



Estrategias educativas enfocadas a los trabajadores sexuales para la prevención y tamizaje de infecciones de transmisión sexual en países de ingresos bajos y moderados*

Educational Strategies Aimed at Sex Workers for the Prevention and Screening of Sexually Transmitted Infections in Low- and Middle-Income Countries

Estratégias Educacionais Voltadas para Trabalhadoras Sexuais na Prevenção e Rastreo de Infecções Sexualmente Transmissíveis em Países de Baixa e Média Renda

Recibido: 29 de mayo de 2024. **Aceptado:** 27 de marzo de 2025. **Publicado:** 20 de noviembre de 2025.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.eets>

Juan David Correa^a

Universidad Militar Nueva Granada, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8787-3643>

Paula Nathalia García Retavizca

Universidad Militar Nueva Granada, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6317-4011>

Juan Sebastián Gómez Munévar

Universidad Militar Nueva Granada, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4876-4689>

Marianna Lozano D' Amato

Universidad Militar Nueva Granada, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7460-4558>

Olga Lucía Paredes Garavito

Universidad Militar Nueva Granada, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8303-0683>

Cómo citar Correa, J. D., García Retavizca, P. N., Gómez Munévar, J. S., Lozano D' Amato, M. y Paredes Garavito, O. L. (2025). Estrategias educativas enfocadas a los trabajadores sexuales para la prevención y tamizaje de infecciones de transmisión sexual en países de ingresos bajos y moderados. *Gerencia y Políticas de Salud*, 24. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.eets>

^aAutor de correspondencia. Correo electrónico: est.juan.correa8@unimilitar.edu.co

Resumen

Introducción: en Colombia, la falta de datos sobre ITS y VIH en trabajadoras sexuales es crítica. Las ITS, transmitidas sexualmente y a menudo asintomáticas, representan un importante problema de salud pública. **Objetivos:** identificar intervenciones educativas para prevenir y tamizar ITS en trabajadores sexuales en países de ingresos medios y bajos. Describir estrategias, efectos de intervenciones y barreras para el tamizaje. **Metodología:** se buscaron estudios en diversas bases de datos. Se incluyeron estudios sobre educación en ITS para trabajadoras sexuales desde 2000, excluyendo textos no accesibles, pruebas de medicamentos y estudios en poblaciones específicas. Se analizaron títulos, resúmenes y textos completos. **Resultados:** se analizaron estrategias educativas directas e indirectas para la prevención y tamizaje de ITS, encontrando barreras personales, institucionales y sociales que afectan a las trabajadoras sexuales. **Conclusiones:** la revisión muestra que estrategias educativas como la educación por pares mejoran el conocimiento sobre VIH/ITS. Los programas de detección aumentan los casos identificados, permitiendo un manejo oportuno y reducción de infecciones. Sin embargo, las trabajadoras sexuales enfrentan barreras como la falta de prevención, discriminación y violencia.

Palabras clave: trabajo sexual, educación en salud, ITS, VIH, tamizaje.

Abstract

Background: In Colombia, the limited availability of epidemiological data on sexually transmitted infections (STIs) and HIV among sex workers remains a critical gap in public health surveillance. STIs, frequently asymptomatic and sexually transmitted, pose a significant global health challenge, particularly in vulnerable populations. **Objective:** To identify and characterize educational interventions targeting the prevention and screening of STIs among sex workers in low- and middle-income countries. This review also aimed to describe the types of strategies implemented, their observed effects, and the main barriers to effective screening. **Methods:** A systematic literature search was conducted across multiple databases. Eligible studies included those published from the year 2000 onward, focusing on educational strategies related to STI prevention and screening among sex workers. Exclusion criteria included inaccessible full texts, studies primarily evaluating pharmacological interventions, and those focused on non-generalizable subpopulations. Titles, abstracts, and full texts were independently reviewed and analyzed. **Results:** The analysis identified both direct and indirect educational strategies, such as peer education, mobile outreach, and community-based approaches. These interventions showed positive effects on knowledge acquisition and screening uptake. However, various barriers were reported, including individual-level stigma, institutional discrimination, and structural violence, all of which hinder access to preventive and diagnostic services. **Conclusions:** Educational interventions, particularly those led by peers, have demonstrated effectiveness in improving awareness and screening rates for HIV and STIs among sex workers. Nevertheless, persistent social, institutional, and structural barriers must be addressed to ensure equitable access to preventive health services and to reduce the burden of STIs in this population.

Keywords: Sex Work, Health Education, Sexually Transmitted Infections, HIV, Screening, Low- and Middle-Income Countries.

Resumo

Introdução: na Colômbia, a escassez de dados epidemiológicos sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e HIV entre trabalhadoras sexuais representa uma lacuna crítica na vigilância em saúde pública. As ISTs, frequentemente assintomáticas e sexualmente transmissíveis, constituem um importante desafio global de saúde, especialmente em populações vulneráveis. **Objetivo:** identificar e caracterizar intervenções educacionais voltadas à prevenção e ao rastreamento de ISTs entre trabalhadoras sexuais em países de baixa e média renda. A revisão também teve como objetivo descrever os tipos de estratégias implementadas, seus efeitos observados e as principais barreiras ao rastreamento eficaz. **Métodos:** foi realizada uma busca sistemática da literatura em diversas bases de dados. Foram incluídos estudos publicados a partir do ano 2000, com foco em estratégias educacionais relacionadas à prevenção e ao rastreamento de ISTs entre trabalhadoras sexuais. Os critérios de exclusão abrangeram textos inacessíveis, estudos centrados exclusivamente em intervenções farmacológicas e populações não generalizáveis. Títulos, resumos e textos completos foram analisados de forma independente. **Resultados:** foram identificadas estratégias educacionais diretas e indiretas, como educação entre pares, unidades móveis e abordagens comunitárias. Essas intervenções demonstraram efeitos positivos na aquisição de conhecimento e no aumento da adesão ao rastreamento. No entanto, diversas barreiras foram relatadas, incluindo estigma individual, discriminação institucional e violência estrutural, que dificultam o acesso a serviços preventivos e de diagnóstico. **Conclusões:** as intervenções educacionais, especialmente aquelas lideradas por pares, mostraram-se eficazes para melhorar o conhecimento e a adesão ao rastreamento de HIV e ISTs entre trabalhadoras



sexuais. No entanto, barreiras sociais, institucionais e estruturais persistem e precisam ser enfrentadas para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde preventiva e reduzir a carga de ISTs nessa população.

Palavras-chave: trabalho sexual, educação em saúde, infecções sexualmente transmissíveis, HIV, Rastreo, países de baixa e média renda.

Planteamiento del problema

En el marco de la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el sector salud reconoce la importancia de implementar estrategias efectivas que no solo reduzcan la incidencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS), sino que también disminuyan la mortalidad relacionada con ellas. Para lograr este objetivo, es imperativo mejorar la salud sexual individual y promover medidas preventivas integrales basadas en evidencia científica sólida para mujeres, hombres y niños.

Por ello, es esencial facilitar el acceso de las personas a información precisa y actualizada sobre salud sexual, así como a servicios de tratamiento y cuidados integrales. Para esto, el proyecto *Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021*, de la Naciones Unidas, establece como meta acelerar y focalizar las iniciativas de prevención integrales mediante la ampliación de los enfoques comportamentales, biomédicos y estructurales combinados que estén basados en datos científicos. Al mismo tiempo, facilitar el acceso de las personas a la información sobre su estado en relación con las ITS, hacer frente a la estigmatización y a la discriminación generalizadas, así como a las inequidades que exponen a las personas a un mayor riesgo de infección y limitan su acceso a servicios eficaces de prevención y tratamiento. Esto, con especial énfasis en poblaciones desatendidas en donde se incluyen hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, trabajadores sexuales, población privada de la libertad, jóvenes y mujeres en contextos de vulnerabilidad, habitantes de calle, consumidores de sustancias psicoactivas por vía inyectada, y otras poblaciones (1,2). De igual forma, dichos objetivos se refuerzan con el *Informe de Estrategias del Sanitario Mundial sobre VIH, hepatitis viral e infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2).

En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reemplazó el término Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) por el de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), ya que hablar de enfermedad es incorrecto para determinar aquellas infecciones que cursan de forma asintomática y, por lo tanto, pasan desapercibidas (3). Estas hacen referencia a una diversidad de infecciones causadas por virus o bacterias, que se transmiten durante las relaciones sexuales y requieren de tratamiento para evitar diversas complicaciones de salud. Algunos factores de riesgo que se han asociado a las ITS son la promiscuidad, mantener relaciones sexuales (orales, penetrativas, anales) sin métodos de protección como el condón, antecedentes de contagio de ITS, entre otras (4-7). También se recalca que hay grupos poblacionales que al tener más conductas de riesgo tienen mayor riesgo de contagiarse, por ejemplo, los jóvenes (15-49 años) y los trabajadores sexuales (8).

Según la OMS, anualmente hay 374 millones de personas que se contagian de ITS curables como clamidiasis, gonorrea, sífilis y tricomoniasis; es decir, que cada día un millón personas contraen alguna ITS. A pesar de ello, a nivel mundial el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) ha recibido una atención significativa, ya que es uno de los agentes infecciosos de mayor impacto en la salud pública, además de considerarse como una patología de alto costo generando un fuerte impacto económico sobre los recursos públicos en salud y sobre la calidad de vida del

paciente, de su familia e incluso en su entorno laboral (9). Por esta razón, la información sobre VIH está más ampliamente disponible que la de otras ITS (10,11).

De acuerdo con datos de Our World in Data, entre 1990 y 2022, la incidencia global de VIH fue del 0,28%. Por regiones, se estima una incidencia de 0,12 por cada 1.000 habitantes en Asia y el Pacífico; 0,31 en América Latina; 0,36 en África Occidental; 1,70 en África Oriental y Austral; y 0,06 en Oriente Medio y el Norte de África(12). La mayoría de países que se encuentran en estas regiones son clasificados como de medianos y bajos ingresos por el banco mundial, según ingreso nacional bruto (13,14)

Respecto a Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS) ha reportado 4716 casos de VIH/SIDA en el primer trimestre del 2023. Como se mencionó anteriormente, una de las poblaciones que mayor riesgo de contagio por VIH/SIDA/ITS son los trabajadores sexuales. Para 2019, ONUSIDA Colombia estimó un número de 244.400 contagiados (15). Como consecuencia de su exposición, sufren de distintas afecciones físicas y psicológicas que comprometen su salud y tienen una mayor predisposición a contraer ITS (11).

En el marco de prevención y promoción de la salud, se han implementado políticas públicas a nivel mundial y local que buscan proporcionar los recursos necesarios para mejorar la salud y permitir un mayor control sobre ella. Estas políticas se centran en intervenir en los determinantes de la salud, fortalecer la acción y la participación comunitaria, e incluir estrategias como la información en salud, la educación para la salud, la comunicación y la movilización social. El objetivo es estimular la demanda de servicios e insumos específicos para las necesidades de grupos particulares, con el fin de promover un bienestar integral y equitativo. Sin embargo, no se reportan datos en poblaciones clave (10).

La educación para la salud (EpS) se entiende como la implementación de las distintas intervenciones pedagógicas orientadas a la transformación social, a la construcción de pensamiento crítico, de sujetos capaces de leer su realidad de forma amplia y compleja, y al fortalecimiento de la identidad y la defensa de la vida de sectores excluidos de la población (16). Como estrategias de prevención, se ha visto cómo la educación en salud a trabajadoras sexuales aumenta las prácticas sexuales seguras, impactando positivamente su salud sexual según diversas investigaciones internacionales (9).

Aunque la incidencia de algunas ITS, muchas de las cuales son tratables, aumenta cada año, no se cuenta con suficiente información de las estrategias de educación para la salud que han sido implementadas en poblaciones clave como las trabajadoras sexuales. Debido a lo anterior, la presente revisión ampliada de la literatura busca responder la siguiente pregunta: ¿cuáles son las estrategias educativas para la prevención y tamizaje de infecciones de transmisión sexual (ITS) enfocadas a trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y moderados?

Objetivos

El objetivo general de esta investigación es identificar las intervenciones educativas orientadas a la prevención y tamizaje de infecciones de transmisión sexual en trabajadores con actividades sexuales pagas en países de ingresos bajos y medianos. Los objetivos específicos son a) describir las estrategias educativas aplicadas a los trabajadores sexuales, b) caracterizar los efectos producidos por intervenciones comportamentales, dirigidas a los trabajadores sexuales, y c) exponer las barreras referentes al aumento o disminución del tamizaje de pruebas de ITS en trabajadoras sexuales.

Marco teórico

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grupo heterogéneo de procesos de etiología variada como bacterias, protozoos, hongos o virus que se transmiten fundamentalmente por contacto sexual sin protección siendo este de tipo anal, vaginal u oral o a través de productos sanguíneos como la transferencia de tejidos o durante el embarazo (14). Las ITS en su mayoría son asintomáticas por lo que no son tratadas precozmente; es por ello que constituyen un problema importante de salud pública, dada la carga de enfermedad que generan y los efectos profundos que comprometen tanto la salud sexual como reproductiva alrededor del mundo, pues son unas de las principales causas de muerte prenatal o neonatal, así como de graves consecuencias a largo plazo como infecciones crónicas y distintos tipos de cánceres que afectan a millones de hombres, mujeres y niños. Sin olvidar las secuelas psicosociales que pueden sufrir las personas diagnosticadas por una ITS, como el estigma o la violencia de género y la estrecha relación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (16).

Según datos de la OMS, cada día, más de un millón de personas entre los 15 y 49 años contraen una ITS. Esto está representado en la (figura 1). En 2020, se estima que hubo 374 millones de nuevas infecciones de alguno de estos tipos de ITS: Clamidiosis (129 millones), gonorrea (82 millones), sífilis (7,1 millones) y tricomoniasis (156 millones). También, se calcula que el número de personas con herpes genital superaba los 490 millones en 2016, y que hay 300 millones de mujeres con infección por el VPH. Cerca de 296 millones de personas padecen hepatitis B crónica en todo el mundo y todas implican retos crecientes en la prestación de servicios adecuados para la prevención y control de estas (17).

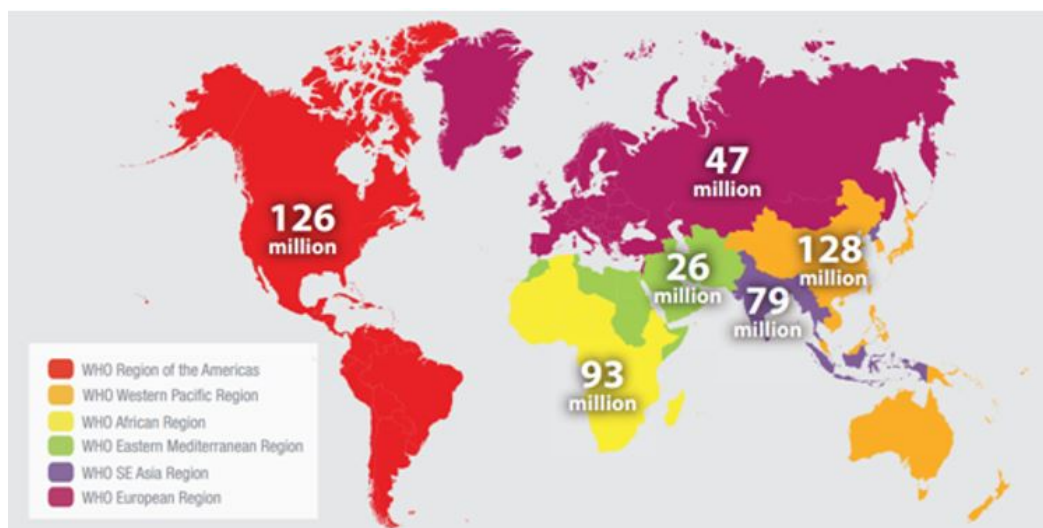


Figura 1. Casos estimados de ITS curables (gonorrea, clamidia, sífilis y tricomoniasis)
Fuente: Empíreo. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) [Internet]. Madrid: Empíreo; s. f. [citado 2025 jun 23]

Para el caso de Colombia, la incidencia de VIH según los datos proporcionados por el boletín epidemiológico hasta la semana 46 de 2023 fue de 18.256 casos confirmados, destacando un aumento estadísticamente significativo en la tasa de incidencia (15). Sin embargo, en cuanto a las ITS diferentes al VIH, la vigilancia sistemática y exhaustiva en países en desarrollo como Colombia es deficiente para infecciones por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, lo que impide la existencia de un sistema consolidado de notificación para estas dos infecciones. A diferencia de otras ITS como la hepatitis B, de la cual se reportaron 2.228 casos hasta la semana epidemiológica 28 de 2023, de los cuales 1.398 fueron de hepatitis B, 826 de hepatitis C, 2 de coinfección B-Delta y 2 de transmisión materno-infantil (18).

En el caso de las infecciones gonocócicas, entre 2009 y 2018, según información de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), se atendieron 5.708 casos. El INS recibió 975 aislamientos de *N. gonorrhoeae*, de los cuales 555 fueron viables (57%), todos ellos con perfiles de resistencia a dos o más antibióticos (19).

Por último, en cuanto a la sífilis su prevalencia en Colombia se encuentra por encima de los promedios mundiales; pues anualmente se diagnostican más de 70.000 casos nuevos de ITS, de los cuales 9,3% son ulcerativas-sífilis precoz (6,1%) y herpes genital (3,2%) (20).

Según Díaz (21), existe una mayor incidencia de estas infecciones entre los jóvenes de 15 a 30 años, entre los cuales, el grupo de 15 a 17 años es el más vulnerable. El autor atribuye esta tendencia a que los jóvenes en edades tempranas aprenden a ver su cuerpo como un recurso transable en situaciones de necesidad. El sexo se convierte en un bien negociable con

consumidores disponibles (21). Cabe destacar la influencia de las tecnologías digitales como un medio para el crecimiento del comercio sexual. Esto inició en el año 1996, a través de salas de chat que fomentaban las primeras jornadas de concientización y apoyo entre sus miembros (22-24).

Otros autores afirman que muchas personas que intercambian relaciones sexuales afrontan a su vez diversas barreras al realizar intervenciones en las poblaciones de estudio (25). Entre estas se encuentran la estigmatización y falta de acceso a la atención médica y otros servicios sociales, lo cual dificulta las actividades de prevención del VIH. Adicionalmente, la falta de oportunidades y la insatisfacción de necesidades básicas en derivadas de la pobreza aumentan la probabilidad de que estas personas se inserten de manera marginal en espacios donde se realizan transacciones sexuales, o que mantengan relaciones sexuales en condiciones que no permiten asumir medidas preventivas (26).

Así, entre las personas que intercambian relaciones sexuales existe la posibilidad de no utilizar métodos de barrera de forma constante por cualquiera de las siguientes razones:

- Factores económicos: las personas que intercambian relaciones sexuales suelen ofrecer el servicio sin exigir un método de barrera a cambio de obtener más dinero.

- Tipo de pareja: las personas que intercambian relaciones sexuales podrían usar métodos de barrera menos frecuentemente con sus clientes regulares, dado que les brinda mayor confianza que con los clientes que tienen un solo encuentro, e incluso aún no usar métodos de barrera con sus parejas íntimas.

- Dinámica de poder: las desigualdades de poder en la relación entre las personas que intercambian relaciones sexuales y sus clientes podrían dificultar la negociación del uso de condones (17).

Otros factores de riesgo para esta población incluyen los siguientes:

- Múltiples parejas de alto riesgo; por ejemplo, parejas que desconocen si porta alguna infección de transmisión sexual.

- Recibir más dinero a cambio de relaciones sexuales con parejas que son VIH positivos.

- Consumo de sustancias psicoactivas y/o alcohol, pues existe un fuerte vínculo entre estas y el sexo comercial, ya que, al estar bajo los efectos de este tipo de sustancias, podrían tener menor capacidad para tomar decisiones, participar en prácticas sexuales más riesgosas (como el sexo anal) y tener dificultad para negociar una relación sexual más segura con sus clientes (como con el uso de condones) (17).



Por ello, los trabajadores sexuales son un grupo de especial interés debido al aumento en la prevalencia del VIH y otras ITS en las últimas décadas, lo que contribuye al crecimiento de la epidemia. Se estima que tienen un riesgo 26 veces mayor de contraer VIH que las mujeres de la población general (27). En este contexto, el acceso a la información es fundamental para disminuir las contingencias que se ligan al trabajo sexual, pues todos los agentes implicados deben tener las oportunidades de recibir educación de calidad ya que consecuentemente aumentará la solicitud de atención oportuna.

Por tal motivo, es necesario conocer las estrategias de educación sexual dentro del concepto de educación para la salud (EpS), pues son un conjunto de acciones de enseñanza y aprendizaje extracurriculares, planificadas sistemáticamente para lograr objetivos como construir y reconstruir conocimientos, desmitificar creencias, consolidar actitudes y valores que promuevan cambios en las intenciones hacia comportamientos sexualmente saludables (16), permitiendo a poblaciones como los trabajadores sexuales conocer e implementar habilidades para la mejora de su propia salud (22).

Métodos

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda a través de las siguientes bases de datos: MEDLINE/PubMed, Embase, Springer, LILACS, Cochrane y Wiley. Se realizó también una búsqueda manual a través de las referencias de los estudios seleccionados. Las categorías de búsqueda incluyeron los términos *sex workers*, *sexuallytransmitted disease* y *sexual health education* en diferentes combinaciones. Se utilizaron restricciones de búsqueda tipo *open access* (Tabla 1 y Figura 2).

Tabla 1. Categorías y términos de búsqueda

Categoría de búsqueda	<i>Sex workers</i>	<i>Sexually transmitted disease</i>	<i>Sexual Health education</i>
Términos de búsqueda	<i>Sex workers</i> "[MeSH Terms]	<i>sexually transmitted diseases</i> "[MeSH Terms] OR ("sexually"[All Fields] AND "transmitted"[All Fields] AND "diseases"[All Fields]) OR "sexually transmitted diseases"[All Fields] OR ("sexually"[All Fields] AND "transmitted"[All Fields] AND "disease"[All Fields]) OR "sexually transmitted disease"[All Fields]	<i>sex education</i> "[MeSH Terms] OR ("sex"[All Fields] AND "education"[All Fields]) OR "sex education"[All Fields] OR ("sexual"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "education"[All Fields]) OR "sexual health education"[All Fields]

Fuente: elaboración propia

Criterios de inclusión de los estudios

Se seleccionaron estudios observacionales descriptivos, reportes de casos, serie de casos, estudios de corte transversal, revisiones sistemáticas de la literatura y metaanálisis. También se seleccionaron estudios cuyo objetivo puntual mencione programas de educación para ITS, incluyendo educación por pares, educación por trabajadores en salud, intervenciones comunitarias o actividades grupales de educación en salud sexual, con seguimiento al uso de prácticas sexuales seguras, conocimiento y prevención de VIH y/o ITS; también aquellos donde la población estudiada incluya trabajadoras sexuales, quienes hayan realizado actividades sexuales a cambio de una recompensa monetaria o física, quienes hayan ejercido al menos durante 6 meses, y que sean mayores de 17 años. Se define el inicio de la selección de los diversos artículos desde el año 2000, pues este es el período de las primeras intervenciones educativas en trabajadoras sexuales (Figura 2).

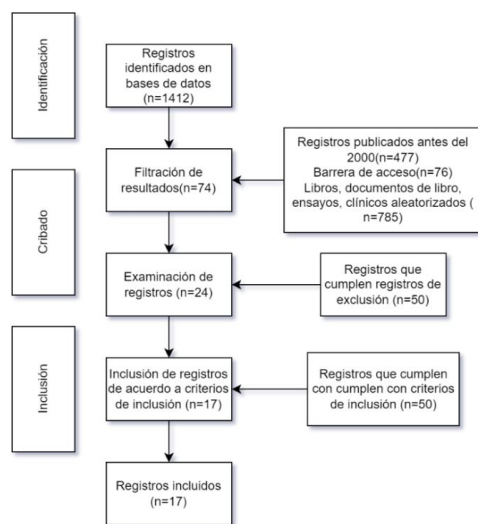


Figura 2. Estrategia de búsqueda y estudios elegibles
Fuente: elaboración propia

Criterios de exclusión

Se excluyeron los estudios que tenían una restricción a visualización de texto completo. También, aquellos estudios que tenían pruebas de medicamentos, pruebas experimentales en animales, estudios clínicos aleatorizados, publicación de tipo reflexión o cartas al editor. También se descartaron estudios realizados exclusivamente en poblaciones como hombres que tienen sexo con hombres o población carcelaria (Figura 2).

Análisis de información

Se realizó un análisis de los estudios incluidos, revisando inicialmente en su totalidad los títulos y los resúmenes para ver que cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente, cuatro investigadores de manera independiente llevaron a cabo la lectura completa de los estudios. La información se extrajo en una matriz (Excel) que incluyó las variables autor (es), título, año de publicación, base de datos, enlace o DOI, programa de educación, cambios reportados y tipo de población (Anexo 1). Los resultados de la revisión se presentarán de forma cualitativa de la siguiente forma: estrategias educativas de interacción directa o indirecta, prevención y tamizaje de ITS y barreras personales, institucionales/sistema de salud y sociales.

Resultados

La búsqueda inicial arrojó 1412 estudios, de los cuales no se incluyeron 1338 por criterios de exclusión e inclusión, incluyendo temporalidad, acceso, o porque eran capítulos de libro y

ensayos clínicos aleatorizados, resultando en 74. Posteriormente, se examinaron y excluyeron 50 estudios de acuerdo con criterios de exclusión y objetivos del artículo incluyendo 24 registros. Al final, 17 estudios fueron evaluados manualmente por parte de cuatro investigadores.

Estrategias educativas:

En la tabla 2 se exponen las estrategias educativas que realizaron los diferentes estudios y los limitantes que tuvieron en sus intervenciones para que los trabajadores sexuales pudieran acceder a ellos.

Tabla 2: Descripción de las intervenciones educativas sexuales
en los trabajadores sexuales en base a la prevención de ITS

Autores y año	Objetivo del artículo	Grupo objetivo	País	Escenario de intervención	Educador	Tipo de educación	Número y duración de sesiones	Incentivos	Limitantes
Muhindo <i>et al.</i> , 2021	Valorar el efecto de educación en trabajadoras sexuales por pares y recordatorios a través de mensajes de texto trimestrales para detección de VIH y sífilis.	Trabajadoras sexuales mujeres de Arua, Mbale, Mbarara y Kampala	Uganda	Puntos calientes de trabajo sexual	Entrenador certificado, 20 trabajadoras sexuales capacitadas previamente, investigadores voluntarios	Mensajes de texto educativos, sesiones educativas por pares bajo vigilancia	2 mensajes de texto al mes y sesiones semanales, por pares durante 5 meses	No especifican	Alfabetización, no todas tienen celular propio

Autores y año	Objetivo del artículo	Grupo objetivo	País	Escenario de intervención	Educador	Tipo de educación	Número y duración de sesiones	Incentivos	Limitantes
Lindsay <i>et al.</i> , 2020	Implementación de programa de control epidemiológico contra VIH (diagnostico, acceso y adherencia tratamiento de la comunidad)	Trabajadoras sexuales mujeres, hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas, transgénero	Zambia	Puntos de acceso móviles, centros de salud, correccion, burdeles, zonas protegidas, zonas rojas	Pares, personal de enfermería, oficial de enlace comunitario, trabajadores comunitarios en salud.	Campañas de prevención, programa basado en incentivos, puntos de acceso móviles comunitarios.	3 días por semana en estrategias de redes sociales, sesiones diarias de prevención, sesión de prueba de carga viral, 6 meses después de inicio de tratamiento si salía positiva.	Cupones	Miedo a ser discriminados, miedo a ser identificados como población de riesgo

Autores y año	Objetivo del artículo	Grupo objetivo	País	Escenario de intervención	Educador	Tipo de educación	Número y duración de sesiones	Incentivos	Limitantes
Febres <i>et al.</i> , 2020	Investiga experiencias de acceso e intercambio de información, sobre la prevención de VIH/ITS la salud sexual y reproductiva, y la seguridad física entre trabajadores sexuales migrantes en la frontera entre México y Guatemala	Mujeres mayores de 18 años migrantes, nacionales o internacionales que cambiaron sexo por dinero en el último mes.	México y Guatemala	Lugares de trabajo sexual en interiores y exteriores (burdeles, cantinas, hoteles, moteles, bares)	Pares, médicos, jefes de establecimientos formales, promotores de salud, familia y amigos.	Sesiones informativas cara a cara, por mensajes de texto, folletos.	No especifican	No especifican	Alfabetización limitada, baja educación formal, discriminación por autoridades y población.
Muhindo <i>et al.</i> , 2021	Explorar barreras y facilitadores para el diagnóstico de sífilis y VIH en las trabajadoras sexuales	Mujeres mayores de 18 años, que cambiaron sexo por dinero o pago en especie en los últimos 12 meses	Uganda	Lugares elegidos por las trabajadoras sexuales	No aplica	No aplica	Una entrevista por trabajador	Reembolso del tiempo de la participación según guías éticas locales	Falta de suministros, discriminación y estigma

Estrategias educativas enfocadas a los trabajadores sexuales para la prevención y
tamizaje de infecciones de transmisión sexual en países de ingresos bajos y moderados

Autores y año	Objetivo del artículo	Grupo objetivo	País	Escenario de intervención	Educador	Tipo de educación	Número y duración de sesiones	Incentivos	Limitantes
OtaWindy <i>et al.</i> , 2011	Identificar y evaluar los procesos de los estudios, realizados sobre las intervenciones conductuales, para reducir la transmisión de VIH, entre trabajadores sexuales y sus clientes	Trabajadores sexuales y clientes	66 países	No aplica	No aplica	Intervenciones sociales o comportamentales, que promuevan la prevención de conductas de riesgo	No aplica	No aplica	Datos perdidos o incompletos, población marginalizada
Ford <i>et al.</i> , 2000	Evaluar un programa de educación por pares para trabajadoras sexuales.	Trabajadoras sexuales mujeres	Indonesia	Burdeles	Pares entrenados en uso y negociación de condones	Educación grupal, entrevistas cara a cara, y exámenes de ITS	Sesiones grupales 2 veces cada mes,	No especifican	Movilidad entre las pares

Autores y año	Objetivo del artículo	Grupo objetivo	País	Escenario de intervención	Educador	Tipo de educación	Número y duración de sesiones	Incentivos	Limitantes
Sarafian, 2012	Evaluar el proceso de un programa de educación sexual entre pares para trabajadoras sexuales, con apoyo social como marco organizativo	Trabajadoras sexuales mujeres	Dhaka, Bangladés	Hoteles	Pares entrenados por grupo de coalición de la salud de la mujer	Actuación preventiva por pares	33 pares entrenadas que realizaban sesiones grupales, 3 veces por semana	Reembolso económico por tiempo gastado	Baja tasa de atención, ningún seguimiento o cumplido
Mitchell <i>et al.</i> , 2020	Recopilar datos cualitativos de 34 trabajadoras sexuales en Indonesia para comprender su participación en la prevención de VIH	Trabajadoras sexuales mujeres	Indonesia	No especifica	Guías de educación semiestructuradas, siguiendo un modelo socio ecológico de promoción en salud	Discusiones en grupos focales y entrevistas individuales.	6 sesiones grupales y 3 sesiones individuales	Reembolso de 10 AUD	Mala disposición por arte de educadores, y trabajadores de la salud.



Autores y año	Objetivo del artículo	Grupo objetivo	País	Escenario de intervención	Educador	Tipo de educación	Número y duración de sesiones	Incentivos	Limitantes
Whitford <i>et al.</i> , 2021	Documentar las influencias sociales que mejoran la toma de pruebas de VIH entre trabajadoras sexuales, en zonas urbanas.	Trabajadoras sexuales mujeres	Indonesia	Escenario privado	Pares, trabajadores de organizaciones basadas en la comunidad	Apoyo emocional, intervenciones por organizaciones comunitarias discusiones por grupos de enfoque	11 sesiones de entrevistas en grupo	Reembolso de 10 UAD	Coerción
Bhattacharjee <i>et al.</i> , 2019	Describir aplicabilidad de un marco en cascada de programas de prevención combinada de VIH para monitorear y mejorar las intervenciones de prevención del VIH	Trabajadoras sexuales mujeres	Kenia	Zonas calientes	No aplica	Educación por pares y contactos, recibir condones libremente o por uso	No específica	No específica	Estigma, discriminación,

Autores y año	Objetivo del artículo	Grupo objetivo	País	Escenario de intervención	Educador	Tipo de educación	Número y duración de sesiones	Incentivos	Limitantes
Ssenyonjo <i>et al.</i> , 2024	Identificar limitaciones y facilitadores individuales a nivel de proveedores para la prevención primaria del VIH en entorno urbano	Trabajadoras sexuales mujeres	Uganda	No específica	Proveedores de servicios y pares	Discusión en grupos focales sesiones individuales, llamadas telefónicas	6 sesiones	25 USD para transporte y alimentación	Dificultades para el transporte, estigma, limitaciones económicas, emergencias familiares imprevistas, analfabetismo, falta de tiempo

Fuente: elaboración propia.

Estrategias, prevención, tamizaje y barreras

Estrategias

Estrategias de interacción directa

Dentro este tipo de estrategias se identificó que la educación por pares era una de las más frecuentes. Por ejemplo, un estudio en una población de trabajadoras sexuales de Uganda realizó la intervención en los puntos calientes de trabajo sexual, donde se entrenaron 20 trabajadoras sexuales quienes mediante sesiones semanales durante cinco meses educaron a sus semejantes acerca de la detección de VIH y sífilis (28). Así como en Indonesia, donde se evaluó un programa de educación entre pares para trabajadoras sexuales en los burdeles, entrenándolas en aspectos tales como la prevención del SIDA, VIH, uso de condón y negociaciones de este. Se hizo educación grupal a través de dos sesiones cada mes, entrevistas cara a cara y toma de exámenes para ITS (29). También, se evaluó el proceso en trabajadoras sexuales que desarrollaban su actividad económica en hoteles en Dhaka, Bangladesh; 33 pares realizaron sesiones grupales de 4-12 personas 3 días a la semana en estos sitios con relación a la misma temática (28). Cabe resaltar otros estudios como el de Zambia, en el cual se implementó un programa de control epidemiológico contra el VIH en poblaciones objetivo como las trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, personas que consumen drogas inyectables y personas transgénero, en escenarios de acceso móviles, centros de salud, correccionales, burdeles, espacios seguros y zonas rojas. Allí, los educadores fueron pares, personal de enfermería, reclutadores, oficiales de enlace comunitario, trabajadores comunitarios de la salud; se hicieron campañas de prevención y programas basados en incentivos. Se realizaron sesiones de prevención diarias, sesiones de pruebas de carga viral y a los 6 meses posterior a iniciar tratamiento durante 24 meses (6).

En otros estudios, otra estrategia identificada fue las discusiones en grupos focales y entrevistas semiestructuradas, como en Indonesia, donde se recopilaban datos cualitativos de 34 trabajadoras sexuales para comprender su participación en el tratamiento del VIH, se realizaron 6 sesiones grupales y 3 sesiones individuales (27). En otro estudio realizado en esta misma región, se documentaron las influencias sociales que mejoran la toma de pruebas para VIH entre trabajadoras sexuales en zonas urbanas, donde la educación fue brindada por pares, trabajadores de organizaciones basadas en la comunidad y jefes. Se desarrollaron 11 sesiones de discusiones en grupos focales y 4 entrevistas semiestructuradas, que abarcaron temas como el apoyo emocional, sesiones de diagnóstico y discusiones grupales (28).

Estrategias de interacción indirectas

Tres de los estudios seleccionados fueron apoyados por tecnologías de la información, ninguno utilizó de manera exclusiva intervenciones que tuvieran un acercamiento indirecto entre los participantes y los investigadores.



El estudio por Muhido *et al.* utiliza una combinación entre entrevistas en persona y tecnologías de la información basadas en la entrega de recordatorios a través de mensajes de texto. Este demostró una mejora en la toma de pruebas de ITS por parte de las participantes (28).

Febres-Cordero *et al.* identifican una combinación de estrategias en persona y a través de comunicaciones por móviles, que cobran importancia en ambientes de aislamiento e informalidad durante el trabajo u que mitigan la sensación de aislamiento social, al conectar trabajadoras con pares en locaciones lejanas y familiares. También se usaron llamadas por parte de proveedores para avisar de disponibilidad de métodos de barrera por parte de proveedores de servicios (14).

La revisión sistemática por parte de Yeh *et al.* evidencia cómo acercamientos basados en la web pueden llegar a ser tan efectivos como métodos cara a cara, en términos de llegar a nuevas personas; servicios preventivos frente a infecciones de transmisión sexual y retención de utilización de servicios y tratamientos para el VIH (30).

Prevención de ITS

Los estudios revelaron que la información proporcionada a través de estrategias educativas se centra en la importancia del uso del preservativo, lo cual ha resultado en un aumento significativo en su uso (OR 1.92; 95%), como en el estudio cualitativo realizado en la frontera entre México y Guatemala, el cual alentaba al uso del preservativo durante las etapas iniciales del trabajo sexual (31). En este, se destacó el papel de los directivos de los establecimientos, quienes se convirtieron en una fuente importante de información sobre prevención del VIH/ITS y, en menor medida, sobre salud sexual y reproductiva. De igual forma, algunos administradores alentaban la asistencia a talleres impartidos por trabajadores de salud comunitarios, que ofrecían información práctica y proporcionaban preservativos gratuitos, adaptados al contexto del trabajo sexual (14)

Sin embargo, otros estudios, como el realizado en Kenia, mostraron que, aunque el 92% de las trabajadoras sexuales usaron condones en su última relación sexual con un cliente, solo el 73% informó un uso constante del condón (32). Una revisión de la literatura, que incluyó estudios de la India (N = 7), dos de Brasil y uno de la República Dominicana, mostró que, tras implementar diferentes medidas para alentar el uso del preservativo (como su uso constante en los últimos 30 días con nuevos clientes y con parejas no pagadoras) los resultados no fueron estadísticamente significativos (OR = 1.600, IC 95% y OR = 1.5, IC 95%, respectivamente). En contraste, sí se observó un resultado estadísticamente significativo (OR = 1,9, IC 95 %) en el uso con clientes habituales. Lo anterior, sugiere que los programas de educación por pares son eficaces para mejorar los resultados conductuales, pero no conllevan a un impacto significativo sobre los resultados biológicos (infecciones de transmisión sexual) (31).

Adicionalmente, otros estudios observaron aumentos estadísticamente significativos en la susceptibilidad percibida al SIDA y a las ITS, las habilidades para el uso del preservativo (82% frente a un 73%) y los conocimientos sobre el SIDA y las ITS (26,29).

Tamizaje para ITS

En cuanto al tamizaje para ITS, diversos estudios demostraron un incremento significativo en la realización de pruebas de VIH y en la proporción de trabajadoras sexuales que expresaron la intención de realizarse pruebas de sífilis y serología próximamente. En Uganda, se observó un aumento en la aceptación de pruebas trimestrales de sífilis y VIH, lo cual contribuyó a una mayor participación de estas mujeres en los servicios de VIH/ITS (28). De manera similar, en Kenia, un estudio con una muestra de 133.675 trabajadoras sexuales durante 2017-2018 mostró que el 96% se había realizado una prueba de VIH y el 85% lo había hecho en los últimos tres meses (32).

Barreras

Barreras personales

Se escogieron 11 de los 17 artículos revisados ya que estos hacían intervenciones en comunidad; se encontró que hay diversas barreras que presentan las trabajadoras sexuales al momento de acceder a las diferentes estrategias de educación sexual. La barrera más frecuente fue en torno a los costos y el tiempo del transporte con un 45.45%. La segunda barrera fue en relación a la falta de educación formal previa que dificulta la comprensión del contenido educativo, así como el bajo nivel de alfabetización de los trabajadores con un 27.27% de los casos. Otras menos frecuentes varían desde la ausencia de datos personales para poder contactarse con las trabajadoras, poca atención por parte de la población estudio en las diferentes estrategias de educación y eventos inesperados como emergencias familiares, entre otros (6,14,21,26,28,29,32-36).

Barreras institucionales/sistema de salud

Las barreras institucionales percibidas incluyen la ausencia de confidencialidad cuando se realizan pruebas de detección, una actitud de juicio por parte de proveedores de servicios de salud, al igual que constantes agotamientos de pruebas rápidas y tratamientos. La gran mayoría de estrategias dependían de organizaciones privadas que financian las intervenciones, como el pago de salarios a voluntarios, que generan un costo alto y no pueden ser sostenidos por tiempo prolongado. Los estudios en su gran mayoría se centraban en centros urbanos por lo que no hay suficientes datos para la identificación de estrategias en zonas rurales. Algunos participantes eran víctimas de violencia policial tras la cual recibían pobre acompañamiento. Gran parte de los estudios seleccionados ocurrían en países de bajos y medianos ingresos con participantes que tenían bajo nivel educativo (21,28,29,32,36).

Barreras sociales

Al revisar los estudios seleccionados, se observa que este tipo de barreras generan un impacto en las trabajadoras sexuales al momento de decidir realizar un tamizaje para ITS o usar condón en las relaciones sexuales. El programa Z-CHECK demostró que las redes de los pares tuvieron un papel integral a la hora de involucrar a la comunidad de trabajadores sexuales, y mejorar los servicios de salud, las estrategias en pares brindaron servicios de prevención y tratamiento del VIH de manera efectiva (37). Un estudio realizado en Uganda buscaba identificar las barreras y facilitadores que se veían implicados para realizarse un testeo de VIH y sífilis. Se realizaron entrevistas a 48 trabajadoras sexuales, se reportó que el miedo a ser estigmatizadas y juzgadas influye en la decisión de realizarse una prueba para VIH y sífilis. Por otro lado, dentro de los factores que facilitan el testeo de VIH y sífilis, se identificó el miedo a no atraer clientes o no satisfacerlos por la preocupación que implica estar contagiados por una enfermedad de transmisión sexual, preocupación por enfermarse y no ser capaz de trabajar para proveer a sus hijos, así como la influencia social, tanto de la pareja como de compañeros, ya que suelen solicitarle a la trabajadora sexual que se realice pruebas para enfermedades de transmisión sexual cada vez que tienen relaciones sexuales (21). En el Caribe, una revisión sistemática de la literatura identificó que la discriminación, estigmas, inequidad de género, violencia de género, criminalización de prácticas sexuales asociadas con la transmisión de VIH, pobreza y vulneración de los derechos humanos impiden que se diagnostiquen y se les de tratamiento oportuno del VIH a personas transgénero, trabajadoras sexuales o personas encarceladas (38). Un estudio realizado en Kampala, Uganda, tuvo como objetivo identificar barreras y facilitadores para la prevención primaria del VIH. Se tuvieron en cuenta factores individuales y de los proveedores en salud hacia las trabajadoras sexuales. Se llevaron a cabo grupos focales en el cual informaron acerca del desarrollo de intervenciones de prevención personalizada, como resultado se encontraron comportamientos que eran un desafío para la prevención del VIH, tales como dinámica con los clientes y el consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas (21).

Discusión

En general, los estudios revisados evidencian que, si bien existen múltiples estrategias educativas dirigidas a la prevención y detección de infecciones de transmisión sexual, su eficacia se ve condicionada por factores personales, institucionales, económicos, sociales y culturales. Estos factores que se encuentran detallados en el anexo 1, constituyen barreras significativas para la implementación exitosa de estas estrategias. A continuación, se relacionan dichos factores con los resultados obtenidos durante la revisión.

Las intervenciones comunitarias —especialmente aquellas basadas en educación por pares o discusiones en grupos focales— demuestran impactos positivos en el aumento del conocimiento que se tiene sobre las ITS, la subsecuente concientización del riesgo que implica padecer una enfermedad de transmisión sexual, la importancia de iniciar un tratamiento oportuno y la

promoción de comportamientos preventivos. No obstante, los resultados mixtos en cuanto a la reducción de la incidencia de ITS indican que este cambio conductual no siempre se sostiene en el tiempo, lo que sugiere una brecha significativa entre el conocimiento adquirido y su aplicación práctica en contextos de alta vulnerabilidad.

De igual forma, se resalta el papel fundamental de los centros de atención en salud, ya que la disponibilidad y facilidad de acceso a pruebas de tamizaje permiten un seguimiento constante y sostenido en el tiempo para las trabajadoras sexuales, pues esto hace posible que se realicen pruebas más seguido de lo que solían hacerlo. Al mismo tiempo, esto facilita la detección oportuna de infecciones de transmisión sexual, reduce el riesgo de complicaciones asociadas y contribuye a preservar la salud reproductiva. Sin embargo, dichas oportunidades se ven limitadas por el estigma institucional, la discriminación, la falta de recursos y la dificultad en el acceso a una prueba de ITS, lo que de manera directa podría afectar el inicio de tratamiento en quienes lo requieren y favorece la progresión de la enfermedad, dificultando su control.

Respecto al uso de preservativos, varios estudios reportan un aumento en su frecuencia posterior a las intervenciones comportamentales (26,29,36). Por ejemplo, Deuba *et al.* realizaron una revisión en poblaciones similares y concluyeron que las intervenciones impulsadas por pares en entornos informales fueron efectivas para mejorar la probabilidad de uso del condón, tanto en jóvenes (efectos aleatorios combinados OR 2,0; IC 95%: 1,5–2,9) como entre los participantes adultos (efectos aleatorios combinados OR 2,5; IC 95%: 1,8–3,4) (39). Sin embargo, este uso continúa siendo irregular, especialmente con parejas íntimas o clientes frecuentes, lo que manifiesta que las intervenciones educativas, aunque útiles, no logran transformar de manera sostenida condicionantes sociales de fondo, como las dinámicas de poder, la pobreza o la criminalización del trabajo sexual.

Por otro lado, el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), como los recordatorios por mensajes de texto, llamadas, reuniones virtuales o comunicaciones basadas en internet (34-36), ha mostrado ser una estrategia educativa complementaria prometedora. Pero su efectividad depende del grado de avance tecnológico del lugar de intervención, del seguimiento posterior y del acercamiento inicial a las poblaciones clave de estudio. En contextos caracterizados por una marcada informalidad y aislamiento social, las TIC pueden facilitar vínculos de apoyo entre pares; sin embargo, según Bernier *et al.*, es indispensable disponer de organizaciones externas que ofrezcan atención estructurada y presencial para atenuar los riesgos asociados al trabajo sexual en países de ingresos bajos y medios (37).

Un aspecto recurrente en los estudios es la limitación en el tamaño de las muestras, lo que dificulta la generalización de los resultados a comunidades más amplias. Adicionalmente, se encontró que la violencia fue uno de los factores de riesgo significativo para la adquisición de ITS entre trabajadoras sexuales, mientras que un ambiente laboral seguro actuaba como factor protector. A pesar de este hallazgo, son necesarios más estudios que cuantifiquen el impacto para las trabajadoras sexuales, ya que limita la comprensión profunda de estos factores.

Ante esta situación, las metodologías educativas de prevención deben trascender las perspectivas biomédicas o formativas aisladas. Resulta crucial adoptar una visión multisectorial e interseccional que entrelace la modificación legal, el fortalecimiento comunitario y la mejora del clima laboral con el propósito de conseguir un efecto perdurable en la salud y los derechos humanos de esta población clave.

Como aporte pedagógico al público general se produjo un episodio de podcast en formato entrevista que se publicó en la plataforma de Spotify, para divulgar los hallazgos encontrados en la literatura evaluada de fácil entendimiento para el público en general. Este se encuentra disponible en <https://open.spotify.com/show/5YSuDukb3WSJY5JHJVBFUu?si=a15d784463894b06>

Conclusiones

-La presente revisión de la literatura evidencia el cómo diversas estrategias de educación como la educación por pares, entrevistas por grupos focales, entre otras, mejoran los resultados conductuales y el conocimiento acerca del VIH/SIDA y las ITS.

-La presencia de programas de detección y seguimiento de ITS, especialmente el VIH, han demostrado un aumento notable en los casos identificados para lograr manejo oportuno, lo cual ha permitido una reducción de los casos reportados.

-Considerando los resultados de las intervenciones implementadas, se refleja un panorama en el cual el trabajo sexual representa múltiples barreras para tener un entorno laboral seguro dentro de las cuales se incluye la ausencia de programas de prevención de riesgos asociados a las actividades sexuales de riesgo, discriminación, reclusión de las trabajadoras y violencia.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021. Hacia el fin de las ITS; 2016 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2016 jun. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-sector-salud-contra-infecciones-transmission-sexual-2016-2021-hacia>
2. Organización Mundial de la Salud, editor. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030 [Internet]. OMS. Organización Mundial de la Salud; 2022. 134 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/publication/s/i/item/9789240053779>

3. Ester Santander C, Félix Fich Sch., Aurelio Salvo L, Genoveva Pacheco L., M. Isabel Mendoza V., Carmen Garcés I., et al. Normas de manejo y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): Primera parte. Rev Chil Infectol. abril de 2009;26(2):174-90.
4. Paloma Sangro, José Luis del Pozo. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) [Internet]. Clínica Universidad de Navarra; 2018. Disponible en: <https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/publicaciones-cun/urgencias/guia-actuacion-its>
5. López Corbeto E, Lugo Colón R, Montoro Fernández M, Casabona Barbara J, en nombre del Grupo de ITS de la Comisión de vigilancia epidemiológica de Cataluña. Epidemiological situation of post-pandemic sexually transmitted infections in Catalonia, Spain. Med Clin (Barc). 11 de agosto de 2023;161(3):95-100.
6. Organización Mundial de Salud. WHO int. 2023 [citado 23 de mayo de 2024]. Infecciones de transmisión sexual. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
7. Pérez-Morente MÁ, Cano-Romero E, Sánchez-Ocón MT, Castro-López E, Jiménez-Bautista F, Hueso-Montoro C. Factores de riesgo relacionados con las infecciones de transmisión sexual. Rev Esp Salud Pública [Internet]. [citado 23 de mayo de 2024];91. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/170/17049838018/html/>
8. Abaúenza NP. *TheConversation*. 2022 [citado 23 de mayo de 2024]. La educación es la mejor herramienta para prevenir las infecciones de transmisión sexual. [Internet] Disponible en: <http://theconversation.com/la-educacion-es-la-mejor-herramienta-para-prevenir-las-infecciones-de-transmission-sexual-177102>
9. Tirado Acero M, Laverde Rodríguez CA, Bedoya Chavarriaga JC. Prostitución en Colombia: hacia una aproximación sociojurídica a los derechos de los trabajadores sexuales. Rev Latinoam Derecho Soc. diciembre de 2019;(29):289-315.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 23 de mayo de 2024]. Otras infecciones de transmisión sexual (ITS). [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Otras-infecciones-de-transmission-sexual-ITS.aspx>
11. Saeteros Hernández R del C, Pérez Piñero J, Sanabria Ramos G, Saeteros Hernández R del C, Pérez Piñero J, Sanabria Ramos G. Estrategia de educación sexual con metodología de pares para estudiantes universitarios ecuatorianos. Rev Cuba Salud Pública. junio de 2018;44(2):295-311.
12. Roser M, Ritchie H. HIV / AIDS. Our World Data [Internet]. 28 de febrero de 2024 [citado 23 de mayo de 2024] [Internet]. Disponible en: <https://ourworldindata.org/hiv-aids>
13. World Bank Data Team. Blogs del Banco Mundial. [citado 23 de mayo de 2024]. Nueva clasificación de los países según el nivel de ingresos para 2019 y 2020. [Internet]. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020>
14. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: Semana Epidemiológica 19 al 25 de noviembre de 2023 [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_47.pdf



15. Rebellón-Pinillos PA, Gómez-Lugo M, Rebellón-Pinillos PA, Gómez-Lugo M. Trabajo sexual y pandemia de la COVID-19: salud sexual y mental de una muestra de trabajadoras sexuales de Colombia. *Rev Latinoam Psicol.* diciembre de 2021; 53:200-9.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009 - 2011 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf
17. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Salvamos vidas. Protegemos a la gente. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Salvamos vidas. Protegemos a la gente. [citado 28 de mayo de 2024]. Trabajadores Sexuales. [Internet]. Disponible en: <http://medbox.iiab.moe/modules/en-cdc/www.cdc.gov/hiv/spanish/group/sexworkers.html>
18. Instituto Nacional de Salud. Boletín Epidemiológico Semanal: Semana epidemiológica 29 16 al 22 de julio de 2023 [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2023. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2023_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_29.pdf
19. Gobierno de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social. Directrices para el fortalecimiento de la prevención y vigilancia de la resistencia antimicrobiana de *Neisseria gonorrhoeae* [Internet]. dic 18, 2018. Disponible en: https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/01/gonorrhea_y_resistencia_antibiotica_-_circular_no._43_de_2018.pdf?_gl=1*1w9rac0*_gcl_au*MTcxNTYxNDgwOC4xNzE2NTg0OTA3
20. Palacios-Moya L, Berbesi-Fernández D, Blandón-Buelvas M. Infección activa por sífilis en habitantes de calle y factores asociados. *Rev Salud Pública.* 1 de mayo de 2019;21(3):357-61.
21. Díaz Chirinos SC. Características sociodemográficas relacionadas a las practicas preventivas para la ITS en trabajadoras sexuales que acuden a la unidad de atención médica periódica Hospital Goyeneche Arequipa enero 2020. 12 de julio de 2023 [citado 24 de mayo de 2024]; [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/12840>
22. Jones A. Sex Work in a Digital Era. *Sociol Compass.* 2015;9(7):558-70.
23. Cunningham A, Kendall T. Prostitution 2.0: The Changing Face of Sex Work. *J Urban Econ.* 1 de mayo de 2011; 69:273-87.
24. Gall G. Sex worker collective organization: Between advocacy group and labour union? *Equal Divers Incl Int J.* 26 de marzo de 2010; 29:289-304.
25. Instituto Nacional del cáncer. Definición de barrera. En: *Diccionario de cáncer del NCI* [Internet]. Instituto Nacional del cáncer; 2011 [citado 25 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/barrera>
26. Lindsay BR, Mwango L, Toeque MG, Malupande SL, Nkhuwa E, Moonga CN, et al. Peer community health workers improve HIV testing and ART linkage among key populations in Zambia: retrospective observational results from the Z-CHECK project, 2019-2020. *J Int AIDS Soc.* 1 de noviembre de 2022;25(11): e26030.

27. Bernier T, Shah A, Ross LE, Logie CH, Seto E. The Use of Information and Communication Technologies by Sex Workers to Manage Occupational Health and Safety: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 24 de junio de 2021;23(6): e26085.
28. Muhindo R, Mujugira A, Castelnuovo B, Sewankambo NK, Parkes-Ratanshi R, Tumwesigye NM, et al. "I felt very small and embarrassed by the health care provider when I requested to be tested for syphilis": barriers and facilitators of regular syphilis and HIV testing among female sex workers in Uganda. *BMC Public Health*. 2 de noviembre de 2021;21(1):1982.
29. Febres-Cordero B, Brouwer KC, Jimenez TR, Fernandez-Casanueva C, Morales-Miranda S, Goldenberg SM. Communication Strategies to Enhance HIV/STI Prevention, Sexual and Reproductive Health, and Safety Among Migrant Sex Workers at the Mexico-Guatemala Border. *J Health Care Poor Underserved*. 2020;31(2):767-90.
30. Medley A, Kennedy C, O'Reilly K, Sweat M. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. junio de 2009;21(3):181-206.
31. Kerrigan DL, Fonner VA, Stromdahl S, Kennedy CE. Community empowerment among female sex workers is an effective HIV prevention intervention: a systematic review of the peer-reviewed evidence from low- and middle-income countries. *AIDS Behav*. julio de 2013;17(6):1926-40.
32. Hamilton A, Shin S, Taggart T, Whembolua GL, Martin I, Budhwani H, et al. HIV testing barriers and intervention strategies among men, transgender women, female sex workers and incarcerated persons in the Caribbean: a systematic review. *Sex Transm Infect*. mayo de 2020;96(3):189-96.
33. Muhindo R, Mujugira A, Castelnuovo B, Sewankambo NK, Parkes-Ratanshi R, Kiguli J, et al. Text message reminders and peer education increase HIV and Syphilis testing among female sex workers: a pilot quasi-experimental study in Uganda. *BMC Health Serv Res*. 7 de mayo de 2021;21(1):436.
34. Ford K, Wirawan DN, Suastina SS, Reed BD, Muliawan P. Evaluation of a peer education programme for female sex workers in Bali, Indonesia. *Int J STD AIDS*. noviembre de 2000;11(11):731-3.
35. Sarafian I. Process assessment of a peer education programme for HIV prevention among sex workers in Dhaka, Bangladesh: a social support framework. *Soc Sci Med* 1982. agosto de 2012;75(4):668-75.
36. Mitchell E, Lazuardi E, Anintya I, Rowe E, Whitford K, Wirawan DN, et al. A Qualitative Exploration of Family, Work, Community, and Health Service Influences on HIV Treatment Uptake and Adherence Among Female Sex Workers in Three Cities in Indonesia. *AIDS Educ Prev Off Publ Int Soc AIDS Educ*. junio de 2020;32(3):243-59.
37. Bekker LG, Johnson L, Cowan F, Overs C, Besada D, Hillier S, et al. Combination HIV prevention for female sex workers: what is the evidence? *Lancet Lond Engl*. 3 de enero de 2015;385(9962):72-87.
38. Wariki WMV, Ota E, Mori R, Koyanagi A, Hori N, Shibuya K. Behavioral interventions to reduce the transmission of HIV infection among sex workers and their clients in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de febrero de 2012;(2):CD005272.
39. Deuba, K., Ekström, A. M., Shrestha, R., Shrestha, R., Karki, D. K., & Marrone, G. (2016). Psychosocial factors associated with condom use among female sex workers in Nepal: findings from a national survey. *AIDS Care*, 28(8), 1062–1071.

40. Empíreo. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) [Internet]. Madrid: Empíreo; s. f. [citado 2025 jun 23]. Disponible en: <https://www.empireo.es/enfermedadestransmisionsexual/>

Anexo 1

Autores y año	Incentivos	Limitantes
Muhindo <i>et al.</i> , 2021	No especifican	Analfabetización, no todas tienen celular propio
Lindsay <i>et al.</i> , 2020	Cupones	Miedo a ser discriminados, miedo a ser identificados como población de riesgo
Febres <i>et al.</i> , 2020	No especifican	Alfabetización limitada, baja educación formal, discriminación por autoridades y población
Muhindo <i>et al.</i> , 2021	Reembolso del tiempo de la participación según guías éticas locales	Falta de suministros, discriminación y estigma
OtaWindy <i>et al.</i> , 2011	No aplica	Datos perdidos o incompletos, población marginalizada
Ford <i>et al.</i> , 2000	No especifican	Movilidad entre las pares
Sarafian, 2012	Reembolso económico por tiempo gastado	Baja tasa de atención, ningún seguimiento cumplido
Mitchell <i>et al.</i> , 2020	Reembolso de 10 AUD	Mala disposición por parte de educadores, y trabajadores de la salud.
Whitford <i>et al.</i> , 2021	Reembolso de 10 UAD	Coerción
Bhattacharjee <i>et al.</i> , 2019	No especifica	Estigma, discriminación
Ssenyonjo <i>et al.</i> , 2024	25 USD para transporte y alimentación	Dificultades para el transporte, estigma, limitaciones económicas, emergencias familiares imprevistas, analfabetismo, falta de tiempo

Notas

- * Artículo de investigación