el cumplimiento del tratamiento con fármacos antirretrovirales (74, 75). Los servicios de TAR no discriminatorios e inclusivos para las personas transgénero, en los que se aborda la necesidad de esas personas tanto de recibir el TAR como de recibir el tratamiento hormonal, pueden ser útiles para mejorar la aceptación y el cumplimiento del TAR por parte de las personas transgénero. Los miembros de la comunidad transgénero afirman que la educación y el empoderamiento de las personas transgénero es esencial para alentarlos a solicitar el tratamiento (26).

Los medicamentos antirretrovirales pueden tener interacciones farmacológicas con las hormonas presentes en los anticonceptivos orales (en especial el etinilestradiol) (76). Aunque no se recomienda su uso, es frecuente que las mujeres transgénero tomen anticonceptivos orales para la feminización, especialmente cuando las formulaciones de estrógenos más seguras (17- β estradiol) no están disponibles o son más costosas. Existen datos limitados que sugieren que las hormonas anticonceptivas usadas por las mujeres de nacimiento pueden interactuar con algunos de los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN) y con los inhibidores de la proteasa (IP) potenciados con ritonavir (RTV). Estas interacciones podrían alterar la inocuidad y la efectividad de uno u otro medicamento. Concretamente, se sabe que el etinilestradiol es más trombógeno que el 17- β estradiol. Cuando se usa en combinación con medicamentos antirretrovirales que potencian las anomalías metabólicas, es posible que aumente el riesgo de episodios trombóticos (29).

Sin embargo, las directrices de anticoncepción actuales de la OMS concluyen que ninguna interacción medicamentosa entre los anticonceptivos hormonales y el TAR o la PrEP actualmente recomendados es lo bastante importante como para impedir su uso conjunto (76). La mayoría de las interacciones entre los anticonceptivos orales y los medicamentos antirretrovirales reducen los

niveles sanguíneos del estradiol, pero no los de los antirretrovirales. Iniciar, detener o cambiar el TAR puede conducir a fluctuaciones hormonales en las mujeres transgénero que toman medicamentos para la afirmación del género; por consiguiente, se recomienda una vigilancia estricta (28).

Son pocos los datos existentes sobre las interacciones entre los ARV y otros medicamentos que usan las mujeres transgénero en el tratamiento hormonal feminizante, en especial los antiandrógenos (por ejemplo, acetato de ciproterona o flutamida). Lo mismo puede decirse respecto a los andrógenos (por ejemplo, dihidrotestosterona) utilizados con frecuencia por los hombres transgénero. Actualmente, no hay ninguna interacción medicamentosa documentada entre estos medicamentos y los ARV. Sin embargo, se necesita una mayor investigación al respecto.

La automedicación con productos y dosis no recomendados es común y los prestadores de atención de salud deben ser conscientes de esa automedicación y deben alertar a los usuarios respecto a los posibles riesgos y mantener una vigilancia de posibles efectos colaterales.

Prevención y tratamiento de coinfecciones y comorbilidades (hepatitis virales, tuberculosis, salud mental)

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- Las personas de los grupos clave de la población deben tener el mismo acceso a los servicios de prevención, tamizaje y tratamiento de la tuberculosis que tienen otras poblaciones con riesgo de VIH o con infección por el VIH.
- Las personas de los grupos clave de la población deben tener el mismo acceso a los servicios de prevención, vacunación, tamizaje y tratamiento de la hepatitis viral B y C que tienen otras poblaciones con riesgo de VIH o con infección por el VIH.
- Debe proporcionarse un tamizaje periódico y un tratamiento de los trastornos de la salud mental (en especial la depresión y el estrés psicosocial) a las personas de los grupos clave con infección por el VIH, con objeto de optimizar los resultados en materia de salud y mejorar el cumplimiento del tratamiento con ARV. Ello puede ir desde un asesoramiento conjunto para el VIH y la depresión hasta los tratamientos médicos apropiados.

El hecho de vivir en una prisión o en otros establecimientos colectivos aumenta el riesgo de tuberculosis. Estos entornos podrían incluir no solo las prisiones sino también burdeles, bares, centros de acogida, centros de farmacoterapia, establecimientos de salud y refugios. Estos son lugares en los que es probable que pasen un cierto tiempo algunas personas transgénero. Debe disponerse de servicios de prevención, tamizaje y tratamiento de la tuberculosis, así como de tamizaje y tratamiento de las hepatitis virales, que sean accesibles a las personas transgénero y que estén atendidos por prestadores de atención de salud capacitados y sensibles a las necesidades de las personas transgénero.

Las personas transgénero pueden tener mayor riesgo de tener una hepatitis viral como consecuencia de la inyección de hormonas o a través de la transmisión sexual. Como otros grupos de la población, deben tener acceso a servicios de tamizaje, vacunación contra el VHB, prevención y tratamiento de la hepatitis B y C. Al tratar la hepatitis viral en personas transgénero que están tomando hormonas para la afirmación del género, es importante realizar un tamizaje de posibles interacciones medicamentosas entre el tratamiento hormonal y los medicamentos usados para el tratamiento de la hepatitis.

Las repercusiones de la estigmatización sobre la salud mental han sido claramente documentadas (33, 77-79). El estrés de la estigmatización y la discriminación de la sociedad contra las personas transgénero, así como el estigma por el VIH, pueden conducir a una autoestigmatización y a problemas de salud mental relacionados en las personas transgénero con infección por el VIH (80, 81). Las personas transgénero con infección por el VIH deben ser objeto de un tamizaje periódico para detectar posibles trastornos de salud mental y deben tener acceso a un tratamiento apropiado en un entorno no estigmatizante y de afirmación del género, en el que se comprenda claramente que la identidad transgénero en sí no debe considerarse una enfermedad mental.

Salud sexual y reproductiva

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

- El tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las ITS son componentes cruciales de una respuesta integral frente al VIH; esto incluye servicios para los grupos clave de la población. El tratamiento de las ITS debe ser coherente con las directrices existentes de la OMS y debe adaptarse al contexto nacional. Además, debe ser confidencial y no estar sometido a coacción alguna, y los pacientes deben dar su consentimiento informado para su aplicación.
- Se recomienda el tamizaje periódico para las ITS asintomáticas en las personas de los grupos clave de la población (*recomendación condicional, calidad baja de la evidencia*).
- Si no se dispone de pruebas de laboratorio, las personas sintomáticas de los grupos clave de la población deben recibir un tratamiento sintomático coherente con lo indicado por las directrices nacionales para el tratamiento de las ITS.

PERSONAS TRANSGÉNERO

Los prestadores de atención de salud deben conocer y deben ser sensibles a las necesidades de salud específicas de las personas transgénero. Concretamente, el examen genital y la recogida de muestras pueden causar molestias o incomodidad si a una persona se le ha practicado una cirugía reconstructiva genital.

Los prestadores de atención de salud deben conocer y deben ser sensibles a las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva, las inquietudes y los deseos de las personas transgénero. El tamizaje periódico, el diagnóstico y el tratamiento de las ITS es una parte importante de la prevención y atención integral de la infección por el VIH en las personas transgénero. La anamnesis sexual constituye una parte importante de un examen apropiado de la salud sexual; esto tiene especial importancia en la determinación de qué partes del cuerpo deben ser objeto de un examen de detección de las ITS. En lo relativo a las prácticas sexuales, los prestadores de atención de salud deben evitar partir de supuestos acerca de la anatomía o el comportamiento sexual de las personas transgénero. Las preguntas de respuesta libre permiten respuestas que el prestador puede no haber previsto. Al mismo tiempo, en las personas transgénero, al igual que en todas las demás, es importante hacer únicamente las preguntas que sean pertinentes para la prestación de la atención de salud de la persona. Asimismo, la exploración física debe realizarse en un entorno respetuoso y de privacidad, y tan solo cuando esté indicada. Concretamente, el examen genital y la obtención de muestras pueden causar molestias o incomodidad a una persona a la que se ha practicado cirugía reconstructiva genital. Algunas personas transgénero pueden sentirse incómodas con su anatomía o pueden usar términos para referirse a los genitales que el prestador podría desconocer. Siempre que sea posible y apropiado, los prestadores deben considerar la posibilidad de utilizar el lenguaje que usan las personas transgénero para describirse a sí mismas o para referirse a su cuerpo. Muchas personas transgénero han sido víctimas de violencia física y sexual, y la exploración genital puede resultarles especialmente difícil física y psicológicamente. Los prestadores de la atención de salud deben tener esto en cuenta cuando prestan asistencia a personas transgénero.

Servicios anticonceptivos

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

TODOS LOS GRUPOS CLAVE

Es importante que los servicios anticonceptivos sean gratuitos, voluntarios y no coercitivos para todas las personas de los grupos clave de la población.

PERSONAS TRANSGÉNERO

Es importante asesorar a las mujeres transgénero que toman anticonceptivos orales para la feminización acerca del mayor riesgo de episodios trombóticos con el empleo del etinilestradiol en comparación con el de 17- β estradiol.

Como se señaló anteriormente, las mujeres transgénero pueden usar anticonceptivos orales para la feminización cuando las opciones más seguras no están disponibles o no se tiene acceso a ellas. El asesoramiento sobre los servicios sexuales y reproductivos para las mujeres transgénero debe abordar el riesgo posiblemente mayor de sufrir una trombosis con el empleo del etinilestradiol presente en los anticonceptivos orales en comparación con el uso del 17- β estradiol. En las mujeres transgénero que conservan el pene y los testículos y que tienen parejas mujeres, es importante abordar los deseos reproductivos. Aunque los estrógenos pueden reducir significativamente la fecundidad, es posible que no impidan por completo el embarazo. Es importante que las mujeres transgénero que desean tener descendencia biológica tengan la oportunidad de comentar sus opciones reproductivas antes de iniciar un tratamiento hormonal feminizante, puesto que no está claro si se producirán espermatozoides viables tras la exposición continua a los estrógenos. El asesoramiento de las mujeres transgénero que tienen parejas mujeres que pueden quedar embarazadas debe abordar la anticoncepción si no se desea un embarazo.

También es importante abordar el deseo de fecundidad en los hombres transgénero. En los hombres transgénero que conservan el útero y los ovarios existe todavía la posibilidad de un embarazo después de una relación sexual vaginal, aun cuando estén tomando andrógenos. Por consiguiente, a los hombres transgénero con parejas hombres que no deseen quedar embarazados se les deben ofrecer opciones anticonceptivas si lo desean.

El acceso al tratamiento de afirmación del género es parte integral de la atención primaria para muchas personas transgénero. Cuando las personas transgénero no tienen acceso a servicios con supervisión médica, pueden automedicarse con productos y dosis que pueden no ser seguros. Los prestadores de atención de salud deben informarse acerca de las necesidades de atención de salud y los derechos de las personas transgénero, y deben conocer los recursos de protocolos médicos existentes. La Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero publica directrices para la atención de pacientes transgénero que pueden consultarse en línea en <http://www.wpath.org> (29). Estas directrices incluyen alguna información médica, pero se centran más bien en los aspectos psicosociales de la atención de salud de las personas transgénero. El Centro de Excelencia para la Salud Transgénero de la Universidad de San Francisco (Estados Unidos) tiene un sitio web que proporciona protocolos médicos para la atención primaria de pacientes transgénero, incluido el tratamiento hormonal y que puede consultarse en <http://transhealth.ucsf.edu>.

El acceso a la cirugía de afirmación del género es limitado, incluso en los países de ingresos altos. En todo el mundo son pocos los prestadores de atención de salud con la capacitación adecuada para practicar las operaciones quirúrgicas de afirmación del género, y es frecuente que el costo de la cirugía esté fuera del alcance de muchas personas transgénero. Cuando se atienden personas transgénero que están preparando o que se han sometido recientemente a una intervención quirúrgica, el prestador de la atención primaria debe ponerse en contacto con el cirujano, de ser posible, para determinar la atención preoperatoria y posoperatoria apropiada.

Tamizaje del cáncer cervicouterino

Recomendaciones pertinentes y temas contextuales

PERSONAS TRANSGÉNERO

En los hombres transgénero son necesarias algunas consideraciones específicas:

- Los hombres transgénero que conservan los genitales femeninos a menudo no acuden al tamizaje del cáncer cervicouterino y otros servicios de salud sexual, puesto que es posible que no los soliciten o que se vean excluidos de esos servicios. Como resultado de ello, enfrentan un mayor riesgo de padecer enfermedades ováricas, uterinas y cervicouterinas.
- Después de una histerectomía total, si hay antecedentes de displasia cervical o cáncer cervicouterino de grado alto, puede realizarse una prueba de Papanicolaou del muñón vaginal una vez al año hasta que se hayan documentado tres pruebas normales, y luego cada dos a tres años.
- Después de la extirpación de los ovarios, pero con conservación del útero y el cuello uterino intactos, pueden seguirse las directrices de tamizaje cervicouterino de la OMS para las mujeres de nacimiento. Esto puede diferirse si no hay ningún antecedente de actividad sexual genital. Es importante informar al anatomopatólogo del uso actual o previo de testosterona, ya que la atrofia cervical puede parecerse a una displasia.

Los hombres transgénero que conservan los genitales desde el nacimiento a menudo no acuden al tamizaje del cáncer cervicouterino y otros servicios de salud sexual, como la detección del cáncer de mama, puesto que es posible que no los soliciten o que se vean excluidos de esos servicios. Como resultado de ello, pueden enfrentar un mayor riesgo de padecer enfermedades ováricas, uterinas y cervicouterinas. Los prestadores de atención de salud deben tener presente que algunos hombres transgénero pueden presentar un malestar emocional o pueden tener dolor físico con los procedimientos médicos genitales, debido a la atrofia tisular. Debe proporcionarse sistemáticamente acceso al tamizaje del cáncer cervicouterino sin revelar el sexo asignado al nacer a un hombre transgénero.

Después de una histerectomía total, si hay antecedentes de displasia cervical o cáncer cervicouterino de grado alto, debe realizarse un tamizaje del muñón vaginal una vez al año hasta que se han documentado tres pruebas normales, y luego cada dos a tres años (82). Después de la extirpación de los ovarios, pero con conservación del útero y el cuello uterino intactos, pueden seguirse las directrices de tamizaje cervical de la OMS para las mujeres de nacimiento. Esto puede diferirse si no hay ningún antecedente de actividad sexual genital. Es importante informar al anatomopatólogo del uso actual o previo de testosterona, ya que la atrofia cervical puede parecerse a una displasia.

Resumen y puntos clave

Programa integral de acceso a preservativos y lubricante

Debe mejorarse el acceso a servicios de salud amplios, integrados y de calidad, incluidos los servicios para la infección por el VIH, que respondan a las necesidades transgénero. Los servicios deben responder a las necesidades específicas de salud de las personas transgénero, incluida la prestación integrada de un asesoramiento sólido sobre el tratamiento de afirmación del género más seguro y los servicios de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Deben atenderse las necesidades específicas de las personas transgénero en cuanto a la prevención, las pruebas diagnósticas, el tratamiento y la atención de la infección por el VIH; y la comunidad transgénero debe involucrarse en la prestación de los servicios. La comunidad transgénero tiene una necesidad urgente de que haya programas eficaces de alcance comunitario para la prevención de la infección por el VIH que vinculen con servicios de pruebas de detección del VIH y los servicios de tratamiento. Los gobiernos y los donantes tienen que colaborar con las comunidades transgénero para elaborar y financiar adecuadamente un plan nacional para contra la infección por el VIH basado en evidencia, que atienda específicamente las necesidades de las personas transgénero.

Puntos clave

- En todo el mundo, las mujeres transgénero tienen una carga extraordinariamente alta de la infección por el VIH.
- La prevalencia de la infección por el VIH en los hombres transgénero parece ser baja, pero es posible que se necesite una mayor investigación para determinar el riesgo, en particular en los hombres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Se ha descuidado a las personas transgénero en la respuesta mundial frente al VIH.
- La vulnerabilidad al VIH en las personas transgénero está arraigada en los contextos estructurales de estigmatización y discriminación en lo relativo al empleo, la educación, la vivienda y la atención de salud.
- Las personas transgénero tienen múltiples necesidades de salud más allá de las relativas al VIH; por consiguiente, es necesaria una atención holística.
- Un entorno favorable es crucial para respaldar la ejecución de intervenciones eficaces del sector de la salud.
- Debe haber un financiamiento dedicado a las intervenciones adaptadas a las personas transgénero, en particular las mujeres transgénero, que son las que soportan la mayor parte de la carga de enfermedad debida al VIH.
- Los sistemas de atención de salud deben conocer los problemas de salud transgénero y deben proporcionar servicios de calidad y respetuosos hacia las personas transgénero.

Temas de investigación futura

Entre las áreas que requieren una mayor investigación se encuentran las siguientes:

- elaboración de mapas y estimaciones del tamaño de los grupos de personas transgénero de una manera que proteja su seguridad y confidencialidad;
- cómo evaluar el carácter transgénero en la vigilancia epidemiológica y los sistemas de recopilación de datos;
- obtención de un tamaño de muestra suficiente y desglose de los datos según la identidad de género en los estudios de grupos clave de la población;
- aplicación de la investigación sobre intervenciones biomédicas, como la PrEP y el TAR temprano, como parte de un conjunto integral de intervenciones de prevención basadas en evidencia para las personas transgénero;
- riesgo de contraer VIH en personas transgénero que no se identifican en una clasificación binaria del género;
- riesgo de contraer VIH en hombres transgénero que tienen relaciones sexuales con hombres, que podría ser superior al de los otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres;
- mejora del conocimiento de la prevención, tratamiento y opciones de atención de la infección por el VIH apropiados para las personas transgénero, teniendo en cuenta e incorporando la diversidad existente dentro de las comunidades transgénero;
- efectos de las hormonas comúnmente utilizadas por las personas transgénero sobre la transmisión, el contagio y el tratamiento del VIH;
- investigación operativa para elaborar modelos de prestación de servicios específicos para las personas transgénero en diversos entornos y de una manera apropiada al contexto local.

Recursos adicionales

Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero.

<http://www.wpath.org/>

Centro de Excelencia para la Salud Transgénero.

<http://transhealth.ucsf.edu/>

ONUSIDA. The Gap report 2014: transgender people.

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/08_Transgenderpeople.pdf

APCOM. Headlight bite size brief: understanding WHO's Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. APCOM; 2014.

<http://apcom.org/sites/default/files/headlight-who-v8.pdf>

AIDSTAR-Two. Technical report: the global health needs of transgender populations. Arlington: USAID; 2013.

http://www.aidstar-two.org/upload/AIDSTAR-Two-Transgender-Technical-Report_FINAL_09-30-13.pdf

AIDSTAR-Two. Technical paper: review of training and programming resources on gender-based violence against key populations. Arlington: USAID; 2013.

http://www.aidstar-two.org/upload/AIDSTAR-Two_Tech-Paper-Rev-Resources-GBV-Against-Key-Populations- FINAL-09-30-13.pdf

PNUD. Discussion paper on transgender health and human rights. Nueva York: PNUD; 2013.

<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/discussion-paper-on-transgender-health---human-rights.html>

Grupo interinstitucional sobre grupos clave de la población. HIV and young transgender people: a technical brief.

http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/briefs_ykp_2014.pdf

Bibliografía

1. The Gap Report 2014: transgender people. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida;2014.
2. Baral SD et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis.* 2012;13(3):214-222.
3. Operario D, Soma T, Underhill K. Sex work and HIV status among transgender women: systematic review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008;48(1):97-103.
4. Kenagy, GP. Transgender health: findings from two needs assessment studies in Philadelphia. *Health Soc Work.* 2005;30(1):19-26.
5. Bradford J, Reisner SL, Honnold JA, Xavier J. Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *Am J Public Health.* 2013;103(10):1820-9.
6. Xavier J, Honnold J, Bradford J. The health, health-related needs, and lifecourse experiences of transgender Virginians. Richmond (VA): Richmond Department of Health; 2007.
7. Lombardi EL, Wilchins RA, Priesing D, Malouf D. Gender violence: transgender experiences with violence and discrimination. *J Homosex.* 2001;42(1):89-101.
8. Operario D, Nemoto T. HIV in transgender communities: syndemic dynamics and a need for multicomponent interventions. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;55 Supl 2:S91-3.
9. Nemoto T, Operario D, Keatley J, Villegas D. Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *AIDS Care.* 2004;16(6):724-35.
10. Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-Santisteban A. HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet.* 2014;385(9964):274-286.
11. Poteat T, Reisner SL, Radix A. HIV epidemics among transgender women. *Curr Opin HIV AIDS.* 2014;9(2):168-73.
12. Sevelius JM, Keatley J, Gutierrez-Mock L. HIV/AIDS programming in the United States: considerations affecting transgender women and girls. *Womens Health Issues.*2011;21(6 Supl):S278-82.
13. Sevelius JM, Reznick OG, Hart SL, Schwarcz S. Informing interventions: the importance of contextual factors in the prediction of sexual risk behaviors among transgender women. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(2):113-27.
14. Sevelius JM. Gender affirmation: a framework for conceptualizing risk behavior among transgender women of color. *Sex Roles.* 2013;68(11-12):675-689.
15. Operario D, Nemoto T, Iwamoto M, Moore T. Risk for HIV and unprotected sexual behavior in male primary partners of transgender women. *Arch Sex Behav.* 2011;40(6):1255-61.
16. Bockting W, Miner M, Rosser BR. Latino men's sexual behavior with transgender persons. *Arch Sex Behav.* 2007;36(6):778-86.
17. Herbst J.H, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008;12(1):1-17.
18. Schleifer D. Make me feel mighty real: gay female-to-male transgenderists negotiating sex, gender, and sexuality. *Sexualities.* 2006;9(1):57-75.
19. Rowiak S, Chesla C. Coming out for a third time: transmen, sexual orientation, and identity. *Arch Sex Behav.* 2013. 42(3):449-61.
20. Bockting W, Benner A, Coleman E. Gay and bisexual identity development among female-to-male transsexuals in North America: emergence of a transgender sexuality. *Arch Sex Behav.* 2009;38(5):688-701.
21. Reisner SL, White JM, Mayer KH, Mimiaga MJ. Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center. *AIDS Care.* 2014;26(7):857-64.
22. Bauer GR, Redman N, Bradley K, Scheim AI. Sexual health of trans men who are gay, bisexual, or who have sex with men: results from Ontario, Canada. *Int J Transgend;*2013. 14(2):66-74.
23. Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. Cross-sex hormone use, functional health and mental well-being among transgender men (Toms) and transgender women (Kathoeys) in Thailand. *Cult Health Sex.* 2015;17(1):92-103.
24. Pitts M, Mitchell A, Smith A, Patel S. Private lives: a report on the health and wellbeing of GLBTI Australians. Melbourne: La Trobe University; 2006.
25. Couch MA, Pitts MK, Patel S, Mitchell AE, Mulcare H, Croy SL TranZnation: a report on the health and wellbeing of transgendered people in Australia and New Zealand. Melbourne: La Trobe University; 2007.

26. Schneiders M. Values and preferences of transgender people: a qualitative study. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
27. Métodos anticonceptivos hormonales para mujeres con VIH o alto riesgo de VIH. Informe de orientación 2014. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
28. Keller K. Transgender health and HIV. BETA. 2008;21(4):40-50 (http://www.sfaf.org/hiv-info/hot-topics/beta/beta_2009_sumfall_transgender2.pdf, fecha de consulta: 10 N).
29. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J et al. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. In J Transgend. 2011;13:165–232.
30. Pandit L, Ouslander. Postmenopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis. Am J Med Sci. 1997;314(4):228–231.
31. Zhou J, Ng S, Adesanya-Famuyiwa O, Anderson K, Bondy CA. Testosterone inhibits estrogen-induced mammary epithelial proliferation and suppresses estrogen receptor expression. FASEB J. 2000;14(12):1725–1730.
32. Boyce S, Barrington C, Bolaños H, Galindo Arandi C, Paz-Bailey G. Facilitating access to sexual health services for men who have sex with men and male-to-female transgender persons in Guatemala City. Cult Health Sex. 2012;14(3):313–27.
33. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the US transgender population. Am J Public Health., 2013;103(5):943–51.
34. Baral S, Beyrer C, Poteat T. Human rights, the law, and HIV among transgender people. Documento de trabajo preparado para el Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7–9 de julio del 2011.
35. Sausa LA, Keatley J, Operario D. Perceived risks and benefits of sex work among transgender women of color in San Francisco. Arch Sex Behav. 2007;36(6):768–77.
36. Grant JM, Mottet L., Tanis JE, Harrison J, Herman J, Keisling M. Injustice at every turn: a report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington (DC): Centro Nacional para la Igualdad Transgénero y el Grupo de Trabajo Nacional de Gays i Lesbianas; 2011.
37. TVT, legal and healthcare mapping. Europe: Trans Respect Versus Transphobia Worldwide; 2012.
38. Godwin J. Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: an agenda for action. Bangkok: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro Regional de Asia y el Pacífico; 2010.
39. Silva-Santisteban A. Factors related to an increased vulnerability to HIV/AIDS and other STIs and their interaction among transwomen in Lima. 2013.
40. Comisión Global sobre VIH y Derecho. Riesgos, derechos y salud. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2012.
41. Comisión Internacional sobre Derechos Humanos de Gays y Lesbianas (IGLHRC) [sitio web.] Nueva York: IGLHRC; 2014 (<http://iglhrc.org/>, fecha de consulta: 10 de noviembre del 2014).
42. ICD-10 Versión: 2015 [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en>, fecha de consulta: 21 de febrero del 2015).
43. Cuypere GD, Knudson G, Green J. WPATH consensus process regarding transgender and transsexual-related diagnoses in ICD-11. San Francisco: Asociación Profesional Mundial para la Salud Transgénero; 2013.
44. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición. Washington (DC): Asociación Psiquiátrica Estadounidense; 2013.
45. Policy brief: self-stigma among young men who have sex with men and young transgender women and the linkages with HIV in Asia. Bangkok: Youth Voices Count; 2013.
46. Winter S. Lost in transition: transgender people, rights and HIV vulnerability in the Asia-Pacific Region. Bangkok: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro Regional de Asia y el Pacífico; 2012.
47. Poteat T, German D, Kerrigan D. Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. Soc Sci Med. 2013:84.
48. Implementación de programas integrales de VIH/ITS con personas trabajadoras del sexo: enfoques prácticos basados en intervenciones colaborativas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
49. Trans Populations and HIV: Time to End the Neglect. Nueva York: amfAR, Fundación para la Investigación sobre el Sida; 2014.

50. Eisfeld J, Gunther S, Shlasko D. The State of trans* and intersex organizing: a case for increased support for growing but underfunded movements for human rights. Nueva York: Global Action for Trans* Equality y American Jewish World Service; 2013.
51. Trans Murder Monitoring Project [sitio web]. Malmö, Suecia: Transgender Europe; 2014. (http://www.transrespect-transphobia.org/en_US/tvt-project/tmm-results.htm, fecha de acceso: 10 de noviembre del 2014).
52. Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and HIV-affected intimate partner violence in 2013. Nueva York: Coalición Nacional de Programas Antiviolenencia; 2014.
53. Lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, and HIV-Affected hate violence in 2013. Nueva York: Coalición Nacional de Programas Antiviolenencia; 2014.
54. HIV transmission risk. Atlanta (GA): Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos; 2012 (http://www.cdc.gov/hiv/law/pdf/HIV_tranmsmision.pdf, fecha de consulta: 21 de febrero del 2015).
55. van Griensven F, Na Ayutthaya PP, Wilson E. HIV surveillance and prevention in transgender women. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):185–6.
56. van Griensven F, Phanuphak N, Srithanaviboonchai K. Biomedical HIV prevention research and epidemic control in Thailand: two sides of the same coin. *Sex Health*. 2014;11(2):180–99.
57. Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms. WHO/UNFPA/FHI360 advisory note. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
58. Nuttbrock L, Bockting W, Rosenblum A, Hwahng S, Mason M, Macri M, Becker J. Gender abuse, depressive symptoms, and substance use among transgender women: a 3-year prospective study. *Am J Public Health*. 2014;104(11):2199–206.
59. Nuttbrock LA. Culturally competent substance abuse treatment with transgender persons. *J Addict Dis*. 2012;31(3):236–41.
60. Santos GM, Rapues J, Wilson EC, Macias O, Packer T, Colfax G, Raymond HF. Alcohol and substance use among transgender women in San Francisco: prevalence and association with human immunodeficiency virus infection. *Drug Alcohol Rev*. 2014;33(3):287–95.
61. Gooren LJ, Sungkaew T, Giltay EJ, Guadamuz TE. Cross-sex hormone use, functional health and mental well-being among transgender men (Toms) and transgender women (Kathoeyes) in Thailand. *Cult Health Sex*. 2015;17(1):92–103.
62. Guadamuz TE, Wimonasate W, Varangrat A, Phanuphak P, Jommaroeng R, McNicholl JM et al. HIV prevalence, risk behavior, hormone use and surgical history among transgender persons in Thailand. *AIDS Behav*. 2011;15(3):650–8.
63. Allison SM, Adams D, Klindera KC, Poteat T, Wolf RC. Innovative uses of communication technology for HIV programming for men who have sex with men and transgender persons. *J Int AIDS Soc*. 2014;17(1):19041.
64. Wong CF, Schragger SM, Holloway IW, Meyer IH, Kipke MD. Minority stress experiences and psychological well-being: the impact of support from and connection to social networks within the Los Angeles House and Ball communities. *Prev Sci*. 2014;15(1):44–55.
65. Nanda S. Life on the margins: a hijra's story. En: Mines DP, Lamb S. *Everyday life in South Asia*, 2ª edición. Bloomington (IN): Indiana University Press; 2010.
66. Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(9):820–9.
67. Buchbinder SP, Glidden DV, Liu AY, McMahan V, Guanira JV, Mayer KH et al. HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men and transgender women: a secondary analysis of a phase 3 randomised controlled efficacy trial. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(6):468–75.
68. amfAR. Funding the trans* HIV response: Meeting of Trans* Activists, Donors, and Other Key Stakeholders. Nueva York: Fundación para la Investigación sobre el Sida; 2014,
69. Report on the first international symposium on self-testing for HIV: the legal, ethical, gender, human rights and public health implications of self-testing scale-up. Ginebra, Suiza, 8–9 de abril del 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
70. A short technical update on self-testing for HIV. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/JC2603_self-testing_en.pdf, fecha de acceso: 10 de noviembre del 2014).
71. Documento normativo sobre las pruebas del VIH y la orientación: La OMS y el ONUSIDA reiteran su oposición a las pruebas obligatorias del VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (http://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/en/, fecha de acceso: 10 de noviembre del 2014).

72. Williamson C. Providing care to transgender persons: a clinical approach to primary care, hormones, and HIV management. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2010;21(3):221–9.
73. Melendez RM, Pinto RM. HIV prevention and primary care for transgender women in a community-based clinic. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2009;20(5):387–97.
74. Sevelius JM, Patouhas E, Keatley JG, Johnson MO. Barriers and facilitators to engagement and retention in care among transgender women living with human immunodeficiency virus. *Ann Behav Med*. 2014;47(1):5–16.
75. Sevelius JM, Saberi P, Johnson MO. Correlates of antiretroviral adherence and viral load among transgender women living with HIV. *AIDS Care*. 2014;26(8):976–82.
76. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 4ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
77. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, Becker J. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res*. 2010;47(1):12–23.
78. Winter S, King M. Well and truly fucked: transwomen, stigma, sex work, and sexual health in south to East Asia. Dalla R, Baker LM, Defrain J, Williamson C, directores. *Global perspectives on prostitution and sex trafficking: Africa, Asia, middle east and oceania*. Lanham: Lexington Books; 2011.
79. Wilson E, Pant SB, Comfort M, Ekstrand M. Stigma and HIV risk among Metis in Nepal. *Cult Health Sex*. 2011;13(3):253–66.
80. Frost DM, Lehavot K, Meyer IH. Minority stress and physical health among sexual minority individuals. *J Behav Med*. 2013;38(1):1–8.
81. Gamarel KE, Reisner SL, Laurenceau JP, Nemoto T, Operario D. Gender minority stress, mental health, and relationship quality: a dyadic investigation of transgender women and their cisgender male partners. *J Fam Psychol*. 2014;28(4):437–47.
82. Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales, 2ª edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.

Para solicitar más información:

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C.
20037, Estados Unidos de América