



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

Vulnerabilidad frente al VIH, clamidia y gonococia según el lugar donde se ejerce el trabajo sexual



Evelin Lopez-Corbeto^{a,b,*}, Cristina Sanclemente^e, Victoria González^{a,b,c}, Rosa Mansilla^f, Jordi Casabona^{a,b,d} y Cinta Folch^{a,b}

^a Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña (CEEISCAT), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Badalona, Barcelona, España

^b CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain

^c Servicio de Microbiología, Laboratori Clínic Metropolitana Nord, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^d Departamentos de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y de Medicina Preventiva, Universitat Autònoma de Barcelona, Badalona, Barcelona, España

^e Fundació Àmbit Prevenió, Barcelona, España

^f Vigilància, Prevenió i Control de les Infeccions de Transmissió Sexual i el VIH, Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de julio de 2020

Aceptado el 13 de septiembre de 2020

On-line el 14 de noviembre de 2020

Palabras clave:

Mujeres trabajadoras sexuales

VIH

ITS

Vulnerabilidad

R E S U M E N

Introducción: Las mujeres que ejercen el trabajo sexual (MTS) son una de las poblaciones clave en la monitorización y la evaluación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Factores socioeconómicos, estructurales y asociados al ámbito de trabajo influyen en la exposición a estas infecciones. Los objetivos del estudio fueron describir y comparar características sociales, conductas de riesgo y prevalencia del VIH, clamidia y gonococia según el lugar de realización del trabajo sexual (calle o carretera, clubs, pisos).

Métodos: Estudio transversal en 400 MTS en Cataluña. Se recogieron características sociodemográficas, del trabajo sexual y conductuales mediante entrevista personal y muestras de fluido oral y orina para determinar la prevalencia de ITS.

Resultados: Las MTS que ejercen en la calle o en la carretera presentaron condiciones más precarias y mayor vulnerabilidad relacionada con factores socioeconómicos: población más envejecida, con nivel de estudios inferior y menor retribución económica por su servicio. Se observaron otros factores asociados al estilo de vida o conductuales: mayor consumo de drogas por vía parenteral, mayor tiempo de trabajo sexual o vulnerabilidades asociadas a una serie de determinantes a nivel estructural o sociales: menor acceso a servicios de salud, mayor proporción de relaciones forzadas y estancia en prisión. La prevalencia global de VIH, clamidia y gonococia fue del 3,0, del 1,8% y del 0,5%, respectivamente, y superiores en las mujeres que ejercían en la calle-carretera: 5,6%, 1,9% y 1,2%, respectivamente.

Conclusión: La información generada en este estudio será clave para el diseño de intervenciones preventivas específicas dirigidas a este colectivo.

© 2020 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

HIV, Chlamydia and gonorrhoea vulnerability depending to sex work site

A B S T R A C T

Introduction: Women sex workers (WSW) are one of key population on the HIV and other sexually transmitted infections (STIs) monitoring and evaluation. Socioeconomic, structural factors and other factors associated with the workplace influence exposure to these infections. The objectives of this study were to describe and compare the social characteristics, risk behaviours and HIV, Chlamydia and gonorrhoeae prevalence according to sex work site (street or highway, clubs and flats).

Keywords:

Women sex workers

HIV

STI

Vulnerability

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elcorbeto@iconcologia.net (E. Lopez-Corbeto).

Methods: Cross-sectional study on 400 WSW in Catalonia. Socio-demographic, sex work and behavioral characteristics were collected through personal interview. Oral fluid and urine samples were collected to determine STI prevalence.

Results: WSW that exercised in the street or highway presented more precarious conditions and a greater vulnerability related to socioeconomic factors: older population, with a lower education level and with less economic remuneration for their service. Other factors associated with lifestyle or behaviour was also observed: greater injecting drug use, longer sex work or vulnerabilities associated with structural or social determinants: less access to health services, higher proportion of forced relations and stay in prison. The overall HIV, Chlamydia and gonorrhoeae prevalence was 3.0%, 1.8% and 0.5%, respectively, and higher in women who exercised on the street or highway: 5.6%, 1.9% and 1.2%, respectively.

Conclusion: The information generated in this study will be useful for the design specific preventive interventions aimed at this group.

© 2020 Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Tradicionalmente, por el grado de exposición y los factores de vulnerabilidad asociados al colectivo, se ha considerado a las mujeres que ejercen el trabajo sexual (MTS) una de las poblaciones clave en la monitorización y evaluación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como una población diana prioritaria de los programas de prevención y control de estas infecciones¹. Una revisión sistemática reciente encuentra una prevalencia global del VIH en MTS del 11,8%, con una variación significativa según la región geográfica². En Europa, la prevalencia sigue siendo relativamente baja, en general no superior al 5%¹. España también presenta valores bajos, que oscilan entre el 0,2 y el 1,8%³⁻⁵, ligeramente superiores a los valores de la población general.

Tradicionalmente, el sexo comercial como población puente se ha asociado a la transmisión del VIH⁶; sin embargo, en nuestro país ha sido poco relevante en lo que se refiere a esta transmisión a la población general, también por sus bajos valores de prevalencia. En cambio, diversos estudios nacionales han mostrado prevalencias más elevadas para otras ITS⁷, oscilando en rangos del 4,7 al 5,9% para *Chlamydia trachomatis* (CT) y del 0,6% al 3,7% para *Neisseria gonorrhoeae* (NG)^{4,8}, dos de las ITS más prevalentes en mujeres y con porcentajes importantes en inmigrantes. Según los últimos datos publicados en Cataluña y siguiendo los patrones estatales y europeos^{9,10}, NG se situó en una tasa de 51 casos por 100.000 habitantes, con una tasa de 17 casos en mujeres y el 34% de diagnósticos en inmigrantes; el 12% de los casos estaban coinfectados con el VIH¹¹. Para CT, la tasa se situó en 72 casos, con el 52% de casos en mujeres y el 35% en inmigrantes; el 3,7% de los casos estaban coinfectados con el VIH¹¹.

La vulnerabilidad en las MTS se relaciona fundamentalmente con factores socioeconómicos, factores asociados al estilo de vida (consumo de alcohol y de drogas), así como determinantes a nivel estructural: acceso limitado a servicios de salud, criminalización, estigma o violencia sexual y física¹²⁻¹⁴. Por otro lado, e incrementando también la vulnerabilidad frente a estas infecciones, existen determinantes propios de su actividad, como un número elevado de parejas sexuales, sexo sin preservativo y otros factores asociados al ámbito de trabajo que influyen en la exposición a riesgos¹⁵. Lo que supondría *a priori* una ganancia económica y en autonomía mayor en las trabajadoras de calle o pisos respecto a la de clubs, supone una pérdida de seguridad. A su vez, la entrada en vigor en 2014 de la Ley de Seguridad Ciudadana ha provocado la demanda de servicios en lugares más aislados. Por consiguiente, las mujeres cambian las zonas más conocidas y cercanas en las que se sienten más seguras por zonas en las que aumentan su vulnerabilidad y la posibilidad de sufrir agresiones, y a su vez se ven obligadas a negociar las «condiciones» del servicio de manera rápida y clandestina, lo que supone una pérdida de control en la negociación del pre-

servativo, el precio o las prácticas. Otros autores muestran también una exposición desigual frente al VIH según el lugar donde se ejerce el trabajo sexual¹⁶⁻¹⁸.

Con el propósito de generar información clave que ayude al diseño de intervenciones preventivas específicas dirigidas a esta población, los objetivos de este estudio fueron describir y comparar las características sociales, las conductas de riesgo y la prevalencia del VIH, de CT y de NG en MTS según el lugar de realización del trabajo sexual.

Métodos

Estudio transversal realizado durante el segundo semestre del 2018 como parte de la vigilancia bio-conductual del Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del VIH/ITS (SIVES), realizado con la colaboración de entidades no gubernamentales (ONG) que desarrollan servicios integrales a nivel sociosanitario, programas de atención, apoyo y educación a las personas que se dedican al trabajo sexual y en coordinación con la entidad *Àmbit Prevenció Fundació* para el trabajo de campo.

Población de estudio

Se seleccionó una muestra de conveniencia (no aleatoria) de 400 MTS > 18 años que ejercían en la calle o en la carretera, en pisos y en clubs, estratificando por país o zona de origen (españolas, latinoamericanas, del Este de Europa y africanas) y considerando una asignación proporcional en cada estrato.

Recogida de información

La información conductual se recogió mediante entrevista personal durante los meses de marzo a julio directamente en los lugares de reclutamiento o en las ONG colaboradoras por parte de entrevistadores/as del sector social y/o de salud que trabajaban directamente con esta población. Las participantes recibían una compensación económica al finalizar la entrevista. El cuestionario fue estructurado y adaptado a partir del utilizado por Médicos del Mundo en 2002 y mediante un estudio piloto se analizó su adecuación y funcionamiento en condiciones reales¹⁹. El cuestionario incluía preguntas sobre características sociodemográficas, consumo de drogas (cannabis, heroína, cocaína, éxtasis) y alcohol, características del trabajo sexual, prácticas sexuales con clientes y con la pareja estable, salud sexual y reproductiva, y acceso a servicios sociales y sanitarios. El periodo de referencia de las conductas fue ≤ 6 meses a la realización de la entrevista. Para la detección de anticuerpos frente al VIH en muestras de fluido oral se utilizó la técnica serológica de enzimoimmunoensayo Genscreen HIV 1+2 V2.0 (Biorad, España). Las muestras negativas para este ensayo se tes-

taron por la técnica Human IgG ELISA (*Immunoperoxidase Assay for determination of Total IgG in human biological samples*) para evaluar la idoneidad de las muestras de fluido oral, verificando la concentración de IgG. Todas las muestras con concentración de IgG > 3,5 ng/ml se consideraron óptimas. Para la detección del ADN de CT y NG en muestras de orina se utilizó la técnica de biología molecular Anyplex CT/NG Real Time Detection (Seegene, Seúl, Corea).

Todas las muestras fueron analizadas en el Servicio de Microbiología del laboratorio del área Metropolitana Nord del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTiP).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y conductuales en el que se calcularon frecuencias y proporciones para las variables categóricas y se compararon las proporciones mediante test χ^2 Pearson o test de Fisher. Para los datos continuos se calcularon la media y la desviación estándar. La significación estadística se fijó en $p < 0,05$ y los intervalos de confianza (IC) se calcularon al 95%. La prevalencia de VIH, CT y NG se calculó como el número de muestras positivas para alguna de estas infecciones sobre el total de muestras testadas. Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico IBM SPSS® versión 20.0 (SPSS Science, Chicago, IL, EE.UU.).

Ética

La participación en el estudio fue voluntaria. Previa firma de un consentimiento informado se respondió el cuestionario y se recogió la muestra biológica. Se aseguró el anonimato de los datos al no incluir identificadores personales en la base de datos. Al no realizarse una prueba diagnóstica para el VIH, sino un test válido para estudios epidemiológicos, a las participantes se les facilitaba información sobre dónde realizarse la prueba del VIH en caso de desearlo o la confirmación en caso de resultado positivo. Para las ITS, mediante un código numérico podían recibir el resultado y, en caso de ser positivo, recibir atención médica y tratamiento estándar. Este estudio fue aprobado por el comité ético de investigación HUGTiP, código EO-11-050.

Resultados

Características sociodemográficas, conductuales y uso de servicios sociosanitarios según el lugar de trabajo sexual

De las 400 mujeres reclutadas, la muestra se distribuyó según la región o la zona de origen en 45 españolas, 160 latinoamericanas, 101 de países del Este de Europa y 94 africanas.

En la [tabla 1](#) se presentan las características sociodemográficas, conductuales y uso de servicios sociosanitarios según el lugar de trabajo sexual: calle-carretera, clubs y pisos. El 40,3% (161) de las entrevistadas ejercían el trabajo sexual en la calle-carretera, el 29,5% (118) en clubs y el 30,3% (121) en pisos. Según el lugar de procedencia, españolas y africanas ejercían en mayor proporción en la calle-carretera (15,5% y 37,3%, respectivamente), las latinoamericanas en pisos (75,2%) y las del Este de Europa en clubs (38,1%). La edad media fue de 37,5 años (DE 9,9), siendo las trabajadoras de clubs las más jóvenes (34,7 años) y las trabajadoras de calle-carretera las mayores (39,4 años) y las que presentaron menor nivel educativo (21,7% estudios < primaria).

La media de años ejerciendo el trabajo sexual se situó en 8,4 años, superior en las trabajadoras de calle-carretera. Tres cuartas partes de las mujeres ejercían el trabajo sexual diariamente o 5-6 días a la semana, siendo las trabajadoras de calle-carretera las que presentaban el menor porcentaje (65%) respecto a las de clubs o pisos (82%) en ambos casos. El 33% habían ejercido un trabajo

diferente a la prostitución, y las trabajadoras de calle-carretera en menor proporción (25,5%); del mismo modo, estas habían estado en mayor proporción en prisión alguna vez en la vida (9,5%).

Más del 90% declararon usar el preservativo tanto con los clientes fijos como con los no fijos, sin observarse diferencias según el lugar de trabajo. El uso disminuyó con la pareja estable, siendo no superior al 15% y similar también según el lugar de trabajo. Alrededor del 20% de las mujeres habían sido obligadas a mantener relaciones por la fuerza alguna vez, porcentaje significativamente superior entre las trabajadoras de calle-carretera (23,8%) respecto a las trabajadoras de pisos (11,8%), que presentaron los menores porcentajes.

Cerca de la mitad (43,9%) de las mujeres consumieron algún tipo de droga alguna vez en la vida. El consumo tanto de alcohol como de otras drogas fue significativamente inferior en las trabajadoras de calle-carretera, a excepción del consumo de drogas inyectadas, que fue significativamente superior. El consumo antes de tener relaciones con los clientes fue del 34,3%, y significativamente superior en las trabajadoras de clubs (49,6%). El *binge drinking* —consumo intensivo de alcohol— fue practicado por el 38,2% de las mujeres, siendo significativamente superior en las mujeres que trabajaban en pisos (47,1%).

El uso de los servicios de salud en los últimos 6 meses fue del 63,2% y significativamente superior entre las trabajadoras de pisos (74,7%) que usaron en mayor proporción (48,8%) servicios de salud privados. En cambio, las trabajadoras de calle-carretera utilizaron en mayor proporción servicios sociales (38,8%) respecto al total que los usaron en los últimos 6 meses (30,2%).

La mayoría de las mujeres (79,6%) realizaban revisiones ginecológicas anuales, en menor proporción en las trabajadoras de calle-carretera (67,9%).

Prevalencia de VIH/ITS

La prevalencia global de VIH fue del 3,0% (IC 95%: 1,5-5,0), y la prevalencia de CT y NG fue del 1,8% (IC 95%: 0,5-3,3%) y del 0,5% (IC 95%: 0,0-1,5), respectivamente. Según el país de origen, la prevalencia de VIH fue significativamente superior ($p = 0,002$) entre las mujeres africanas (8,5%), seguido de las españolas (4,5%), las latinoamericanas (1,9%) y las de Europa del Este (1%). La prevalencia de CT y NG fue superior en MTS españolas (4,4 y 2,2%, respectivamente) ([fig. 1](#)).

Por otro lado, las mujeres que ejercían en la calle-carretera presentaron prevalencias superiores para CT y NG (1,9 y 1,2%, respectivamente) y significativamente superiores ($p = 0,023$) para el VIH, con una prevalencia del 5,6%, respecto a los valores más bajos (1,7%) en las trabajadoras de pisos ([fig. 2](#)).

Discusión

Este estudio muestra que las MTS presentan distintas vulnerabilidades según el lugar donde ejercen el trabajo sexual, y las mujeres que ejercen en la calle-carretera son las que presentan condiciones más precarias y mayor vulnerabilidad relacionada con factores socioeconómicos: una población envejecida, con nivel de estudios inferior y menor retribución económica por servicio. También se observan otros factores asociados al estilo de vida o conductuales: consumo de drogas inyectadas, mayor tiempo de trabajo sexual o vulnerabilidades asociadas a una serie de determinantes estructurales o sociales: menor acceso a los servicios de salud, violencia sexual con relaciones forzadas o estancia en prisión. Otros factores asociados a incrementar la vulnerabilidad observados en la literatura han sido los problemas psicológicos y/o sociales de estigmatización y desarraigo social¹³.

Tabla 1
Características sociodemográficas, conductuales y acceso a servicios sociales y sanitarios según el lugar de trabajo

Variabes	Calle-carretera n = 161	Club n = 118	Piso n = 121	Total n = 400	p
<i>Zona de procedencia</i>					0,000
Latinoamérica	14,9	38,1	75,2	40,0	
África	37,3	14,4	14,0	23,5	
Este de Europa	32,3	38,1	3,3	25,2	
España	15,5	9,3	7,4	11,2	
<i>Provincia de reclutamiento</i>					0,000
Barcelona	54,0	21,2	52,9	44,0	
Tarragona	10,6	22,0	18,2	16,2	
Lleida	24,8	22,9	3,3	17,8	
Girona	10,6	33,6	25,6	22,0	
<i>Edad media (DE)</i>	39,4 (9,8)	34,7 (9,8)	37,8 (9,5)	37,5 (9,9)	0,040
<i>Nivel de estudios</i>					0,000
< Primarios	21,7	16,1	6,7	15,5	
Primarios ESO	43,9	40,7	26,1	37,6	
FB-BUP o superiores	34,4	43,2	67,2	47	
<i>Trabajo distinto al TS^a</i>	25,5	36,4	40,5	33,2	0,020
<i>Alguna vez en prisión</i>	9,5	1,7	3,4	5,3	0,009
<i>Años como TS (media)</i>	12,0	7,0	5,0	8,0	<0,0001
<i>Frecuencia TS</i>					<0,0001
Diaria	31,1	18,8	45,0	31,7	
5-6 días/semana	34,2	63,2	36,7	43,5	
3 o menos días/semana	34,8	17,9	18,3	24,9	
<i>Clientes a la semana</i>					0,203
1 a 10	68,7	58,1	63,0	63,7	
> 10	37,3	42,4	38,0	39,0	
<i>Uso del preservativo última relación con cliente fijo^{a,c}</i>	90,5	90,6	96,6	92,6	0,203
<i>Uso del preservativo última relación con cliente no fijo^{a,d}</i>	97,3	96,6	99,1	97,6	0,418
<i>Uso del preservativo última relación con pareja estable^{a,e}</i>	13,4	11,3	10,2	11,7	0,844
<i>Relaciones forzadas alguna vez^b</i>	23,8	20,5	11,8	19,2	0,039
<i>Uso de servicios de salud^a</i>	61,5	54,2	74,7	63,2	0,005
<i>Revisiones ginecológicas anuales</i>	67,9	83,1	91,7	79,6	0,000
<i>Uso de servicios de sociales^a</i>	38,8	20,5	28,1	30,2	0,004
<i>Consumo de alcohol antes de las relaciones con clientes^a</i>	26,7	49,6	29,8	34,3	0,000
<i>Binge drinking^f</i>	31,7	38,1	47,1	38,2	0,031
<i>Consumo de drogas^b</i>	34,4	45,8	54,4	43,9	0,003
<i>Consumo de drogas inyectadas^b</i>	6,2	1,7	0,0	3,0	0,006

ITS: infección de transmisión sexual; TS: trabajo sexual.

^a Últimos 6 meses.

^b Alguna vez en la vida.

^c Entre las que tienen cliente fijo (n = 262).

^d Entre las que tienen cliente no fijo (n = 368).

^e Entre las que tienen pareja estable (n = 200).

^f Consumo rápido e intensivo de más de 4 copas de alcohol alcanzando los 0,08 g/dl en sangre.

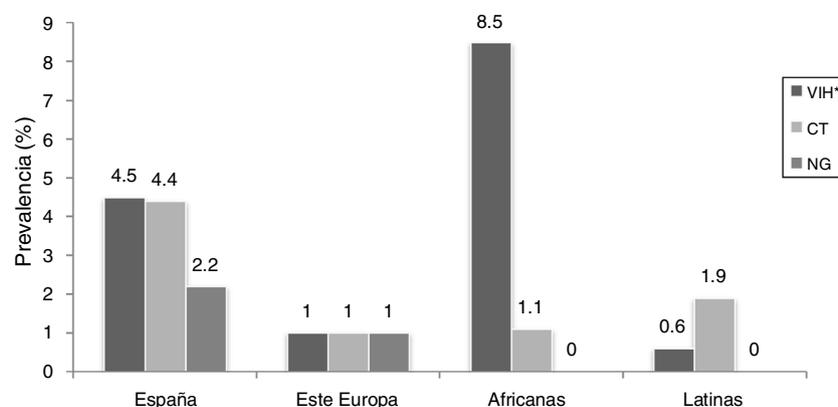


Figura 1. Prevalencia de VIH, clamidia y gonococia según origen. * p = 0,002; CT: clamidia; NG: gonococia.

La prostitución de calle-carretera ha sido la que ha experimentado un mayor cambio en nuestro país. Si tradicionalmente estuvo vinculada sobre todo al consumo de drogas inyectadas, ejercida por españolas y ubicada en zonas céntricas, hoy en día es ejercida en mayor proporción por mujeres del África subsahariana y se ha ido desplazando lejos del centro urbano tras la entrada en vigor de

nuevas leyes de seguridad ciudadana, lo que ha incrementado su vulnerabilidad.

De un lado, y relacionado con este incremento de vulnerabilidad, encontramos el VIH. Se estima que a nivel mundial el 15% de las infecciones son atribuibles al trabajo sexual femenino, situadas por debajo del 2% en Europa²⁰. La prevalencia de VIH en nues-

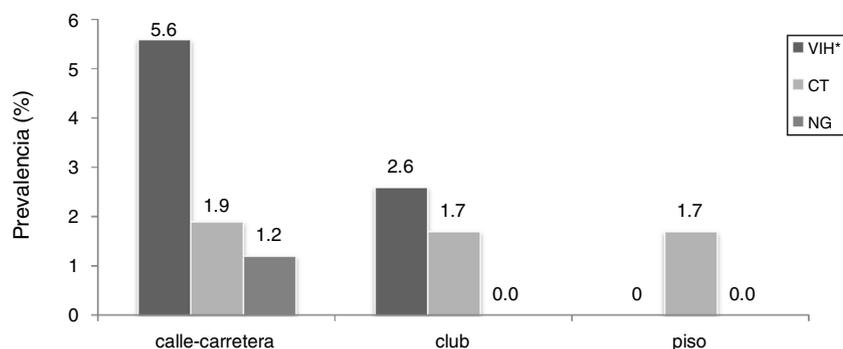


Figura 2. Prevalencia de VIH, clamidia y gonococia según el lugar de trabajo. * $p=0,023$; CT: clamidia; NG: gonococia.

tro estudio (3%) se mantiene en rangos bajos desde 2005⁵. Estas bajas prevalencias son acordes con el uso generalizado del preservativo en el ámbito laboral, coincidiendo también con datos europeos^{21,22}. De especial atención es la prevalencia significativamente más elevada entre las trabajadoras de calle-carretera, ya descrita por otros autores¹⁶⁻¹⁸, que resalta el mayor riesgo de infección entre este colectivo en comparación con las que ejercen en locales cerrados^{23,24}, principalmente atribuible a las diferencias en cuanto a origen, edad, situación legal, condiciones de trabajo, tipo de prácticas sexuales o acceso a servicios sanitarios³.

Respecto al origen, las MTS de calle-carretera eran mayoritariamente españolas y africanas. Las primeras tradicionalmente han presentado mayor prevalencia de VIH asociada principalmente al consumo de drogas inyectadas^{1,24,25}, factor de riesgo asociado al VIH²⁶ y que en nuestro estudio, a su vez, presentaron un consumo superior las trabajadoras de calle-carretera. De otro lado, las MTS africanas, de procedencia subsahariana, presentan prevalencias endémicas de VIH superiores, con el 55% de infecciones en mujeres jóvenes y por transmisión heterosexual².

Por otro lado, las trabajadoras de calle-carretera también presentaron prevalencias para CT y NG superiores al resto de grupos, aunque siguen siendo inferiores a otras poblaciones en nuestro país²⁷ y a las reportadas en estudios europeos, situadas alrededor del 7 y del 5% para CT y NG, respectivamente¹⁶. Se observa, tal como sucede en otros países europeos²³ y en estudios anteriores realizados en nuestro país, un descenso en las prevalencias globales de CT (del 5,9% en 2005 al 1,8% en 2018), mientras que NG se mantiene estable⁸. Este descenso se debe, de un lado, al uso generalizado del preservativo con los clientes, y de otro, a que la mayoría de las MTS acuden anualmente a los servicios de salud sexual y reproductiva, que en Cataluña realizan el cribado de CT a todas las mujeres menores de 25 años y a las mayores con criterios de riesgo, formando parte las MTS de este grupo.

Asimismo, las trabajadoras de calle-carretera manifiestan una serie de factores estructurales, como violencia asociada a mayores porcentajes de relaciones forzadas o maltratos, que incrementan también su vulnerabilidad. Los datos señalan que alrededor del 30% de las MTS han sufrido acoso o violencia en clubs, frente al 70% de las que lo han sufrido en la calle²⁸. La violencia física y sexual en el lugar de trabajo, ya sea por parte de clientes, gerentes u otras personas de su entorno, se relaciona en numerosas ocasiones con el consumo de drogas²⁹, convirtiéndose a su vez en determinante para la adquisición del VIH, dado el riesgo de transmisión relacionado con la desprotección en las prácticas sexuales, en parte debido a un rechazo al uso del preservativo por parte del cliente o a la rotura del mismo²⁵. De hecho, un estudio aborda que la eliminación de la violencia sexual del cliente, por sí sola, podría evitar el 20% de infecciones por VIH³⁰. Así, los eventos de violencia, el consumo de drogas y la desprotección en las prácticas sexuales parecen

estar relacionados. Las mujeres inyectoras y que ejercen el trabajo sexual en la calle han tenido más episodios de agresión que las que ejercen en otros sectores, cuyo consumo de drogas es ocasional o instrumental²⁵.

Por tanto, las políticas y las características sociales y físicas del trabajo sexual pueden mitigar o conferir mayor riesgo de VIH/ITS entre las MTS. Así, los ambientes con políticas de gestión, como clubs, suelen tener mecanismos de seguridad y promoción del uso del preservativo frente a otros lugares como la calle-carretera, donde se promueven incentivos por parte del cliente para la práctica sexual desprotegida, denegación de pago, multas de las autoridades, agresiones, consumo de drogas y escaso acceso a recursos, factores que se asocian a una mayor vulnerabilidad al VIH/ITS. Cuando las MTS tienen un acceso adecuado a los servicios de salud sexual con provisión de material preventivo, pruebas de detección de VIH/ITS y tratamiento, se observan aumentos en el uso del preservativo y menores prevalencias de estas infecciones.

Entre las limitaciones del estudio cabe señalar que la muestra no fue representativa de la población de MTS en Cataluña, lo que dificulta poder generalizar y extrapolar los resultados al total de MTS. No obstante, mediante un mapeo previo se recogió información para diversificar la muestra incluyendo mujeres de distintos países en diferentes contextos donde se ejerce el trabajo sexual en Cataluña. La segunda limitación se relaciona con la validez de los datos, pues la prevalencia de algunas conductas puede estar subestimada. En este sentido, se intentó establecer el anonimato para favorecer la realización de entrevistas utilizando un lenguaje comprensible, sumado a que los entrevistadores, profesionales que trabajan directamente con esta población, facilitaron la participación.

A pesar de las limitaciones, este estudio permite monitorizar la prevalencia de VIH/ITS y los determinantes asociados en un colectivo vulnerable, debido en parte a factores sociales y estructurales; por tanto, permite disponer de información clave para adaptar las intervenciones específicas de promoción y prevención de la salud que se llevan a cabo en nuestro contexto. Estas intervenciones de salud integral deben plantearse de manera holística y teniendo en cuenta necesidades no atendidas, considerando los determinantes sociales, de salud y desigualdad, incluido el acceso a servicios, experiencia de violencia y migración, sin olvidar a la pareja sexual no comercial como pieza clave. Además, es necesaria la toma de consciencia entre las MTS sobre los riesgos de estas infecciones, y la necesidad de realización de pruebas periódicas. Por tanto, medidas de prevención con el objetivo de mejorar, sobre todo, las condiciones en las mujeres que ejercen en condiciones de especial dificultad y/o vulnerabilidad, especialmente inmigrantes, y en las que ejercen en la calle-carretera, son prioritarias.

Financiación

Agència de Salut Pública de Catalunya, Generalitat de Catalunya; Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca - AGAUR (2005/SGR/00505), Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació, de la Generalitat de Catalunya.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A las mujeres participantes, entrevistadoras y a las ONG colaboradoras: ACAS Girona, Actua Vallès Sabadell, Àmbit Prevenció-Programes ÀMBITdona i ÀMBITmaresme, Assexora't Tarragona, Associació Anti-sida Lleida, Corporació de Salut del Maresme-Selva), El Lloc de la Dona, Programa Carretera (Hospital St. Jaume de Calella).

Bibliografía

- European Centre for Disease Prevention and Control. Thematic report: Sex workers. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. Stockholm: ECDC; 2015.
- Baral S, Beyrer C, Muessig K, Poteat T, Wirtz AL, Decker MR, et al. Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2012;12:538–49. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70066-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70066-X).
- Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, Menéndez B, Castilla J, Sanz S, et al. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid [Social and work conditions, risk behavior and prevalence of sexually transmitted diseases among female immigrant prostitutes in Madrid (Spain)]. *Gac Sanit*. 2004;18:177–83.
- Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, et al. Sexually transmitted *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: Female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J Infect Dis*. 2007;11:115–22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2005.11.005>.
- Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V, Grupo HIVITS-TS. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña [Trends in HIV prevalence and associated risk behaviors in female sex workers in Catalonia (Spain)]. *Gac Sanit*. 2014;28:196–202. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.11.004>.
- Huang ZJ, Wang W, Martin MC, Nehl EJ, Smith BD, Wong FY. "Bridge population": Sex workers or their clients? – STI prevalence and risk behaviors of clients of female sex workers in China. *AIDS Care*. 2011;23 Suppl 1:45–53. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2010.507759>.
- Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J. Diferencias en las características sociales, conductas de riesgo y prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana e infecciones de transmisión sexual entre trabajadoras del sexo españolas e inmigrantes en Cataluña [Social characteristics, risk behaviours and differences in the prevalence of HIV/sexually transmitted infections between Spanish and immigrant female sex workers in Catalonia, Spain]. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:385–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2008.05.019>.
- Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, *Chlamydia trachomatis*, and *Neisseria gonorrhoeae* and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis*. 2008;35:178–83. <http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0b013e31815848d>.
- Unidad de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2017. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2019 [consultado 22 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Vigilancia ITS.1995.2017.def.pdf>.
- European Centre for Disease Prevention and Control. En: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020 [consultado 12 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/annual-epidemiological-reports>.
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilancia epidemiològica de les ITS a Catalunya a partir del sistema de notificació de malalties de declaració obligatòria i del sistema de notificació microbiològica. Informe anual 2018. Badalona: CEEISCAT; 2019 [consultado 10 May 2020]. Disponible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/contenut/_A-Z/S/sida/enllasos/anual.ITS.pdf.
- Gutiérrez García A, Delgado Álvarez C. Vulnerabilidad en Mujeres Prostituidas: Medidas de Protección Legal [Psychological Vulnerability on Prostituted Women: Legal Protection Measures]. *Oñati Socio-Legal Series*. 2015;5 [consultado 12 Abr 2020]. Disponible en: <https://ssrn.com/abstract=2611594>.
- Falcón C. Riesgo, vulnerabilidad y prostitución. *Documentación Social*. 2007;144:11–35.
- Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: Influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385:55–71. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60931-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60931-4).
- Pyett PM, Warr DJ. Vulnerability on the streets: Female sex workers and HIV risk. *AIDS Care*. 1997;9:539–47. <http://dx.doi.org/10.1080/713613193>.
- Platt L, Jolley E, Rhodes T, Hope V, Latypov A, Reynolds L, et al. Factors mediating HIV risk among female sex workers in Europe: A systematic review and ecological analysis. *BMJ Open*. 2013;3:e002836. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002836>.
- Uusküla A, Fischer K, Raudne R, Kilgi H, Krylov R, Salminen M, et al. A study on HIV and hepatitis C virus among commercial sex workers in Tallinn. *Sex Transm Infect*. 2008;84:189–91. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2007.027664>.
- Todd CS, Khakimov MM, Alibayeva G, Abdullaeva M, Giyasova GM, Saad MD, et al. Prevalence and correlates of human immunodeficiency virus infection among female sex workers in Tashkent, Uzbekistan. *Sex Transm Dis*. 2006;33:496–501. <http://dx.doi.org/10.1097/01.oiq.0000204624.26219.6a>.
- Estébanez P, Rodríguez MA, Rodrigo J, Ramón P. Evaluación y tendencias de predictores de riesgo asociados a VIH/sida y otras ETS en trabajadoras sexuales en España 2000-1. FIPSE. 2002. Expediente 2065/99 [consultado 10 Abr 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/va/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/prostitucion/resumen.htm>.
- Prüss-Ustün A, Wolf J, Driscoll T, Degenhardt L, Neira M, Calleja JM. HIV due to female sex work: Regional and global estimates. *PLoS One*. 2013;8:e63476. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0063476>.
- De Graaf R, Vanwesenbeeck I, van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. Condom use and sexual behaviour in heterosexual prostitution in The Netherlands. *AIDS*. 1992;6:1223–6.
- Spina M, Mancuso S, Sinicco A, Vaccher E, Traina C, di Fabrizio N, et al. Human immunodeficiency virus seroprevalence and condom use among female sex workers in Italy. *Sex Transm Dis*. 1998;25:451–4. <http://dx.doi.org/10.1097/00007435-199810000-00001>.
- Verscheijden MMA, Woestenbergh PJ, Götz HM, van Veen MG, Koedijk FDH, van Benthem BHB. Sexually transmitted infections among female sex workers tested at STI clinics in the Netherlands, 2006–2013. *Emerg Themes Epidemiol*. 2015;12:12. <http://dx.doi.org/10.1186/s12982-015-0034-7>.
- Vioque J, Hernández-Aguado I, Fernández García E, García de la Hera M, Alvarez-Dardet C. Prospective cohort study of female sex workers and the risk of HIV infection in Alicante, Spain (1986–96). *Sex Transm Infect*. 1998;74:284–8. <http://dx.doi.org/10.1136/sti.74.4.284>.
- Meneses Falcón C. Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*. 2010;35:329–44.
- Arney S, Peacock A, Leung J, Colledge S, Hickman M, Vickerman P, et al. Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: A systematic review. *Lancet Glob Health*. 2017;5:e1208–20. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30373-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30373-X).
- López-Corbeto E, González V, Lugo R, Rivaya B, Casabona J, Matas L, CT/NG Study Group; Investigators of the CT/NG Study Group. Pooling of urine samples for molecular detection of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* and *Mycoplasma genitalium* as a screening strategy among young adults in Catalonia. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2020;38:65–71. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2019.05.003>.
- Deering KN, Lyons T, Feng CX, Nosyk B, Strathdee SA, Montaner JSG, et al. Client demands for unsafe sex: The socioeconomic risk environment for HIV among street and off-street sex workers. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2013;63:522–31. <http://dx.doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182968d39>.
- Surratt H. Sex work in the Caribbean Basin: Patterns of substance use and HIV risk among migrant sex workers in the US Virgin Islands. *AIDS Care*. 2007;19:1274–82. <http://dx.doi.org/10.1080/09540120701426490>.
- Shannon K, Kerr T, Allinott S, Chettiar J, Shoveller J, Tyndall MW. Social and structural violence and power relations in mitigating HIV risk of drug-using women in survival sex work. *Soc Sci Med*. 2008;66:911–21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.008>.