



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación

Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia : Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

SENA 2018



NOS
QUEREMOS,
RESPECTAMOS Y
CUIDAMOS.



Con el apoyo de:
El Fondo Mundial
De Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



enterritorio
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019.



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
19 años de historia



Con el apoyo de:
El Fondo Mundial
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



enterritorio
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019.



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia
19 años de historia



Con el apoyo de:
El Fondo Mundial
De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria



enterritorio
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

Berbersi Fernández, Dedsy Yajaira

Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia : Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019. / Dedsy Yajaira Berbersi Fernández, Ángela Segura Cardona, Alejandra Martínez Rocha, Amanda Molina Estrada, Sara Milena Ramos Jaraba, Sebastian Bedoya Mejía, [otros más]. - Medellín : Universidad CES. Editorial CES, 2019.

ISBN: 978-958-5101-11-1

276 páginas

1. VIH 2. Enfermedades de transmisión sexual 3. SIDA
4. Salud pública 5. Conductas sexuales 6. Transgénero

CDD : 616.9792

Catalogación: Biblioteca Fundadores, Universidad CES

Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia : Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019.

ISBN 978-958-5101-11-1

ISBNe 978-958-5101-12-8

Primera edición: diciembre de 2019

© enterritorio

ENTerritorio - Empresa Nacional
Promotora del Desarrollo Territorial
Calle 26 No. 13 - 19 Piso 29
Teléfono 5940407, ext. 12982
Bogotá, Colombia
www.enterritorio.gov.co

© Universidad CES

Calle 10 A No 22-04,
Telefono 4440555, ext. 1154-1641
<https://editorial.ces.edu.co/>
editorial@ces.edu.co
Medellin Colombia

Impresión: Impresos Begón SAS

Impreso y hecho en Colombia

Este libro cumple con lo dispuesto por la normativa colombiana que regula el depósito legal, con el fin de “garantizar su conservación e incrementar la memoria cultural del país”

Mecanismo Coordinador de País (MCP) - Colombia
Instituciones miembros

Agencia Presidencial de Cooperación - **APC Colombia**
Coalición de organizaciones y activistas que trabajan por los derechos de las
personas transgénero en Colombia - **Aquelarre TRANS**
Asociación de Mujeres Buscando Libertad - **ASMUBULI**
Club Rotario de Bogotá
Consejo Comunitario Mayor de la Sociedad Campesina integral
del Atrato - **COCOMACIA**
Corporación Centro de Pastoral Afrocolombiana - **CEPAC**
Cruz Roja Colombiana
Liga Antituberculosa Colombiana - **LAC**
Mecanismo Social de Apoyo y Control en VIH - **MSACV**
MESA ONG CON TRABAJO EN VIH
Ministerio de Salud y Protección Social
Comunidades Negras de Colombia - **OBAPO**
Organización Panamericana de la Salud - **OPS/OMS**
Organizaciones Basadas en la Fe
Red Nacional de Mujeres Afrocolombianas - **KAMBIRÍ**
Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo VIH
Secretaría de Salud de Bogotá
Fondo de Población de las Naciones Unidas - **UNFPA**
Universidad del Cauca

Mecanismo Coordinador de País

Ricardo Luque
Presidente
Oswaldo Rada
Vicepresidente

Receptor Principal Gobierno

Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial -ENTerritorio

Andrés Mauricio Oyola Sastoque
Gerente de Proyectos de Cooperación Internacional
Carlos Alberto González Promicieros
Coordinador Técnico Proyecto VIH
Maribel Ramírez Rincón
Coordinadora de Monitoreo y Evaluación Proyecto VIH
Sandra Escandón Moncaleano
Coordinadora Estrategias de Comunicación y Movilización Social Proyecto VIH



Andres Mauricio Oyola
Gerente del Convenio

Carlos Alberto González
Coordinador Nacional Técnico

Maribel Ramírez Rincón
Coordinadora Nacional Monitoreo y Evaluación

Sandra Patricia Escandón
**Coordinadora Estrategia de
Comunicación y Movilización Social**

Clara Angela Sierra
Supervisora del estudio



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

Dedys Yajaira Berbesi Fernández
Investigadora Principal

Angela Maria Segura Cardona
Coinvestigadora-Estadística

Amanda Patricia Molina Estrada
Coinvestigadora-Coordinadora Cali

Alejandra Martínez Rocha
Coinvestigadora-Coordinadora Bogotá

Sara Ramos Jaraba
Coinvestigadora-Coordinadora Medellín

Sebastian Bedoya Mejia
Coinvestigador-Coordinador de Calidad



Equipo de trabajo

Bogotá

María Julia Meneses Posada
Lida Yurani Quitian Ariza

Cali

Mónica Espinosa Arana
Alexandra Montoya Espinosa

Medellín

Andrés Felipe Cardona González
Diana Sorely Torres Alvarez



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

REGISTRADA MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Supervisores de los estudios

Ana Odilia Álzate Betancur
Indira Pinilla Alfonso

Encuestadores

Ana María Betancur Bermúdez
Andrés Felipe Díaz Giraldo
Juan Sebastián Henao Ballesteros
Ferney Quintero Guerrero
Yolanda Angarita Castellanos
Viviana Daraviña López
Janeth Peña Gutiérrez
Dora Luz Guzmán
Edeinys Rangel Serrano

Auxiliares

Juan David Muñoz Mazo
Ivon Alejandra Zamudio García
Esmeralda Aristizábal López
Edeinys Rangel Serrano
Mónica Peñaranda Gallego

Contenido

| | |
|--|----|
| Lista de tablas..... | 13 |
| Lista de figuras | 16 |
| Reconocimientos..... | 19 |
| Agradecimientos..... | 21 |
| Mecanismo coordinador de país | 23 |
| Misión | 23 |
| Visión | 24 |
| Antecedentes..... | 24 |
| Principios..... | 24 |
| Autonomía nacional..... | 24 |
| Ámbito de actuación..... | 24 |
| Equidad..... | 25 |
| Participación..... | 25 |
| Transparencia..... | 25 |
| Diálogo..... | 26 |
| Integridad..... | 26 |
| Son funciones del MCP: | 26 |
| Representatividad y conformación del MCP Colombia..... | 27 |
| Conceptos..... | 29 |
| 1 Resumen | 33 |
| 2 Introducción | 37 |
| 3 Marco conceptual..... | 41 |
| 3.1 Situación de la Población | 43 |



| | | |
|-------|--|----|
| 3.2 | Vulnerabilidad | 45 |
| 3.3 | Epidemiología VIH | 47 |
| 3.4 | Marco legal | 48 |
| 3.4.1 | Epidemia y respuesta al VIH..... | 48 |
| 3.4.2 | Mujeres transgénero..... | 50 |
| 3.5 | Comportamientos de riesgo | 51 |
| 3.5.1 | Uso del preservativo | 52 |
| 3.5.2 | Trabajo sexual | 52 |
| 3.5.3 | Consumo de sustancias psicoactivas y alcohol | 53 |
| 3.6 | Profilaxis Pre Exposición y Profilaxis Pos Exposición | 53 |
| 3.7 | Importancia de estudios de vigilancia de segunda generación en mujeres transgénero..... | 54 |
| 3.8 | Muestreo dirigido por entrevistados: Respondent Driven Sampling (RDS) | 55 |
| 3.9 | Estimación de tamaños poblacionales | 57 |
| 4 | Objetivos | 59 |
| 4.1 | Objetivo general | 61 |
| 4.2 | Objetivos específicos | 61 |
| 5 | METODOLOGIA | 63 |
| 5.1 | Tipo de estudio y muestreo | 65 |
| 5.2 | Población y muestra | 65 |
| 5.3 | Fases para el desarrollo del estudio | 66 |
| 5.3.1 | Fase 1. Componente exploratorio | 66 |
| 5.3.2 | Fase 2. Expansión- Componente cuantitativo | 67 |
| 5.4 | Criterios de Elegibilidad..... | 68 |
| 5.4.1 | Criterios de inclusión:..... | 68 |
| 5.5 | Técnica de recolección de la información | 69 |
| 5.6 | Técnica de recolección de la muestra de sangre y diagnóstico del VIH..... | 70 |
| 5.7 | Definición de variables..... | 72 |
| 5.8 | Procesamiento y Análisis de los datos | 72 |
| 5.9 | Aspectos éticos | 73 |
| 5.10 | Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad | 73 |
| 5.11 | Características de las redes sociales por ciudad..... | 74 |
| 6 | RESULTADOS..... | 77 |
| 6.1 | Análisis descriptivo | 79 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 6.1.1 | Características sociales y demográficas..... | 79 |
| 6.1.2 | Salud y acceso servicios de salud..... | 94 |
| 6.1.3 | Transformaciones del cuerpo..... | 96 |
| 6.1.4 | Orientación sexual, género, parejas sexuales y pago por relaciones.. | 99 |
| 6.1.5 | Acceso, uso de condón y lubricante..... | 109 |
| 6.1.6 | Infecciones de transmisión sexual (ITS) | 116 |
| 6.1.7 | Conocimientos sobre VIH/Sida | 116 |
| 6.1.8 | Conocimientos, opiniones y actitudes hacia la prueba de VIH..... | 119 |
| 6.1.9 | Profilaxis pre exposición (PREP) y profilaxis pos exposición (PEP). | 122 |
| 6.1.10 | Consumo Sustancias psicoactivas | 123 |
| 6.1.11 | Estigma y Discriminación | 125 |
| 6.1.12 | Prevalencia de infección por VIH..... | 127 |
| 6.2 | Factores asociados al VIH | 128 |
| 6.2.1 | Características sociales y demográficas de MT | 128 |
| 6.2.2 | Acceso a los servicios de salud y tuberculosis en mujeres transgénero según VIH en tres ciudades de Colombia, 2019..... | 133 |
| 6.2.3 | Resultado de la prueba de VIH y transformaciones del cuerpo..... | 136 |
| 6.2.4 | Resultado de la prueba de VIH, Orientación Sexual e Identidad de Género | 136 |
| 6.2.5 | Primera relación sexual y VIH..... | 139 |
| 6.2.6 | Relación de la prueba de VIH y número de personas con las que las MT ha tenido relaciones penetrativas..... | 139 |
| 6.2.7 | Circuncisión, pareja con prueba de VIH positiva y VIH | 139 |
| 6.2.8 | Infecciones de Transmisión Sexual y VIH | 145 |
| 6.2.9 | Resultado de la prueba de VIH y pareja estable o casual..... | 148 |
| 6.2.10 | Trabajo Sexual y VIH..... | 150 |
| 6.2.11 | Resultado de la prueba de VIH y Uso de Condón..... | 150 |
| 6.2.12 | Conocimientos de VIH y Exposición a Intervenciones de VIH.... | 153 |
| 6.2.13 | Resultado de la prueba de VIH y Terapia PrEP y PEP..... | 157 |
| 6.2.14 | Consumo de Sustancias Psicoactivas | 159 |
| 6.2.15 | Estigma y Discriminación y VIH | 162 |
| 6.3 | Modelo multivariado..... | 164 |
| 6.3.1 | Medellín | 164 |
| 6.3.2 | Bogotá | 166 |
| 6.3.3 | Cali..... | 167 |
| 7 | Estimación de la población..... | 171 |



| | | |
|-------|--|-----|
| 7.1 | Población y muestra..... | 173 |
| 7.2 | Tamaño de la muestra..... | 173 |
| 7.2.1 | Pasos realizados en la técnica de captura-recaptura | 174 |
| 7.3 | Procedimiento realizado..... | 175 |
| 7.4 | Resultados..... | 176 |
| 8 | Indicadores para el seguimiento de la declaración de compromiso sobre el vih/sida en mujeres transgénero | 177 |
| 8.1 | Indicador 1. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia 2012, 2016 y 2019..... | 179 |
| 8.2 | Indicador 2. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas..... | 180 |
| 8.3 | Indicador 3. Porcentaje de mujeres transgénero menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas | 181 |
| 8.4 | Indicador 4. Cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas..... | 182 |
| 8.5 | Indicador 5. Comparativo del uso del condón en la última relación sexual de las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas | 182 |
| 8.6 | Indicador 6. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas..... | 184 |
| 8.7 | Indicador 7. Comparativo de circuncisión en las mujeres transgénero grupos de edad en tres ciudades colombianas | 185 |
| 8.8 | Indicador 8. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero trabajadoras sexuales..... | 186 |
| 8.9 | Indicador 9. Porcentaje de mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas | 187 |
| 8.10 | Indicador 10. Cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas | 188 |
| 8.11 | Indicador 11. Comparativo del uso del condón con el último cliente de las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas..... | 189 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 8.12 | Indicador 12. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas..... | 190 |
| 8.13 | Indicador 13. Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas..... | 191 |
| 8.14 | Indicador 14. Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en las mujeres transgénero son menores de 25 años y de 25 y más años, en tres ciudades colombianas..... | 192 |
| 9 | Discusión..... | 195 |
| 10 | Conclusiones..... | 201 |
| 11 | Recomendaciones..... | 205 |
| 12 | Lecciones aprendidas..... | 209 |
| 12.1 | Rol de los actores | 212 |
| 12.1.1 | Consultor de los estudios (Universidad CES)..... | 212 |
| 12.1.2 | Rol del Contratante: ENTerritorio..... | 214 |
| 12.1.3 | Equipo de trabajo | 215 |
| 12.1.4 | Mujeres transgénero..... | 218 |
| 12.2 | Prueba piloto | 222 |
| 12.3 | Capacitación..... | 223 |
| 12.4 | Recolección de información..... | 225 |
| 13 | BIBLIOGRAFÍA | 229 |
| 14 | ANEXOS..... | 241 |
| 14.1 | Anexo 1 Criterios de inclusión..... | 243 |
| 14.2 | Anexo 2 Encuesta de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades colombianas..... | 245 |
| 14.3 | Anexo 3 Consentimiento informado del estudio | 270 |
| 14.4 | Anexo 4 Redes de las ciudades del estudio con infección de VIH | 273 |



Lista de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad. MT, Colombia-2019..... | 74 |
| Tabla 2. Número de semillas y olas en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019 | 75 |
| Tabla 3. Características sociales y demográficas en MT Bogotá, Colombia 2019 | 80 |
| Tabla 4. Características sociales y demográficas en MT Medellín, Colombia 2019.... | 85 |
| Tabla 5. Características sociales y demográficas en MT Cali, Colombia 2019..... | 90 |
| Tabla 6. Acceso a servicios de salud en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia - 2019 | 95 |
| Tabla 7. Procedimientos de transformación corporal en MT en de Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019. | 97 |
| Tabla 8. Autoidentificación en términos de orientación sexual y categorías de género en MT en Bogotá, Medellín y Cali,..... | 100 |
| Tabla 9. Auto-reporte de circuncisión y pareja que viva con VIH o muerto de Sida en Bogotá, Medellín y Cali.MT, Colombia-209 | 100 |
| Tabla 10. Primera Relación Sexual MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019 | 101 |
| Tabla 11. Comportamiento sexual con pareja estable en MT, en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia- 2019 | 104 |
| Tabla 12. Comportamiento sexual con parejas ocasionales en MT, en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia- 2019 | 106 |
| Tabla 13. Ejercicio del trabajo sexual en MT, en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia- 2019 | 108 |
| Tabla 14. Acceso y uso de condón, en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019 | 112 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 15. Acceso y uso de lubricantes, en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019 | 115 |
| Tabla 16. Infecciones de transmisión sexual, en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019 | 116 |
| Tabla 17. Conocimientos sobre VIH/Sida en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019 | 118 |
| Tabla 18. Conocimientos, opiniones y actitudes hacia la prueba de VIH en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019..... | 120 |
| Tabla 19. Profilaxis pre exposición (PREP) y profilaxis pos exposición (PEP) en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019 | 123 |
| Tabla 20. Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019..... | 124 |
| Tabla 21. Estigma y Discriminación, en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019 | 126 |
| Tabla 22. Prevalencia de Infección de VIH RDSAT, Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019..... | 128 |
| Tabla 23. Características sociales y demográficas de MT según infección por VIH en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 130 |
| Tabla 24. Prevalencia de VIH, de acuerdo al acceso a los servicios de salud y diagnóstico de tuberculosis de MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 134 |
| Tabla 25. Prevalencia de VIH, de acuerdo a las transformaciones del cuerpo en MT e infección de VIH en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019..... | 137 |
| Tabla 26. Prevalencia de VIH, de acuerdo a orientación sexual e identidad de género de MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 138 |
| Tabla 27. Primera relación sexual MT y VIH en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 140 |
| Tabla 28. Prevalencia de VIH, según número de personas con las que las MT ha tenido relaciones penetrativas, no comerciales en los últimos 12 meses, en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019..... | 142 |
| Tabla 29. Prevalencia de VIH, de acuerdo circuncisión y pareja prueba de VIH positiva en MT, en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 144 |
| Tabla 30. Prevalencia de VIH, según Infecciones de Transmisión Sexual en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 146 |
| Tabla 31. Prevalencia de VIH, pareja estable o casual en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 149 |



| | |
|---|-----|
| Tabla 32. Prevalencia de VIH, de acuerdo a trabajo sexual en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 151 |
| Tabla 33. Uso de condón en MT y VIH en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 152 |
| Tabla 34. Prevalencia de VIH, de acuerdo a conocimientos de VIH en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019..... | 154 |
| Tabla 35. Prevalencia de VIH, de acuerdo a la terapia pre y pos exposición al VIH en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019..... | 158 |
| Tabla 36. Prevalencia de VIH, de acuerdo al consumo de sustancias psicoactivas en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019..... | 160 |
| Tabla 37. Prevalencia de VIH, de acuerdo al estigma y la discriminación percibidos por MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019 | 163 |
| Tabla 38. Modelo explicativo HIV en mujeres transgénero en Medellín -2019..... | 165 |
| Tabla 39. Modelo explicativo en mujeres transgénero en Bogotá -2019 | 166 |
| Tabla 40. Modelo explicativo HIV, en mujeres transgénero en Cali -2019..... | 168 |
| Tabla 41. Estimación del tamaño de muestra requerido para entrega de objeto único. Estudio de vulnerabilidad y prevalencia de VIH en mujeres transgénero. 2019..... | 174 |
| Tabla 42. Resultados de estimación de tamaños de población de mujeres transgénero | 176 |
| Tabla 43. Uso del condón en la última relación sexual anal en tres ciudades de Colombia, 2019 | 183 |
| Tabla 44. Uso del condón en la última relación sexual anal con un cliente en tres ciudades de Colombia, 2019..... | 190 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Cupón de invitación (reclutamiento) para el estudio de seroprevalencia de VIH en MT, Colombia-2019..... | 68 |
| Figura 2. Algoritmo de pruebas para la detección de la infección por VIH – Ministerio de Salud y Protección Social..... | 71 |
| Figura 3. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de la edad, Bogotá 2019 | 82 |
| Figura 4. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de estrato socioeconómico, Bogotá 2019 | 83 |
| Figura 5. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del nivel educativo, Bogotá 2019..... | 83 |
| Figura 6. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de los ingresos, Bogotá 2019 | 84 |
| Figura 7. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de la edad, Medellín 2019..... | 87 |
| Figura 8. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del estrato. Medellín 2019..... | 88 |
| Figura 9. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del nivel educativo. Medellín 2019..... | 88 |
| Figura 10. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de los ingresos. Medellín 2019. | 89 |
| Figura 11. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de la edad, Cali 2019. | 92 |
| Figura 12. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del estrato. Cali 2019. | 93 |
| Figura 13. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del nivel educativo. Cali 2019..... | 93 |



| | |
|---|-----|
| Figura 14. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de los ingresos. Cali 2019..... | 94 |
| Figura 15. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia, 2012, 2016 y 2019..... | 179 |
| Figura 16. Comparativo de la prevalencia de VIH en mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas | 180 |
| Figura 17. Porcentaje de mujeres transgénero menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas | 181 |
| Figura 18. Comparativo de la cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas | 182 |
| Figura 19. Distribución porcentual del uso del condón en la última relación sexual de las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas | 183 |
| Figura 20. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas. | 184 |
| Figura 21. Comparativo de circuncisión en las mujeres transgénero por grupos de edad en tres ciudades colombianas | 185 |
| Figura 22. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas | 186 |
| Figura 23. Porcentaje de mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas..... | 188 |
| Figura 24. Comparativo de la cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores de 25 años y de 25 a más años, en tres ciudades colombianas..... | 189 |
| Figura 25. Distribución porcentual del uso del condón con el ultimo cliente de las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas | 190 |
| Figura 26. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas..... | 191 |
| Figura 27. Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas.. | 192 |

| | |
|--|-----|
| Figura 28. Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas..... | 193 |
| Figura 29. Red de la ciudad de Bogotá de MT que tienen infección por VIH, 2019 | 273 |
| Figura 30. Red de la ciudad de Medellín de MT que tienen infección por VIH, 2019 | 273 |
| Figura 31. Red de la ciudad de Cali de MT que tienen infección por VIH, 2019 | 274 |



Reconocimientos

Al Comité Institucional de Ética en Investigaciones de la Universidad del CES por su revisión y aportes al protocolo del “Estudio de vulnerabilidad y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Cali —2019”

Agradecimientos

A todas las mujeres transgénero que aceptaron participar en el estudio, gracias a su valiosa colaboración e información ha sido viable caracterizar la situación de vulnerabilidad, prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo en la población de mujeres transgénero. A las personas que participaron como “semillas” que por su sentido de pertenencia con el estudio fue posible acceder a la población en cada una de las ciudades del estudio.

A las Secretarías de Salud de Bogotá, Cali y Medellín, al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y al Mecanismo Coordinador País.

Mecanismo coordinador de país

El Mecanismo Coordinador de País es una instancia funcional en cuya integración concurren entidades públicas, privadas, no gubernamentales, asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA, tuberculosis o malaria, instituciones de educación superior, miembros de organizaciones confesionales y organismos internacionales de cooperación, que aúnan esfuerzos institucionales con el fin de cumplir los requisitos y recomendaciones del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y en los mandatos constitucionales de participación ciudadana para la conservación y restablecimiento de la salud, atendiendo a su catalogación como bien público y a la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud, de acuerdo con lo consagrado en los artículos 270 y 369 de la Constitución política de Colombia.

Los dispositivos institucionales que rigen el funcionamiento de las entidades privadas, no gubernamentales, asociaciones de personas que viven con VIH/SIDA, organizaciones comunitarias afectadas por la malaria o la tuberculosis, instituciones de educación superior, organizaciones de tipo confesional y organismos internacionales de cooperación que integran el Mecanismo Coordinador de País (MCP), también contemplan reglas habilitantes para la suscripción del reglamento de este mecanismo.

Estas les confieren legitimidad para nombrar a sus representantes en forma autónoma y a participar en la formulación, la implementación, la evaluación y la fiscalización social de las estrategias de salud y desarrollo. Los organismos internacionales de cooperación no renuncian a sus privilegios, inmunidades y compromisos que los convenios específicos firmados les confieren, ni se establece restricción alguna a las actividades que los mismos realizan en el país en cumplimiento de sus funciones y responsabilidades específicas. El Mecanismo Coordinador de País propende por que las estrategias, planes y proyectos se enmarquen en los principales lineamientos de las políticas estatales.

Misión

La misión del MCP es desarrollar y enviar propuestas al Fondo Mundial. Es responsable de la gobernabilidad, del apoyo por la implementación y el seguimiento y la evaluación a los proyectos financiados por el Fondo Mundial.

Visión

Se pretende que las propuestas y la implementación de los proyectos que se presenten y se financien a través del Fondo Mundial se caractericen por su fundamentación en preceptos éticos, sustentados en valores como la solidaridad, la honestidad, la participación y la equidad, enmarcados dentro de los principios constitucionales y de derechos humanos, con estrategias de intervención que puedan ser sostenibles con los aportes del Estado y se desarrollen en forma expansiva, a través de la abogacía política, la movilización social y la gestión de los recursos.

Antecedentes

El MCP Colombia se constituyó inicialmente el 14 de febrero del 2002, para la formulación de la primera propuesta de país que se presentaría ante el Fondo Mundial. La mayoría de las instituciones que lo conforman responden a las directrices del Fondo Mundial y buscan fortalecer la intersectorialidad y enriquecer el MCP desde el punto de vista temático y de experticias. Para la segunda ronda se convocaron otras instituciones, y el nuevo MCP se conformó en junio del 2002. Con un proyecto aprobado por el Fondo Mundial para el componente de VIH/SIDA, en la segunda ronda de presentación de proyectos, se consideró necesario reglamentar el funcionamiento del MCP, para lo cual se elaboró una primera versión en marzo del 2004. El reglamento del mecanismo se ajustó nuevamente en julio del 2005, y en el año 2007 se incorporaron modificaciones en su estructura para dar cabida a los componentes de la malaria y la tuberculosis, que presentaron propuestas por primera vez ante el Fondo en la séptima Ronda de Financiación. A continuación, se citan algunos puntos importantes contenidos en el Reglamento del MCP.

Principios

Autonomía nacional

El MCP respeta los procesos de formulación y ejecución que complementan los planes nacionales de desarrollo vigentes en Colombia, así como los programas nacionales de cada uno de los tres componentes: los sistemas nacionales de monitoreo y evaluación existentes, los sistemas de manejo financiero y los suministros que operan en el país.

Se coordina con ellos para fortalecer la armonización y prestar respaldo a las políticas nacionales, a las prioridades y a las alianzas que el país haya realizado con las agencias de cooperación internacional.

Ámbito de actuación

El MCP puede articularse con otras instancias institucionales para la redacción e implementación de propuestas, a partir de programas nacionales para enfermedades



específicas (por ejemplo, los Consejos Nacionales de SIDA, la iniciativa Hacer Retroceder la Malaria y los Comités Nacionales de Dirección sobre el Control de la T-13), y de las estrategias nacionales de salud, y trabaja en forma coordinada junto con otras iniciativas nacionales más amplias, que incluyen, por ejemplo, las Estrategias para Reducir la Pobreza (ERP) y para el cumplimiento de las metas del milenio establecidas para el país.

Equidad

Todos los miembros del MCP deben gozar de igualdad de tratamiento, con plenos derechos para participar, expresarse e intervenir en la toma de decisiones, en concordancia con sus áreas de conocimientos prácticos.

Participación

El MCP está integrado por una amplia y variada representación de sectores interesados; cada miembro del MCP representa un sector activo, con interés en participar en la lucha contra alguna o más de estas tres enfermedades. Los representantes del sector no gubernamental son seleccionados dentro de los propios sectores. Cada sector posee una perspectiva única e importante, que se suma a las probabilidades de lograr impactos mensurables contra las enfermedades. La representación en el MCP tiene en cuenta una perspectiva de género. La función de cada protagonista dentro de la alianza del MCP es convenida por este, salvaguardando la equidad y transparencia entre los asociados.

El MCP debe ser expeditivo en las respuestas que brinde a las partes interesadas nacionales. Cada miembro debe reunirse periódicamente con sus representantes, a fin de garantizar que sus opiniones e inquietudes estén expresadas en el foro nacional.

Transparencia

El MCP debe garantizar la participación de todos los actores pertinentes y la transparencia de sus actos ante el público en general. En tal sentido, es responsable de garantizar que la información relacionada con el Fondo Mundial, como, por ejemplo, la convocatoria, las propuestas, las decisiones tomadas por el MCP y la información detallada sobre las propuestas aprobadas para recibir financiamiento del Fondo, tengan una amplia difusión entre todas las partes interesadas del país. El MCP debe determinar los detalles de su funcionamiento; entre ellos, cómo está compuesta la estructura de su organización, los procedimientos electorales, la frecuencia de las reuniones, los términos de referencia, entre otros.

Diálogo

El MCP opera como un grupo de consenso nacional y promueve las alianzas necesarias para el desarrollo e implementación de los proyectos aprobados por el Fondo Mundial.

Integridad

Todos los miembros del MCP propenden por el logro de los mejores objetivos en salud pública para el país en las tres enfermedades objeto de intervención y establecen una comunicación fluida entre sus diversos miembros, en búsqueda del mayor beneficio para las diferentes comunidades afectadas. El MCP está compuesto por diferentes entidades, que trabajan distintos temas y puntos de vista, y cuyos objetivos, misiones y visiones aportan de manera diferente a la funcionalidad de esta instancia, aspectos que deben de ser integrados funcionalmente. Teniendo en cuenta esta diversidad temática y compleja que compone el MCP, este debe mantener la integralidad en los temas relacionados con educación y salud, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, ciclo de vida, género, diversidad etnocultural, territorialidad y características de las poblaciones: de igual manera, debe considerar aspectos claves del derecho internacional humanitario, el desplazamiento forzado e incorpora este criterio de integralidad a través de la asistencia técnica que se brinde por parte de la cooperación internacional.

Son funciones del MCP:

1. Velar por el cumplimiento de la reglamentación que lo define y regula.
2. Promover y facilitar la presentación de nuevas iniciativas ante el Fondo Mundial contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y responder a las inquietudes que el Fondo pueda tener sobre las mismas.
3. Garantizar que los mecanismos que se establezcan sirvan a la adecuada implementación y correcta utilización de los recursos técnicos y financieros de los proyectos aprobados.
4. Convocar, seleccionar y nominar a una o más organizaciones que deberán actuar como Receptor Principal (RP) de la subvención del Fondo Mundial, en la medida en que las propuestas sean aprobadas.
5. Para cada propuesta aprobada, seleccionar los subreceptores o las entidades ejecutoras que se harán cargo de la implementación del proyecto en lo local.
6. Velar por que la implementación de los proyectos aprobados se realice de acuerdo con la redacción inicial de las propuestas, y concertar los ajustes que sean necesarios dentro del Mecanismo Coordinador de País, acorde con las directrices y lineamientos dados por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Para tal efecto, el MCP revisará los reportes de progreso que se han enviado o están a punto de enviarse al Fondo Mundial por parte del(los) receptor(es) principal(es).
7. Enviar al Fondo Mundial las solicitudes para reprogramar o dar continuidad a la financiación de las propuestas en curso.
8. Establecer los lineamientos generales que regulen las relaciones entre las entidades ejecutoras que se seleccionen para la implementación de los proyectos aprobados.
9. Facilitar la participación equitativa de los sectores representados en el MCP. Dentro del criterio de facilitar los procesos de coordinación y toma de decisiones, el MCP



limitará la participación en la asamblea al número de miembros definidos en el presente reglamento y ampliará la representatividad de estos a través de procesos democráticos y transparentes de selección.

10. Cumplir con las responsabilidades y funciones que se definan en el presente reglamento.
11. Desarrollar, modificar e implementar el presente reglamento.
12. Gestionar los recursos económicos y técnicos para garantizar su funcionamiento.
13. Velar por que las propuestas tengan un enfoque diferencial, que garantice que las acciones propuestas lleguen a los sectores más vulnerables.

Representatividad y conformación del MCP Colombia

El MCP, para ser funcional, está conformado por un máximo de 26 instituciones, que se catalogan básicamente en ocho sectores, para los cuales se busca representatividad de forma que exista un equilibrio dentro de los tres componentes (SIDA, tuberculosis y malaria). A los integrantes del MCP se suma(n) el(los) receptor(es) principal(es), según sea(n) la(s) propuesta(s) aprobada(s).

1. Sector gubernamental (máximo cuatro miembros).
2. Sector de agencias del Sistema de Naciones Unidas (máximo cuatro miembros).
3. Organismos internacionales (máximo dos miembros).
4. Sector académico (máximo tres miembros, una universidad o agremiación académica por cada componente).
5. Sector de organizaciones no gubernamentales, que representan a poblaciones vulnerables (máximo seis miembros, dos por cada componente).
6. Sector de personas que viven con la enfermedad o comunidades afectadas por las tres enfermedades (máximo tres miembros).
7. Sector privado (máximo tres miembros).
8. Sector de organizaciones confesionales: un representante para el MCP.
9. Receptor(es) principal(es). Las organizaciones del Estado, según su competencia, y las agencias de cooperación internacional, con sede en Colombia, según su mandato, participan indistintamente en cualquiera de los comités de los componentes SIDA, tuberculosis o malaria.

Las organizaciones de la sociedad civil, la academia, el sector privado y las organizaciones de personas enfermas o afectadas por las enfermedades se reparten –de acuerdo con el principio de integralidad– entre los subcomités para la redacción de propuestas y seguimiento de los proyectos aprobados.

Cada organización de la sociedad civil cuenta, para su representatividad, con una organización suplente, elegida entre las mesas de trabajo, que apoya y a la vez pide rendición de cuentas a la organización principal. Igualmente, se procura que participen

personas expertas en manejo contable y financiero, manejo de programas y de recursos humanos, y desarrollo de propuestas.

La inclusión de nuevas organizaciones, como integrantes del MCP, se decide por consenso o voto de la Asamblea del MCP, a partir de un estudio de solicitud de inclusión realizado por el comité ejecutivo; dicha solicitud de inclusión puede realizarse de varias formas, según lo establece el Reglamento del MCP. Cada organización individualmente considerada tiene los siguientes derechos:

- El derecho a ser tratada como un aliado en igualdad de condiciones, con derecho a expresarse.
- El derecho a participar en todas las discusiones y actividades del MCP.
- El derecho a nominar y a ser nominado para las posiciones sujetas a elección dentro del MCP.
- El derecho a votar en cualquier tema puesto a votación.
- Igual, cada organización está sujeta a los siguientes deberes:
- Respetar y adherir al presente reglamento y a las políticas y procedimientos que adopte el MCP.
- Asumir su membresía responsablemente, asistiendo a las reuniones a tiempo, participando con criterio de solidaridad social y no solo de defensa de los intereses de su sector.
- Compartir experiencias e información que sean de interés de otros miembros del MCP.
- Respetar y adherir a las decisiones del MCP.
- Regularmente, realizar reuniones formales para compartir experiencias y puntos de vista con otras organizaciones del sector al que pertenece.
- Dentro del MCP, en forma imparcial y con exactitud, compartir los puntos de vista de las otras organizaciones y no solamente los de la organización que representa.
- Cuando el MCP discuta un tema que puede representar una ventaja financiera o de cualquier otro tipo para la persona o la organización que representa, abiertamente declarar el conflicto de interés y ofrecer dejar la reunión.

Conceptos

Para una mejor comprensión de este documento se hace necesario tener claridad en los siguientes conceptos:

Sexo: “Características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina”⁽¹⁾.

Género: Construcción cultural que asigna, en ámbito público y privado, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y los hombres sobre la base de su diferenciación sexual ⁽²⁾

Sexualidad: Aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción ⁽¹⁾.

Sexo asignado al nacimiento (o sexo natal): Asignación dada al momento de nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externos⁽³⁾.

Orientación sexual: capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. La orientación sexual de una persona es independiente del sexo que le asignaron al nacer, e independiente de su identidad de género ⁽⁴⁾.

Identidades de género(s): Vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, esta puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento (cisgénero, transgénero) ⁽⁵⁾.

Expresión de género: es la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones

considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado (femenino, masculino, otro) ⁽⁶⁾.

Identidad sexual: “es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales” ⁽²⁾.

Transición: “período durante el cual los individuos cambian de género asociado con el sexo asignado al nacer a un papel de género diferente”. Puede o no puede incluir feminización o masculinización del cuerpo y sus caracteres sexuales ⁽⁸⁾.

Trans: adjetivo utilizado para referirse a personas cuya identidad y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con su sexo asignado al nacer ⁽⁹⁾.

Transgénero (transgénera): adjetivo para describir un grupo diverso de personas cuyas identidades de género difieren en diversos grados del sexo que se les asignó al nacer ⁽⁹⁾, se emplea en la representación política como término “sombriilla” que incluye a los travestis, transformistas y transexuales .

Transexual: adjetivo para describir a las personas que buscan cambiar o que han cambiado sus características sexuales primarias y/o las características sexuales secundarias a través de intervenciones médicas (quirúrgicas o endocrinológicas) para feminizar o masculinizarse, acompañadas de un cambio permanente en el papel de género ⁽⁹⁾. El término transexual como tal se acuñó por primera vez por Cauldwell en 1950 ⁽¹⁰⁾ aunque se popularizó por Harry Benjamin alrededor de 1960 ⁽¹¹⁻¹³⁾.

Travesti: Según Kulik, se refiere a personas asignadas como hombres al nacer feminizan su cuerpo y su apariencia, y prefieren utilizar pronombres femeninos, sin necesariamente considerarse como mujeres o desear realizarse la reasignación sexual quirúrgica ⁽¹⁴⁾. En ocasiones esta denominación parte del prejuicio y adquiere connotaciones negativas e incluso de insulto o injuria.

Transformistas: son generalmente hombres que asumen identidades femeninas en contextos de noche, festivos o de espectáculo, *drag queens* (hombres que asumen una identidad transgresora del género en contextos de entretención o performance, exagerando rasgos de la feminidad) ⁽¹⁴⁾.

Mujer trans o transfemenina: “Término utilizado para referirse a las personas trans que se identifican como mujeres (v.g. personas que fueron asignadas como hombres al nacimiento y que se identifican como mujeres)” ⁽⁹⁾. Para este estudio se entenderá este concepto para definir a las mujeres transgénero.



Disforia de género: Es el desajuste psicológico derivado de la incongruencia entre el género asignado a la persona en el momento del nacimiento por su apariencia sexual (identidad sexual) y el sentimiento personal de ser hombre o mujer (identidad de género)¹⁶.

Infecciones de Transmisión Sexual: Son un grupo de infecciones que en su mayoría se adquieren por contacto sexual (sexo vaginal, anal y oral), aunque algunas pueden propagarse por medios no sexuales (las transfusiones de productos sanguíneos o de madre a hijo durante el embarazo o el parto), de estas infecciones las que mayor incidencia presentan son sífilis, gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis, hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH)¹⁷.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): Es un virus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función hasta deteriorarlo, es decir, cuando deja de ser efectivo en la lucha contra las infecciones y enfermedades¹⁸. Este, es un retrovirus que tiene dos tipos: VIH-1 y VIH-2, ambos se transmiten por contacto directo con los líquidos corporales, tales como la sangre, el semen o los fluidos vaginales, infectados por el VIH o de una madre VIH-positiva al niño durante el embarazo, el parto o la lactancia materna (por medio de la leche materna)¹⁹. El VIH-1 es el más prevalente a nivel mundial, la epidemia mundial comenzó a diseminarse a fines de la década de los años 1970 y el sida se reconoció en 1981^{20,21}.



1.

Resumen

1.

Resumen

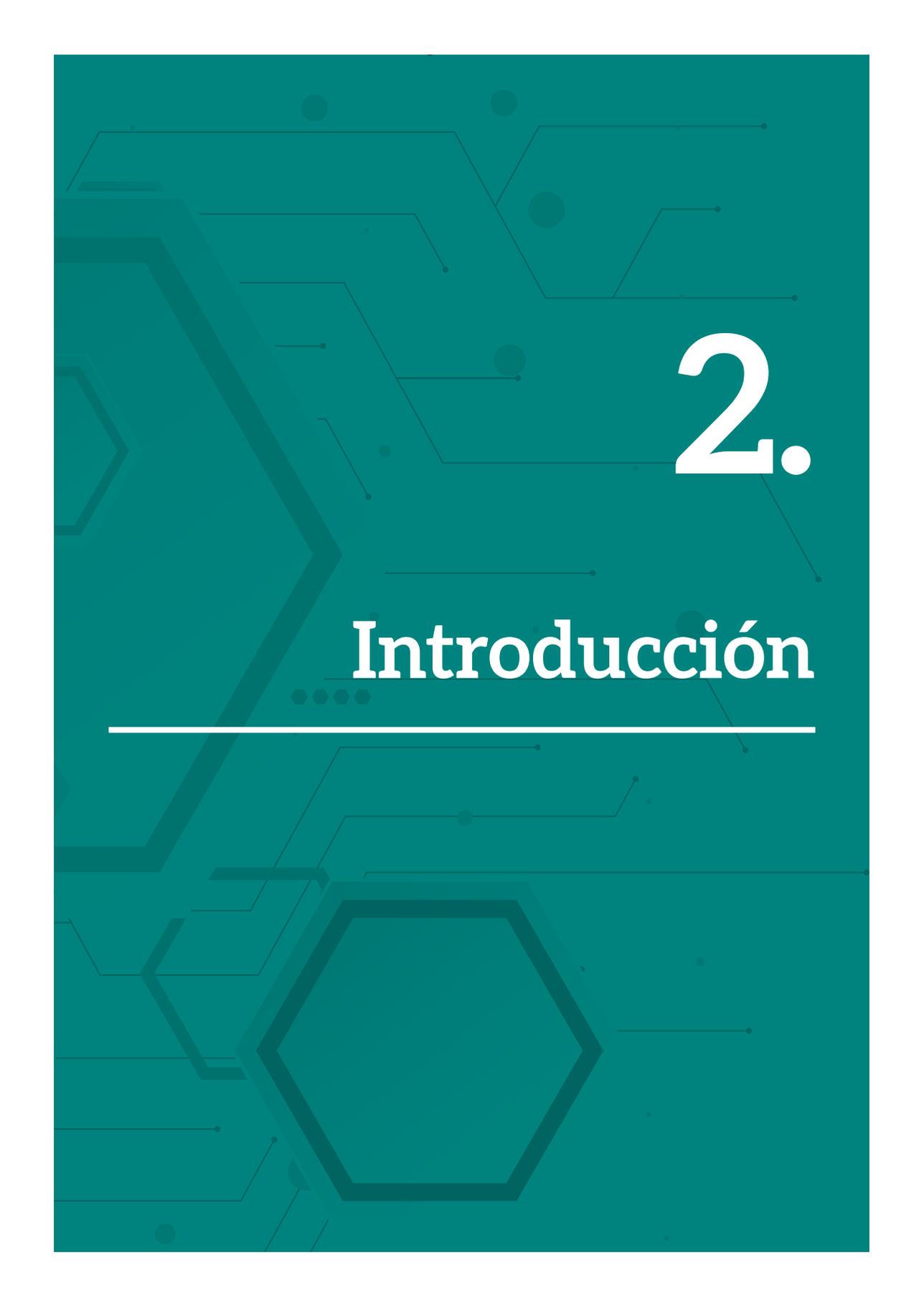
Este estudio tuvo como objetivo establecer la magnitud de la epidemia de VIH, los comportamientos sexuales asociados y estimar la población de mujeres transgénero de 18 años y más, en tres ⁽³⁾ ciudades colombianas: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali. Se realizó un estudio de seroprevalencia (corte o transversal) anónimo-ligado, por medio del muestreo “Respondent-Driven Sampling (RDS)”. La seroprevalencia de la infección por VIH de cada ciudad se determinó inicialmente con una prueba rápida, cuyos resultados reactivos fueron confirmados a través del análisis de muestras residuales de sangre seca en un laboratorio clínico especializado. La recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta serológica anónima-ligada. La muestra total estuvo conformada por 668 mujeres transgénero. El análisis de datos se efectuó utilizando principalmente el software RDSAT, paquete estadístico específicamente diseñado para ajustar las proporciones estimadas con base en el tamaño de las redes sociales y los patrones de reclutamiento en cada una de las ciudades.

Resultados: las mujeres en las tres ciudades viven en los estratos 0,1,2 y 3. Predominando la secundaria como último grado alcanzado. En cuanto a la ocupación y ejercicio laboral en Medellín y Bogotá predominó la prostitución con 41,2% y 26,3%, seguida de la peluquería con un 19,8% y 23,8% respectivamente, en las tres ciudades el ingreso mensual está entre 15.000 y 828.000 pesos colombianos. Para cada una de las ciudades se obtuvo las siguientes prevalencias de VIH: Medellín 22,3%, Cali 18,8%, Bogotá 29%. Con respecto a la comparación de cada año, tanto para Bogotá como Medellín presentaron un aumento de la prevalencia de 2010 a 2019, estadísticamente significativo, mientras en Cali no se presentó una variación entre 2010 y 2019, estadísticamente significativa, manteniéndose la prevalencia estable.

Conclusión: es el primer estudio de seroprevalencia de mujeres trans en Colombia donde se utilizó el muestreo dirigido por el entrevistado, siendo útil para acceder a diversos subgrupos. Este estudio confirma lo encontrado en otros realizados a nivel nacional e internacional con mujeres trans, pues se evidencia una alta prevalencia de VIH, precariedad económica, comportamientos sexuales de riesgo, múltiples necesidades en salud, estigma y discriminación.

Recomendación: debe continuar el esfuerzo de prevención de la transmisión entre las mujeres transgénero con acciones de promoción de la salud sexual y prevención de las infecciones de transmisión sexual adaptadas a las características de esta población, involucrando instituciones de salud, entidades territoriales y organizaciones no gubernamentales (ONG).





2.

Introducción

2.

Introducción

Actualmente Colombia tiene una epidemia de VIH concentrada, ya que la prevalencia supera el 5% en poblaciones clave: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, mujeres transgénero, y usuarios de drogas inyectables. Frente a este panorama para el año 2018 a 2021 el país cuenta con un Plan Nacional de Respuesta ⁽²¹⁾, que tiene por objeto fortalecer la gestión en salud pública para la prevención y control de la ITS-VIH-Sida a cargo de las diferentes instancias responsables. Dentro de las acciones previstas se propone contar con herramientas e indicadores para evaluar los avances en la respuesta, lo que implica la necesidad de adelantarse a las acciones de vigilancia de segunda generación y otras iniciativas de vigilancia centinela, con el fin de conocer el aporte que podrían estar haciendo estos grupos al perfil actual y futuro de la epidemia en Colombia.

Por lo anterior, en el país a través de los recursos provenientes del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, se han realizado, con este, tres estudios transversales (2012, 2016 y 2019) sobre vulnerabilidad y prevalencia de VIH en mujeres transgénero, cuyo fin último ha sido conocer el comportamiento de la situación de VIH, bajo los requerimientos metodológicos y el rigor necesario para implementar acciones y estrategias de prevención que se desarrollan hacia esa población, tanto desde las políticas y programas de gobierno, como desde el accionar de las organizaciones sociales con trabajo en VIH/SIDA.

Este estudio tiene gran relevancia para el país, pues es la primera experiencia en la implementación del muestreo dirigido por participantes, por sus siglas en inglés RDS (Respondent Driven Sampling) en mujeres transgénero en las tres ciudades priorizadas: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali. En las versiones anteriores, se aplicó un muestreo focalizado en las mujeres transgénero en sitios visibles, tales como peluquerías, zonas de “parada” de trabajo sexual de calle y otros lugares públicos (por ejemplo, plazas y parques), lo que dejaba a un lado a mujeres transgénero que estaban fuera de estos espacios y que pertenecían a otros subgrupos difíciles de acceder. El RDS utiliza la teoría de redes sociales y al ser un tipo de muestreo cercano a lo probabilístico, ayuda

a garantizar representatividad de la población y genera mayor validez de los resultados obtenidos, a la vez ofrece la posibilidad de diversificar las características de las mujeres transgénero que acceden al estudio a través de las redes.

En cuanto a su estructura, este informe se divide en siete partes o capítulos que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

En un primer apartado se abordan los referentes teóricos y conceptuales que guiaron la realización del estudio y contextualizan la situación de la población y el VIH. Luego se presentan los objetivos y la metodología implementada durante toda la etapa de recolección de información, el análisis, el reclutamiento y muestra obtenida por ciudad, así como las características de las redes. Posteriormente en un tercer apartado se presentan los resultados del estudio, de acuerdo con los desenlaces medidos a partir de la encuesta, seguido del análisis multivariado de los factores asociados al VIH en cada ciudad. En un quinto apartado se encuentra las estimaciones de población en cada ciudad y el comparativo de los indicadores para el seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA en población MT. Posteriormente se encuentra la discusión y conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas, referidas a los aprendizajes derivados de la primera experiencia en la aplicación del RDS en MT y del recorrido en todo el proceso de investigación, desde diversos puntos de vista.





3.

Marco conceptual

3.

Marco conceptual

3.1 Situación de la Población

Las personas transgénero son una minoría sexual en gran parte oculta, compuesta por un grupo diverso de individuos cuya identidad de género, expresión o comportamiento cruzan las normas sociales de género asociadas con el sexo al nacer. Algunos buscan llevar sus cuerpos en congruencia con su identidad a través de intervenciones médicas de hormonas feminizantes y/o cirugías. Otros optan por expresar su identidad de género a través de presentaciones y comportamientos variados en lugar de modificar el cuerpo. Las representaciones de género y las categorías sociales varían mucho entre culturas, y se usan diversos términos para describir a las personas que viven entre o fuera de un binario masculino-femenino ⁽²²⁻²⁴⁾. De esta manera sus identidades de género y de sexualidad se salen del patrón de legitimidad impuesto por una estructura social que jerarquiza las identidades, y que define unas identidades como legítimas y otras como ilegítimas.

Los manuales psiquiátricos como el DSM IV-TR publicado en el año 2000 y el DSM-5 vigente desde el 2013 definieron la transexualidad, el primero como un “trastorno de identidad de género” y el segundo como una “disforia de género”. Este tipo de enfoques diagnósticos que explícita o implícitamente caracterizan las variaciones e incongruencias de la identidad y del rol de género con respecto al sexo biológico como una patología mental terminaron por contribuir a reforzar el estigma y la discriminación hacia las personas transgénero ⁽²⁵⁾.

Se afirma que a nivel mundial se encuentran 4,7 transexuales por cada cien mil individuos, donde 6,8 son mujeres transgénero y 2,6 hombres trans ⁽³²⁾, la estimación del número de personas trans es difícil e imprecisa, teniendo en cuenta que es continuamente emergente y además la auto denominación es fundamental para poderlas identificar y en muchos casos no ocurre por miedo a la discriminación o por violencia ⁽³³⁾. En Colombia no se conoce un número exacto de personas trans, convirtiéndose esto en una brecha para plantear estrategias nacionales de promoción y prevención, asignación de recursos, planificación y evaluación de intervenciones que mejoren la calidad de vida de esta población clave.

La constante vulneración que experimentan las mujeres transgénero –por las discriminaciones relacionadas con su identidad de género–, evidencia la ausencia de acciones de impacto y a gran escala que trabajen por el reconocimiento, protección, garantía y restitución de sus derechos ⁽²⁸⁾.

La mayoría de mujeres transgénero en el país y en otras partes del mundo se enfrentan a la exclusión familiar, educativa, pobreza y la desigualdad, que junto a una desatención Estatal y la discriminación social-laboral, las obliga a desarrollar actividades en contra de su voluntad, como la prostitución para proveerse subsistencia, alejándose de su proyecto vital ⁽²⁹⁾. Enfrentándose de esta manera a un doble estigma: por identidad de género y por trabajo sexual ⁽³⁶⁾, situación que se complica debido al conflicto armado que se ha vivido durante muchos años, en los cuales se han presentado muchos casos de desaparición forzada, violencia física y sexual, homicidio y tentativa de éste, amenazas, desplazamiento, secuestro y reclutamiento forzado ⁽³⁷⁾.

Por otra parte, el acceso al servicio de salud representa para la mayoría de las mujeres transgénero episodios de discriminación dado a que el personal que trabaja en las instituciones no está sensibilizado para tratar a esta población. A esto se suma, la estigmatización que reciben respecto al VIH. Muchas de ellas acceden a los servicios de salud por temas que no tienen que ver con el VIH y automáticamente se les asocia con esta infección, lo que para ellas es no solo ofensivo sino también motivo para alejarse de las instituciones médicas ⁽²⁸⁾.

De esta manera, al no existir una buena relación entre las mujeres transgénero y las instituciones de salud muchas ponen en riesgo su vida realizándose intervenciones corporales con elementos como silicona artesanal o aceite de cocina. Otro hecho que limita el acceso al derecho de salud, es que muchas veces las mujeres transgénero no cuentan con la documentación básica, cedula de ciudadanía por ejemplo, o no están afiliadas a una Empresa Administradora de Planes de Beneficios (EAPB) o no cuentan con la clasificación del SISBEN ⁽²⁸⁾.

Estudios a nivel internacional han demostrado que el estigma social y el aislamiento experimentado por las personas trans, aumenta su riesgo de depresión, suicidio, abuso de drogas y alcohol, comportamiento sexual riesgoso y como consecuencia, VIH y sida ⁽³⁸⁾, así mismo impide el acceso a los servicios de salud y que las personas que han sido diagnosticadas con VIH ingresen oportunamente a un programa.

Aunque en Colombia se han realizado estudios que permiten vislumbrar las condiciones como viven las mujeres transgénero, como tal el número de estudios sigue siendo pocos, especialmente desde el enfoque cuantitativo y con grupos grandes. Tomando como base el estudio prevalencia de VIH y comportamientos sexuales realizado en el año 2016 ⁽³³⁾ en una muestra de 1008 mujeres transgénero se encontró que alrededor del 68% de ellas tenían solamente educación secundaria, las actividades económicas más frecuentes en ellas eran la peluquería (27,7% en Bogotá, el 34,4% Cali y el 14.3% en Medellín) y el



trabajo sexual (40,6% en Bogotá; el 33,6% en Cali, y el 54% en Medellín), la mayoría de las mujeres transgénero (MT) pertenecían al estrato 2 (Bogotá 48,3%, Cali 38,5%, Medellín 36,6%), igualmente cuando se les indago sobre la afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) el más frecuente en las mismas tres ciudades de este estudio fue el subsidiado (Bogotá 48,8%, Medellín 64,8%, Cali 69,3%), aunque en el año 2011 se encontró que para ellas la atención no era adecuada⁽⁴⁰⁾ por parte del sistema de salud y sus profesionales⁽⁴¹⁾, situación similar a la que viven las personas trans en Estados Unidos donde el 41% reportaron experiencias de discriminación en la atención en salud basadas en su condición⁽⁴²⁾.

A nivel mundial las mujeres transgénero han sido históricamente discriminadas y vulneradas, incluso dentro de la misma comunidad LGBTI^(40,43,44), dicha situación no es ajena a el contexto colombiano en el cual en Medellín el 52,8% de las entrevistadas del estudio de seroprevalencia y comportamientos sexuales en el 2016 afirmó ser víctima de discriminación, similar a lo que ocurrió en Cali (42,9%) y Bogotá (38,5%)⁽³⁹⁾. Esta problemática que afecta a muchas jóvenes trans contribuye a que sean expulsadas de sus casas, terminen viviendo en las calles y no terminen sus estudios por falta de apoyo familiar⁽⁴⁵⁾, exponiéndolas a más episodios de violencia dada por compañeros de escuela⁽⁴⁶⁾, vecinos e incluso sus familiares⁽⁴⁷⁾, es decir, son víctimas de aquellos que no toleran expresiones de género que se salen del sistema de género dominante⁽⁴⁸⁾.

Teniendo en cuenta la realidad que viven las mujeres transgénero, es necesario que el Estado genere intervenciones que no solo se orienten en mejorar el comportamiento en sus prácticas sexuales, sino que estén enfocadas en reducir las inequidades socioeconómicas, laborales, educativas, de atención en salud que les permita mejorar su calidad de vida.

3.2 Vulnerabilidad

En los últimos 20 años el término vulnerabilidad ha tomado acogida entre diversos campos de conocimiento, encontrando múltiples teorías, modelos y significados. En las ciencias sociales, se ha estudiado el termino especialmente desde la economía, inicialmente ligado a la pobreza, pues en los 90's a partir de los estudios de Moser⁽⁴³⁾, se subraya que la vulnerabilidad estaba dada por la debilidad objetiva de los pobres para enfrentar la sobrevivencia cotidiana o las crisis económicas, pues estas podían ser contrarrestadas con la adecuada gestión de los activos (una serie de recursos con los que los individuos, grupos o comunidades cuentan y de los cuales pueden echar mano justamente para contrarrestar crisis o fenómenos adversos) así fueran pocos. Posteriormente CEPAL plantea la vulnerabilidad social como el resultado de impactos económicos, políticos y sociales provocados por el patrón desigual del crecimiento y el desarrollo económico y que expresa incapacidad de los grupos o individuos menos favorecidos o “débiles” para enfrentarlos, neutralizarlos u obtener beneficios⁽⁴³⁾. En esta perspectiva el contexto y el sistema toman un rol determinante pues, la vulnerabilidad no solo está dada en términos de exposición a riesgos y peligros, sino en profundas inequidades y brechas que se dan

en todos los niveles y entornos del ser humano: familiar, socioeconómico, profesional, relacional y político desatando procesos de exclusión social ⁽⁴⁴⁾.

Otro modelo subsiguiente, como el AVEO plantea elementos que permiten de alguna manera considerar que las prácticas, comportamientos y las creencias de las personas, pueden ser utilizados para orientar el riesgo contextual, pues en la vulnerabilidad se conjugan dos aspectos relevantes los activos y la estructura de oportunidades ⁽⁴⁵⁾.

Siguiendo con lo anterior, existen grupos en vulnerabilidad social, pues de acuerdo con sus características económicas, y sociodemográficas presentan situaciones dinámicas que restringen sus derechos, con deficiencias en las garantías y capacidades para enfrentar contextos de riesgo, marginación y exclusión, entre estos encontramos: a los niños, adultos mayores, la población en condición de desplazamiento, los habitantes de calle, migrantes y víctimas del conflicto. Existen a la vez otros grupos que son vulnerables a raíz de un contexto que ha normalizado a las personas, por lo tanto, lo diferente o diverso causa profundas inequidades, encontramos a: los indígenas, afrodescendientes, las personas con discapacidad y la población LGBT.

La población LGBTI, y entre estas más contundentemente las personas trans, sufren una vulneración en todos los aspectos de su vida, pues las representaciones sociales en las que los roles masculino y femenino están claramente diferenciados de manera inequitativa, derivan en una desigualdad en el ejercicio del poder, esto aunado al malestar social que causa una expresión de género no acorde al sexo asignado al nacer, generan situaciones de violencia, marginalización, afectando su acceso a vivienda, buena alimentación, empleo, cuidados en salud, y determinando formas de enfermar ^{(46) (45)}.

Siguiendo con lo anterior la vulnerabilidad en salud de la población trans, también ha sido ampliamente estudiada. Sin embargo, es necesario explicar brevemente que la concepción de vulnerabilidad también ha tenido grandes transformaciones en el campo de la salud, pues inicialmente fue utilizado en la epidemiología y la salud pública, desde el enfoque de riesgo, entendiendo que en toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros ⁽⁴⁴⁾. Serían esos grupos especialmente “vulnerables” porque están más expuestos a riesgos. Otros autores abordan la vulnerabilidad en salud desde una perspectiva de derechos humanos, considerando múltiples dimensiones para realizar el análisis exhaustivo y comprensivo de un problema o enfermedad, los componentes de este modelo abarcan el estudio a nivel individual: comportamientos, actitudes, redes, creencias, valores, a nivel colectivo: factores culturales, políticos, económicos, institucionales y a nivel político: servicios, programas, instituciones ⁽⁴⁷⁾.

Está documentado que la población trans y especialmente las mujeres transgénero, gozan de una salud deficiente, pues existe discriminación y estigma en los servicios de salud, barreras de acceso, desconocimiento y atención deficiente frente a sus problemas particulares. En términos de VIH y las ITS, las personas trans se ven desproporcionadamente afectadas (40 veces e incluso más que la “población general”⁽⁴⁶⁾,



pues las pocas garantías de acceso a un empleo, hacen que la prostitución sea una de las pocas fuentes de ingreso disponibles, situación que aumenta el riesgo de adquirir la infección, tal como menciona Estrada:

“Las MT están sometidas a una doble vulnerabilidad por el hecho de haber nacido y socializado durante algún tiempo como hombres, de lo cual conservan un patrón de exposición y vulnerabilidad al VIH más propio de los hombres, y ahora en su nueva asignación de género “en femenino” incorporan y potencian la posibilidad de adquirir el VIH porque muchas de ellas incorporan características femeninas que han sido históricamente asociadas con menor posibilidad de decidir sobre su sexualidad y su protección frente a las ITS y el VIH” ⁽⁴⁶⁾

Ante la compleja situación también es necesario mencionar que las MT tienen otros problemas de salud relevantes, entre los que se destacan la depresión, el estrés, la psicosis y el consumo de sustancias psicoactivas. También se han documentado problemas derivados de la auto administración de hormonas, creando mayor vulnerabilidad al VIH ⁽⁴⁸⁾.

3.3 Epidemiología VIH

A pesar de que la epidemia del VIH/Sida ha sido estudiada desde múltiples dimensiones aún sigue siendo difícil determinar cómo exactamente la mezcla de factores, sociales, económicos y ambientales favorece la transmisión del virus, del cual hasta la fecha no se cuentan con una vacuna o de alguna manera de eliminarlo ⁽⁴⁹⁾. Hallazgos recientes sugieren que la violencia estructural generalizada, la depresión, la pobreza, la falta de vivienda, la falta de oportunidades de empleo y la inseguridad alimentaria no solo aumentan el riesgo de VIH en poblaciones vulnerables, sino que también afecta la calidad de vida de las personas que viven con VIH (PVV), afectando negativamente la adherencia a los tratamientos ⁽⁵⁰⁾.

Desde el inicio de la epidemia de VIH hasta el año 2018, se calculaba que en el mundo se habían infectado por este virus aproximadamente 74,9 millones de persona, 37,9 millones de personas vivían con el VIH y en ese mismo año 770.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida. Para Colombia en ese mismo año 160.000 personas vivían con VIH. La única forma de disminuir la aparición de casos nuevos es por medio de la prevención, especialmente en los grupos identificados como de alto riesgo, como en este caso a las personas transgénero las cuales tienen una posibilidad 12 veces mayor que la población general de infectarse por el VIH ⁽⁵¹⁾.

La incidencia de VIH/Sida en Colombia ha presentado un aumento progresivo a través del tiempo, pasando de 13,7 casos por 100000 habitantes en el 2008 a 28,1 casos por 100000 habitantes en el 2018. En los grupos especiales, a la semana 46 del 2018 los HSH, aportan el 6,0% (846) de los casos reportados y las Mujeres transgénero el 1,0% [139] ⁽⁵²⁾. Para el mismo año se obtuvo una prevalencia nacional ajustada por la edad de VIH de 0,19 por 100 habitantes, el departamento de Quindío fue el que presentó una

mayor prevalencia (0,33 por 100 habitantes) seguido de Bogotá, D.C., Risaralda y Valle del Cauca con el 0,25 por 100 habitantes respectivamente. La letalidad para este año fue de 12,03 muertes por 1.000 PVV, dato mayor al reportado en 2017, que fue de 10,19 por 1.000 personas que viven con VIH ⁽⁵³⁾.

Un metaanálisis realizado en el 2013, estimó una prevalencia de VIH del 19.1% en mujeres transgénero en 15 países, que es 48.8 veces mayor que en la población en edad reproductiva en los mismos países ⁽²²⁾, resultado muy similar al encontrado en los estudios en Colombia sobre seroprevalencia de VIH y comportamientos sexuales en mujeres transgénero de 2012, que incluyó un total de 972 participantes, donde se encontró una prevalencia de 18,8% para Cali; 17,1% para Bogotá y 10% en Medellín; y a los estudios del 2016 en donde los resultados por ciudad fueron: Bogotá: 19,8%; Cali: 25,6% y Medellín: 20,7% ⁽³³⁾.

En Colombia, la infección por VIH/Sida es considerada como una enfermedad de alto costo, principalmente porque las PVV tienen un mayor riesgo de complicaciones, muerte y consumo de recursos, superior a la población general. No obstante, es posible gestionar e intervenir en esta población de tal manera que se mejore calidad de vida, se eviten nuevos casos y se reduzcan sus costos ⁽⁵³⁾.

3.4 Marco legal

3.4.1 Epidemia y respuesta al VIH

A nivel histórico, en el marco de la respuesta frente al VIH/Sida se han establecido una serie de directrices que han ayudado a garantizar el derecho a la vida, la salud, la no discriminación y el goce de una vida digna. En el año 2000, líderes de 189 países establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales orientaron en el punto número seis, el control, tratamiento y reducción de la propagación del VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades, teniendo como meta el logro de la cobertura universal para las personas con el virus. Durante ese año hasta el 2011, a nivel internacional se establecieron normas encaminadas a mejorar y/o asegurar un correcto seguimiento y tratamiento a las personas con VIH/Sida en respuesta a los ODM, los cuales dieron pie al establecimiento de metas a nivel nacional.

Una vez concluida la vigencia de los ODM, en el año 2015 en New York, los 193 Estados que conforman la Organización de las Naciones Unidas, entre ellos Colombia, firmaron el documento que contiene los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS que buscan hacer frente a la desigualdad, la pobreza y el cambio climático, si se miran desde diferentes perspectivas todos los 17 ODS impactan sobre la epidemia y respuesta al VIH ⁽⁵⁴⁾.

En respuesta a los ODS, ONUSIDA estableció 10 objetivos que permitirán eliminar la epidemia a 2030, dentro de los cuales se encuentra la estrategia 90-90-90 para ampliar los



servicios de pruebas y tratamiento del VIH para el 2020, y de esta forma reducir el número de nuevas infecciones por VIH, el diagnóstico tardío y las muertes relacionadas con el Sida, así como mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH (PVV). Esta estrategia incluye que: el 90% de las PVV conozcan su estado serológico respecto al VIH, el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretrovírica continuada y el 90% de las personas que reciben terapia antirretrovírica tengan supresión viral ⁽⁵⁵⁾. Sin embargo, en el reporte a la Cuenta de Alto Costo, se ha evidenciado que se requieren de mayores esfuerzos para que Colombia pueda lograr estas metas; teniendo en cuenta que para el año 2018 en Colombia se reportaron 95.745 casos de VIH, de los cuales 78.228 usaban terapia antirretroviral (82%) y de estos 50.373 tenían supresión viral (64%) ⁽⁵³⁾.

En Colombia, la Resolución 1841 de 2013 establece el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), 2012-2021, el cual busca la reducción de las inequidades en salud Pública y se desarrolla a través de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales; cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas).

En este plan se reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental de desarrollo humano y dentro de este, la sexualidad y Derechos sexuales y Reproductivos como una de sus dimensiones prioritarias, el Plan definió como una de sus estrategias el acceso universal a prevención y atención integral en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida), con enfoque de vulnerabilidad, estableciendo como metas para el 2021, mantener la prevalencia de VIH por debajo del 1% en población de 15-49 años, lograr el acceso universal a terapia antirretroviral (TAR) para todas las personas con necesidad de tratamiento y aumentar significativamente el uso del condón en la última relación sexual con pareja ocasional, en las poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), Habitante de Calle (HC) y Mujeres transgénero (MT) ⁽⁵⁶⁾.

A su vez en Colombia diseñaron para los años 2018 a 2021 el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS PNR⁽²¹⁾, el cual esta articulado con el marco conceptual y líneas operativas del PDSP 2012-2021, especialmente con las estrategias contenidas en el componente de ITS-VIH/sida de la dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos⁽²¹⁾. El PNR tiene cuatro ejes de trabajo:

1. Promoción y prevención, orientado a promover la salud sexual y reproductiva, incorpora el enfoque de vulnerabilidad con énfasis en poblaciones clave, frente al estigma y discriminación y la transmisión de ITS-VIH/Sida.
2. Atención Integral que recoge las acciones de mejora y desarrollo que deben darse en la prestación de servicios para ofrecer la atención integral a las personas con ITS o VIH/Sida.
3. Apoyo y Protección Social, teniendo en cuenta que las PVV (y de los grupos clave) ven afectadas sus condiciones de vida, no sólo por su condición de salud, sino por

otras condiciones sociales relacionadas con el estigma y discriminación que generan exclusión social, lo cual puede limitar su capacidad de participación y afectan negativamente sus condiciones de vida. Este eje incluye el desarrollo de iniciativas que generen capacidades organizativas, formativas y participativas de las PVV (y de los grupos clave), la inclusión de estas poblaciones en la respuesta institucional, así como la facilitación de las condiciones que promuevan su inclusión como agentes de acompañamiento para otras PVV y otras personas de los grupos clave.

4. Seguimiento y evaluación que busca fortalecer la toma de decisiones basadas en información para optimizar la respuesta nacional en todos sus niveles.

Para obtener un conocimiento más completo sobre la epidemia del VIH y comprender mejor su comportamiento, en el contexto de una epidemia concentrada como es el caso de Colombia, se han implementado acciones de monitoreo, vigilancia y prevención impulsados por el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis (FM), el Mecanismo Coordinador de País (MCP) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). A su vez desde el año 2008 se han llevado a cabo estudios de comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en los grupos más afectados en diferentes ciudades del país, lo que ha permitido conocer la epidemia, identificar factores de vulnerabilidad en estos grupos y contar con evidencias para la toma de decisiones estratégicas. Este tipo de vigilancia de segunda generación tienen por objeto proveer información que sirva para aumentar y mejorar las actividades en respuesta a la epidemia de infección por el VIH.

En aras a dar continuidad con este tipo de vigilancia y a que es necesario comparar información sobre la prevalencia del VIH y los comportamientos que favorecen la transmisión de la infección, para elaborar un buen panorama de los cambios que se producen en la epidemia a lo largo del tiempo, en el marco del proyecto “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH-SIDA y el Modelo Integrado de Atención en Salud en departamentos y ciudades priorizadas”, suscrito en el Acuerdo de Subvención No. COL-H-ENTerritorio 1062 (Convenio No. 216146) entre ENTerritorio (anteriormente llamado Fonade) y el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, se planteó la realización del tercer estudio de comportamiento sexual y prevalencia de la infección VIH-Sida, en las mujeres transgénero en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali durante el año 2019.

3.4.2 Mujeres transgénero

La constitución política de Colombia protege inicialmente la condición trans por medio del artículo 13 que prohíbe la discriminación “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión...”, el artículo 14 determina que “toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica” ⁽⁵⁷⁾,



este derecho hace referencia a la facultad que otorga el ordenamiento jurídico a las y los sujetos para ser titulares de derechos y obligaciones ⁽⁶⁾ y del artículo 16 donde se permite a las personas puedan construir su identidad diciendo: “Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico” ⁽⁵⁷⁾.

Entendiendo las vulnerabilidades de las personas trans, la Corte Constitucional ha sido el ente encargado otorgándoles protección constitucional especial, para definir su identidad sexual y de género ⁽⁵⁸⁾. Ante diversas situaciones puntuales este ente ha otorgado las siguientes sentencias:

- **T-152/07:** Discriminación de transexual en trabajo ⁽⁵⁹⁾.
- **T-977/12:** Cambio de nombre (por segunda vez) a mujer trans ⁽⁶⁰⁾.
- **T-918/12:** Reasignación sexual ⁽⁶¹⁾.
- **T-623/14:** Derecho a la personalidad jurídica-Importancia del nombre, del registro civil y de la cédula de ciudadanía en su ejercicio ⁽⁶²⁾
- **T-086/14:** Derecho al cambio de nombre por segunda vez por razones de identidad de género ⁽⁶³⁾.
- **T-063/15:** Derecho a la corrección del sexo en el Registro Civil y demás documentos de identidad de las personas trans ⁽⁵⁸⁾.
- **T-099/15:** Según la cual las mujeres transgénero no son destinatarias de la ley de servicio militar obligatorio (ley 48 de 1993) ⁽⁶⁴⁾.
- **C-006/16:** Abstención de servicio militar para mujeres transgénero ⁽⁶⁵⁾.

Aunque, en los últimos años en Colombia se ha avanzado en el área legislativa que defiende los derechos de las personas LGBTI, es amplio el camino que aún falta por recorrer para lograr la plenitud de los derechos de las mujeres transgénero, teniendo en cuenta que estos avances en materia de dignidad humana, igualdad y justicia han sido lentos y opacados por las fobias de algunos grupos e individuos intolerantes a la diferencia y opuestos radicalmente a que los demás seres humanos obtengan sus mismos derechos y se encaminen a desarrollar su vida con total normalidad, sin miedos ni discriminación que impidan el deseo individual a ser felices, según el sentir intrínseco de cada persona ⁽²⁹⁾.

3.5 Comportamientos de riesgo

Los comportamientos de riesgo para VIH han sido ampliamente revisados en diversos grupos humanos, encontrando en común aquellos asociados al uso del preservativo, múltiples parejas, el consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, padecer otra infección de transmisión sexual, uso de drogas inyectables compartiendo jeringas y agujas contaminadas y eventos accidentales como punciones en personal sanitario ⁽⁶⁶⁻⁷¹⁾. En la población trans se ha encontrado que las prácticas de riesgo más frecuente están

asociadas a estigma y discriminación, participación en la industria del sexo comercial, intercambio de agujas para hormonas o ilícitos, el uso de drogas y el sexo receptivo sin protección^(72,73). La comprensión de los factores que favorecen estos comportamientos de riesgo para la salud sexual requieren de un abordaje psicosocial⁽⁷⁴⁾, para que se puedan intervenir las principales causas de dichos hábitos, especialmente en las mujeres transgénero quienes por sus características tienen necesidades e inquietudes de salud sexual muy diferentes al del resto de la población⁽⁷⁵⁾.

A continuación, se describen algunos datos relevantes sobre dichos comportamientos en las mujeres transgénero:

3.5.1 Uso del preservativo

El uso adecuado de preservativos disminuye de manera significativa el riesgo de infección por VIH ya que este ha sido testeado en múltiples ocasiones demostrando que es una barrera impermeable a los patógenos de las ITS, incluido el VIH ^(76,77), incluso tiene utilidad demostrada en parejas serodiscordantes (un miembro de la pareja vive con VIH y el otro individuo es sano) ^(78,79), adicionalmente la identificación de su utilización se constituye como un predictor de prácticas sexuales seguras.

En el estudio realizado en el 2016 se encontró que en Bogotá las mujeres transgénero tienen una alta adherencia al uso del preservativo con sus parejas ocasionales al tener sexo anal, el 81,6% de las MT afirmó utilizarlo siempre, seguido de Cali 78,1% y Medellín 78%. Datos similares se encontraron al indagar sobre este mismo tópico, pero con parejas comerciales (Bogotá 80,8%, Medellín 75,5% y Cali 82,1%) ⁽³³⁾.

En el mismo estudio al indagar sobre el motivo de no uso del condón las entrevistadas lo asociaron al sexo con la pareja amorosa (Bogotá 57,3%, Medellín 61% y Cali 52,9%), mientras que el motivo de uso si fue muy variante en Bogotá y Medellín la mayoría lo hicieron pensando en el autocuidado (73,2% y 64,8% respectivamente), en Cali afirmaron hacerlo por costumbre⁽³³⁾.

Esta intermitencia al uso del preservativo ha sido reportada en diversos estudios⁽⁸⁰⁾ y podría atribuirse a que algunos clientes pueden negarse a pagar por el servicio sexual usando preservativo o recurren a infundir temor, violencia u ofrecer más dinero por hacerlo sin protección, incrementando el riesgo de infectarse o re infectarse por VIH, especialmente cuando el cliente es cisgénero⁽⁸¹⁾.

3.5.2 Trabajo sexual

Ser mujer transgénero puede ser bastante costoso, dado a que la mayoría de procedimientos de feminización no están incluidos dentro de los planes de beneficio del sistema de seguridad social en salud, esto de la mano con las limitadas posibilidades de empleo contribuyen a que las mujeres transgénero se desempeñen dentro del comercio



sexual ⁽⁸²⁾, con el fin de poder obtener dinero no solo para su subsistencia, sino para cubrir tratamientos hormonales o de reasignación de sexo.

Las personas transgénero que ejercen esta actividad son uno de los colectivos más marginalizados y vulnerables en el trabajo sexual, provocado por la fuerte estigmatización social generalizada en prácticamente todos los países y atribuida, de manera general, al prejuicio transfóbico ⁽⁸³⁾. Por lo cual estas mujeres sufren una doble estigmatización por su identidad de género y por su trabajo. Además las trabajadoras sexuales transgénero tienen tasas más altas de ITS y VIH, donde se ha encontrado a nivel mundial una prevalencia estimada del VIH del 27,3% ⁽⁸⁴⁾. En el estudio de seroprevalencia del 2016 se encontró que el 70% de las mujeres transgénero en el estudio habían recibido dinero por participar en actividades sexuales (Barranquilla 71,3%, Bogotá 83,6%, Cali 86,9%, Medellín 89,9%) ⁽³³⁾.

3.5.3 Consumo de sustancias psicoactivas y alcohol

Durante el año 2016 al indagar sobre el consumo de alcohol se encontró que la mayoría de las mujeres transgénero lo habían hecho durante los seis meses antes de la encuesta (Bogotá 85,3%, Medellín 83,6% y Cali 77,2%).

El uso de sustancias se ha asociado con una amplia gama de resultados negativos para la salud, incluida la infección por VIH y consecuencias sociales. Además, el uso de estas sustancias se ha asociado con comportamientos de riesgo sexual relacionados con el VIH ^(84,85), disminuir adherencia en el uso del preservativo al tener sexo anal receptivo y a aumentar el número de compañeros/as sexuales, igualmente se incrementan los niveles de abuso verbal, discriminación y estigma ⁽⁸⁵⁾.

3.6 Profilaxis Pre Exposición y Profilaxis Pos Exposición

En medio del proceso de implementar estrategias de prevención del VIH, en los últimos años en varios países se ha empezado a usar la Profilaxis Pre Exposición (PrEP). Lo ideal es que las personas puedan escoger los métodos que mejor se adecuen a las condiciones y circunstancias de vida, teniendo como principios orientadores la garantía de los derechos humanos, el respeto y la autonomía del individuo ⁽⁸⁶⁾.

La PrEP es el tratamiento diario con medicamentos antirretrovirales que reciben las personas seronegativas, pero expuestas a alto riesgo de adquirir la infección por ese virus, con el fin de reducir la posibilidad de infectarse. De esta manera si una persona está expuesta al VIH por medio de las relaciones sexuales o del uso de drogas inyectables, tener el medicamento PrEP en el torrente sanguíneo puede evitar que el VIH se adquiera y se propague por todo el cuerpo. Sin embargo, la PrEP debe tomarse a diario, para que el tratamiento sea efectivo, a su vez es importante mencionar que este tratamiento no es 100% efectivo, no protege contra otras ITS y tampoco está considerada como una cura para el VIH ⁽⁸⁷⁾.

Cuando las medidas de prevención del VIH han fallado y se produce una exposición accidental, se usa la Profilaxis Post Exposición (PEP) que ofrece la posibilidad de prevenir la infección si se actúa de manera oportuna. La PEP consiste en tomar medicamentos contra el VIH dentro de 72 horas después de una posible exposición al VIH para prevenir la infección por ese virus, esta debe usarse solamente en situaciones de emergencias y no debe ser usada de manera regular en personas que estén expuestas al virus, a su vez se ha demostrado que no tiene un 100% de eficacia y puede generar efectos secundarios ⁽⁸⁸⁾.

3.7 Importancia de estudios de vigilancia de segunda generación en mujeres transgénero

En Colombia a pesar de los esfuerzos gubernamentales que se han realizado para frenar la epidemia del VIH, esta ha ido en aumento; por ellos es preciso fortalecer el monitoreo y la vigilancia, es decir (a) obtener información que permita detectar oportunamente cambios en la tendencia y el comportamiento de la epidemia, y (b) planear, ejecutar, supervisar y controlar la respuesta social organizada, con el fin de garantizar que las necesidades resultantes de servicios de salud, como de protección social en general, sean satisfechas con calidad, eficiencia y equidad ⁽²⁸⁾.

La vigilancia epidemiológica del VIH consiste en la recolección sistemática y continua de datos acerca de un problema específico de salud; para su respectivo análisis e interpretación con el fin de orientar oportunamente el proceso de toma de decisiones sobre las medidas dirigidas a la prevención y el control de la enfermedad y a mejorar la calidad de la salud de la población ^(89,90).

Sin embargo, los sistemas de vigilancia de VIH convencionales se encargan únicamente de notificar los casos de personas infectadas con el virus y de la mortalidad, teniendo la debilidad que no miden los comportamientos de riesgo que sirven para dar la señal de alarma en cuanto a la diseminación del VIH, así como tampoco tienen en cuenta otras fuentes de información, haciendo que los recursos de la vigilancia a menudo se destinen a la población general, cuyo riesgo de infección es bajo, en comparación con las poblaciones vulnerables, a su vez con estos sistemas convencionales es difícil explicar los cambios en la magnitud de la infección por VIH ⁽⁹¹⁾.

Dado a esto se vio la necesidad mundial de desarrollar un sistema de vigilancia de segunda generación para el VIH-Sida, que se adaptara al modelo que asume la epidemia en cada país, con el fin de obtener un conocimiento más completo sobre esta enfermedad y comprender mejor su comportamiento. Por medio de estudios cuantitativos y cualitativos que generen información sobre los comportamientos y factores de vulnerabilidad que favorecen la transmisión de la infección, así como el uso de datos ya existentes, con el fin de concentrar los recursos en los elementos que puedan generar la información que pueda servir más para reducir el avance del VIH y proveer atención a las personas afectadas.



Estos estudios deben ser repetidos periódicamente con metodologías consistentes para permitir el desarrollo y monitoreo de tendencias. En este sentido, la vigilancia de segunda generación, en general, es un componente esencial del Sistema de Monitoreo y Evaluación. En esta clase de vigilancia se hace uso intensivo de los recursos, ya que las acciones se encuentran concentradas en un periodo de tiempo definido y la información se obtiene a partir de una muestra lo más representativa posible de la población vigilada, lo que permite hacer inferencias con un alto nivel de confianza estadística ⁽²⁸⁾.

A continuación se enlistan los principios de los sistemas de vigilancia de segunda generación ⁽⁸⁸⁾:

- Ser dinámicos para adaptarse a la epidemia
- Destinar los recursos de manera que generen la información más útil posible
- Comparar los datos biológicos con los de comportamientos para lograr el máximo potencial explicativo
- Integrar información de otras fuentes
- Utilizar el producto de los datos para aumentar y perfeccionar la respuesta nacional a la epidemia

3.8 Muestreo dirigido por entrevistados: Respondent Driven Sampling (RDS)

En los estudios de comportamientos sexuales y prevalencia llevados a cabo en el 2012 y 2016 se usó el muestreo por ubicación temporal (Time Local Sampling), un método mediante el cual la población se muestrea aleatoriamente dentro de un marco de lugares, sin embargo, se describe que este tipo de muestreo pueden resultar en sobremuestreo de mujeres transgénero que son trabajadoras sexuales o informar cualquier sexo transaccional o mujeres transgénero que buscan atención médica relacionada con una infección de transmisión sexual o VIH. De esta manera estos sesgos de muestreo podrían dar lugar a una sobreestimación de la prevalencia real del VIH en todas las mujeres transgénero del país. Además, este tipo de muestreo tampoco considera a los miembros de subpoblaciones “ocultas” que no asisten a lugares públicos de socialización y/o que no están directamente vinculados a las organizaciones comunitarias ^(22,92,93)

En determinadas situaciones existe la dificultad de calcular prevalencias en algunas personas con comportamientos que son difíciles de identificar debido a que pueden estar sancionados socialmente o ser ilegales. A este tipo de personas se les denomina poblaciones ocultas, las cuales tienen dos características principales: la primera es que no existe un marco conocido de muestreo, así que se desconoce el tamaño real de la población y su distribución, el segundo es que debido a las condiciones propias de los grupos a los que pertenecen que pueden estar sancionadas socialmente, ser estigmatizadas o ilegales, sus integrantes son recelosos en suministrar información debido al temor de ser

estigmatizados, procesados, identificados y rechazados ⁽⁹⁴⁾. Dentro de estas poblaciones se encuentran las mujeres transgénero, los HSH, los usuarios de drogas intravenosas, entre otros.

En este caso, los métodos convencionales de muestreo no son aplicables y deben ensayarse otro tipo de métodos, por lo cual en este estudio se usó el Respondent Driven Sampling (RDS), el cual es una técnica de muestreo utilizada para abordar estas poblaciones de difícil acceso, donde los propios participantes llevan a cabo la invitación (enrolamiento) de otros participantes, que permite obtener estimadores generalizables a la población de referencia de donde se ha extraído la muestra ⁽⁹⁵⁾.

El RDS comienza por el reclutamiento de un número limitado de semillas y se expande en progresivas “olas” de enrolamiento de pares. Las “semillas” son los primeros enroladores que son elegidos por el personal de investigación, de manera no aleatoria teniendo unas características definidas previamente. Las semillas enrolan solo la primera ola, los enroladores en ella toman la responsabilidad de traer nuevos participantes en una segunda ola y así sucesivamente ⁽⁹²⁾.

Todos los enrolados son personas con quienes el enrolador tenía previamente una relación, es decir, son parte de sus redes sociales ⁽⁹⁶⁾. Es importante resaltar que el método RDS no exige al entrevistado que identifique a sus pares ante el investigador, solo que los invite (enrole) para hacer parte del estudio.

Las semillas suelen ser miembros de la población objetivo de alta motivación y bien conectados que pueden iniciar el proceso de enrolamiento y reducir el sesgo acelerando el logro del equilibrio (la etapa en la que el sesgo introducido por la selección no aleatoria de semillas por miembros del personal desaparece cuando el número de olas es grande). Los estudios que utilizan RDS dependen de la estructura de la red social de las participantes para lograr el tamaño deseado de la muestra invitando a las participantes a reclutar a sus compañeros (por lo general, un máximo de tres pares está permitido). RDS utiliza las cuotas de enrolamiento para reducir el sesgo de selección y alargar las cadenas de referencia (al menos 6 - 8 olas de enrolamiento) con el fin de profundizar en la población objetivo y producir estimaciones generalizables ^(80, 81).

El proceso de enrolamientos se apoya en un sistema de cupones y compensación por participación y por la remisión de nuevos participantes. Números de identificación individuales permiten el monitoreo de las cadenas de enrolamiento. En cadenas largas con varias “oleadas” de enrolamiento, la composición de la muestra comienza a llegar a un punto de “equilibrio”. El supuesto es que la muestra final será independiente de las características de la primera ola de semillas de quien comenzó el enrolamiento ^(97,98).

Para el análisis estadístico de este muestreo ha sido diseñado el programa RDSAT, elaborado por Erik Volz de la Universidad de Cornell de los Estados Unidos y disponible en internet para libre descarga. Este software especializado ajusta el sesgo asociado a



patrones diferenciales de enrolamiento y al tamaño de la red social de los participantes y se producen estimados poblacionales ⁽⁹⁹⁾.

Si alcanzado el tamaño muestral algunas de las cadenas de enrolamiento son o muy grandes o pequeñas, mediante el análisis estadístico propio del modelo RDS es posible realizar un proceso denominado post-estratificación, que permite estandarizar el peso proporcional de cada una de las cadenas en el análisis final. Esta estratificación se sustenta en el modelo matemático de enrolamiento derivado de la teoría en cadena de Markov y de la teoría de sesgo en cadena, lo cual proporciona, además, las bases para calcular las estimaciones no sesgadas, así como el error estándar y los intervalos de confianza ⁽¹⁰⁰⁾.

El sesgo que pudiera presentarse durante el análisis de los datos se equilibra gracias a dos factores denominados *heterofilia* y *homofilia*. La homofilia: indica la tendencia de un individuo de reclutar a otro con la misma o distinta característica. El valor de homofilia varía entre -1 y 1. Siendo 1 una alta probabilidad de reclutar a otro con la misma característica. Homofilia de -1 (o heterofilia) significa que los individuos tienen más probabilidad de reclutar a alguien con una característica opuesta. Una homofilia cercana a 0 es lo deseado, significa que el reclutamiento se produjo al azar, con bajos sesgos de enrolamiento ⁽¹⁰¹⁾.

3.9 Estimación de tamaños poblacionales

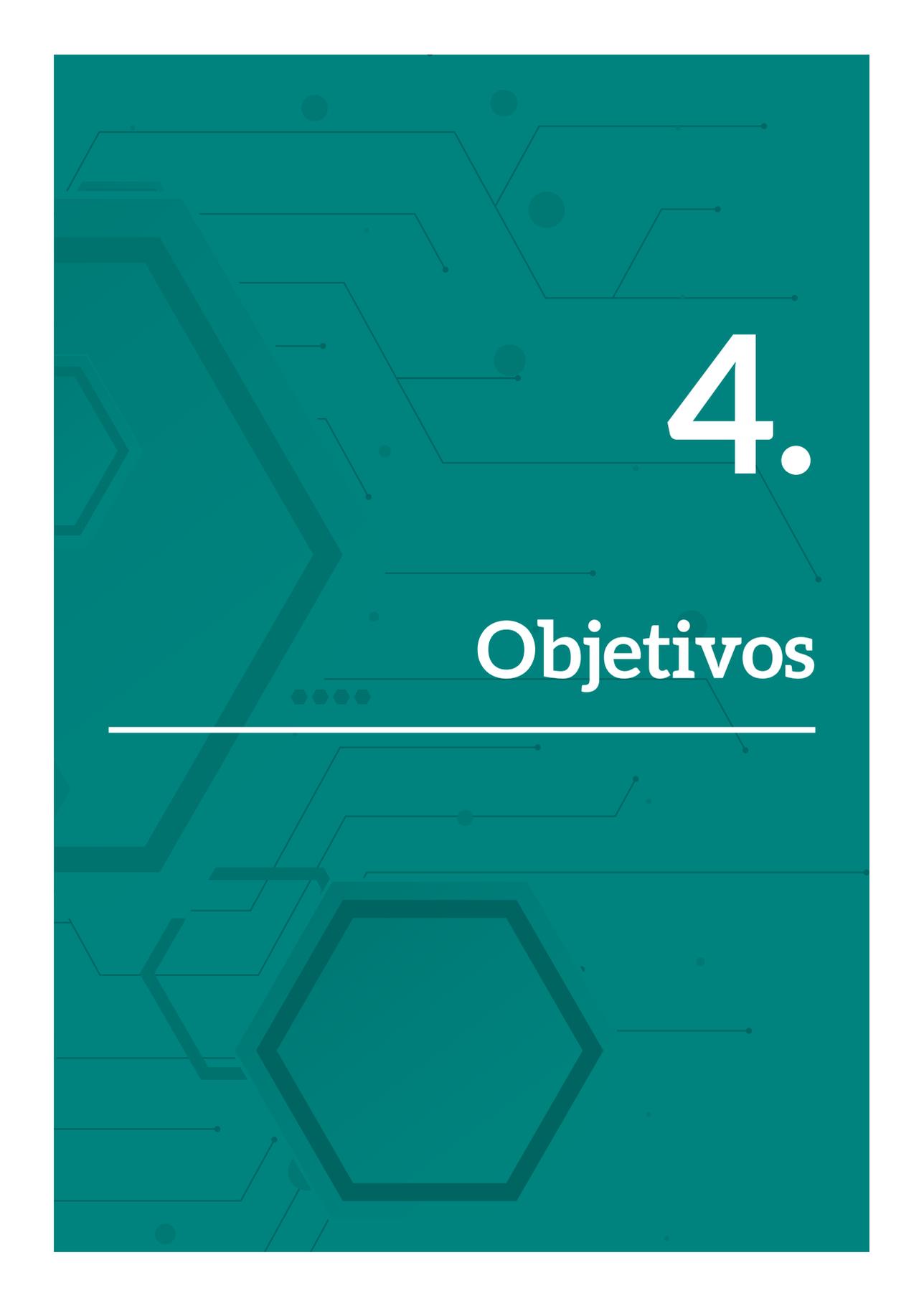
Como se mencionó anteriormente las poblaciones ocultas como son las de las mujeres transgénero no cuentan con una estimación real del tamaño de la población, afectando la capacidad de los gobiernos para llevar a cabo la planificación de las intervenciones y la asignación de recursos ⁽¹⁰²⁾.

De esta manera, es indispensable hacer una estimación del tamaño de estas poblaciones que puedan servir para alertar a los tomadores de decisiones y formuladores de políticas de salud pública acerca de la existencia y la magnitud de una subpoblación vulnerable frente al VIH, con el fin de generar a una respuesta sólida, donde se pueda proyectar la carga de la enfermedad, definir intervenciones de prevención, atención y tratamiento, y su respectivo monitoreo ⁽¹⁰³⁾. Existen diversas metodologías para estimar el tamaño de la población, dentro de las cuales se encuentra el censo y enumeración, encuesta de poblaciones, método multiplicador, captura y recaptura, método de nominación, entre otros. Por su parte el método de captura-recaptura es uno de los enfoques menos costoso y más fácil de aplicar para estimar el tamaño de poblaciones ocultas ⁽¹⁰⁴⁾.

Este método se utilizó en un principio en la biología para estimar el tamaño y la dinámica de población de animales en zonas cerradas. Sin embargo, en los últimos años se ha utilizado en los sistemas de vigilancia epidemiológica y en los registros de enfermedades para subestimar y estimar la prevalencia. Este método es aplicable y efectivo en el campo de la investigación conductual, incluidos los estudios de VIH /

ITS ⁽¹⁰⁴⁾. De acuerdo con las razones planteadas, en este estudio se utilizó el método de captura y recaptura con el fin de estimar la población de mujeres transgénero en las tres ciudades del estudio.





4.

Objetivos

4.

Objetivos

4.1 Objetivo general

Establecer la magnitud de la epidemia de VIH, los comportamientos sexuales asociados y estimar la población de mujeres transgénero de 18 años y más en tres ⁽³⁾ ciudades colombianas: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali en 2019.

4.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociales y demográficas, los niveles de conocimientos sobre VIH y los comportamientos sexuales y el acceso a intervenciones recientes de prevención de VIH en las mujeres transgénero, en las ciudades seleccionadas.
- Describir el acceso a los servicios de salud de las mujeres transgénero, de 18 años y más, en las ciudades objeto de estudio.
- Estimar la prevalencia de VIH en mujeres transgénero en las ciudades seleccionadas.
- Identificar y analizar los comportamientos de las mujeres transgénero en relación con las ITS y VIH/SIDA, desde el enfoque de derechos en salud sexual y reproductiva y de género.
- Describir conductas de estigma y discriminación percibidas y las mujeres transgénero de las ciudades de estudio.
- Estimar el tamaño poblacional de los grupos de mujeres transgénero de las ciudades seleccionadas.
- Formular recomendaciones orientadas a suministrar información útil para el diseño de políticas y programas de salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS, VIH y Sida, dirigidos a mujeres transgénero.



5.

Metodología

5.

Metodología

5.1 Tipo de estudio y muestreo

Se realizó un estudio de seroprevalencia (corte o transversal), en mujeres transgénero de 18 años en adelante, en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali. Empleando un muestreo respondent driving sampling por sus siglas en inglés (RDS), por considerarse una de las técnicas de recolección de muestra más acertada en poblaciones ocultas, que permite obtener estimadores menos sesgados que se puedan generalizar a la población general en estas poblaciones ^(105,106,97).

La recolección de la información se llevó a cabo mediante la aplicación de una encuesta serológica anónima-ligada. La seroprevalencia de la infección por VIH se determinó aplicando el algoritmo definido en el país.

5.2 Población y muestra

La población de estudio fue mujeres transgénero (es decir, una persona de sexo masculino al nacer, con identidad de género femenino), independiente de los procedimientos que se hayan realizado para el tránsito de género. Donde se incluyen categorías como: mujer, mujer trans, persona trans, travesti, transformista, transgénero o transexual.

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estimar prevalencias en estudios que usan RDS. Se tomaron las prevalencias de VIH encontradas en cada una de las ciudades del estudio en 2016⁽³³⁾. Los parámetros considerados y el cálculo del tamaño de muestra se muestran a continuación. Se asumió un efecto de diseño de 2,5.

La fórmula aplicada fue la siguiente:

$$n = D \left[\frac{N Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{d^2(N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)} \right]$$

D = Efecto de diseño.

N = Tamaño de la población.

$Z_{\alpha/2}$ = Valor de Z, correspondiente
al nivel de significación deseado.

P = Prevalencia esperada de VIH en MT
para cada ciudad.

d = Error de estimación.

En Bogotá se alcanzó el tamaño muestral programado, lo que permitió calcular la prevalencia de VIH con una precisión del 4%; para la ciudad de Cali se estimó un tamaño muestral de 296, y se obtuvo 203 MT, lo que permitió calcular la prevalencia de VIH con una precisión de 4,9% para esta ciudad. Para el caso de Medellín se proyectó una muestra de 256 y se logró encuestar a 217, permitiendo calcular la prevalencia de VIH con una precisión del 4,4%.

5.3 Fases para el desarrollo del estudio

El estudio se desarrolló en dos fases: exploratoria y de expansión:

5.3.1 Fase 1. Componente exploratorio

Con el propósito de realizar un acercamiento e identificar barreras al estudio y posibles alternativas de solución a los contextos de las poblaciones, así como establecer alianzas interinstitucionales, se llevó a cabo una fase exploratoria donde se definieron los procesos logísticos y técnicos para la recolección de información.

Se buscó identificar características de la red social: subgrupos, conectividad, red personal, la aceptabilidad del estudio, interés, posibles razones para no participar, así como definir aspectos de logística, como el sitio para la recolección de información (sede), horarios, diseño de cupones y el perfil del personal que atenderían a la población.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores de diferentes instituciones y a actores clave, con el fin de poder identificar las semillas que participaron en el estudio, las cuales debían ser mujeres transgénero que cumplieran los criterios de inclusión y que desearan apoyar el estudio. A su vez las semillas se debían caracterizar por su carisma, liderazgo, visibilidad, reconocimiento y credibilidad entre sus pares, ser líderes natos y tener capacidad para invitar y convencer las mujeres de su red social de participar en el estudio y que pertenecieran a una red social amplia. Una vez seleccionadas las semillas, se les realizaba un evento de bienvenida donde se les explicaba más a fondo su rol en el estudio.

En esta primera fase se aplicó además la técnica de captura, para la estimación de la población ⁽¹⁰⁷⁾. En el capítulo de estimación de la población de mujeres transgénero que se desarrolla más adelante se explica más en detalle el proceso de esta técnica.

Para finalizar en esta fase exploratoria, se actualizó la ruta de atención en salud para las personas que fueron diagnosticadas en el estudio, con base en la ruta establecida



en cada una de las ciudades y las características de cada territorio. Lográndose una articulación con los diferentes actores del sistema dada las particularidades de la forma como se realizaba el diagnóstico en el estudio.

5.3.2 Fase 2. Expansión- Componente cuantitativo

Durante esta fase se aplicó la encuesta y todos los formatos definidos para el proceso de recolección de información. Como se mencionó, las poblaciones ocultas tienen dos características básicas: primero, carecen de un marco muestral, por lo que su tamaño y sus márgenes reales son desconocidos; y segundo, las personas que pertenecen a ellas tienen un especial recelo a ofrecer información a los investigadores ya que normalmente siguen comportamientos estigmatizados, mal vistos o ilegalizados, por lo tanto, su localización puede ser difícil.

Esta limitación se resolvió con el diseño muestral del RDS, que al aplicar un sistema de cupones que limita la posibilidad a cada informante de seleccionar, no más de tres futuros informantes, con el fin de anular los sesgos provocados por la presencia de reclutadores o por una voluntad de colaboración de algunas personas que provoque una sobrerrepresentación de las redes de un individuo concreto. A continuación, se describen los procedimientos generales que se usaron para la aplicación del RDS:

1. Identificación de las redes sociales entre la población de estudio.
2. Invitación de interesados en cada ciudad a participar en la investigación y que cumplieran con las características necesarias de “semilla”.
3. Evento de bienvenida y motivación a las personas que actuaron como “semillas”. En el cual se realizó presentación formal de los objetivos del estudio, de la metodología a implementar y las funciones como “semilla” del estudio.
4. Concertación de citas para la recolección de la muestra con algunas semillas.
5. Aplicación de encuesta, asesoría pre prueba, recolección de muestra sanguínea y compensación primaria. Para este estudio se entregó un bono redimible por cuarenta mil pesos, COP\$40.000 (US\$12), redimible en almacenes de cadena de la ciudad.
6. Instrucciones al encuestado sobre la forma de invitar (reclutar) a tres posibles participantes al estudio, y de esta manera seguir con las olas de reclutamiento. Además de seguir una guía de reclutamiento, a la semilla y/o posterior participante (reclutador) le fueron entregados tres cupones (Figura 1), que se codificaban para identificar de qué persona provenía.
7. Entrega de la compensación secundaria por el tiempo invertido en la invitación de pares que participaron efectivamente en el estudio, por valor de treinta mil pesos, COP\$30.000 (US\$9) por tres participantes referidos que cumplieran con todo el proceso.
8. Esta secuencia de selección de la muestra se continuó hasta completar el tamaño de muestra calculado.

Supervisor (a):

Cédula:

Encuestador (A):

Cédula:

Teléfonos:

Fecha de la encuesta:

Dirección de residencia:

Barrio:

Contacto:

Teléfonos de contacto:

Correo electrónico:

Horario de atención:

**Esta es una invitación especial.
¡Aprovecha este cupón!**

Con este cupón tienes derecho a participar en:

- Una encuesta de comportamiento
- Recolección de muestra para el diagnóstico de VIH
- Además, recibirás un incentivo por tu participación.

Tu participación es anónima y confidencial.
Puedes mejorar tu salud y la de tu comunidad.

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

Participante **Invitado** **Supervisor**

Dirección: **Barrio:**

Teléfonos de contacto:

Contacto:

Correo electrónico:

Cupón válido desde: **Hasta:**

Horario de atención:

Código:

Código:

Código:

NOS QUEREMOS, RESPETAMOS Y CUIDAMOS.

UNIVERSIDADES **MDP** **FONADE**

Figura 1. Cupón de invitación (reclutamiento) para el estudio de seroprevalencia de VIH en MT, Colombia-2019

La recolección de información se realizó en lugares adaptados para tal fin, en las tres ciudades del estudio las sedes fueron casas arrendadas, en las cuales se adecuaron y amoblaron los espacios, asegurando la privacidad y confidencialidad de cada una de las participantes. El trabajo de campo comenzó en el mes de mayo y terminó en agosto de 2019.

Adicionalmente, durante la fase de expansión se realizó el proceso de recaptura del método de estimación del tamaño poblacional, este proceso se realizó durante la encuesta a través de preguntas que indagan sobre la recepción del objeto único entregado durante la captura.

5.4 Criterios de Elegibilidad

A continuación, se describen los criterios de inclusión que se usaron para definir la participación de las participantes.

5.4.1 Criterios de inclusión:

Antes de realizar la encuesta, se realizaron unas preguntas específicas que permitieron establecer que la participante cumplía con los siguientes criterios de inclusión (Ver Anexo 1Anexo 1):

- Asignación de sexo masculino al nacer
- Que se identifique con el género femenino
- Ser mayor de edad (18 años y más).
- Presentar un documento válido para verificar su edad.
- Vivir en:
 - Bogotá
 - Medellín: Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, La Estrella, o Sabaneta.
 - Cali: Jamundi, Yumbo, Candelaria o Palmira.
- Presentar un cupón de invitación, que le haya entregado una persona conocida.

5.5 Técnica de recolección de la información

La recolección de la información se realizó con una encuesta estructurada que fue originalmente elaborada en el año 2012 con base en otras encuestas previamente aplicadas en algunos países latinoamericanos, en la encuesta sugerida por Family Health International y en las encuestas aplicadas en Colombia en los años 2008 y 2010.

Esta encuesta fue ajustada para los estudios de los años 2012 y 2016, según resultados de cada una de las pruebas piloto de los mismos años. A su vez, para el estudio realizado en el 2019, de nuevo fue ajustada con base en la prueba piloto y en la revisión que se dio que permitió validar la pertinencia y viabilidad de algunas preguntas (Anexo 2). Se utilizó Google Drive como la plataforma donde estaba dispuesta la encuesta para recolectar la información de manera online, la cual permitió tener la base de datos en tiempo real. Previo a la aplicación de la encuesta siempre se aplicaba el consentimiento informado (Anexo 3) del estudio y se aclaraban las inquietudes o dudas que tuvieran las participantes

La aplicación de esta encuesta permitió conocer las características sociales y demográficas, los niveles de conocimientos sobre VIH, y los comportamientos sexuales, el acceso a intervenciones recientes de prevención de VIH y el acceso a los servicios de salud en las mujeres transgénero. Así mismo, permitió estimar los indicadores globales de progreso ante la respuesta al Sida, Global AIDS Monitoring 2019 de ONUSIDA (GAM por sus siglas en inglés), aplicables a la población de HSH. Estos indicadores son básicos para el seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida de 2001, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que rige la respuesta mundial al Sida Anexo 2)

5.6 Técnica de recolección de la muestra de sangre y diagnóstico del VIH

Finalizado el diligenciamiento de la encuesta, los encuestadores realizaban la asesoría pre prueba de VIH y obtenían el consentimiento informado para la toma de la muestra de sangre (Anexo 3), las muestras de sangre fueron procesadas siguiendo las pautas internacionales y el algoritmo diagnóstico definido en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en personas mayores de 13 años del Ministerio de Salud y Protección Social (Figura 2).

Por medio de la firma de la participante. Posteriormente con una punción capilar realizada por una auxiliar de enfermería certificada para tal fin, se realizaba una primera prueba presuntiva (prueba rápida), si el resultado de la primera prueba era no reactivo se interpretó como “diagnóstico negativo para VIH” y se terminaba el proceso, se entregaban los resultados en el marco de la respectiva asesoría post-prueba. Si el resultado era reactivo se tomaba una segunda prueba diferente a la presuntiva en papel de filtro, las cuales fueron enviadas para ser procesadas en el laboratorio clínico especializado en Bogotá: si el resultado de la segunda prueba era reactivo se interpretaba como “diagnóstico positivo para VIH”, y se proseguía a comunicarse con la participante para que se acercara a la sede, con el fin de realizarle la asesoría pos prueba y remisión al programa de atención integral en VIH, según correspondiera

Para el seguimiento de los casos se utilizaron medios de comunicación necesarios (llamadas telefónicas y envío de mensajes de texto) para informarle a la participante que el resultado de la prueba se encontraba disponible en la sede.



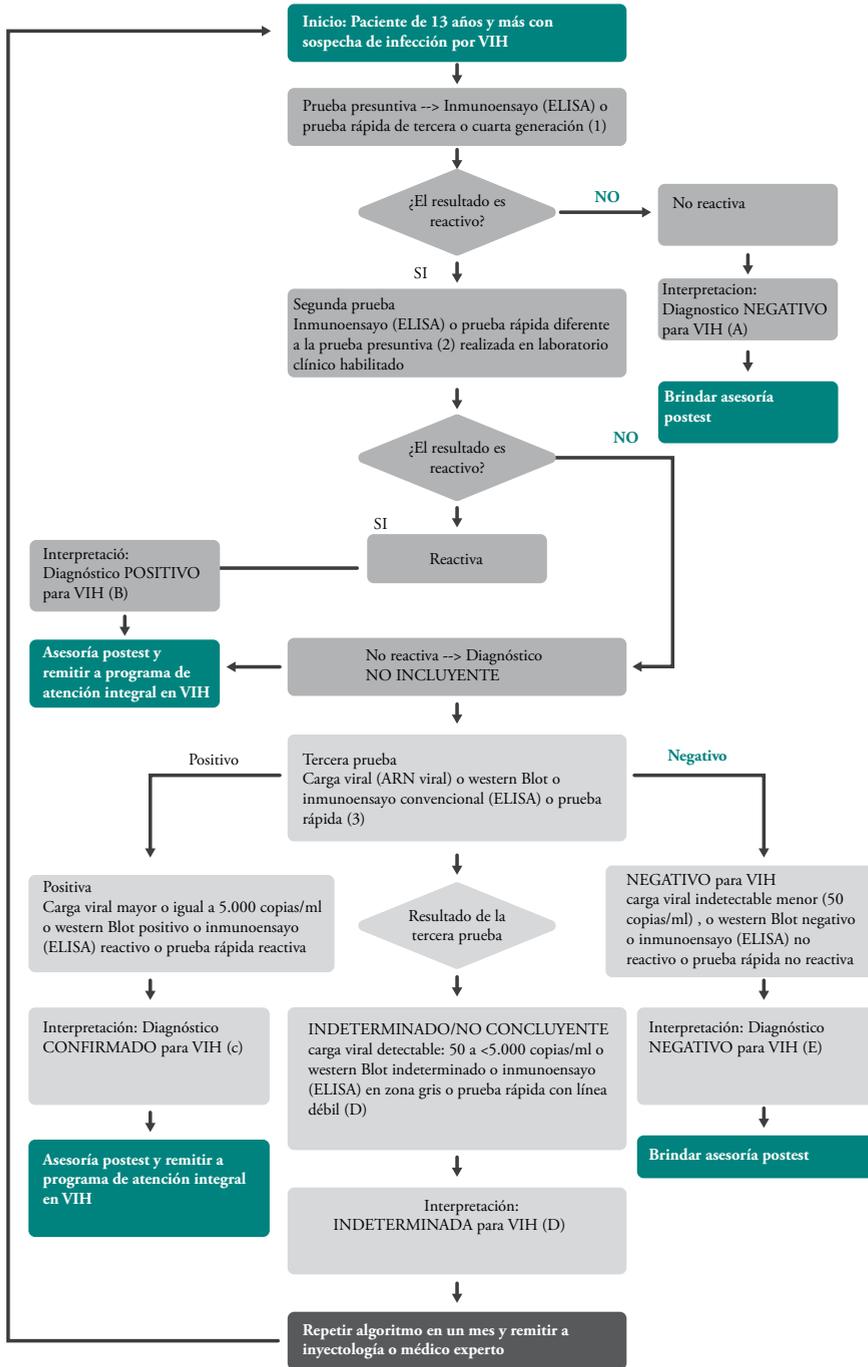


Figura 2. Algoritmo de pruebas para la detección de la infección por VIH – Ministerio de Salud y Protección Social.

5.7 Definición de variables

La variable dependiente fue: diagnóstico de la infección por VIH: variable cualitativa nominal cuyas categorías fueron: positivo y negativo.

Las variables independientes fueron cada una de las preguntas que conformaron la encuesta de comportamientos y prácticas sexuales, estas variables son de tipo cualitativo (nominal y ordinal) y cuantitativo: discreta y continua (de razón) (Ver Anexo 2):

- Características sociales y demográficas
- Salud y acceso a servicios
- Transformaciones del cuerpo
- Historia sexual y reproductiva
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Parejas sexuales no comerciales
- Ejercicio del trabajo sexual
- Condón y lubricantes
- Conocimientos sobre VIH/Sida
- Exposición a intervenciones y la prueba de VIH
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Redes sociales
- Estigma y discriminación
- Resultados prueba de VIH

5.8 Procesamiento y Análisis de los datos

Teniendo en cuenta que la encuesta estaba disponible online, se realizó un procesamiento automatizado de los datos, donde una vez los datos eran tabulados, quedaban disponibles en bases de datos, para su correspondiente análisis de datos y generación de resultados por medio de tablas o gráficos.

En primer lugar, se realizó un análisis que describe las características sociales, demográficas, acceso a los servicios de salud, niveles de conocimiento sobre VIH, comportamientos sexuales, acceso a intervenciones recientes de prevención de VIH y la prevalencia de VIH. Estas estimaciones poblacionales se hicieron por cada una de las variables en cada una de las tres ciudades, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% y el número de casos de la muestra (N). Este análisis se realizó en el software Respondent Driven Sampling Análisis Tool (RDSAT versión 7.1), especialmente diseñado para desarrollar análisis a partir de muestras logradas mediante muestreos RDS. Los datos reportados son estimaciones poblacionales (no de la muestra reclutada) y están ponderados con base a los patrones de reclutamiento y el tamaño



de la red social de las participantes. Este dato es usado por el programa para ajustar las variables de acuerdo a la probabilidad de selección de los sujetos, así, aquellos que declararon redes más amplias se ponderan con un menor valor que aquellos con redes más pequeñas, porque estos últimos tienen menos probabilidades de ser reclutados ⁽¹⁰⁸⁾.

Un análisis secundario incluyó otros paquetes como SPSS versión 21 y EPI-INFO 7.2, con todos estos programas se realizó el análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida. Uno de estos análisis fue comparativo donde se identificaron factores asociados con la infección por VIH mediante la construcción de tablas de contingencia entre cada una de las variables de las diferentes secciones del cuestionario y los diagnósticos de VIH, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% y X². Finalizando con un modelo de regresión logística múltiple para identificar las variables que mejor explicaban la presencia de infección por VIH en la población.

5.9 Aspectos éticos

En el desarrollo de este proceso investigativo se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos por parte de los investigadores, el cual fue aprobado por el comité institucional de ética de humanos de la Universidad CES, el cual es reconocido a nivel nacional. Se solicitó el consentimiento (Anexo 3) en forma escrita por parte de la población para la realización de la entrevista y toma de muestra de sangre, según Resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación en seres vivos de acuerdo al artículo 14 de esta misma resolución se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgo a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Además, según la misma resolución, esta investigación se clasifica como una investigación con riesgo mínimo, es un estudio que emplea el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: encuesta, exámenes diagnósticos, entre los que se consideran: la extracción de sangre por punción venosa.

5.10 Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad

En el estudio se lograron reclutar un total de 668 MT en las tres ciudades de la investigación. La tabla 1 que se presenta a continuación describe el tamaño de la muestra estimada, el número de semillas por ciudad, el total de participantes incluyendo semillas y la muestra final sin semillas, para cada ciudad. Todas las participantes cumplieron con los criterios de inclusión, que fueron verificados mediante el formato diseñado para tal fin y utilizado antes de aplicar la encuesta.

Tabla 1. Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad. MT, Colombia-2019

| Característica | Medellín | Bogotá | Cali |
|--|----------|--------|------|
| Muestra estimada | 256 | 248 | 296 |
| Semillas | 9 | 3 | 8 |
| Total de participantes incluyendo Semillas | 226 | 251 | 211 |
| Muestra obtenida sin Semillas | 217 | 248 | 203 |

Como se observa en la tabla 1, únicamente Bogotá alcanzó la muestra estimada. A pesar de que se hizo un gran esfuerzo para alcanzar la muestra en Cali y Medellín, aumentando el tiempo de recolección de 15 a 18 semanas y realizando diferentes estrategias para que las MT participaran en el estudio, hubo múltiples inconvenientes que impidieron alcanzar la muestra estimada. Por lo anterior, al finalizar la recolección de la información, se realizaron entrevistas y grupos focales a mujeres transgénero de las tres ciudades, con el fin de conocer desde su perspectiva situaciones que pudieron haber dificultado completar el tamaño de la muestra. En Medellín y Cali las mujeres expresaron que las principales razones pudieron ser:

- La saturación de estudios sobre VIH y las múltiples actividades que se realizaban a la par sobre el tema, refiriendo que solo son tenidas en cuenta para temas de VIH.
- El incremento de MT modelos web cam, para las cuales el incentivo podía ser insuficiente
- El miedo a practicarse la prueba de VIH, la falta de lideresas, organizaciones y redes que incentivarán la participación
- Subgrupos de mujeres transgénero difíciles de acceder, generalmente de mayor estrato socioeconómico
- Relaciones débiles, fragmentadas y de “rivalidad” entre las MT

El análisis más detallado de esta información lo podrán encontrar en el capítulo de lecciones aprendidas.

5.11 Características de las redes sociales por ciudad

A continuación, la Tabla 2 detalla el número de semillas y el número de olas de reclutados que produjo cada semilla en las tres ciudades. En las tres ciudades se comenzó el trabajo de campo con tres (3) semillas, sin embargo, únicamente en Bogotá se alcanzó la muestra estimada con este número de semillas, dado al comportamiento de Medellín y Cali se sembraron nueve (9) y ocho (8) semillas respectivamente. Sólo en la ciudad de Cali se presentó el caso de dos semillas, que solo produjeron tres participantes y únicamente una ola (Anexo 4).



Tabla 2. Número de semillas y olas en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019

| Ciudad | Participantes | Olas |
|-----------------|---------------|------|
| Bogotá | | |
| Semilla 1 | 80 | 9 |
| Semilla 2 | 43 | 7 |
| Semilla 3 | 125 | 8 |
| Medellín | | |
| Semilla 1 | 96 | 8 |
| Semilla 2 | 8 | 3 |
| Semilla 3 | 8 | 4 |
| Semilla 4 | 8 | 2 |
| Semilla 5 | 12 | 5 |
| Semilla 6 | 33 | 10 |
| Semilla 7 | 14 | 3 |
| Semilla 8 | 20 | 5 |
| Semilla 9 | 18 | 6 |
| Cali | | |
| Semilla 1 | 25 | 7 |
| Semilla 2 | 13 | 4 |
| Semilla 3 | 120 | 13 |
| Semilla 4 | 3 | 1 |
| Semilla 5 | 4 | 2 |
| Semilla 6 | 10 | 5 |
| Semilla 7 | 3 | 1 |
| Semilla 8 | 25 | 6 |



6.

Resultados

6.

Resultados

6.1 Análisis descriptivo

Para iniciar se presentan los resultados del análisis descriptivo de las variables, donde se usaron estimadores poblacionales por medio del software RDSAT. De manera general se analizan las estimaciones poblacionales de cada una de las variables por ciudad, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% y el número de casos de la muestra (N). En las tres ciudades del estudio participaron un total de 668 mujeres transgénero, distribuidas así: Bogotá 248, Medellín 217 y Cali 203.

6.1.1 Características sociales y demográficas

En el siguiente capítulo se describen las características sociales y demográficas de las participantes en cada una de las tres ciudades del estudio. La edad promedio de las participantes en años cumplidos fue de 31 años en Medellín, 38 en Bogotá y 41 en Cali. El promedio de ingreso mensual fue similar en las tres ciudades: estando Bogotá con el ingreso más bajo con \$836.060 pesos colombianos (COP) (USD 250), seguido de Medellín con \$923.166 (USD 268) y Cali \$1.086.472 (USD 315). A continuación, se describen algunos aspectos relevantes por cada ciudad:

6.1.1.1 Bogotá

Como se observa en la tabla 3, las participantes se encontraban entre los 25 y 34 años con una proporción del 36,8%, el grupo de 45 años con un 28%, seguido por el grupo de las de 18 a 24 años con un 21,9% y logrando el equilibrio en la ola cuatro ver figura 3. De las 248 mujeres, 163 vienen de otros municipios, en donde la principal causa de traslado a la ciudad de Bogotá fue para mejorar la calidad de vida en un 29,9%, seguido por la dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia con un 25,8% y por amenaza o riesgo para su vida, su integridad física, ocasionada por la violencia 19,2%.

El 45,1% pertenece al estrato 3, seguido del estrato 2 con un 26,4%, logrando el equilibrio de esta variable en la ola cinco figura 4. Frente al nivel educativo el 70,9% curso secundaria, seguido de primaria 14,5%, universitario 7,3% y el nivel técnico 5,7%, llama la atención que el 0,5% haya terminado el nivel de posgrado, y logrando el equilibrio de la variable en la ola cinco figura 5. En cuanto al estado civil, el 73,8% reportó estar soltera, 19,9% indicó estar en unión libre y únicamente el 0,3% estar casada. Al momento de indagar con quien vive, el 59,5% de las MT manifestó vivir sola, el 44,6% con otro familiar y/o no familiar y el 33,6% con el compañero (a) permanente. En esta misma línea, el 80,6% de las MT tiene personas que dependen económicamente. El 6,2% se identifica como negra, mulata, afrocolombiana o afrodescendiente y el 6,4% se identificó dentro de la categoría de indígena, room, Raizal de San Andrés o palenquero San Basilio.

Al momento de indagar acerca de los últimos siete días contados hasta el día de la encuesta, la mayor proporción de MT se dedicó a trabajar como independiente 47,9%, seguido del 13,2% como empleada, únicamente el 0,6% indico que no trabajaba, pero tenía trabajo y el 3% que estudia. Respecto a los ingresos mensuales, un 59,9% reportó tener ingresos entre \$15.000 y \$825.000 pesos colombianos (COP) (Aprox. USD 4,35 a 239) y únicamente un 9,8% reportó ingresos de más de 1.644.160 COP (más de USD 476) con relación a los ingresos se logró el punto de equilibrio en la ola tres figura 6. La principal fuente de ingresos para las MT fue la prostitución con un 26,3%, seguida de la peluquería, estilista, estética o belleza con un 23,8%, independiente un 17%, únicamente un 1,5% mencionó que su fuente de ingresos son los shows y espectáculos y el 10,2% expresaron no tener ninguna fuente de ingresos.

Tabla 3. Características sociales y demográficas en MT Bogotá, Colombia 2019

| Características | Bogotá DC | | | |
|--|-----------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Edad | | | | |
| 18 a 24 años | 34 | 21,9 (15,5 - 33,7) | 0,146 | 0,162 |
| 25 a 34 años | 86 | 36,8 (32,5 - 46) | 0,178 | 0,379 |
| 35 a 44 años | 55 | 13,3 (11,1 - 20) | 0,193 | 0,205 |
| 45 años en adelante | 73 | 28 (17,1 - 33,7) | 0,222 | 0,254 |
| Principal causa por la que Usted se trasladó al municipio en el que vive actualmente | | | | |
| Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia | 49 | 25,8 (21,7 - 40) | 0,07 | 0,343 |
| Amenaza o riesgo para su vida, su integridad física, ocasionadas por la violencia | 21 | 19,2 (3,7 - 17,7) | -0,022 | 0,118 |
| Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por un motivo diferente a la violencia | 6 | 4,4 (1,7 - 7,9) | -1 | 0,044 |
| Necesidades educativas | 5 | 2,2 (0,6 - 10) | 0,319 | 0,045 |
| Razones familiares | 15 | 4,9 (1 - 13,) | 0,299 | 0,058 |
| Mejorar la calidad de vida | 55 | 29,9 (13,5 - 44,1) | 0,089 | 0,312 |

Continúa



| Características | Bogotá DC | | | |
|--|-----------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Otro | 12 | 13,6 (5,3 - 28,6) | -0,334 | 0,08 |
| Estrato | | | | |
| Estrato 0 | 8 | 10,5 (7,5 - 18,4) | 0,069 | 0,036 |
| Estrato 1 | 44 | 15 (9,8 - 17,9) | 0,074 | 0,176 |
| Estrato 2 | 90 | 26,4 (18,6 - 37,7) | 0,216 | 0,35 |
| Estrato 3 | 101 | 45,1 (39,5 - 55,7) | 0,045 | 0,416 |
| Estrato 4 | 3 | 2,8 (2 - 11,) | -1 | 0,014 |
| NS/NR | 2 | 0,2 (0 - 0,5) | -0,994 | 0,009 |
| Nivel educativo | | | | |
| Ninguno | 1 | 0,2 (0 - 0,5) | -0,994 | 0,006 |
| Primaria | 44 | 14,5 (7,8 - 20,2) | 0,239 | 0,183 |
| Secundaria | 162 | 70,9 (58,8 - 79,8) | -0,005 | 0,653 |
| Técnico | 25 | 5,7 (3,9 - 10,) | 0,031 | 0,098 |
| Tecnológico | 3 | 0,9 (0,3 - 1,1) | 0,135 | 0,014 |
| Universitario | 10 | 7,3 (0,1 - 17) | 0,23 | 0,035 |
| Postgrado | 3 | 0,5 (0 - 0,8) | -0,999 | 0,011 |
| Estado Civil | | | | |
| Soltera | 197 | 73,8 (66,2 - 88,2) | 0,243 | 0,786 |
| Casada | 1 | 0,3 (0 - 1,5) | -0,999 | 0,006 |
| Unión libre | 44 | 19,9 (12,9 - 31,6) | 0,051 | 0,18 |
| Separada/Divorciada | 4 | 4,1 (0,4 - 8,6) | -1 | 0,018 |
| Viuda | 2 | 1,9 (0,5 - 4,5) | 0,184 | 0,01 |
| Con quien vive la participante | | | | |
| Sola | 146 | 59,5 (48,5 - 63,5) | -0,008 | 0,589 |
| Otros familiares y/o no familiares | 48 | 44,6 (29,5 - 79,6) | 0,305 | 0,481 |
| Hijos | 7 | 9,7 (0 - 22,) | 0,447 | 0,098 |
| Esposo | 1 | 0,2 (0,1 - 0,3) | -0,999 | 0,027 |
| Compañero(a) permanente | 34 | 33,6 (17 - 54,7) | -0,189 | 0,268 |
| Alguien depende económicamente de usted | | | | |
| Sí | 84 | 19,4 (13,3 - 26) | 0,341 | 0,326 |
| No | 164 | 80,6 (75,4 - 85,1) | -0,077 | 0,674 |
| Etnia | | | | |
| Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente | 20 | 6,2 (3,4 - 10,) | -1 | 0,081 |
| Otro (Indígena, Room, Raizal del San Andrés, Palenquero San Basilio) | 17 | 6,4 (2 - 12,) | -1 | 0,066 |
| Ninguna de las anteriores | 211 | 87,3 (82,2 - 91,4) | -0,041 | 0,854 |
| Ingresos mensuales | | | | |
| Sin ingresos | 26 | 14,3 (9,4 - 25,1) | -0,667 | 0,104 |
| Entre 15.000 a 828.000 | 136 | 59,9 (58,1 - 66) | -0,011 | 0,555 |
| Entre 828.000 a 1.644.160 | 55 | 16 (8,7 - 22,7) | 0,174 | 0,216 |

Continúa

| Características | Bogotá DC | | | |
|---|-----------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Mas de 1.644.160 | 31 | 9,8 (3,8 - 13,) | 0,076 | 0,125 |
| En los últimos 7 días, contados hasta hoy ¿usted se dedicó | | | | |
| Trabajar Como empleada | 28 | 13,2 (6,8 - 19) | 0,013 | 0,11 |
| Trabajar independiente | 146 | 47,9 (44,7 - 60,6) | 0,245 | 0,597 |
| No trabajar pero tenía trabajo | 5 | 0,6 (0,1 - 1) | -0,999 | 0,022 |
| Buscar trabajo | 26 | 9,9 (3,4 - 10) | 0,005 | 0,098 |
| No trabajo ni buscar trabajo | 10 | 8,1 (2,5 - 14,) | -1 | 0,043 |
| Estudiar | 3 | 3 (1,9 - 7,4) | -1 | 0,015 |
| Estudiar y trabajar | 6 | 1,1 (0,4 - 2,2) | 0,08 | 0,019 |
| Actividades del hogar | 7 | 9,2 (2 - 22,) | -1 | 0,029 |
| Está incapacitado para trabajar | 3 | 0,6 (0 - 1,1) | -1 | 0,011 |
| Otro | 14 | 6,4 (2,3 - 10,) | 0,029 | 0,055 |
| Principal fuente de ingresos | | | | |
| Peluquería, estilista, estética o belleza | 56 | 23,8 (12,8 - 26,4) | 0,195 | 0,233 |
| Modista, diseñadora, costurera | 2 | 0,3 (0 - 0,6) | -1 | 0,009 |
| Empleada | 20 | 7,3 (5 - 11,) | -0,432 | 0,077 |
| Shows, espectáculos | 2 | 1,5 (0 - 2,8) | -1 | 0,008 |
| Prostitución | 74 | 26,3 (13,9 - 41,2) | 0,272 | 0,309 |
| Independiente | 44 | 17 (6,8 - 24,5) | 0,071 | 0,164 |
| Sin ingresos | 20 | 10,2 (6,2 - 14,2) | -0,457 | 0,084 |
| Otro | 30 | 13,5 (5,9 - 20,3) | -0,647 | 0,117 |

*Proporciones estimadas por RDSAT

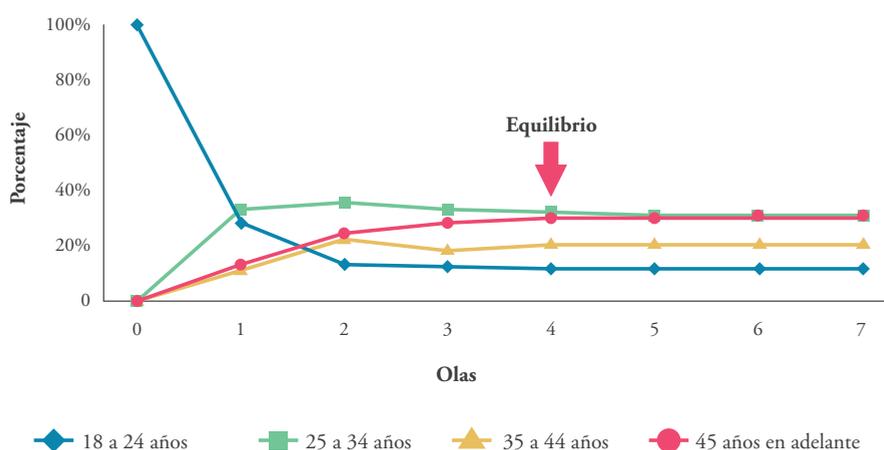


Figura 3. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de la edad, Bogotá 2019

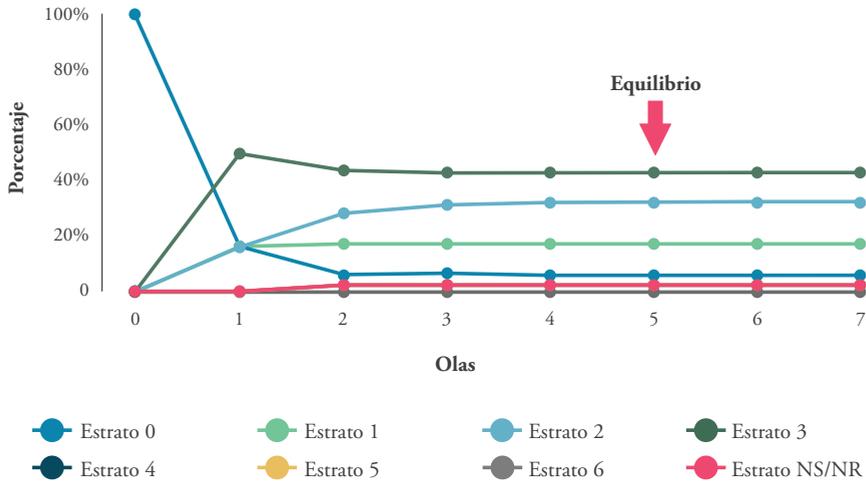


Figura 4. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de estrato socioeconómico, Bogotá 2019

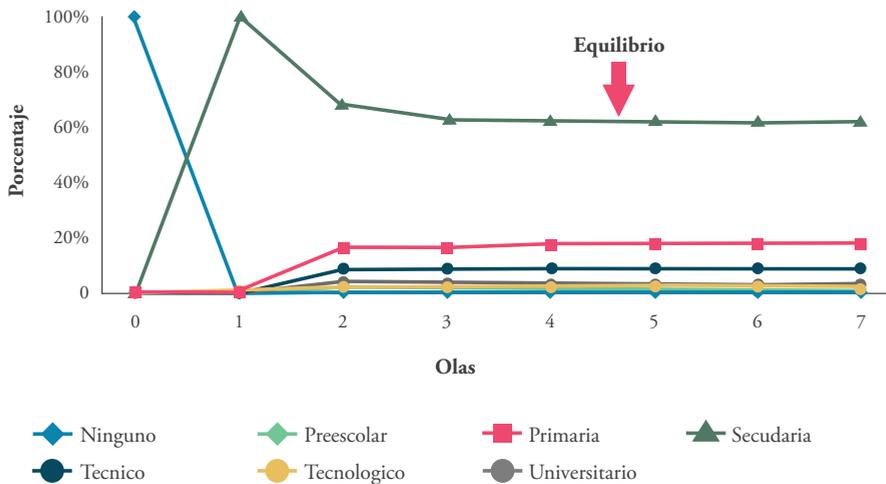


Figura 5. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del nivel educativo, Bogotá 2019

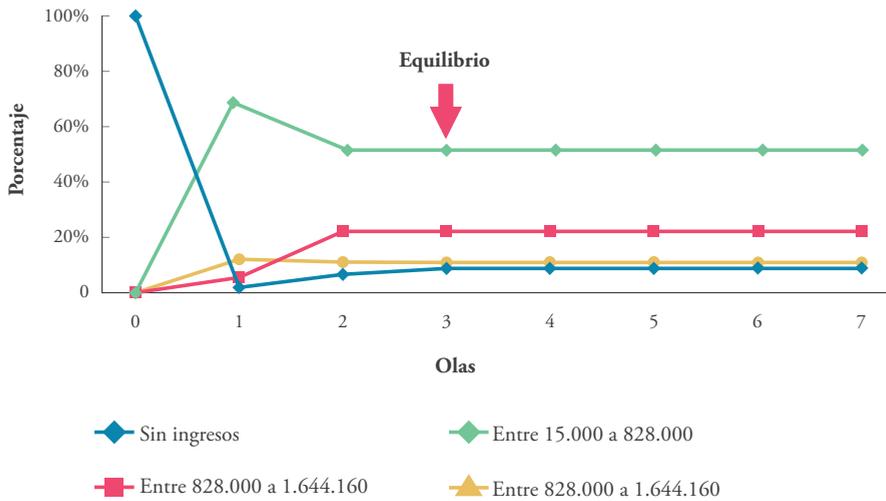


Figura 6. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de los ingresos, Bogotá 2019

6.1.1.2 Medellín

En la tabla 4, se identifica que la mayor proporción de las MT se encuentra en el rango entre 25 y 34 años con un 43,2%, seguida del grupo que estaba entre los 18 y 24 años con un 38,9% y en menor proporción estaba los grupos etarios con 45 años en adelante con un 11,7%, es importante mencionar que el equilibrio de la edad se logró en la ola de reclutamiento cuatro Figura 7. De las 217 mujeres, 75 indicaron que vienen de otros municipios, la principal causa de traslado fue mejorar la calidad de vida con un 41%, seguido de razones familiares 22,4% y por la dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia 15,5%.

Con relación al estrato socio económico el 43,6% pertenece al estrato 2, siendo Medellín la ciudad donde se encuentra la mayor proporción de MT en este estrato comparado con las otras dos ciudades, seguido del estrato 1 con un 24,8% y el estrato 3 con 15,7%, únicamente el 1,2% reportaron pertenecer al estrato 5, el equilibrio se logró en la ola de reclutamiento 4 figura 8. El nivel educativo más alto culminado fue la secundaria con un 74.7%, seguido de la primaria con 12,7%, el técnico con 7,8% y únicamente el 1,1% culminó el nivel universitario 1,1%, siendo esta última proporción la más baja entre las tres ciudades, en cuanto al equilibrio de las olas de reclutamiento para el nivel educativo se logró en la ola tres figura 9.

En cuanto al estado civil, el 88,5% indicó estar soltera, el 10,3% estar en unión libre, siendo estas proporciones la más alta y la más baja respectivamente, entre las tres ciudades. Medellín es la ciudad con mayor proporción de MT que indican viven con otros familiares y/o no familiares con un 76,7%, seguido por las que indicaron vivían solas con un 35,4% y únicamente el 8,8% indicó vivir con el compañero (a)

permanente, siendo esta última la proporción más baja entre las tres ciudades. El 68,6% indica no tener a alguien que depende económicamente. Frente a la etnia, al igual que las otras dos ciudades, la mayor proporción indicó no identificarse con ninguna etnia 86,8%, seguido del 8,8% que se auto identifica como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente y el 4,4% que se autoidentifica como indígena, Room, Raizal de San Andrés o Palenquero San Basilio.

Respecto a los ingresos mensuales, el 16,6% no reportó ingresos, siendo este el porcentaje más alto entre las tres ciudades del estudio, un 47,5% indicó que sus ingresos están entre \$15.000 a \$825.000 pesos colombianos (COP) (Aprox.USD 4,35 a 240), un 20% que esta entre 828.000 a 1.644.160 pesos colombianos (COP) (Aprox.USD 240 a 1.644.160) y 16% que gana más de 1.644.160 COP (más de USD 476), logrando el equilibrio en la ola cinco figura 10. La principal actividad que realizaron las MT en los últimos 7 días contados hasta el día de la entrevista, fue el trabajo como independiente en un 56%, seguido de empleada 14,4% y a estudiar en un 7,2%, siendo esta última proporción la más alta entre las tres ciudades. Se destaca que de todas las ciudades del estudio, Medellín es la ciudad con una mayor proporción de MT que se dedican a la prostitución 41,2% como principal fuente de ingreso, seguida de la peluquería, estilista, estética o belleza con un 19,8%.

Tabla 4. Características sociales y demográficas en MT Medellín, Colombia 2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | |
|--|-----------------------------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Edad | | | | |
| 18 a 24 años | 71 | 38,9 (31,1 - 58,2) | 0,255 | 0,390 |
| 25 a 34 años | 89 | 43,2 (35,6 - 54) | 0,098 | 0,414 |
| 35 a 44 años | 27 | 6,1 (5,6 - 11) | 0,068 | 0,101 |
| 45 años en adelante | 30 | 11,7 (5,4 - 16,5) | 0,188 | 0,096 |
| Principal causa por la que Usted se trasladó al municipio en el que vive actualmente | | | | |
| Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia | 8 | 15,5 (4,4 - 15,1) | -1,000 | 0,136 |
| Amenaza o riesgo para su vida, su integridad física, ocasionadas por la violencia | 5 | 2,2 (0,3 - 2,5) | 0,318 | 0,051 |
| Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por un motivo diferente a la violencia | 4 | 2,9 (0 - 7,6) | -1,000 | 0,056 |
| Necesidades educativas | 5 | 3,9 (0 - 7,5) | -1,000 | 0,056 |
| Motivos de salud | 4 | 1,5 (0 - 6,1) | 0,239 | 0,041 |
| Razones familiares | 13 | 22,4 (7,6 - 34,3) | 0,033 | 0,188 |
| Mejorar la calidad de vida | 33 | 41 (30,5 - 64,4) | -0,139 | 0,377 |
| Otro | 7 | 10,6 (2,2 - 26,1) | 0,021 | 0,095 |
| Estrato | | | | |
| Estrato 0 | 5 | 1,9 (0 - 3,9) | -1,000 | 0,023 |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | |
|--|-----------------------------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Estrato 1 | 51 | 24,8 (17,4 - 30,4) | 0,143 | 0,236 |
| Estrato 2 | 83 | 43,6 (29,9 - 52,5) | -0,020 | 0,386 |
| Estrato 3 | 56 | 15,7 (11,1 - 21,5) | 0,152 | 0,261 |
| Estrato 4 | 14 | 4,9 (2,6 - 8,7) | 0,080 | 0,061 |
| Estrato 5 | 2 | 1,2 (0 - 2,3) | -0,999 | 0,009 |
| NS/NR | 6 | 7,9 (2,4 - 11,) | -1,000 | 0,025 |
| Nivel educativo | | | | |
| Ninguno | 5 | 1 (0,4 - 1,4) | -0,999 | 0,022 |
| Primaria | 29 | 12,7 (5,9 - 23,3) | 0,057 | 0,133 |
| Secundaria | 153 | 74,7 (64,9 - 80,9) | -0,028 | 0,709 |
| Técnico | 18 | 7,8 (3,9 - 10,) | 0,106 | 0,080 |
| Tecnológico | 7 | 2,3 (1 - 4,7) | -1,000 | 0,034 |
| Universitario | 4 | 1,1 (0 - 4,6) | -1,000 | 0,017 |
| Postgrado | 1 | 0,5 (0 - 1,3) | -0,998 | 0,005 |
| Estado Civil | | | | |
| Soltera | 185 | 88,5 (86,5 - 95,6) | -0,026 | 0,855 |
| Casada | 6 | 1,3 (0,3 - 2,3) | 0,114 | 0,025 |
| Unión libre | 26 | 10,3 (7,9 - 12,6) | 0,045 | 0,120 |
| Con quien vive la participante | | | | |
| Sola | 76 | 35,9 (26 - 41,7) | 0,077 | 0,350 |
| Otros familiares y/o no familiares | 91 | 76,7 (53,7 - 83,9) | 0,074 | 0,703 |
| Hijos | 4 | 3 (1,6 - 9,7) | 0,175 | 0,040 |
| Esposo | 7 | 3,1 (0,7 - 4,1) | -1,000 | 0,050 |
| Compañero(a) permanente | 19 | 8,8 (3,9 - 18,) | 0,135 | 0,103 |
| Alguien depende económicamente de usted | | | | |
| Si | 69 | 31,4 (22,4 - 39,9) | 0,014 | 0,318 |
| No | 148 | 68,6 (62 - 74,1) | -0,002 | 0,682 |
| Etnia | | | | |
| Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente | 20 | 8,8 (2,3 - 12,) | 0,026 | 0,091 |
| Otro (Indígena, Room, Raizal del San Andrés, Palenquero San Basilio) | 6 | 4,4 (2,6 - 10,) | -1,000 | 0,026 |
| Ninguna de las anteriores | 191 | 86,8 (86,7 - 93,5) | 0,144 | 0,883 |
| Ingresos mensuales | | | | |
| Sin ingresos | 32 | 16,6 (12 - 22,9) | 0,154 | 0,147 |
| Entre 15.000 a 828.000 | 104 | 47,5 (40,3 - 56,1) | 0,128 | 0,465 |
| Entre 828.000 a 1.644.160 | 49 | 20 (8,9 - 26,7) | 0,082 | 0,223 |
| Más de 1.644.160 | 32 | 16 (11,5 - 21,5) | 0,427 | 0,165 |
| En los últimos 7 días, contados hasta hoy ¿usted se dedicó | | | | |
| Trabajar Como empleada | 34 | 14,4 (10,6 - 20,6) | 0,156 | 0,160 |
| Trabajar independiente | 120 | 56 (43,8 - 63,9) | 0,087 | 0,562 |

Continúa



| Características | Área metropolitana Medellín | | | |
|---|-----------------------------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| No trabajar pero tenía trabajo | 3 | 0,7 (0 - 1,4) | -0,999 | 0,014 |
| Buscar trabajo | 10 | 5,9 (2,1 - 8,3) | 0,034 | 0,045 |
| No trabajo ni buscar trabajo | 7 | 6,7 (0,5 - 12,) | -1,000 | 0,030 |
| Estudiar | 11 | 7,2 (1,3 - 13,) | 0,171 | 0,041 |
| Estudiar y trabajar | 10 | 2,7 (1,2 - 5,6) | 0,033 | 0,045 |
| Actividades del hogar | 18 | 5,7 (2,4 - 10,) | 0,058 | 0,081 |
| Está incapacitado para trabajar | 3 | 0,5 (0,2 - 1) | -1,000 | 0,017 |
| Otro | 1 | 0,2 (0 - 1,3) | -0,999 | 0,004 |
| Principal fuente de ingresos | | | | |
| Peluquería, estilista, estética o belleza | 35 | 19,8 (8,7 - 25,1) | 0,048 | 0,158 |
| Modista, diseñadora, costurera | 4 | 1,9 (0,3 - 4,2) | -0,999 | 0,016 |
| Empleada | 11 | 4,6 (1,5 - 8,3) | 0,057 | 0,051 |
| Shows, espectáculos | 18 | 6,8 (1,8 - 13) | 0,530 | 0,074 |
| Prostitución | 84 | 41,2 (31,6 - 56,9) | 0,244 | 0,420 |
| Independiente | 18 | 4,4 (2,3 - 5,6) | 0,053 | 0,074 |
| Sin ingresos | 31 | 16,1 (11,3 - 24,4) | 0,158 | 0,139 |
| Otro | 16 | 5,1 (1,9 - 6,2) | 0,030 | 0,069 |

*Proporciones estimadas por RDSAT

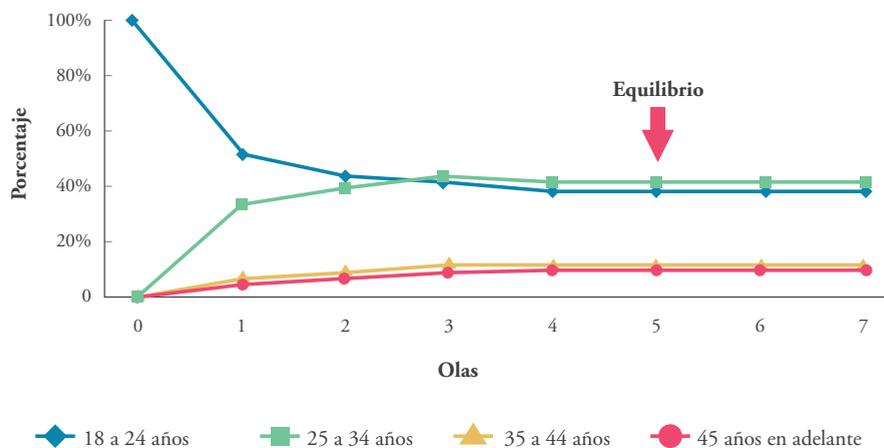


Figura 7. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de la edad, Medellín 2019.

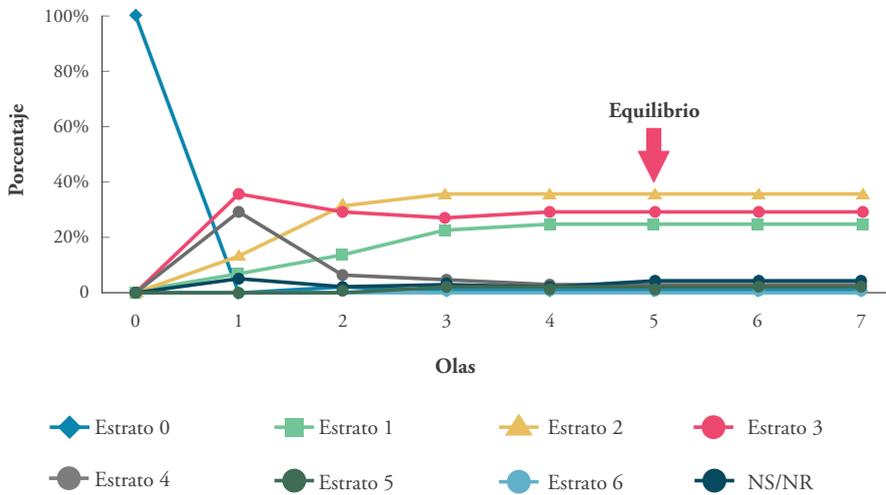


Figura 8. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del estrato. Medellín 2019.

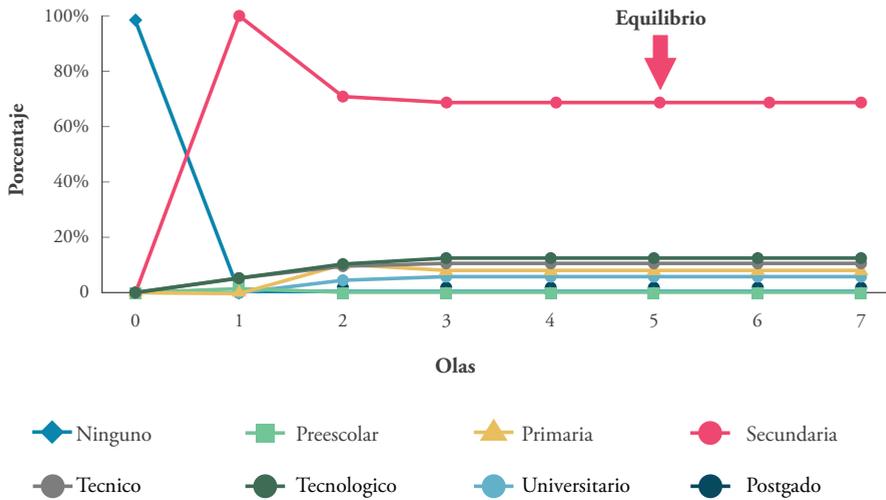


Figura 9. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del nivel educativo. Medellín 2019.

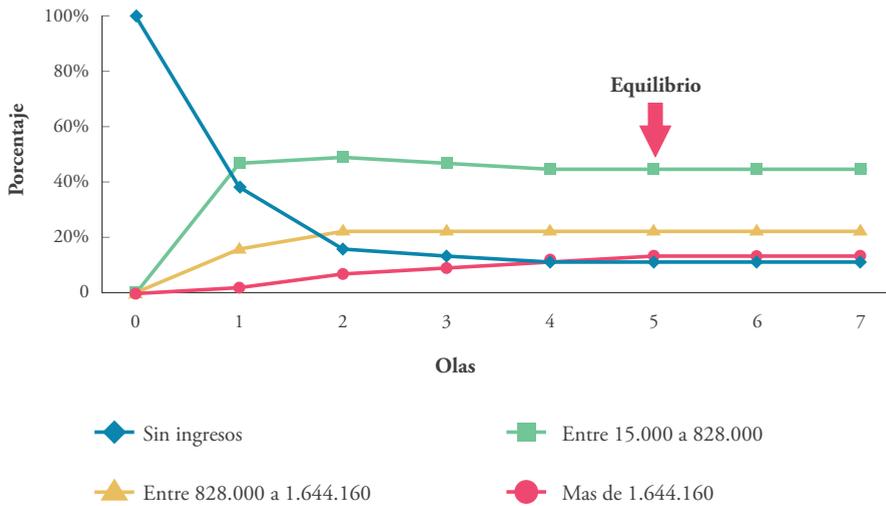


Figura 10. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de los ingresos. Medellín 2019.

6.1.1.3 Cali

La mayor proporción de participantes en esta ciudad estuvo en el rango de edad entre los 18 y 24 años con un 51,9%, a diferencia de las otras dos ciudades en donde la mayor proporción estuvo entre los 25 y 34 años, por su parte en Cali a este rango pertenece la segunda proporción de MT con un 34,4%, en la ola de reclutamiento seis se logra el equilibrio de la edad figura 11. De las 203 MT, 83 reportaron que venían de otros municipios, reportando que la principal causa por la cual se habían trasladado a Cali fue la dificultad de encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia con un 32,2%, seguido de mejorar la calidad de vida en un 24,5% y por razones familiares 20,9%.

Frente al estrato socioeconómico, en Cali al igual que en la ciudad de Medellín la mayor proporción pertenecen al estrato 2, 38,8%, seguido por el estrato 3 con un 27,7% y el 1 con un 19,4%, logrando el equilibrio en la ola 3 figura 12. En cuanto al nivel educativo más alto culminado, el principal fue la secundaria en un 67,6%, seguido de la primaria con un 14,5%, del nivel tecnológico con un 11% y en último lugar se encuentra el universitario con un 0,6% y logrando el equilibrio en la ola tres figura 13.

Al igual que las otras dos ciudades la mayor proporción reportó estar soltera al momento de recolección de los datos 76,4%, seguido de la unión libre 20,3%. Respecto a las personas con las que vivían en el momento que se aplicó la encuesta, en Cali refirieron en un 61,3% vivir con otro familiar y/o no familiar, 26% vive sola y el 17,1% lo hace con el compañero (a) permanente. EL 52,2% indica tener alguien que depende económicamente de ella.

En los últimos siete días contados hasta el día de la encuesta, la mayor proporción de mujeres en Cali, al igual que las otras dos ciudades se dedicó a trabajar como independiente 43,8%, se destaca que es la única ciudad donde un 1% indicó que no trabaja por estar pensionada, jubilada o ser rentista. Respecto a los ingresos mensuales, el 8,2% no reportó ingresos siendo la proporción más baja entre las tres ciudades, un 53,4% indicó tener ingresos entre \$15.000 y \$825.000 pesos colombianos (COP) (Aprox.USD 4,35 a 239), seguido de 25,6% que indicaron tener ingresos entre 828.000 y 1.644.160 (Aprox. USD 239 a 476) y únicamente 12,8% expreso tener ingresos de más de 1.644.160 COP (más de USD 476) logrando el equilibrio en la ola tres figura 14. las MT que participaron indicaron que su principal fuente de ingresos era otra, donde 62 participantes manifestaron trabajar como modelos webcam, ventas informales, oficios varios, entre otras, seguido de la peluquería, estilística, estética o belleza con un 18,2% y la prostitución con 13,3%, a su vez es la ciudad donde los shows y espectáculos representan la mayor proporción 12,1% como fuente principal de ingresos tabla 5.

Tabla 5. Características sociales y demográficas en MT Cali, Colombia 2019.

| Características | Área metropolitana Cali | | | |
|--|-------------------------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Edad | | | | |
| 18 a 24 años | 78 | 51,9 (44,7 - 59) | 0,330 | 0,523 |
| 25 a 34 años | 71 | 34,6 (26,2 - 39,9) | 0,123 | 0,341 |
| 35 a 44 años | 20 | 6,9 (3 - 12,) | 0,148 | 0,055 |
| 45 años en adelante | 34 | 6,6 (4,1 - 17,) | 0,431 | 0,081 |
| Principal causa por la que Usted se trasladó al municipio en el que vive actualmente | | | | |
| Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia | 26 | 32,2 (15,9 - 47,1) | 0,206 | 0,356 |
| Amenaza o riesgo para su vida, su integridad física, ocasionadas por la violencia | 4 | 2,8 (0 - 4,2) | 0,100 | 0,028 |
| Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por un motivo diferente a la violencia | 1 | 1,6 (0 - 9,4) | 0,111 | 0,014 |
| Necesidades educativas | 1 | 0,2 (0 - 3,7) | 0,123 | 0,014 |
| Motivos de salud | 2 | 8,2 (2,9 - 18,) | 0,047 | 0,055 |
| Razones familiares | 18 | 20,9 (10,8 - 29,7) | -0,317 | 0,170 |
| Mejorar la calidad de vida | 25 | 24,5 (13,9 - 40,7) | 0,007 | 0,284 |
| Otro | 6 | 9,6 (4,4 - 41,) | -1,000 | 0,080 |
| Estrato | | | | |
| Estrato 0 | 2 | 0,7 (0 - 1,9) | -0,999 | 0,012 |
| Estrato 1 | 35 | 19,9 (14,5 - 24,4) | 0,028 | 0,180 |
| Estrato 2 | 75 | 38,8 (34,5 - 48,3) | -0,030 | 0,378 |
| Estrato 3 | 61 | 27,7 (21 - 36,1) | 0,085 | 0,298 |
| Estrato 4 | 10 | 4,1 (1,6 - 6,5) | 0,166 | 0,046 |
| Estrato 5 | 14 | 6,5 (2,7 - 7,7) | -1,000 | 0,057 |

Continúa

| Características | Área metropolitana Cali | | | |
|--|-------------------------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Estrato 6 | 1 | 0,5 (0 - 1,6) | -0,999 | 0,005 |
| NS/NR | 5 | 1,7 (0,4 - 2,9) | -1,000 | 0,023 |
| Nivel educativo | | | | |
| Ninguno | 1 | 0,6 (0 - 1,2) | -0,998 | 0,005 |
| Primaria | 24 | 14,5 (9,8 - 18,6) | -0,013 | 0,121 |
| Secundaria | 145 | 67,6 (61,9 - 76,1) | 0,114 | 0,712 |
| Técnico | 18 | 11 (6,2 - 16,4) | 0,053 | 0,089 |
| Tecnológico | 3 | 0,6 (0,2 - 2,3) | -1,000 | 0,016 |
| Universitario | 12 | 5,6 (2 - 10,) | 0,185 | 0,058 |
| Estado Civil | | | | |
| Soltera | 156 | 76,4 (69 - 83,9) | 0,086 | 0,773 |
| Casada | 4 | 1,3 (0,3 - 2,5) | -1,000 | 0,019 |
| Unión libre | 40 | 20,3 (15,2 - 23,6) | -0,015 | 0,193 |
| Separada/Divorciada | - | - | - | - |
| Viuda | 3 | 2 (0,4 - 4,5) | -1,000 | 0,016 |
| Con quien vive la participante | | | | |
| Sola | 57 | 26,5 (20,4 - 38,2) | -0,057 | 0,281 |
| Otros familiares y/o no familiares | 79 | 61,3 (46,7 - 80,4) | 0,465 | 0,611 |
| Hijos | 1 | 0 | 0,000 | 0,000 |
| No | 145 | 100 | 0,000 | 1,000 |
| Esposo | 4 | 3,5 (0 - 5,2) | 0,223 | 0,040 |
| No | 142 | 96,5 (93,3 - 99,6) | 0,120 | 0,960 |
| Compañero(a) permanente | 27 | 17,1 (6,9 - 21,6) | 0,056 | 0,176 |
| Alguien depende económicamente de usted | | | | |
| Si | 107 | 52,9 (41,3 - 60,9) | 0,011 | 0,526 |
| No | 96 | 47,1 (45 - 56,3) | 0,022 | 0,474 |
| Etnia | | | | |
| Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente | 63 | 30,4 (26,2 - 33,9) | 0,022 | 0,311 |
| Otro (Indígena, Room, Raizal del San Andrés, Palenquero San Basilio) | 12 | 8 (4,6 - 13,) | -0,108 | 0,059 |
| Ninguna de las anteriores | 128 | 61,6 (53,2 - 66,8) | 0,022 | 0,630 |
| Ingresos mensuales | | | | |
| Sin ingresos | 16 | 8,2 (3,7 - 10,) | -0,129 | 0,079 |
| Entre 15.000 a 828.000 | 102 | 53,4 (47,9 - 60,2) | -0,016 | 0,509 |
| Entre 828.000 a 1.644.160 | 54 | 25,6 (18,8 - 29,3) | 0,132 | 0,268 |
| Más de 1.644.160 | 31 | 12,8 (7,3 - 18) | 0,168 | 0,144 |
| En los últimos 7 días, contados hasta hoy ¿usted se dedicó | | | | |
| Trabajar Como empleada | 65 | 33,6 (29,9 - 43,4) | 0,196 | 0,327 |
| Trabajar independiente | 92 | 43,8 (35,8 - 45,2) | 0,203 | 0,416 |
| No trabajar pero tenía trabajo | 1 | 0,2 (0 - 1,1) | 0,089 | 0,007 |

Continúa

| Características | Área metropolitana Cali | | | |
|---|-------------------------|--------------------|-----------|------------|
| | n | % (IC 95%) | Homofilia | Equilibrio |
| Buscar trabajo | 10 | 3,2 (1,9 - 5,2) | -1,000 | 0,048 |
| No trabajo ni buscar trabajo | 1 | 0,3 (0 - 0,9) | -0,998 | 0,007 |
| Estudiar | 6 | 4,3 (3,4 - 8,1) | -1,000 | 0,034 |
| Estudiar y trabajar | 8 | 5,7 (1,8 - 5,8) | 0,364 | 0,064 |
| No trabajar porque es pensionado, jubilado o rentista | 1 | 1 (0 - 2,4) | 0,082 | 0,008 |
| Actividades del hogar | 10 | 5 (2,7 - 6,2) | 0,029 | 0,046 |
| Está incapacitado para trabajar | - | - | - | - |
| Otro | 9 | 2,7 (0,5 - 3,9) | 0,119 | 0,042 |
| Principal fuente de ingresos | | | | |
| Peluquería, estilista, estética o belleza | 42 | 18,2 (11,1 - 23,9) | 0,287 | 0,182 |
| Empleada | 11 | 6,1 (2,6 - 8) | -1,000 | 0,062 |
| Shows, espectáculos | 21 | 12,1 (6,9 - 14,9) | 0,025 | 0,115 |
| Prostitución | 30 | 13,3 (8 - 19,7) | 0,254 | 0,132 |
| Striptease | 1 | 1,1 (0 - 2) | 0,101 | 0,009 |
| Independiente | 19 | 9,2 (4,5 - 15,) | 0,073 | 0,093 |
| Sin ingresos | 9 | 4,6 (1,5 - 8,8) | 0,083 | 0,039 |
| Otro | 70 | 35,5 (32,3 - 45,1) | 0,201 | 0,367 |

*Proporciones estimadas por RDSAT

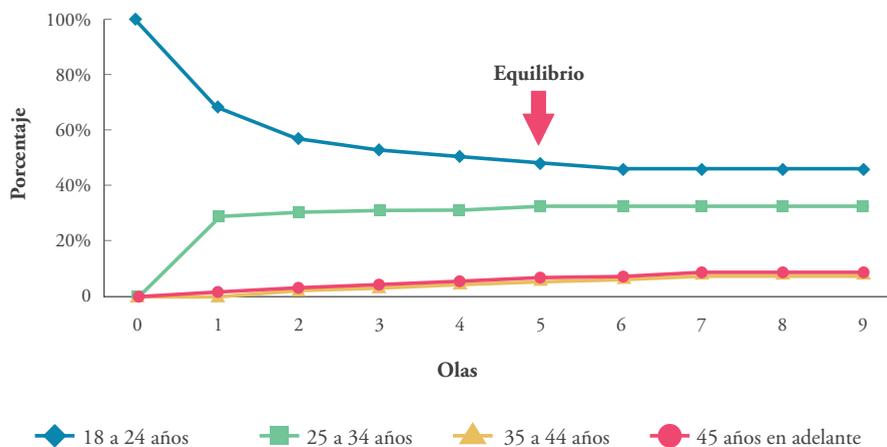


Figura 11. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de la edad, Cali 2019.

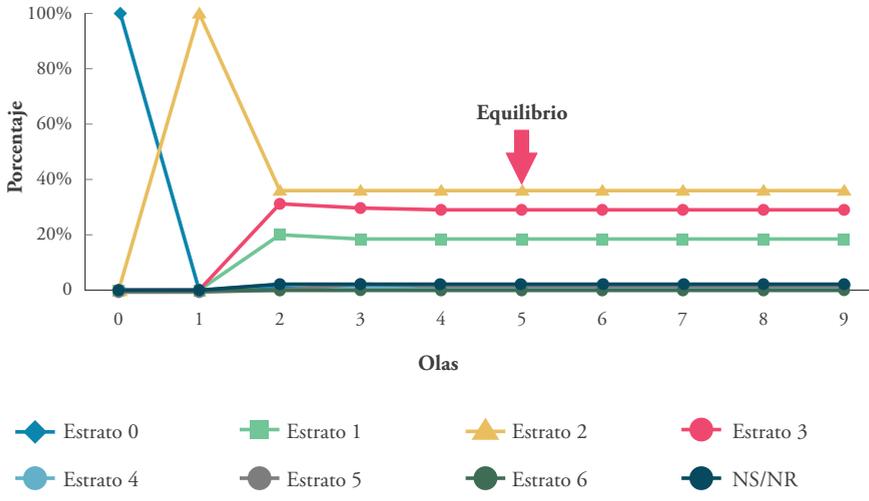


Figura 12. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del estrato. Cali 2019.

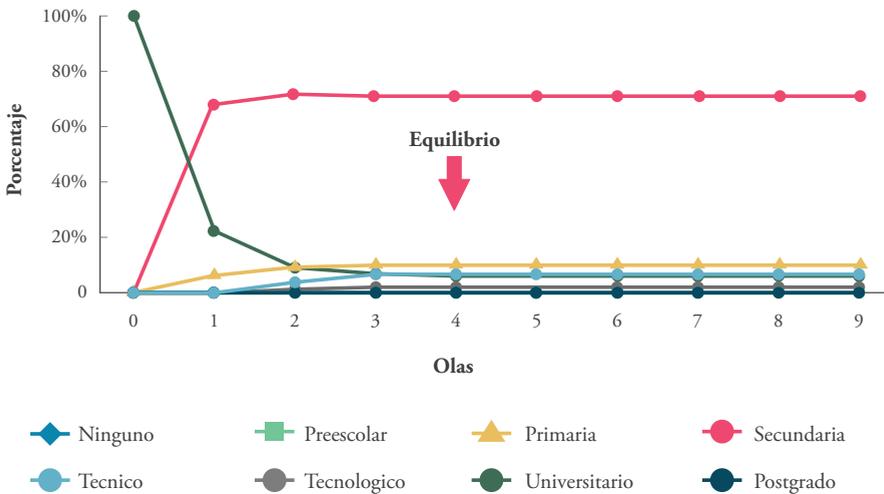


Figura 13. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio del nivel educativo. Cali 2019.

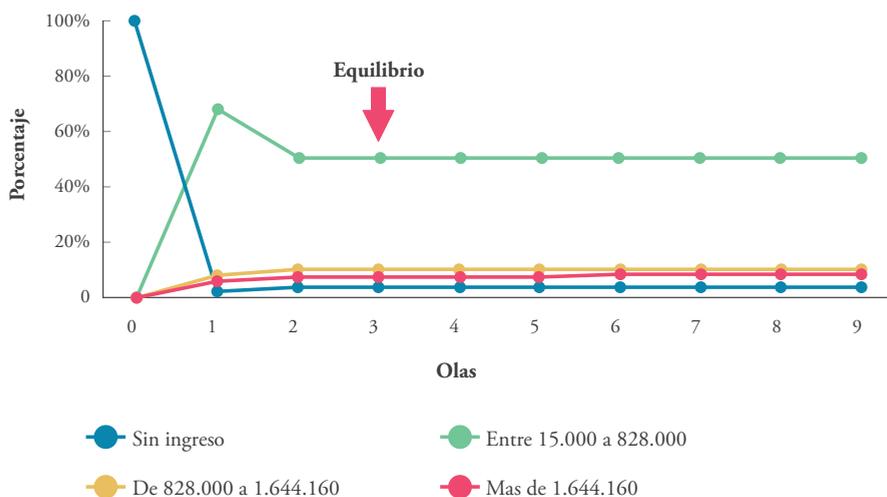


Figura 14. Olas de reclutamiento necesarias para lograr el equilibrio de los ingresos. Cali 2019.

6.1.2 Salud y acceso servicios de salud

En este capítulo se presentan las características relacionadas con problemas de salud que las mujeres hayan presentado los últimos 12 meses anteriores a la encuesta y el acceso a los servicios, en cada una de las tres ciudades del estudio (Tabla 6). En particular en cuanto a acceso de salud, se describe el tipo de afiliación al régimen de seguridad social en salud, así como la proporción de MT sin afiliación, lugares donde recibieron atención y cuáles fueron las características del pago por los servicios recibidos la última vez que se enfermó. Se destacan algunos datos que resultan significativos para cada una de las ciudades y que merecen especial atención por parte de los tomadores de decisiones. A continuación, se hace un análisis detallado de cada una de estas variables, por ciudad.

6.1.2.1 Bogotá

Más de la mitad de las MT, recibía atención de salud en Entidades Administradoras de Planes de Beneficio del régimen subsidiado (EAPBs), encontrándose un 71% en este régimen, seguido de 10,8% que no estaban afiliadas a ningún régimen de salud, similar a las que reportaron afiliación a Entidades Administradoras de Planes de Beneficio del régimen contributivo (EPSc) con un 10,7% y por último un 7,5% se encontraba afiliado al régimen especial, siendo esta última proporción la más alta entre las tres ciudades.

Del total de las MT en esta ciudad, el 48,2% manifestó haber presentado algún problema de salud en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta. El 93,1% reportó haber presentado dolor físico o malestar diferente a lesiones causadas por accidente o violencia o a alguna lesión de intoxicación o envenenamiento en los últimos 30 días y el 25,9% haber tenido un problema de salud mental, emocional o de nervios.

La última vez que buscaron ayuda por asuntos relacionados a salud, consultaron principalmente a una IPS (55,2%). El 9% (N=23) de las MT de Medellín ha sido diagnosticada con tuberculosis, de las cuales a 19 les ofrecieron la prueba de VIH y de estas últimas 17 se realizaron la prueba durante el periodo del tratamiento de la tuberculosis.

6.1.2.2 Medellín

Por su parte, el 65% de las participantes se encontraba afiliada a una EAPBs y el 17,4% a una EAPBc, casi similar a la proporción de MT que no se encuentran afiliadas 17,6%. El 40,2% de las participantes reportaron haber tenido algún problema de salud en el último año. Un 88,9% manifestó haber tenido dolor físico o malestar diferente a lesiones causadas por accidente o violencia o a alguna lesión de intoxicación o envenenamiento en los últimos 30 días, un 23,5% haber tenido un problema de salud mental, emocional o de nervios y un 15% alguna lesión, causada por accidente o violencia.

La última vez que buscaron ayuda por asuntos relacionados a salud, consultaron principalmente a un hospital o centro de salud Estatal (60,4%). El 1,9% (N=23) de las MT de Medellín han sido diagnosticadas con tuberculosis, de los cuales a todas les ofrecieron la prueba de VIH y de estas, todas se realizaron la prueba durante el periodo del tratamiento de la tuberculosis.

6.1.2.3 Cali

Se encontró que están afiliadas a una EAPBs el 70,5, es importante mencionar que el 17,3% se encontraba sin afiliación a ninguna entidad de seguridad social en salud. El 37,1% manifestó haber experimentado problemas de salud en los últimos 12 meses. El 94,8% expresó que en los últimos 30 días antes a la encuesta tuvo algún dolor físico o malestar diferente a lesiones causadas por accidente o violencia o a alguna lesión de intoxicación o envenenamiento, el 14 % reportó haber tenido alguna lesión, causada por accidente o violencia y se destaca que fue la ciudad donde una menor proporción 8,9% reportó que haber presentado un problema de salud mental, emocional o de nervios.

En Cali, la última vez que buscaron ayuda por asuntos relacionados a salud, consultaron principalmente a una farmacia o droguería 32,1%. El 3,3% [5] de las MT ha sido diagnosticada con tuberculosis, de los cuales a 4 les ofrecieron la prueba de VIH y de estas últimas 3 se realizaron la prueba durante el periodo del tratamiento de la tuberculosis.

Tabla 6. Acceso a servicios de salud en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia - 2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Ha tenido molestias o problemas de salud en los últimos 12 meses contados hasta hoy | | | | | | |
| Si | 88 | 40,2 (33,7 - 45,5) | 109 | 48,2 (42,5 - 59) | 76 | 37,1 (28,8 - 45,8) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| No | 129 | 59,8 (49,8 - 75,1) | 139 | 51,8 (39,1 - 67,8) | 127 | 62,9 (58,2 - 66,7) |
| Cual problema de salud presente | | | | | | |
| Alguna lesión, causada por accidente o violencia | 14 | 15 (2,2 - 52,3) | 8 | 2,3 (0 - 6,7) | 5 | 14,5 (6,5 - 24,5) |
| Alguna intoxicación | 4 | - | 1 | - | 3 | 2,2 (0 - 5,4) |
| Algún problema mental | 17 | 23,5 (7,8 - 45,2) | 30 | 25,9 (6,2 - 36,9) | 10 | 8,9 (0 - 18,) |
| Algún problema de salud | 64 | 88,9 (88,3 - 98) | 95 | 93,1 (90,5 - 98,4) | 65 | 94,8 (84,9 - 100) |
| No | 24 | 11,1 (2,5 - 8,8) | 14 | 6,9 (1 - 8,3) | 11 | 5,2 (0 - 17) |
| Recibe atención en salud a través de | | | | | | |
| Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPSc) | 39 | 17,4 (12 - 28,1) | 25 | 10,7 (8,4 - 19,7) | 30 | 11,1 (7 - 13,6) |
| Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs) / Carnet del resguardo indígena | 153 | 65 (52,4 - 69,1) | 174 | 71 (62,7 - 82,6) | 130 | 70,5 (63,8 - 75,4) |
| No está afiliada | 25 | 17,6 (10,2 - 25,5) | 35 | 10,8 (7,1 - 15,3) | 38 | 17,3 (14,1 - 22,5) |
| Otro (Carné de las fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPEPETROL régimen especial) | - | - | 14 | 7,5 (2,4 - 12,) | 5 | 1,2 (0,4 - 1,8) |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿A dónde consulto? | | | | | | |
| No ha tenido problemas de salud | 1 | - | 1 | - | 2 | 10,1 (3,8 - 22,3) |
| Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública, (Estatat) | 44 | 60,4 (29,9 - 74,2) | 33 | 29,1 (4,8 - 59,3) | 28 | 30,9 (5,8 - 48,3) |
| Droguería o farmacia | 4 | 3 (0 - 0,4) | 16 | 15,7 (2,6 - 31,6) | 23 | 32,1 (27,6 - 57,1) |
| Centro de atención de una EPS (IPS) | 25 | 36,5 (36,7 - 58,6) | 53 | 55,2 (35,4 - 79,2) | 16 | 26,9 (14,7 - 36,3) |
| ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis? | | | | | | |
| Si | 5 | 1,9 (0,5 - 3,9) | 23 | 9 (4,3 - 11,) | 5 | 3,3 (2,3 - 6,1) |
| No | 211 | 97,6 (95,5 - 98,9) | 223 | 90,7 (84,5 - 94,5) | 195 | 94 (87,1 - 99) |
| NS | 1 | 0,6 (0 - 1,1) | 2 | 0,3 (0 - 2,1) | 3 | 2,7 (1,2 - 6) |

*Proporciones estimadas por RDSAT

6.1.3 Transformaciones del cuerpo

En la Tabla 7 se enuncian los procedimientos tanto inyectables, como quirúrgicos que se han realizado las mujeres transgénero para transformar su cuerpo. Aunque, las proporciones estimadas de las mujeres que se han realizado algún procedimiento para transformar su cuerpo es similar en las tres ciudades: Cali 59,2%, Bogotá 51,5% y Medellín 49,8.

Bogotá es la ciudad donde se encontró la principal sustancia usada en esta ciudad en los últimos 12 meses fueron las hormonas en un 36,8%, seguido por las

inyecciones de vitaminas con un 16,5%, a su vez se resalta que fue la ciudad con una menor proporción de transformaciones por medio de inyecciones de silicona, ácido hialuronico o aceites. Dentro de los procedimientos en donde no se usaron inyecciones el consumo de hormonas fue el más reportado con un 85,9%, seguido de la glutinoplastia en un 75,5%, la mamoplastia en un 38,9% y la rinoplastia con un 27,3%.

Por su parte en Medellín las hormonas fueron la sustancia que más se inyectaron 67,4%, siendo la ciudad con una mayor proporción estimada de esta sustancia, seguida de ácido hialuronico 11,3%, vitaminas 11,1% y silicona 10,4%. Dentro de los procedimientos de transformación no inyectados, el consumo de hormonas es el más representativo con un 63,3% seguido de la glutinoplastia con 26%, la rinoplastia con 24% y la mamoplastia 23,3%.

En Cali, al igual que las otras dos ciudades las hormonas fue la sustancia que más se inyectaron 54,4% seguido de la silicona 25,9%, vitaminas 10,8% y ácido hialuronico 7,4%. Al igual que las otras dos ciudades el consumo de hormonas fue el procedimiento más común para realizarse transformaciones sin uso de inyecciones, seguido de la mamoplastia y glutinoplastia cada una con una proporción de 76,6%, la liposucción con un 59,4% siendo esta ultima la proporción más alta de las tres ciudades, seguido de la rinoplastia 40,5% y la orquiectomía 43,6%, como se puede observar Cali es la ciudad donde hay una proporción mayor de transformaciones quirúrgicas.

Tabla 7. Procedimientos de transformación corporal en MT en de Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019.

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Se ha realizado algún procedimiento para transformar su cuerpo | | | | | | |
| Si | 117 | 49,8 (32,3 - 57,7) | 168 | 51,5 (38,7 - 63,9) | 116 | 59,2 (49,8 - 60,6) |
| No | 100 | 50,2 (40,4 - 57,2) | 80 | 48,5 (33,8 - 60,6) | 87 | 40,8 (35,2 - 49,4) |
| Inyección de sustancias y uso de jeringas ya utilizadas en los últimos doce meses | | | | | | |
| Hormonas | 73 | 67,4 (54 - 82,1) | 70 | 36,8 (24,7 - 51,7) | 70 | 54,4 (42,9 - 62,3) |
| Aceites | 5 | 6,7 (0,8 - 15,) | 3 | - | 5 | 5,7 (1,3 - 10,) |
| Colágeno | 2 | 5,4 (0 - 24,) | 1 | 0,1 (0 - 2,7) | 7 | 5,7 (0 - 10,) |
| Plasma de sangre | 2 | 2,7 (0 - 34,) | 3 | 1,2 (0,3 - 4,6) | 7 | 3,4 (1,5 - 7,1) |
| Botox | 3 | 7,2 (0,1 - 20,) | - | - | 6 | 8,4 (4,1 - 10,) |
| Vitaminas | 12 | 11,1 (0,1 - 24) | 26 | 16,5 (10,1 - 25,2) | 23 | 10,8 (1,8 - 13,1) |
| Silicona | 21 | 10,4 (5,2 - 21,6) | 3 | 1 (0 - 6,7) | 28 | 25,9 (17,3 - 39,2) |
| Parafinas | 1 | - | - | - | 1 | - |
| Biogel o biopolímeros | 5 | 5,4 (0,9 - 16,) | 2 | 0,6 (0 - 3,8) | 7 | 5,2 (0 - 7,4) |
| Ácido hialurónico | 7 | 11,3 (5 - 24,5) | 2 | 1,1 (0 - 2,5) | 6 | 7,4 (2,8 - 14,) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Procedimientos de transformación corporal | | | | | | |
| Consumo de hormonas (no inyectadas) | 48 | 63,2 (38,6 - 92,7) | 134 | 85,8 (74,5 - 89,6) | 93 | 95,1 (87,6 - 98,7) |
| Mamoplastia | 21 | 23,3 (5,3 - 45,7) | 55 | 38,9 (29,2 - 54,8) | 39 | 76,6 (45,8 - 86,3) |
| Rinoplastia | 9 | 24,2 (0 - 51,5) | 23 | 27,3 (8,4 - 39,7) | 25 | 40,5 (9,8 - 60,2) |
| Tiroplastia | 1 | - | 8 | 6,9 (0 - 14,) | 8 | - |
| Vaginoplastia | - | - | 8 | 3,5 (1,1 - 4) | 7 | 10,7 (0 - 25,3) |
| Glutinoplastia | 25 | 26 (28,4 - 76,9) | 99 | 75,5 (54,5 - 84,9) | 62 | 76,6 (64,3 - 89,6) |
| Cirugía liposucción o lipectomía | 6 | 9,3 (0 - 47,) | 21 | 8,4 (1,6 - 12,) | 26 | 59,4 (30,2 - 76,5) |
| Orquiectomía | 2 | 8,1 (0 - 10,) | 8 | 6,3 (1 - 9,9) | 11 | 43,6 (23 - 65,3) |
| Otro | 5 | - | 10 | 8,9 (0 - 14,) | 12 | 0 |
| No | 44 | - | 71 | - | 25 | - |
| Para transformar su cuerpo, ¿en qué lugar se ha realizado consumo de hormonas? | | | | | | |
| Institución de salud, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (estatal) | 3 | - | 9 | 9,6 (1,3 - 21,) | 5 | 10,1 (0,9 - 18,6) |
| hospital o clínica privada | - | - | 1 | 0,4 (0 - 2,2) | 6 | 8,6 (7 - 12,) |
| Trabajo o estudio | - | - | - | - | - | - |
| Peluquería, salón de belleza o estética | 1 | - | 1 | 0,1 (0 - 2,3) | 2 | 1,7 (0 - 12,) |
| Casa propia | 16 | - | 64 | 24,3 (12,4 - 31,2) | 24 | 20 (21 - 29,2) |
| Casa de amiga, familiar, conocida | 1 | - | 4 | 2,5 (0 - 5,9) | 5 | 3,3 (0 - 12,) |
| Droguería o farmacia | 27 | - | 55 | 42,9 (19,5 - 61,3) | 51 | 47,9 (34,3 - 46,8) |
| No | 24 | - | 23 | 20,2 (11,5 - 31,6) | 4 | 8,5 (3,9 - 14,) |
| Para transformar su cuerpo, ¿en qué lugar se ha realizado Cirugía en los senos (mamoplastia)? | | | | | | |
| Institución de salud, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (estatal) | 3 | 0,8 (0 - 3,2) | 7 | 5,2 (0 - 8,8) | 2 | 3,6 (0 - 20,) |
| Hospital o clínica privada | 17 | 10,4 (6,2 - 32) | 31 | 15,4 (3 - 23,7) | 33 | 49,8 (0 - 74,2) |
| Casa propia | 1 | 0,9 (0 - 3,8) | 4 | 1,1 (0 - 2,4) | - | - |
| Casa de amiga, familiar, conocida | - | - | 11 | 10,9 (0,6 - 22,3) | - | - |
| Sitio de acupunturista, bioenergético, naturista o similar | - | - | 1 | 0,1 | 1 | 8,5 (0 - 18,) |
| Sitio de curandero, tegua o similar | - | - | - | - | 2 | 8,5 (3,1 - 22,) |
| Fundación, asociación, ONG | - | - | 1 | 0,4 (0 - 2,8) | 1 | 4,5 (0 - 8,2) |
| No | 39 | 87,1 (63,7 - 89,9) | 48 | 66,9 (41,6 - 84,9) | 12 | 25,1 (0 - 41,3) |
| Para transformar su cuerpo, ¿en qué lugar se ha realizado cirugía en los glúteos (glutinoplastia)? | | | | | | |
| Institución de salud, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (estatal) | 4 | 0,6 (0 - 6,3) | 3 | 1,4 (0 - 3,9) | 2 | 0,6 (0 - 8,4) |
| Hospital o clínica privada | 7 | 9,6 (0 - 35,) | 17 | 12,1 (4,3 - 12,4) | 22 | 24,5 (6,8 - 28,4) |

Continúa



| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Trabajo o estudio | - | - | 1 | - | - | - |
| Peluquería, salón de belleza o estética | 1 | 2,6 (0 - 5,8) | 4 | 1,1 (0,4 - 3,7) | 4 | 4,4 (0 - 10,) |
| Casa propia | 4 | 18,3 (1,9 - 53,2) | 17 | 20,1 (6,6 - 23,9) | 19 | 14,3 (9,1 - 22,2) |
| Casa de amiga, familiar, conocida | 9 | 7,2 (0 - 10,) | 51 | 38,4 (28,6 - 63,9) | 13 | 19,5 (13,4 - 47,1) |
| Droguería o farmacia | - | - | 1 | - | 1 | 3,6 (0 - 5,6) |
| Sitio de acupunturista, bioenergético, naturista o similar | - | - | 4 | 0,3 (0 - 0,8) | 1 | 3,6 (0 - 14,) |
| Sitio de curandero, tegua o similar | - | - | 1 | - | - | - |
| No | 35 | 61,6 (28,9 - 83,7) | 31 | 26,5 (11,8 - 38,3) | 13 | 29,6 (23,6 - 44,4) |

*Proporciones estimadas por RDSAT

6.1.4 Orientación sexual, género, parejas sexuales y pago por relaciones

En este capítulo se muestra la información relacionada con la forma como las participantes se auto-identifican en términos de orientación sexual y en las categorías de género: mujer, mujer trans, travesti, transformista, transgénero y transexual; se incluyen aquí datos sobre el auto-reporte de circuncisión. Luego, se da paso a los resultados sobre la primera relación sexual; seguido por los comportamientos con las parejas estables y ocasionales; finalmente, se describe la información sobre trabajo sexual (Tabla 8).

6.1.4.1 Auto identificación de género y orientación sexual

En Bogotá 70,9% se auto identificó como mujer trans, seguido de persona trans 41,1% y travesti 23,1%, siendo estas dos últimas proporciones las más altas al compararlas con las otras dos ciudades, en una menor proporción se autoidentificaron como transgénero 13,5%, mujer 11,1%, transformista 6,9% y transexual 3%. Por su parte, en Medellín la mayoría de las participantes se identificaron como Mujeres transgénero 56,7%, aunque fue la proporción más baja de las tres ciudades, seguido de las que se identificaron como mujer con un 24,7%, transgénero con un 17,3% y travestis 11,7%. Para el caso de Cali, al igual que las otras dos ciudades la mayoría de las mujeres se identificaron como mujeres transgénero 77,6%, seguido de personas trans 20,7%, transgénero 16,8% y mujer 11,6%, a diferencia de las otras dos ciudades únicamente un 3,6 se identificaron como travestis.

En términos de orientación sexual en las tres ciudades en su gran mayoría se identificaron como heterosexual: Bogotá 62,9%, Medellín 52,1% y Cali 49,7%, seguido de homosexual: Cali 37,7%, Medellín 36,2% y Bogotá 29%.

Tabla 8. Autoidentificación en términos de orientación sexual y categorías de género en MT en Bogotá, Medellín y Cali,

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica | | | | | | |
| Homosexual | 85 | 36,2 (28,2 - 43,2) | 67 | 29 (14,9 - 38,8) | 86 | 37,7 (28,1 - 45,5) |
| Heterosexual | 110 | 52,1 (46,9 - 60,9) | 154 | 62,9 (52,4 - 71,9) | 97 | 49,7 (42,6 - 56,6) |
| Bisexual | 16 | 7,6 (3,4 - 9,3) | 21 | 7 (4,9 - 13,) | 10 | 5,3 (3,5 - 9,7) |
| Otro | 6 | 4,1 (1,2 - 8,8) | 6 | 1,1 (0,3 - 2,2) | 10 | 7,3 (5 - 9,9) |
| ¿Cómo se identifica Ud.? | | | | | | |
| Mujer | 45 | 24,7 (23,3 - 33,8) | 42 | 11,1 (6,7 - 14,1) | 26 | 11,6 (8 - 16,9) |
| Mujer trans | 132 | 56,7 (49,7 - 64) | 185 | 70,9 (63,4 - 85,5) | 160 | 77,6 (68 - 81,5) |
| Persona trans | 18 | 9,7 (5,2 - 16,) | 92 | 41,1 (30,7 - 45,3) | 36 | 20,7 (13 - 24,2) |
| Travesti | 27 | 11,7 (3,7 - 17,2) | 34 | 23,1 (8,5 - 37) | 10 | 3,6 (1,1 - 5,5) |
| Transformista | 24 | 8,8 (6 - 11,) | 23 | 6,9 (3,5 - 13) | 15 | 9,9 (6,2 - 13,) |
| Transgénero | 17 | 17,3 (13,4 - 24,2) | 31 | 13,5 (7,6 - 18,3) | 21 | 16,8 (9 - 22,6) |
| Transexual | 4 | 1,1 (0,4 - 1,9) | 13 | 3 (0,8 - 3,6) | 11 | 4,7 (2 - 7,8) |

*Proporciones estimadas por RDSAT

6.1.4.2 Auto-reporte de Circuncisión y pareja que viva con VIH o muerto de SIDA

Las MT de las tres ciudades del estudio auto-reportaron las siguientes proporciones de circuncisión: 15,5% en Medellín, 10,4% en Cali y 9,3% en Bogotá. El porcentaje de MT que reportó haber tenido una pareja que viva con VIH o muerto de SIDA fue similar en las tres ciudades, siendo de un 8% para Bogotá y Medellín y de 6,8% en Cali. Los datos completos de estas dos variables se pueden observar en la Tabla 9.

Tabla 9. Auto-reporte de circuncisión y pareja que viva con VIH o muerto de Sida en Bogotá, Medellín y Cali.MT, Colombia-209

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Usted está circuncidada | | | | | | |
| Si | 36 | 13,5 (9,2 - 20,8) | 35 | 9,3 (6 - 16,) | 29 | 10,4 (8,1 - 15,6) |
| No | 175 | 83,4 (80,1 - 89,9) | 211 | 90,5 (85,8 - 95,3) | 166 | 86,8 (82,8 - 88,3) |
| NS/NR | 6 | 3,1 (0,1 - 4,3) | 2 | 0 | 8 | 2,8 (1 - 5,3) |
| Usted ha tenido alguna pareja que viva con el VIH o haya muerto de SIDA | | | | | | |
| Si | 19 | 8 (4 - 10,) | 25 | 8 (5,4 - 13,) | 17 | 6,8 (4,2 - 10,) |
| No | 193 | 88,1 (84,8 - 91) | 218 | 88,9 (86,3 - 95,3) | 181 | 90,9 (88,7 - 94,1) |
| NS/NR | 5 | 3,9 (1,2 - 8,4) | 5 | 3,1 (0,3 - 7,5) | 5 | 2,4 (0,9 - 4,8) |

*Proporciones estimadas por RDSAT

6.1.4.3 Primera relación sexual

En esta sección se presentan los resultados en cuanto a la primera relación sexual de las participantes del estudio entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal con o sin su consentimiento, se describe la edad de esta primera relación, la edad de la persona con quien se tuvo esta relación, el uso del condón en esa ocasión y los motivos para no usarlo.

La mayor proporción de participantes de las tres ciudades tuvo su primera relación entre los 14 años o menos: 91,9 % en Bogotá, 90,7 % en Medellín y 85,6% en Cali. Más de 90 de cada 100 MT reportaron que esta primera relación sexual fue con un hombre, Medellín 91,3%, Bogotá 93,9% y Cali 93,6%. El principal rango de edad que tenía la persona con la que tuvo esa primera relación estuvo entre 17 años y menos en las tres ciudades: Bogotá con el 91,9, Medellín 90,7% y Cali con el 85,5%.

Las tres ciudades reportan proporciones de más del 70% de no uso de condón en la primera relación, siendo Medellín donde se encontró la mayor proporción 81%, seguido por Bogotá 72,1% y por Cali 70,6%. La principal razón que asociaron con no uso de condón en esta primera relación fue que no los conocían, en un 63,2% en Bogotá, 62% en Medellín y 56,8% en Cali; para el caso de Bogotá y Cali la siguiente causa de no uso de condón fue que había sentimientos de afecto con una proporción de 55,9% y 23,9% respectivamente. Frente a si esta relación fue con su consentimiento: 84,1% en Medellín, 87,8% en Bogotá y 90,7% en Cali, reportaron que si lo fue.

En Medellín el 63%, el 59,9% en Bogotá y el 38,9% en Cali, de las MT indicaron haber tenido relaciones sexuales con más de 10 personas en el último año. Estas relaciones han sido principalmente con hombres (Tabla 10).

Tabla 10. Primera Relación Sexual MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal con o sin su consentimiento | | | | | | |
| 14 años o menos | 200 | 90,7 (84,1 - 96,4) | 216 | 91,9 (89,2 - 94,2) | 183 | 85,6 (80,6 - 91) |
| 15 a 17 años | 17 | 9,3 (2,7 - 13,) | 30 | 7,8 (7 - 12,) | 20 | 14,4 (9,8 - 21,3) |
| 18 años o mas | - | - | 2 | 0,3 (0 - 1) | - | - |
| Esa primera relación sexual fue con un hombre, una mujer o un(a) transgénero | | | | | | |
| Hombre | 204 | 91,3 (89,7 - 98,3) | 234 | 93,9 (87,3 - 96,4) | 194 | 93,6 (88,4 - 97,2) |
| Mujer | 13 | 8,7 (1 - 11,) | 13 | 5,5 (1,3 - 9,5) | 7 | 4,9 (1,8 - 8,3) |
| Transgénero | - | - | 1 | 0,6 (0 - 3,2) | 2 | 1,5 (0 - 4,6) |
| Aproximadamente qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual | | | | | | |
| 17 años y menos | 19 | 90,7 (87,7 - 94,1) | 19 | 91,9 (88,2 - 95,5) | 19 | 85,6 (81,6 - 91) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| 18 a 24 años | 141 | 9,3 (5,8 - 14,) | 159 | 7,8 (6,6 - 13) | 155 | 14,4 (8,4 - 24,2) |
| 25 años o mas | 55 | -- | 70 | 0,3 (0 - 0,7) | 28 | -- |
| En esa primera relación sexual ¿usaron condón? | | | | | | |
| Si | 47 | 19 (16,8 - 27) | 59 | 27,9 (21,4 - 36,4) | 53 | 29,4 (19,9 - 35,3) |
| No | 170 | 81 (70,6 - 85,7) | 189 | 72,1 (65,4 - 81,4) | 150 | 70,6 (66,8 - 77,6) |
| Motivos para no usar condón en la primera relación | | | | | | |
| A la pareja no le gustaba | 12 | 11,1 (2,8 - 28,6) | 15 | 7,6 (4,2 - 11,) | 8 | 5,2 (1,6 - 10,) |
| La pareja no estaba de acuerdo en usarlo | 8 | 2,5 (0,6 - 1,9) | 8 | 4,5 (2,3 - 6,7) | 10 | 7,3 (3 - 12,) |
| Usted creía que disminuiría el sentir placer | 2 | 0,9 (0,3 - 2) | 8 | 2,2 (0,3 - 5,4) | 4 | 4,2 (1,7 - 6,5) |
| Eran difíciles de conseguir | 10 | 6,1 (2 - 19,) | 29 | 20,4 (9,1 - 35,9) | 20 | 15,3 (8 - 22) |
| Usted estaba bajo los efectos del alcohol | 2 | 1,2 (0,3 - 2) | 2 | 2,1 (0 - 8,2) | 3 | 2,2 (0,1 - 9,4) |
| Usted estaba bajo los efectos de las drogas | - | - | - | - | 2 | 1,1 (0 - 5) |
| Usted estaba excitado | 9 | 3 (1,3 - 2,8) | 50 | 33,4 (16,6 - 40,6) | 37 | 24,2 (11,2 - 30,1) |
| Creía que no era seguro | 1 | 0,5 (0 - 1,1) | 2 | 1,1 (0 - 3,8) | 1 | 2,8 (0 - 5,9) |
| Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS | - | - | - | - | 2 | 1,9 (0,5 - 3,1) |
| Confiaba en la fidelidad de su pareja | 14 | 9,2 (3,7 - 8,3) | 38 | 29,6 (19,9 - 45,4) | 19 | 17,8 (12,6 - 28,2) |
| No quiso usar condón por erotismo | 9 | 5,7 (0,5 - 10,) | 19 | 18,9 (3,1 - 30,9) | 20 | 13,1 (7,8 - 16,5) |
| Eran caros | 4 | 0,6 (0,1 - 1,1) | 14 | 11,6 (4,4 - 27,6) | 12 | 7 (1,9 - 8,4) |
| Se habían terminado | 3 | 1,8 (0 - 2,5) | 4 | 1,8 (0,2 - 10,) | 2 | 0,4 (0 - 0,7) |
| La relación sexual fue sin su consentimiento | 11 | 4 (1,3 - 5,6) | 30 | 13 (7,8 - 15,4) | 9 | 4,2 (1,3 - 7,1) |
| Sintió vergüenza de pedir el condón | 1 | 0,8 (0 - 2,1) | 10 | 8,9 (0,9 - 22,) | 5 | 7,5 (3,4 - 16,) |
| Nunca lo ha pensado | 11 | 9,2 (2,7 - 11,) | 66 | 39 (34,3 - 50,3) | 38 | 27,2 (10,1 - 39,8) |
| La pareja estaba bajo los efectos del alcohol | 2 | 3,6 (5,9 - 17,) | 2 | - | 4 | 3,6 (0 - 7,4) |
| La pareja estaba bajo los efectos de las drogas | 1 | 6,4 (0 - 12,) | - | - | 3 | 1,7 (0,5 - 7,9) |
| No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos | 3 | 0,6 (0 - 1,3) | - | - | 3 | 1,9 (0 - 6) |
| Había sentimientos de afecto | 20 | 8,7 (3,8 - 12,) | 72 | 55,9 (48,4 - 70,8) | 26 | 23,9 (12,1 - 33,1) |
| No los conocía | 100 | 62 (59,9 - 78,2) | 121 | 63,2 (41,5 - 68,2) | 81 | 56,8 (51,7 - 70,1) |
| Esa primera relación sexual fue con su consentimiento | | | | | | |
| SI | 187 | 84,1 (75,1 - 90,4) | 211 | 87,8 (82 - 91,9) | 187 | 90,7 (87,4 - 94,1) |
| No | 29 | 15,8 (11,5 - 19,6) | 36 | 12 (6,4 - 23,9) | 15 | 8,7 (6 - 11,) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| NS/NR | 1 | 0,1 (0 - 0,2) | 1 | 0,2 (0 - 1,3) | 1 | 0,7 (0 - 1) |
| Número de personas con las que ha tenido relaciones penetrativas, no comerciales, en los últimos 12 meses | | | | | | |
| Ninguna | 6 | 6,7 (0,7 - 14,) | 9 | 1,9 (1,3 - 3,4) | 5 | 1,2 (0,6 - 2,4) |
| 1 a 4 Personas | 48 | 17,5 (13,9 - 21,2) | 65 | 27 (23,1 - 33,6) | 64 | 36,3 (28,5 - 41,4) |
| 5 a 10 Personas | 43 | 12,2 (6,3 - 19,3) | 34 | 11,2 (6,4 - 23,3) | 47 | 23,7 (21,2 - 31,5) |
| Más de 10 Personas | 120 | 63,6 (49,4 - 70,3) | 140 | 59,9 (46,6 - 65,8) | 87 | 38,9 (35,7 - 45) |
| Número de HOMBRES con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 12 meses | | | | | | |
| 1 a 4 Personas | 50 | 18,8 (13,5 - 24,8) | 63 | 27,3 (17,8 - 35,7) | 63 | 36,4 (28,1 - 40,5) |
| 5 a 10 Personas | 42 | 12,7 (7,5 - 18,1) | 31 | 11,3 (9,3 - 16,2) | 43 | 24 (17,7 - 32,6) |
| más de 10 Personas | 119 | 68,5 (60 - 74,4) | 140 | 61,4 (42,9 - 70,2) | 89 | 39,7 (31,8 - 46,3) |
| Número de HOMBRES con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 6 meses | | | | | | |
| 1 a 4 relaciones | 98 | 55,1 (45,8 - 71,8) | 111 | 71,4 (56,7 - 81,4) | 114 | 65,8 (63,4 - 76,3) |
| 5 a 10 relaciones | 38 | 22,1 (17 - 40,8) | 39 | 10,5 (7,3 - 18,1) | 32 | 18,8 (12,6 - 23,7) |
| más de 10 relaciones | 37 | 22,8 (10,5 - 24,8) | 33 | 18 (9,6 - 26,4) | 27 | 15,4 (9,7 - 16,6) |

6.1.4.4 Parejas sexuales no comerciales

En esta sección se presentan los resultados respecto al comportamiento sexual de las MT según el tipo de pareja. En primer lugar, se describe el comportamiento sexual de las participantes con pareja estable (hombres, trans o mujeres), es decir, aquella con la que existe un vínculo sentimental, de la cual no han recibido dinero y a quienes tampoco no le han pagado por tener relaciones sexuales, cómo es posible que las MT tengan más de una pareja estable, se les aclaró que se refirieran solo a la pareja estable que consideraban más significativa en los últimos 6 meses.

A continuación, se muestran las características del comportamiento sexual de las MT que manifestaron tener parejas ocasionales o contactos casuales con hombres, trans o mujeres, lo que significa haber tenido relaciones sexuales sin ningún vínculo sentimental, sin recibir o dar dinero a cambio de estas relaciones.

6.1.4.4.1 Pareja estable

Más de la mitad de las MT que participaron en cada ciudad reportaron no tener una pareja estable al momento de realizar la encuesta: Medellín 68,8%, Bogotá 66,8% y Cali 59,5%. A continuación se realiza el análisis de los comportamientos sexuales con la pareja estable más significativa en los últimos 6 meses. Tanto en Cali, como en Medellín el 100% de las mujeres encuestadas reportó que esta pareja estable era un hombre, por su parte en Bogotá sólo 84% indicó que era un hombre y el 16% que era una mujer. En Medellín y Cali se encontraron las mayores proporciones de no uso de condón en

la última relación sexual anal con esta pareja estable 69,9% y 65,5% respectivamente, seguido de Bogotá con un 40,7%. Es importante resaltar que de las personas que indicaron tener una pareja estable, únicamente el 28,1% en Medellín, 40,8% en Bogotá y 15,6% indicó que siempre uso condón cuando tuvo sexo anal en últimos seis meses. Así como únicamente el 7,2% en Medellín, el 12,9% en Bogotá y el 12,9% en Cali, refirió usar siempre el condón cuando tuvo sexo oral en los últimos 6 meses.

En las tres ciudades la mayoría de las mujeres encuestadas indicó haber hablado alguna vez con su pareja estable sobre infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida, en un 86% en Cali, un 84,8% en Bogotá, seguido de Medellín con un 82,7% tabla 11.

Tabla 11. Comportamiento sexual con pareja estable en MT, en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia- 2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Actualmente usted tiene una pareja estable, como novio, marido, etc., con quien existe un vínculo sentimental | | | | | | |
| Si | 70 | 31,2 (26,9 - 40,8) | 83 | 33,2 (25,9 - 42) | 81 | 40,5 (36,3 - 47,3) |
| No | 147 | 68,8 (60,1 - 77,8) | 165 | 66,8 (51,1 - 70,8) | 122 | 59,5 (54,8 - 64,3) |
| ¿Con qué frecuencia usted y / o su pareja usaron un condón cuando tuvieron sexo oral en los últimos 6 meses? | | | | | | |
| Siempre | 4 | 7,2 (1,3 - 6,1) | 12 | 12,9 (3,2 - 14,6) | 10 | 12,9 (10,5 - 39,1) |
| Algunas veces | 8 | 11,5 (0 - 41,4) | 10 | 17,9 (26,3 - 50,3) | 4 | 7,1 (0 - 9,6) |
| Nunca | 56 | 79,1 (52,7 - 100) | 56 | 66,2 (23 - 89,1) | 60 | 75,1 (56,3 - 84,6) |
| No tuvo sexo oral con esa pareja | 2 | 2,2 (0 - 18,) | 5 | 3 (0 - 7,1) | 7 | 5 (1,1 - 13,) |
| La última vez que tuvo sexo anal, con la pareja estable más significativa para usted ¿Usaron condón usted y / o su pareja | | | | | | |
| Si | 16 | 30,1 (17,8 - 65,3) | 42 | 59,3 (10,9 - 93,9) | 30 | 34,5 (27,2 - 59) |
| No | 54 | 69,9 (33,9 - 84,4) | 41 | 40,7 (18 - 74,2) | 51 | 65,5 (43,9 - 79,7) |
| Con qué frecuencia usted y su pareja usaron condones cuando tuvieron sexo anal en los últimos 6 meses | | | | | | |
| Siempre | 9 | 28,1 (2,7 - 52,9) | 30 | 40,8 (26,5 - 59,5) | 23 | 15,6 (12,7 - 30,1) |
| Algunas veces | 27 | 41,6 (14,7 - 84,7) | 20 | 24,5 (9,4 - 38,4) | 19 | 36,4 (11,2 - 42,6) |
| Nunca | 32 | 27,6 (12 - 45) | 28 | 31,1 (6,5 - 55,5) | 33 | 44,6 (38,3 - 56,7) |
| No tuvo sexo anal con esa pareja en los últimos 6 meses | 2 | - | 5 | 3,6 (0 - 12,) | 6 | - |
| Con qué frecuencia usted y su pareja usaron un condón cuando tuvieron sexo vaginal en los últimos 6 meses | | | | | | |
| Siempre | - | - | 2 | 1,9 (0 - 4,2) | - | - |
| Algunas veces | - | - | 3 | 2,3 (0 - 1,4) | - | - |
| Nunca | 13 | 13,7 (3,2 - 23) | 5 | 10,7 (0,6 - 38,9) | 3 | 2,4 (0 - 4,6) |
| No tuvo sexo vaginal con esas personas | 57 | 86,3 (71,9 - 98,5) | 73 | 85,1 (57 - 97,6) | 78 | 97,6 (94,7 - 100) |
| Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con su pareja estable | | | | | | |
| Si | 58 | 82,7 (75,8 - 95,7) | 75 | 84,8 (60,7 - 100) | 72 | 86 (56,9 - 93,4) |
| No | 12 | 17,3 (2,8 - 20,9) | 8 | 15,2 (0 - 51,1) | 9 | 14 (6,5 - 29,1) |

6.1.4.4.2 Parejas ocasionales

La ciudad donde más reportaron las MT haber tenido relaciones sexuales ocasionales en los últimos 6 meses fue Cali con un 58,5%, seguido por Medellín 47,4% y Bogotá con un 35,9%. En Medellín los principales lugares o medios donde las MT consiguieron a sus parejas ocasionales o sus contactos casuales fueron las páginas de internet/chat 40,2%, seguido de lugares públicos (parques, plazas, calles) 29,4%, teléfono/celular con un 34,7%, siendo esta proporción la más alta de las tres ciudades, seguido de bar/discoteca/taberna con un 21,9%. Por su parte Bogotá el 45,1% consiguió a su pareja ocasional en lugares públicos, seguido de Bar/Discoteca/taberna con un 34,4%, a través de otras personas con un 29,3% siendo esta proporción la más alta comparada con las otras dos ciudades y seguido de páginas de internet/chat con un 29,2%, mientras que en esta ciudad el uso de teléfono/celular para conseguir esta pareja obtuvo la proporción más baja de las tres ciudades 5,9%. En Cali la mayor proporción de MT indicó que consiguen a estas parejas en las páginas de internet/chat 39,1%, seguido de lugares públicos con un 36,5% y bares/discotecas/ tabernas en un 23,6%.

Una gran mayoría de las MT indicaron que usaron condón la última vez que tuvieron sexo anal con una pareja ocasional o contacto casual, donde se encontraron las siguientes proporciones: Bogotá 84,8%, Cali 78,7% y Medellín con un 66,9%. La frecuencia de uso de condón en los últimos seis meses con estas parejas ocasionales cuando tuvieron sexo anal en los últimos 6 meses es variable en las tres ciudades, para el caso de Medellín la mayoría de las MT indicaron que algunas veces usaron condón en un 41,6%, en Bogotá el 40% que fue la mayor proporción refirió que siempre usan condón, mientras que Cali la mayor proporción de mujeres 44,6% indicó que nunca uso condón cuando tuvo sexo anal con sus parejas ocasionales en los últimos seis meses. Cabe destacar que la proporción de la frecuencia de No uso de condón en las tres ciudades es alta, como se mencionó antes siendo la más alta para Cali, seguida de Bogotá con un 31,1% y Medellín con un 27,6%.

Con respecto a las actividades buco genitales, en las ciudades de Medellín y Cali predomina el reporte de nunca usar el condón por parte de las mujeres transgénero o sus parejas ocasionales, con un 64,6% y 54,8% respectivamente, para el caso de Bogotá la frecuencia que más reportó uso de condón en esta práctica fue de algunas veces con un 43%. Es importante destacar que tanto para las prácticas orales, como anales, predomina la baja frecuencia de su uso constante de condón en las tres ciudades. Estos comportamientos sexuales con parejas ocasionales se pueden ver de una manera más detallada en tabla 12.

Tabla 12. Comportamiento sexual con parejas ocasionales en MT, en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia- 2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| En los últimos 6 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales hombres, mujeres o trans? (sin intercambio de dinero) | | | | | | |
| Si | 115 | 47,4 (41,2 - 54,1) | 108 | 35,9 (27,4 - 38) | 119 | 58,5 (48,5 - 61,4) |
| No | 102 | 52,6 (39,8 - 61) | 140 | 64,1 (59,5 - 75,7) | 84 | 41,5 (35,8 - 45,5) |
| Lugar y forma de contacto | | | | | | |
| Peluquerías o salones de belleza | 6 | 7,1 (0,6 - 16,) | 21 | 15,5 (1,7 - 18,2) | 11 | 9,4 (1,8 - 22,) |
| Saunas / Baños turcos | 1 | 3,2 (0 - 18,) | 3 | 4,4 (0 - 8,1) | - | - |
| Centros comerciales | 5 | 11,7 (0 - 15,7) | 2 | 0,5 (0 - 1,7) | 6 | 5,3 (1,9 - 11) |
| Bar / Discoteca / Taberna | 20 | 21,9 (16,5 - 37,5) | 39 | 34,4 (18,3 - 51,6) | 30 | 23,6 (5,5 - 30,1) |
| Videos XXX | 4 | 4,7 (0 - 12,) | 1 | - | 2 | 4,3 (0 - 19,) |
| Lugares públicos (parques, plazas, calles) | 42 | 29,4 (16,4 - 40,7) | 61 | 45,1 (22 - 59,5) | 44 | 36,5 (19,4 - 51,7) |
| Teléfono / Celular | 38 | 34,7 (22,2 - 35,2) | 9 | 5,9 (0 - 20,) | 19 | 10,1 (4,2 - 21,6) |
| Cabinas de internet | 9 | 9,5 (5,6 - 14,) | 10 | 5,4 (0,7 - 8,3) | 11 | 1,6 (0 - 3,6) |
| Cantinas | 6 | 8,1 (1,9 - 10,) | 7 | 3,4 (0 - 3,2) | 1 | 1,2 (0 - 1,1) |
| Página de internet / chat | 49 | 40,2 (23,4 - 50,8) | 29 | 29,2 (7 - 32,4) | 55 | 39,1 (26,7 - 49,7) |
| A través de otras personas | 22 | 17,9 (2,4 - 23,4) | 18 | 29,3 (13,3 - 52) | 13 | 8,8 (2 - 8,9) |
| Transporte público | 1 | 3,2 (0 - 7,5) | 9 | 15,6 (10,4 - 22,7) | 4 | 3,4 (1,7 - 10,) |
| Fiestas para tener sexo | 4 | 4 (0 - 17,) | 4 | 7,1 (1,8 - 7) | 3 | 5,8 (0 - 13,) |
| Avisos por radio/Periódicos/ Televisión | 2 | 1,8 (0 - 11) | 2 | 1 (0 - 0,6) | - | - |
| Casa de citas/coreográficos/ whiskerías/prostíbulo | 2 | 1,8 (0 - 12,) | 5 | 1,3 (0,1 - 0,9) | - | - |
| Hotel/motel/residencia | 9 | 9,1 (3,2 - 14,) | 17 | 12 (0 - 30,3) | 3 | 3 (0 - 6,9) |
| Baños públicos | 2 | 1,8 (0 - 10,) | 3 | 1,4 (0 - 14) | 1 | - |
| Otro | 9 | 17,1 (13,3 - 35,5) | 27 | 24,5 (26,4 - 62,7) | 19 | 23,7 (16,5 - 50,2) |
| La ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal con una pareja ocasional o contacto casual, ¿usaron condón | | | | | | |
| SI | 84 | 66,9 (53,7 - 93) | 87 | 84,8 (79,1 - 94,4) | 85 | 78,7 (75,7 - 92) |
| No | 31 | 33,1 (21,8 - 45,1) | 21 | 15,2 (1,5 - 28,4) | 34 | 21,3 (9,5 - 27,6) |
| Con qué frecuencia usaron condón usted y / o sus parejas ocasionales o contactos casuales, cuando tuvieron sexo anal en los últimos 6 meses | | | | | | |
| Siempre | 62 | 28,1 (22,4 - 52,3) | 79 | 40,8 (28,9 - 80,4) | 67 | 15,6 (6,4 - 31,5) |
| Algunas veces | 46 | 41,6 (9,6 - 65,1) | 26 | 24,5 (5,8 - 35,9) | 43 | 36,4 (14,1 - 37,7) |
| Nunca | 7 | 27,6 (7,6 - 35,2) | 3 | 31,1 (5,4 - 69,8) | 8 | 44,6 (40,1 - 67,2) |
| No tuvo sexo anal con este tipo de parejas | - | - | - | - | 1 | 3,3 (0 - 10,) |
| Con qué frecuencia usaron condón usted y / o sus parejas ocasionales o contactos casuales, cuando tuvieron sexo oral en los últimos 6 meses contados hasta ayer | | | | | | |
| Siempre | 18 | 9,4 (0,4 - 23,) | 30 | 23,7 (4,6 - 33,4) | 19 | 16,1 (10,7 - 26,3) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Algunas veces | 34 | 25,4 (11,8 - 38,8) | 38 | 43 (25,7 - 51,8) | 29 | 24 (17,7 - 42,3) |
| Nunca | 61 | 64,6 (44,2 - 66) | 36 | 29,2 (16,4 - 39,6) | 66 | 54,8 (42,4 - 63) |
| No tuvo sexo oral con este tipo de parejas | 2 | - | 4 | 4,1 (0,1 - 12,) | 5 | - |
| Usted ha sido activa, pasiva o ambas, en sus relaciones anales con hombres en los últimos 6 meses contados hasta ayer | | | | | | |
| Activa (usted penetra) | 16 | 16,6 (4 - 18,1) | 8 | 11,7 (3,2 - 28,5) | 6 | 2,9 (0 - 9,3) |
| Pasiva (la pareja la penetra) | - | - | - | - | - | - |
| Ambas (versátil) | 106 | 65,8 (46,8 - 96,3) | 138 | 86,4 (66,3 - 98,1) | 97 | 97,1 (92,7 - 99,3) |
| NR | 3 | 17,6 (0 - 49,7) | 4 | 1,9 (0 - 0,9) | 4 | - |

6.1.4.5 Ejercicio del trabajo Sexual

Más del 70% de las mujeres transgénero de las tres ciudades del estudio reporto haber recibido dinero en algún momento de su vida a cambio de participar en actividades sexuales: Medellín 81,1%, Cali 84,5% y Bogotá: 70,5%. Respecto a los últimos seis meses el 76,8% en Bogotá, 68,4% en Medellín y 62,6% en Cali, indico tener relaciones sexuales penetrativas a cambio de dinero. El principal rango de edad en la que por primera vez las MT intercambiaron sexo por dinero fue a los 18 años o menos, en las siguientes proporciones para cada ciudad: Medellín 73,8, seguido de Cali 64,1% y Bogotá con un 53,9%.

En Medellín y Cali los clientes fueron contactados principalmente por medio de páginas de internet y chats con una proporción de 40,2% y 39,1% respectivamente, seguido de lugares públicos como parques, plazas y calles en una proporción del 29,4% y 36,5% para cada una de estas ciudades. Por su parte las MT en Bogotá contactan a sus clientes principalmente en lugares públicos 45,1%, seguido de los centros comerciales 34,4%. La información de los otros lugares y medios de contacto con los clientes puede ser ampliado en la tabla 13.

Aunque la proporción de uso del condón en la última relación anal con un cliente fue de más del 90% como se observa para cada una de las ciudades: Bogotá 96,4%, Medellín 93,5% y Cali 91,5%, aún existe un número considerable de mujeres transgénero que ejercen la prostitución sin protección para el VIH y otras infecciones sexualmente transmisibles. Se destaca que una gran proporción de mujeres transgénero en Cali y Bogotá, uso siempre condón durante sus actividades sexuales bucogenitales con sus clientes 100% y 99,9%, mientras en la ciudad de Medellín únicamente el 89,6% uso el condón en esta práctica sexual en el ejercicio de la prostitución.

Los principales tipos de servicios que ofrecen van desde sexo anal, sexo oral, masturbación, hasta conversar con sus clientes, esta información puede ser ampliada en la tabla 13. El 92,5% en Bogotá, el 88,2% en Cali y el 80,2% en Medellín de las MT

expresa que en el lugar donde frecuentemente consiguen los clientes, las personas que administran estos lugares no las obligan a consumir alcohol o drogas.

Tabla 13. Ejercicio del trabajo sexual en MT, en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia- 2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Alguna vez en su vida ha recibido dinero a cambio de tener sexo | | | | | | |
| Si | 194 | 87,1 (84,1 - 95) | 201 | 70,5 (58,5 - 83,5) | 171 | 84,5 (79 - 89,5) |
| No | 23 | 12,9 (7,6 - 20,2) | 47 | 29,5 (19,3 - 38,8) | 32 | 15,5 (13,5 - 19,2) |
| En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de tener sexo | | | | | | |
| Si | 140 | 68,4 (49,6 - 73,3) | 153 | 76,8 (70,2 - 82,7) | 110 | 62,6 (50 - 66,4) |
| No | 54 | 31,6 (19,7 - 34,9) | 48 | 23,2 (14,3 - 31,6) | 60 | 37,3 (32,8 - 43,8) |
| NR | - | - | - | - | 1 | 0,2 (0 - 1,1) |
| Edad de la primera vez que recibió dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas | | | | | | |
| Menos de 18 años | 101 | 73,8 (73,9 - 88,5) | 96 | 53,9 (40,8 - 69,2) | 68 | 64,1 (57,2 - 86,1) |
| De 18 a 25 años | 30 | 18,2 (9,7 - 28,4) | 49 | 43,5 (39,7 - 54,1) | 34 | 26,3 (16 - 38,8) |
| Mas de 25 años | 8 | 8 (1,3 - 9,4) | 8 | 2,5 (0,7 - 4,3) | 8 | 9,6 (4,6 - 12,) |
| Lugar o formas de conseguir clientes | | | | | | |
| Peluquerías o salones de belleza | 6 | 7,1 (2 - 14,) | 21 | 15,5 (1,9 - 19) | 8 | 9,4 (6,5 - 15,) |
| Saunas / Baños turcos | 1 | 3,2 (0 - 12) | 3 | 4,4 (0 - 10,) | 1 | -- |
| Centros comerciales | 1 | 11,7 (2 - 14) | 12 | 0,5 (0 - 1,1) | 8 | 5,3 (1,7 - 7,4) |
| Bar / Discoteca / Taberna | 16 | 21,9 (13,1 - 31,3) | 52 | 34,4 (13,8 - 67,9) | 12 | 23,6 (9,2 - 32,7) |
| Videos XXX | 6 | 4,7 (2,5 - 11,) | 7 | - | 2 | 4,3 (0 - 9,9) |
| Lugares públicos (parques, plazas, calles) | 99 | 29,4 (16,4 - 39,3) | 122 | 45,1 (16,9 - 55,7) | 61 | 36,5 (38,6 - 49) |
| Teléfono / Celular | 45 | 34,7 (18,3 - 45,3) | 33 | 5,9 (0,6 - 13,) | 19 | 10,1 (0,1 - 15,7) |
| Cantinas | 7 | 8,1 (0,8 - 14) | 21 | 3,4 (0,3 - 3,7) | 5 | 1,2 (0 - 2,5) |
| Página de internet / chat | 56 | 40,2 (20,8 - 47,7) | 45 | 29,2 (11 - 40,4) | 48 | 39,1 (31,9 - 50,8) |
| A través de otras personas | 17 | 17,9 (6,2 - 30,6) | 14 | 29,3 (29,1 - 56) | 6 | 8,8 (5,2 - 14) |
| Transporte público | 1 | 3,2 (0 - 8,4) | 8 | 15,6 (9 - 35,6) | 4 | 3,4 (0 - 8,1) |
| Fiestas para tener sexo | 2 | 4 (1,7 - 16) | 6 | 7,1 (0,7 - 10) | 2 | 5,8 (1,1 - 10,) |
| Avisos por radio/Periódicos/ Televisión | 2 | 1,8 (0 - 6,8) | 5 | 1 (0 - 1) | 3 | - |
| Casa de citas/coreográficos/whiskerías/prostíbulo | 3 | 1,8 (0 - 11,) | 16 | 1,3 (0 - 0,9) | 2 | - |
| Hotel/motel/residencia | 10 | 9,1 (2,1 - 10,) | 42 | 12 (6,1 - 45,3) | 7 | 3 (0 - 5,3) |
| Baños públicos | - | - | 4 | 1,4 (0 - 11,) | 1 | - |
| Otro | 4 | 17,1 (3,3 - 40,5) | 17 | 24,5 (24,5 - 57,4) | 9 | 23,7 (12,4 - 48,3) |
| Con qué frecuencia usted y los clientes de los que recibe dinero usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales orales en los últimos 6 meses contados hasta ayer | | | | | | |
| Siempre | 139 | 89,6 (87,6 - 100) | 152 | 99,9 (99,5 - 100) | 108 | - |
| Algunas veces | - | - | - | - | - | - |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Nunca | - | - | - | - | - | - |
| No tuvo sexo oral con los clientes | 1 | 10,4 (0 - 26,9) | 1 | 0,1 (0 - 0,5) | 2 | - |
| La última vez que tuvo sexo anal con un cliente, ¿usaron condón? | | | | | | |
| Si | 129 | 93,5 (88,2 - 99,6) | 149 | 96,4 (90,5 - 100) | 100 | 91,5 (83,6 - 96,7) |
| No | 11 | 6,5 (4,7 - 24,) | 4 | 3,6 (0 - 5,2) | 10 | 8,5 (4,6 - 14,) |
| Qué tipo de servicios ofrece a los clientes | | | | | | |
| Sexo anal | 134 | 96,4 (93,3 - 100) | 151 | 97,8 (95,3 - 100) | 105 | 96,9 (88,7 - 99) |
| Sexo oral | 137 | 92,2 (76,6 - 99,2) | 151 | 96,7 (97,2 - 100) | 103 | 95,7 (89 - 100) |
| Masturbación (propia o del cliente) | 131 | 97,1 (88,6 - 98,8) | 130 | 83,9 (81,7 - 95,8) | 92 | 91 (83,4 - 95,5) |
| Sexo vaginal | 6 | 3,4 (0,8 - 8,9) | 8 | 1,1 (0 - 1,8) | 1 | - |
| Masajes | 74 | 59,2 (48,9 - 70,6) | 85 | 60,4 (58,2 - 80,5) | 60 | 55,4 (42 - 55,3) |
| Conversar, charlar | 104 | 81,2 (72,8 - 87,6) | 109 | 76,7 (66,3 - 91) | 84 | 85,6 (70,9 - 92,4) |
| Shows | 68 | 44,8 (40,4 - 59,3) | 65 | 41,5 (24,8 - 42) | 52 | 44,9 (36,3 - 53,9) |
| Acompañante | 91 | 69,9 (67 - 81,5) | 74 | 56,1 (52,3 - 77,1) | 64 | 60,1 (51,6 - 74,8) |
| Trío - orgías | 64 | 51,1 (40,4 - 59,4) | 63 | 45,9 (27,5 - 69,9) | 43 | 39,6 (33,6 - 46,1) |
| Otro | 3 | 17,1 (2,5 - 31) | 16 | 24,5 (33,4 - 65,5) | 5 | 23,7 (18,3 - 55,9) |
| En el lugar donde frecuentemente, usted consigue clientes (que le pagan por tener sexo), las personas que manejan el sitio la obligan a consumir alcohol o drogas | | | | | | |
| Si, alcohol | 4 | 1,3 (0 - 6,1) | 1 | 1,4 (0 - 4,5) | 6 | 5,1 (1,6 - 10,) |
| Si, drogas | 2 | 1,9 (0 - 4,3) | 3 | 0,1 (0 - 6) | - | - |
| Si, alcohol y drogas | 14 | 16,6 (2,1 - 46,4) | 8 | 6,1 (0,8 - 5,7) | 10 | 6,7 (0 - 9) |
| No, ni alcohol ni drogas | 120 | 80,2 (57,2 - 95) | 141 | 92,5 (89,9 - 98,9) | 94 | 88,2 (84,1 - 95,9) |
| Número clientes en los últimos 30 días | | | | | | |
| Ninguno | 8 | 1,8 (0,3 - 4,6) | 12 | 8 (4,3 - 15,) | 10 | 12 (5,8 - 16,7) |
| 1 a 3 clientes | 25 | 26,3 (9,3 - 29,1) | 15 | 5,9 (2,1 - 13) | 20 | 16,2 (10,4 - 29) |
| Mas de 3 clientes | 104 | 71,9 (61,8 - 92,2) | 120 | 86,1 (71,1 - 92,1) | 74 | 71,9 (58,6 - 76,8) |

6.1.5 Acceso, uso de condón y lubricante

En la siguiente sección se presentan los resultados sobre acceso y uso de condones y lubricantes. En la primera parte se describen en especial características de la información o instrucciones que conocen las mujeres transgénero sobre el uso adecuado del condón, seguido por el acceso a estos, donde se indagó por sitios donde consiguen los condones y cuánto tiempo tardan en conseguirlos en caso de necesitarlos. A continuación, se muestran las características de uso del condón y algunas actitudes relacionadas, como son el lugar donde guardan los condones, la frecuencia y razones para su uso, y las situaciones en que no utilizan este método de protección. Por último, se exponen los hallazgos en materia de lubricantes para todas las ciudades del estudio.

En las tres ciudades, siete de cada diez MT aproximadamente indicaron que usaron condón la última vez que tuvieron sexo anal: 72,7% en Bogotá, 72,5% en Cali, y 65,5% en Medellín. Bogotá fue la ciudad donde más mujeres transgénero indicaron haber recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón, con un 90%, seguido de Medellín con un 87,8% y Cali con un 87,7%. A continuación, se presenta un análisis más detallado por ciudad, cuya información se puede ampliar en la tabla 14 sobre uso de condón y en la tabla 15 sobre uso de lubricante.

6.1.5.1 Bogotá

En Bogotá, el 98,9% de las MT reportó que conoce lugares donde pueden adquirir condones; de estas el 89,6% indicó que en las farmacias/droguerías como principal lugar para conseguirlos, seguido de fundaciones, asociaciones u ONG con una proporción de 68,8% y tercero los supermercados con un 59,8%. Cabe destacar que el 16,7% manifestó que en los centros de salud/hospital pueden conseguir condones. Un 61,5 % manifestó que conoce personas con quienes conseguir condones, en especial, amigos en un 72,9%, seguido de promotores de fundaciones, asociaciones u ONG con un 69,3% y trabajador de salud 55,6% siendo esta última última proporción la más alta entre las tres ciudades.

El 84,1%, de las mujeres transgénero en esta ciudad indica que usa condón, de esta proporción el 97% lo hace para prevenir una ITS o VIH, por su cuidado en un 89,5%, por higiene en un 63,4% siendo esta proporción la más alta entre las tres ciudades, por costumbre en un 43,2% y por comodidad en un 31,7%. Las principales situaciones en las que no hacen uso del condón son por estar con la pareja amorosa en un 56,7%, seguido de por estar excitada 34,9% y del erotismo en un 33,9%. A su vez se destacan las siguientes situaciones de no uso de condón, que aunque se reportaron en menor proporción que las tres anteriores, fueron las más altas de las tres ciudades: cuando ha estado bajo los efectos del alcohol 20,9%, cuando no han conseguido 19,6%, cuando le gusta correr riesgos 18,1%, cuando la pareja está bajo los efectos del alcohol 15,5% y cuando hay un “extra” por no usarlo.

Cuando se les indago sobre la frecuencia de ruptura del condón en los últimos seis meses, un 49% reportó que algunas veces le había ocurrido. El 60,5% de las MT indicó que había recibido condones gratis durante los últimos 12 meses contados desde el día anterior a la encuesta. Al igual que en las otras dos ciudades, estos condones los recibieron principalmente de amigos/compañeros 72,9%, seguido de fundaciones, asociaciones u ONG 68,8% y en bar/discoteca/taberna 34,4%. El 62,8% señaló que se tardarían menos de 30 minutos en conseguir un condón masculino, si les hiciera falta, siendo la proporción más baja entre las tres ciudades. Mientras un 25,1% no sabe o no responde en cuanto al tiempo que tardaría en conseguirlo, siendo esta la proporción más alta de las tres ciudades.

Los resultados en cuanto a la frecuencia de uso de lubricantes en los últimos seis meses en esta ciudad, mostraron que: el 36,7% alguna vez lo uso, 31,9% indica que



siempre lo uso y el 31,4% nunca lo uso. El lubricante a base de agua es el principal que uso con el 81,9%, seguido de saliva 54,5%, cremas 52,4%, vaselina 36,4%, gel vaginal 31,3% y aceite de bebé 25,5%.

6.1.5.2 Medellín

Por su parte en Medellín, el 94,8% de las MT conoce lugares donde pueden obtener o comprar condones; como en las demás ciudades el principales lugares que conocen es la farmacia/droguería 87,6%, seguido de tienda/cigarrería 43,4%, del supermercado 32% y fundaciones, asociaciones u ONG 27,6%. Una proporción del 59,6% indico que conoce personas con las cuales puede conseguir condones, de los cuales 78,1% señalan que estas personas eran amigos, 33,4% promotores de fundaciones, asociaciones u ONG y 25,4% era trabajador de la salud.

En esta ciudad el 90,4% usa condón, siendo la proporción más alta entre las tres ciudades. Las razones del uso del condón son principalmente la prevención de una ITS/VIH 94,3%, seguido por la opción de su propio cuidado en un 32,8% y a diferencia de las otras dos ciudades, en Medellín únicamente el 1,2% y el 1,3% indica que usa el condón por costumbre y comodidad respectivamente. Al igual que las otras dos ciudades la principal situación de no uso de condón es con la pareja amorosa 43,3%, seguida del erotismo 18,9%, cuando esta excitada 12,3% y cuando está bajo los efectos del alcohol y drogas 11,1%.

El 43,3% se le ha roto el condón algunas veces en los últimos 6 meses, proporciones similares a las demás ciudades. El 62,6% de participantes en Medellín ha recibido condones gratis durante los últimos 12 meses contados hasta el día anterior a la encuesta. Estos condones los recibieron principalmente de amigos/compañeros en un 78,1%, seguido de fundaciones, asociaciones u ONG 27,6% siendo esta última la proporción más baja de las tres ciudades y seguido de bar/discoteca/taberna 21,9%. El 87,7% tarda menos de 30 minutos en conseguir un condón masculino. Los hallazgos respecto al uso de lubricante en Medellín en los últimos seis meses, muestran que 36,4% nunca uso lubricante, 34,9% siempre lo uso y 28,7% algunas vez lo uso.

6.1.5.3 Cali

En la ciudad de Cali el 100% de las MT conoce los lugares donde pueden conseguir o comprar condones, y el 63,8% conoce personas con quienes pueden acceder a ellos. Los principales lugares donde saben que pueden conseguir los condones fueron la farmacia/droguería 89,7%, seguido de la tienda/cigarrería en un 33,9% y las funciones, asociaciones u ONG en un 32,9%. Únicamente el 10,6% indica que el centro de salud/hospital es uno de los lugares donde pueden conseguir condones y en una proporción aún más baja 1,5%, menciona a las clínicas privadas/consultorios como lugares para obtener estos. Los amigos son el principal contacto que conocen para conseguir condones con un 78,9%, seguido de promotores de fundaciones, asociaciones y ONG con un 53,2%

y por los trabajadores del área de la salud en un 20,4%. El 84% indica que usa condón y que de estos la gran mayoría, al igual que las otras dos ciudades del estudio lo hacen para prevenir una ITS/VIH 97,1%, el 44,1% lo hace por el cuidado de ellas mismas, 20,1% lo usa por costumbre y 17,8% por comodidad. Al igual que en Medellín y Bogotá la principal situación para el no uso de condón en esta ciudad es con la pareja amorosa 58,7%, seguido del erotismo con un 20% y cuando están excitadas 16,2%, únicamente el 7,3% reportó no haberlo usado por estar bajo los efectos del alcohol y un 4% cuando cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS.

El 48,6% de las mujeres transgénero en Cali dijo que nunca se les había roto un condón y el 43,8% que algunas veces. Una proporción de 63,6% señaló haber recibido condones gratis durante los últimos 12 meses contados hasta el día anterior que se les hizo la encuesta. Los principales sitios o personas que les regalaron estos condones fueron amigos/compañeros en un 78,6%, seguido de fundaciones, asociaciones y ONG 32,9% y en Bar/discoteca/taberna en un 23,6%. Al igual que las otras dos ciudades la gran mayoría de participantes señalaron que se tardó menos de 30 minutos en conseguir un condón masculino, 79,8%.

La mayoría de las mujeres transgénero en esta ciudad emplean siempre o algunas veces lubricantes 37,8% y 40% respectivamente, un 76,6% usan lubricantes a base de agua, el 45,2% usa cremas, el 38,8% la saliva, el 22,6% gel vaginal, 22,5% aceite de bebé y 20,6% indica que usa vaselina como sustancia lubricante en sus relaciones sexuales.

Tabla 14. Acceso y uso de condón, en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| La última vez que tuvo sexo anal, ¿usó condón? | | | | | | |
| Si | 156 | 65,5 (53,9 - 71,5) | 204 | 72,7 (59,4 - 84,8) | 141 | 72,5 (66,2 - 76,9) |
| No | 61 | 34,5 (24,6 - 42,3) | 44 | 27,3 (14 - 32,7) | 62 | 27,5 (19,6 - 34,4) |
| Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón | | | | | | |
| Si | 187 | 87,8 (83 - 92,7) | 227 | 90 (79,6 - 94,2) | 179 | 87,7 (85,9 - 93,4) |
| No | 30 | 12,2 (6,9 - 15,7) | 21 | 10 (7,1 - 13,6) | 24 | 12,3 (8,1 - 15,8) |
| Qué lugar conoce para conseguir o comprar condones | | | | | | |
| Tienda/cigarrería | 94 | 43,4 (31,2 - 54,7) | 61 | 19,4 (13,2 - 24,1) | 64 | 33,9 (27,3 - 39,6) |
| Farmacia/droguería | 184 | 87,6 (83,8 - 92) | 219 | 89,6 (78,2 - 94) | 179 | 89,7 (84,4 - 93,8) |
| Supermercado | 65 | 32 (26 - 38,1) | 130 | 59,8 (55,3 - 68,3) | 66 | 34 (30,2 - 38) |
| Clínica privada, consultorio | 5 | 2,2 (0,3 - 3,9) | 8 | 3,1 (0,3 - 6,7) | 4 | 1,5 (1,3 - 3,8) |
| Centro de salud / hospital | 36 | 16,4 (7 - 23,5) | 50 | 16,7 (12,9 - 26,5) | 22 | 10,6 (6,8 - 15,3) |
| Videos XXX | 3 | 2,2 (0 - 4,9) | 6 | 1,6 (0,3 - 4,6) | - | - |
| Bar / Discoteca / Taberna | 11 | 21,9 (14,4 - 33,7) | 33 | 34,4 (13,9 - 54,6) | 5 | 23,6 (12,5 - 31,8) |
| Fundaciones, asociaciones u organizaciones no gubernamentales | 62 | 27,6 (25,7 - 35,3) | 169 | 68,8 (56,8 - 76,3) | 74 | 32,9 (27,3 - 37,6) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Peluquerías o salones de belleza | 4 | 0,8 (0 - 2,1) | 24 | 8 (4,1 - 8,6) | 6 | 3,9 (0,7 - 8,8) |
| Tienda de artículos para sexo | 14 | 11,4 (5,9 - 18) | 39 | 10,5 (6,5 - 16,7) | 22 | 13,7 (8,4 - 19,1) |
| Saunas / Baños turcos | 5 | 6,9 (0 - 12,) | 8 | 2,2 (0,6 - 2,9) | 2 | 0,7 (0 - 1,1) |
| Cabinas de internet | 4 | 1,7 (0 - 4,9) | 6 | 3,7 (1,8 - 7,1) | 1 | 0,2 (0 - 0,4) |
| Hotel / Motel / Residencia | 41 | 9,1 (1,7 - 11,) | 66 | 12 (1,9 - 29,3) | 33 | 3 (0 - 6,9) |
| Baños de Centros Comerciales | 2 | 0,4 (0 - 1,3) | 3 | 0,5 (0,2 - 0,7) | 1 | 0,3 (0 - 2,4) |
| Casa de citas / coreográficos / whiskerías / prostíbulo | 3 | 2 (0 - 3,1) | 12 | 2 (1 - 4,2) | 6 | 3,9 (0,9 - 6,4) |
| Cantina | 3 | 8,1 (2,8 - 13,) | 5 | 3,4 (0,3 - 2,9) | 5 | 1,2 (0 - 1,1) |
| Ninguno, no conoce ningún lugar para conseguir condones | 6 | 5,2 (0 - 12,) | 1 | 1,1 (0 - 2) | - | - |
| Otro | 12 | 5,7 (1 - 11,) | 20 | 5,2 (2,9 - 8,5) | 15 | 7,3 (4,3 - 10,) |
| Conoce a personas con las cuales pueda conseguir condones | | | | | | |
| Si | 149 | 59,6 (56,8 - 71,4) | 186 | 61,5 (54,7 - 70,1) | 141 | 63,8 (55,9 - 73,6) |
| No | 68 | 40,4 (27,9 - 48,1) | 62 | 38,5 (28,2 - 49,9) | 62 | 36,2 (26 - 41) |
| Qué personas conoce para conseguir condones | | | | | | |
| Trabajador de la salud | 31 | 25,4 (17,8 - 44,3) | 102 | 55,6 (44,9 - 67,1) | 34 | 20,4 (12,4 - 27,1) |
| Amigos | 108 | 78,1 (73,4 - 85) | 138 | 72,9 (60,1 - 76,6) | 112 | 78,9 (65,9 - 84,4) |
| Familia | 13 | 4,4 (1,4 - 8,3) | 5 | 2,1 (0,3 - 3,7) | 11 | 4,2 (1,3 - 6) |
| Vendedores ambulantes | 1 | - | 2 | 0,3 (0 - 0,9) | 5 | 4,2 (0,7 - 9,8) |
| Trabajador(as) sexuales | 21 | 16,7 (5,5 - 34) | 51 | 28,5 (16,8 - 34,2) | 15 | 12,4 (5,9 - 16,6) |
| Promotores de fundaciones, asociaciones u organizaciones no gubernamentales | 53 | 33,4 (19,6 - 36,8) | 138 | 69,3 (56,2 - 78,4) | 73 | 53,2 (47,2 - 61,3) |
| Otra | 17 | 11,7 (5,8 - 17,4) | 9 | 4 (0,5 - 11,) | 11 | 9,3 (5,5 - 12,) |
| Usted usa condón | | | | | | |
| Si | 203 | 90,4 (80,8 - 97,4) | 227 | 84,2 (76 - 86,7) | 170 | 84 (79,4 - 87) |
| No | 14 | 9,6 (2,2 - 20,) | 21 | 15,8 (9,6 - 28,1) | 33 | 16 (13,3 - 19,2) |
| Por qué ha utilizado condón | | | | | | |
| Comodidad | 5 | 1,3 (0,1 - 2,7) | 61 | 31,7 (20,3 - 34,2) | 33 | 17,8 (8,4 - 24,4) |
| Costumbre | 6 | 1,2 (0 - 1,8) | 83 | 43,2 (30,8 - 45,6) | 38 | 20,1 (15,2 - 35,3) |
| prevenir una ITS /VIH | 189 | 94,3 (91 - 97,2) | 214 | 97 (95,2 - 98,9) | 162 | 97,1 (95,6 - 98) |
| Para prevenir un embarazo | 2 | 0,4 (0 - 1) | 11 | 5,9 (3,3 - 14,) | 6 | 5,1 (0,9 - 9,7) |
| Por higiene | 19 | 11,8 (3,6 - 20,7) | 127 | 63,4 (54,4 - 66,3) | 66 | 35,6 (29,7 - 45,3) |
| Mis parejas me lo exigen | 6 | 1,6 (0,9 - 2,6) | 33 | 13,2 (7 - 20,2) | 4 | 4,7 (0,5 - 9,2) |
| Por cuidar a mi pareja | 16 | 8 (5,3 - 14,) | 53 | 27,6 (22,8 - 41,6) | 20 | 15,1 (9,5 - 23,7) |
| Por mi cuidado | 57 | 32,8 (22,6 - 36,1) | 195 | 89,5 (82,8 - 91) | 77 | 44,1 (28,5 - 56,7) |
| Otro | 1 | 5,7 (2,2 - 8,8) | 9 | 5,2 (3,4 - 9,5) | 8 | 7,3 (4,2 - 9,9) |
| En cuales situaciones NO ha utilizado el condón | | | | | | |
| Con la pareja amorosa | 96 | 43,4 (33,1 - 57,2) | 124 | 56,7 (46,9 - 68,3) | 98 | 58,7 (52,4 - 64,4) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Por erotismo | 34 | 18,9 (10,9 - 32,8) | 63 | 33,9 (33,3 - 47,6) | 41 | 20 (9,1 - 24,9) |
| Cuando le gusta correr riesgos | 14 | 9,8 (3 - 25,) | 31 | 18,1 (6,1 - 23,9) | 10 | 2,8 (0,1 - 4,9) |
| Cuando hay un “extra” por no usarlo | 20 | 7 (4 - 11,) | 33 | 13,5 (6,4 - 29,1) | 6 | 5 (0,6 - 9,7) |
| Con parejas comerciales | 15 | 10,4 (6 - 29) | 7 | 3,5 (1,4 - 5,7) | 7 | 3,4 (2 - 6,9) |
| Cuando esta excitada | 37 | 12,3 (8,8 - 19,1) | 71 | 34,9 (27,5 - 42,5) | 36 | 16,2 (7 - 29,7) |
| Cuando la pareja no quiere | 19 | 5,2 (3,3 - 7,7) | 19 | 7,2 (3,1 - 8,9) | 19 | 8,6 (3,7 - 13,) |
| Cuando no ha conseguido | 30 | 10,8 (8,6 - 17,5) | 43 | 19,6 (11 - 32,3) | 19 | 11 (6,7 - 16,6) |
| Cuando ha querido tener hijos | 6 | 7,2 (1,5 - 13) | 1 | 0,1 (0 - 0,3) | - | - |
| Cuando sabe que la pareja está tomando tratamiento antirretroviral | 4 | 1,6 (0,1 - 2,2) | - | - | 1 | 0,4 (0 - 1,1) |
| Cuando la pareja ha estado bajo los efectos del alcohol o las drogas | 21 | 9,1 (3,5 - 16) | 30 | 15,5 (3,4 - 38,5) | 9 | 5,4 (3,5 - 8,8) |
| Cuando ha sentido vergüenza de pedir el condón | 6 | 7,3 (0,4 - 17) | 10 | 10,4 (2,8 - 19,5) | 2 | - |
| Cuando la relación ha sido sin su consentimiento | 7 | 2,2 (0 - 5,3) | 19 | 9,1 (5 - 13,) | - | - |
| Con parejas ocasionales o contactos casuales | 15 | 8,9 (2,1 - 16,) | 15 | 3,9 (2 - 7,8) | 7 | 3,7 (1,6 - 6,5) |
| Cuando cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS | 9 | 9,4 (4 - 15,) | 5 | 3,4 (0,2 - 8,3) | 4 | 4 (0,6 - 6,9) |
| Cuando ha estado bajo los efectos del alcohol o drogas | 26 | 11,1 (8,7 - 16,3) | 44 | 20,9 (12,8 - 28) | 15 | 7,3 (2,9 - 9,8) |
| Otro | 22 | 5,7 (1,3 - 9,9) | 36 | 5,2 (3,4 - 8,7) | 33 | 7,3 (6,1 - 9,2) |
| No | 181 | 94,3 (88 - 98,7) | 191 | 94,8 (92,9 - 97,1) | 137 | 92,7 (90,6 - 95,3) |
| Con qué frecuencia se le han roto los condones en los últimos 6 meses | | | | | | |
| Siempre | 1 | 0,3 (0 - 0,5) | 1 | 0,5 (0 - 2,2) | 3 | 1,7 (0 - 4,1) |
| Algunas veces | 102 | 43,3 (38,6 - 57,3) | 107 | 49 (39,4 - 54,3) | 77 | 43,8 (38,9 - 48,8) |
| Nunca | 88 | - | 110 | 44,2 (39,4 - 55,4) | 78 | 48,6 (44,5 - 62,8) |
| No uso condón en los últimos 6 meses | 5 | - | 3 | 1,5 (0 - 3,2) | 7 | 2,8 (1,7 - 4) |
| No ha tenido relaciones sexuales | 7 | - | 6 | 4,8 (0,8 - 7,8) | 5 | 3,2 (1,7 - 4,5) |
| Ha recibido condones GRATIS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES contados hasta ayer | | | | | | |
| Si | 144 | 62,6 (54,8 - 76,9) | 198 | 60,5 (49 - 71,3) | 139 | 63,6 (61,9 - 70,7) |
| No | 73 | 37,4 (28 - 42) | 50 | 39,5 (21,9 - 40,8) | 64 | 36,4 (30,6 - 40,3) |
| En qué sitio(s) o de quién(es) ha recibido los condones gratis | | | | | | |
| Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (Estatad) | 33 | 19,6 (15,3 - 39,8) | 57 | 35,8 (22,5 - 49,1) | 17 | 15,6 (10,1 - 25,4) |
| Centro de atención de una EPS | 12 | 10,8 (1 - 30,1) | 39 | 27,6 (13,7 - 29,8) | 13 | 7 (3,6 - 12,) |
| Hospital o clínica privada | 1 | - | 3 | 3,3 (0 - 3,7) | 3 | 0,8 (0 - 1,8) |
| Consultorio médico particular | - | - | - | - | - | - |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| En el trabajo o estudio | 6 | - | 16 | 7,1 (1,6 - 11,) | 13 | 9,7 (5,5 - 17,) |
| Hotel/ motel / residencia | 4 | 9,1 (0,4 - 18,) | 32 | 12 (6,6 - 24,7) | 12 | 3 (0,7 - 7,1) |
| Bar / discoteca / taberna | 2 | 21,9 (6,3 - 38,6) | 19 | 34,4 (14,9 - 57,4) | 2 | 23,6 (11,1 - 33,8) |
| Fundaciones, asociaciones, u organizaciones no gubernamentales | 75 | 27,6 (19,1 - 35,3) | 135 | 68,8 (62,1 - 78,5) | 90 | 32,9 (29,5 - 40,3) |
| Amigos / compañeros | 32 | 78,1 (70,4 - 88) | 86 | 72,9 (46,9 - 77,5) | 46 | 78,9 (69,9 - 82,5) |
| Sauna / Baño turco | - | 3,2 (0 - 4,3) | 5 | 4,4 (1,5 - 6,1) | 1 | - |
| Cabina de internet | - | 9,5 (1,9 - 24,) | 2 | 5,4 (1,8 - 6,8) | - | 1,6 (0 - 2,4) |
| Salas o Cabinas de video X | 2 | - | 1 | 3,3 (0 - 3,8) | - | - |
| Espacios públicos: calles, parques, plazas | 15 | 15 (2,5 - 30) | 38 | 19,4 (8,1 - 23,7) | 14 | 13,3 (8,7 - 26,6) |
| Otro | 17 | 5,7 (2,5 - 9) | 13 | 5,2 (3,5 - 7,2) | 13 | 7,3 (3,6 - 8,8) |
| Cuánto tiempo tardaría en conseguir un condón masculino, si le hiciera falta | | | | | | |
| Menos de 30 minutos | 188 | 87,7 (85,4 - 93,1) | 179 | 62,8 (52,2 - 71,6) | 162 | 79,8 (74,4 - 85,3) |
| De 30 minutos a 1 hora | 18 | 8,6 (3,5 - 9,3) | 14 | 3,8 (2,9 - 10,) | 31 | 15,1 (12 - 18,7) |
| Mas de 1 hora | 7 | 1,3 (0,6 - 1,7) | 10 | 8,3 (0,7 - 20,) | 6 | 4,1 (1,5 - 6,7) |
| NS/NR | 4 | 2,4 (1,3 - 4,8) | 45 | 25,1 (16,9 - 33,8) | 4 | 1 (0,3 - 2,5) |

Tabla 15. Acceso y uso de lubricantes, en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Con qué frecuencia ha utilizado lubricantes durante los últimos 6 meses contados hasta ayer | | | | | | |
| Siempre | 72 | 34,9 (27,2 - 37,1) | 107 | 31,9 (24,1 - 38,1) | 79 | 37,8 (33,9 - 46,2) |
| Algunas veces | 85 | 28,7 (20,7 - 36,1) | 90 | 36,7 (21,8 - 44,6) | 75 | 40 (38,7 - 46,4) |
| Nunca | 60 | 36,4 (22,2 - 47,5) | 51 | 31,4 (19,8 - 36,2) | 49 | 22,2 (18 - 29) |
| Qué sustancia(s) usa como lubricante en sus relaciones sexuales | | | | | | |
| Lubricante a base de agua | 87 | 53,3 (47,4 - 79,9) | 172 | 81,9 (71,1 - 92,1) | 109 | 76,6 (64,2 - 86,1) |
| Vaselina | 42 | 19,4 (8,2 - 19) | 57 | 36,4 (27,9 - 52,3) | 34 | 20,6 (13,6 - 30) |
| Cremas | 45 | 26,7 (22,2 - 47) | 99 | 52,4 (41,5 - 58,8) | 64 | 45,2 (36,7 - 54,1) |
| Gel vaginal | 2 | 1,8 (0 - 3,9) | 44 | 31,3 (28,3 - 58) | 32 | 22,6 (9,9 - 38,4) |
| Aceite de bebé | 33 | 23,5 (5 - 22,2) | 38 | 25,5 (23,1 - 52,6) | 37 | 22,5 (14,1 - 24) |
| Mantequilla | - | - | 1 | 1,4 (0 - 4,8) | - | - |
| Aceite de cocina | 1 | 0,6 (0 - 5,3) | 1 | 1,4 (0 - 3,2) | 1 | 1,1 |
| Miel | - | - | 2 | 1,9 (0 - 5,7) | 1 | 1,8 (0 - 4,3) |
| Saliva | 34 | 17,9 (10,6 - 23,6) | 91 | 54,5 (47,8 - 66,8) | 52 | 38,8 (34,8 - 49) |
| Aceite Minera | 8 | 7,3 (4 - 13,) | 7 | 4 (0,2 - 3) | 6 | 3,2 (0,9 - 6,1) |
| Otro | 14 | 5,7 (1,4 - 9,3) | 13 | 5,2 (2,1 - 9,3) | 15 | 7,3 (4,7 - 11,) |

6.1.6 Infecciones de transmisión sexual (ITS)

La tabla 16 presenta los resultados relacionados con el capítulo de ITS de la encuesta, donde se indagó acerca del conocimiento de la manera de transmisión de estas enfermedades, si les habían diagnosticado alguna vez alguna ITS, además de si habían recibido atención médica y las acciones que realizan para protegerse de estas.

9 de cada 10 participantes, indicaron haber oído que las ITS se pueden transmitir al tener relaciones sexuales, (Medellín 98,2%, Bogotá 99,2% y Cali 97,6%). Frente al auto reporte de haber padecido una ITS en el último año el 90,5% de las mujeres de Bogotá, el 85,1% en Cali y el 80,9% en Medellín refirieron no haber padecido una ITS

Tabla 16. Infecciones de transmisión sexual, en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Ha oído de las infecciones que se pueden transmitir al tener relaciones sexuales | | | | | | |
| Si | 208 | 98,2 (97,4 - 98,6) | 247 | 99,2 (97,5 - 100) | 208 | 97,6 (94,5 - 99,5) |
| No | 9 | 1,8 (0,4 - 2,3) | 1 | 0,8 (0 - 1,7) | 9 | 2,4 (0,5 - 4,4) |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual? | | | | | | |
| Si | 35 | 19,1 (11,1 - 26,4) | 31 | 9 (6,7 - 13,) | 29 | 13,8 (11,3 - 19,5) |
| No | 173 | 80,9 (73,5 - 82,9) | 214 | 90,5 (88,7 - 94,2) | 166 | 85,1 (82,2 - 89,5) |
| NS/NR | - | - | 2 | 0,5 (0 - 0,9) | 3 | 1,1 (0 - 1,4) |
| Para esa o esas infecciones que tuvo, recibió tratamiento médico | | | | | | |
| Si | 31 | 1,8 | 30 | 83 (51,8 - 100) | 26 | - |
| No | 4 | 98,2 | 1 | 17 | 3 | - |
| La última vez que tuvo una infección de transmisión sexual ¿usó condones al tener relaciones sexuales? | | | | | | |
| SI | 26 | 0 | 23 | 0 | 18 | 74,4 (61,9 - 100) |
| No | 8 | - | 3 | - | 9 | 25,6 (0 - 38,1) |
| No tuvo relaciones sexuales | 1 | - | 4 | - | 1 | 0 (0 - 21,) |
| NR | - | - | 1 | - | 1 | 0 (0 - 27,) |
| ¿En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, se ha realizado pruebas diagnósticas de Infecciones de transmisión sexual? | | | | | | |
| Si | 33 | 22,4 (11 - 33,7) | 58 | 22,5 (16,5 - 30,9) | 36 | 34 (19,9 - 42,1) |
| No | 137 | 77,6 (59,4 - 82) | 148 | 77,5 (67,4 - 87,5) | 95 | 66 (60,6 - 74,6) |

6.1.7 Conocimientos sobre VIH/Sida

En este apartado se presentan los conocimientos sobre el VIH/SIDA que tenían las participantes de todas las ciudades del estudio. Cabe aclarar que antes de hacer las preguntas de este capítulo, se les explicaba que no había respuestas correctas o incorrectas

y que lo que se buscaba era conocer su opinión, esto con el fin de no hacer sentir que se estuviera evaluando.

En primer lugar, si han oído hablar del VIH/SIDA, se muestran los hallazgos en cuanto a conocimientos específicos relacionados con la prevención y con la transmisión del virus, seguido por las fuentes de información que han tenido y la participación en actividades de información o educación sobre el VIH/SIDA, y las entidades que se las han brindado.

Las mujeres que participaron en el estudio han oído hablar del VIH/SIDA, para el caso de Cali y Medellín una proporción del 99% y para Bogotá un 99,6%. Las proporciones halladas respecto a los conocimientos sobre la prevención y transmisión del VIH, fueron similares en las tres ciudades, aunque hay muchas respuestas correctas, hay otras donde aún se observan algunos vacíos de conocimientos.

El 51,4% en Bogotá, 59,8 en Medellín y 62,5% en Cali indicaron que el VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales. Más del 90 % mujeres transgénero en las tres ciudades consideraron que el VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una de las relaciones, con una proporción del 96,3% en Bogotá, 92,4% en Cali y 91,4% en Medellín. A su vez una gran mayoría consideró que una persona de aspecto saludable puede tener VIH con una proporción del 100% en Bogotá, 96,8% en Cali y 95,5% en Medellín. Aunque no es una proporción alta, aún existe un número considerado de personas que creen se puede transmitir el VIH por picaduras de zancudo, 30,4% en Bogotá, 29,5% en Medellín y 23,8% en Cali, la gran mayoría de participantes compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene VIH, 84,4% en Cali, 85,7 en Bogotá y 93,1% en Medellín. De igual manera la mayoría considera que los niños con VIH deben asistir a la escuela/colegio con niños que no tienen VIH 89,9% en Bogotá, 91,3% en Cali y 92% en Medellín.

Los amigos/amigas, son la principal fuente de información donde las participantes han adquirido los conocimientos que tienen sobre VIH, SIDA o ITS, con una proporción del 72,9% en Bogotá, 78,1% en Medellín y 78,9% en Cali. Para el caso de Bogotá indicaron otras fuentes de información en altas proporciones, como fundaciones u ONG 68,8%, campañas promovidas por alguna entidad 65,5%, medios de comunicación como televisión, radio, prensa o internet en un 64,5%, establecimientos educativos en un 55,7% y alcaldías o secretarías en un 54,4%. Por su parte en Cali las otras fuentes de información que indicaron la mayoría de las participantes fueron campañas promovidas por alguna entidad 50,6% y establecimientos educativos 50,5%. Mientras que en Medellín, las demás fuentes de información aparte de amigos/amigas obtuvieron proporciones menores al 50%. Esta información se puede ampliar en la tabla 17. Respecto a la participación en actividades de información o educación sobre VIH/SIDA en los últimos 12 meses, el 66,9% en Bogotá, 62% en Cali y 61,4% en Medellín había participado.

Tabla 17. Conocimientos sobre VIH/Sida en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Ha oído hablar de VIH o SIDA | | | | | | |
| Si | 212 | 99 (98,3 - 99,6) | 246 | 99,6 (99,1 - 100) | 200 | 99 (97,9 - 99,9) |
| No | 5 | 1 (0,5 - 1,8) | 2 | 0,4 (0 - 0,7) | 3 | 1 (0 - 1,3) |
| El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales | | | | | | |
| Si | 119 | 59,8 (51,4 - 69) | 124 | 51,4 (48,2 - 66,1) | 122 | 62,5 (58,5 - 69,3) |
| No | 82 | 37,5 (21,5 - 41,5) | 118 | 48,3 (34,8 - 58,2) | 75 | 35,7 (34,3 - 42,3) |
| No sabe | 11 | 2,8 (0,5 - 3,2) | 4 | 0,2 (0 - 1) | 3 | 1,8 (0 - 3,4) |
| El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales | | | | | | |
| Si | 184 | 91,4 (87,9 - 94,6) | 237 | 96,3 (94,4 - 98,4) | 182 | 92,4 (90,5 - 96,2) |
| No | 18 | 8,6 (3,7 - 17,) | 7 | 3,7 (1,6 - 5,3) | 14 | 7,6 (4,5 - 10,) |
| Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o SIDA | | | | | | |
| Si | 198 | 95,5 (91,9 - 98,4) | 238 | 100 (97,4 - 100) | 186 | 96,8 (95,6 - 99) |
| No | 8 | 4,5 (0,9 - 5,9) | 1 | 0 (0 - 0,5) | 7 | 3,2 (2,2 - 6,1) |
| Se puede transmitir el VIH por picaduras de zancudo | | | | | | |
| Si | 55 | 29,5 (26,1 - 38,8) | 53 | 30,4 (26,2 - 41,2) | 39 | 23,8 (18,9 - 26,6) |
| No | 118 | 70,5 (48,4 - 74,9) | 153 | 69,6 (49,3 - 90) | 132 | 76,2 (70,6 - 86,8) |
| Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada | | | | | | |
| Si | 25 | 12,9 (7,5 - 18,3) | 16 | 13,1 (6,2 - 36,3) | 22 | 11,5 (6,4 - 19,5) |
| No | 179 | 87,1 (82,7 - 91,9) | 223 | 86,9 (66,9 - 89,1) | 167 | 88,5 (82,9 - 92,7) |
| Usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH | | | | | | |
| Si | 185 | 93,1 (87,1 - 95,6) | 214 | 85,7 (80,9 - 91,6) | 158 | 84,4 (79,9 - 90,6) |
| No | 15 | 6,9 (4,4 - 12,9) | 27 | 14,3 (11,1 - 22,5) | 31 | 15,6 (15,6 - 20,5) |
| Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela / colegio con los niños que no tienen VIH | | | | | | |
| Si | 188 | 92 (85,7 - 94,6) | 232 | 89,9 (85,4 - 96,4) | 178 | 91,3 (87,3 - 95,3) |
| No | 15 | 8 (6,7 - 12,) | 11 | 10,1 (1,2 - 15,1) | 18 | 8,7 (7 - 10,) |
| La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por | | | | | | |
| Televisión, radio, prensa o internet | 81 | 35,3 (21,5 - 43) | 131 | 64,5 (59,1 - 70,1) | 78 | 46,1 (38,5 - 50,9) |
| Clínica, hospital u otra institución de salud | 69 | 26,6 (22,3 - 32,2) | 80 | 27 (20,1 - 37) | 77 | 43,2 (36,5 - 46,1) |
| Establecimiento educativo | 73 | 33,6 (24,1 - 45) | 118 | 55,7 (50,7 - 61,5) | 90 | 50,5 (35,4 - 60,2) |
| Familia | 12 | 4,4 (1,2 - 6,7) | 20 | 2,1 (0,3 - 3,8) | 34 | 4,2 (1,4 - 4,9) |
| Amigos o amigas | 64 | 78,1 (71,3 - 81,9) | 156 | 72,9 (64,5 - 75,1) | 93 | 78,9 (69 - 84,5) |
| Iglesias | 1 | 0,1 (0 - 0,2) | 7 | 3,9 (0,8 - 7,4) | 1 | 1,1 (0 - 3,5) |
| Alcaldía o Secretarías | 25 | 10,3 (3,4 - 15,1) | 111 | 54,4 (41,9 - 67,9) | 44 | 24,4 (16,6 - 32,1) |
| Lugar de trabajo | 11 | 7,3 (1,8 - 13,) | 64 | 21,8 (13,7 - 31,9) | 36 | 19,8 (13,9 - 31,2) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Fundaciones, asociaciones, u organizaciones no gubernamental | 110 | 27,6 (21,5 - 30,8) | 152 | 68,8 (62,5 - 72,1) | 114 | 32,9 (27 - 43,5) |
| Campañas promovidas por alguna entidad | 81 | 38,3 (30 - 42,8) | 161 | 65,5 (54,3 - 71,4) | 96 | 50,6 (48,7 - 56,9) |
| No tiene información sobre VIH o SIDA | 9 | 6 (0,7 - 14,) | 4 | 3,4 (0,2 - 6,7) | 4 | 1,5 (0,3 - 2,8) |
| Otro | 11 | 5,7 (3,7 - 12,) | 29 | 5,2 (2,4 - 8,4) | 17 | 7,3 (4,4 - 9,5) |
| Ha participado en los ÚLTIMOS 12 MESES en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA | | | | | | |
| Si | 94 | 38,6 (32,7 - 47,1) | 104 | 33,1 (24,1 - 40) | 92 | 38 (33,5 - 48,8) |
| No | 123 | 61,4 (52,1 - 79,2) | 144 | 66,9 (54,8 - 76,9) | 111 | 62 (48,6 - 64,7) |

6.1.8 Conocimientos, opiniones y actitudes hacia la prueba de VIH

En el siguiente capítulo (Tabla 18) se presentan los resultados concernientes a los conocimientos, opiniones y actitudes, que tienen las mujeres transgénero de las tres ciudades del estudio hacia las pruebas de detección del VIH. Se describe la prevalencia de uso de la prueba para el VIH en los últimos 12 meses, los motivos para realizársela, si le realizaron la consejería la última vez que se hicieron la prueba, la percepción de idoneidad de la persona que brindó tal consejería, si conoció los resultados y cuál fue ese resultado, y el lugar donde se realizó la prueba.

6.1.8.1 Bogotá

Se encontró que el 82,8% de las MT en esta ciudad se había realizado en algún momento la prueba del VIH y el 59,4% se la había realizado en los últimos 12 meses; la principal razón para hacérsela fue por su propia iniciativa en un 60,2%. El 71,1%, refirió que le hicieron consejería la última vez que le hicieron la prueba. El 96,9% mencionó que conoció su resultado, esta última vez que le hicieron la prueba y de estos el 20,8% mencionó que el resultado fue positivo o reactivo. De las personas que refieren no haberse hecho la prueba, el 88,2% señaló que no lo hicieron por falta de tiempo, 19,3% por el costo, el 17,3% por temor a tener VIH y no saber qué hacer después, las demás razones por las cuales no se hicieron la prueba se pueden ampliar en la tabla 18.

De las personas que indicaron vivir con VIH el 88,2%, recibe atención integral para VIH. Así mismo, el 62,6% de las personas que indican ser diagnosticada previamente, recibe terapia antirretroviral. Respecto a los lugares donde se realizaron la prueba, el mayor por porcentaje (39,2%) indica habérsela realizado por medio de un estudio/ investigación/campaña, seguido 28,1% que reporta habérsela realizado por medio de una fundación u ONG y un 24,9% que indica una clínica u hospital.

El 74,5% considera algún grado de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse; de los cuales el 26,5% valora el grado de vulnerabilidad en alto, seguido del 24,9% medio, y finalmente el 23,1% se percibe como en riesgo bajo. El 76,4% de las MT en Bogotá sabía dónde dirigirse si desean realizarse la prueba para el VIH.

6.1.8.2 Medellín

En la ciudad de Medellín el 84,2% de las MT se había realizado una prueba de VIH, en algún momento de su vida, y el 58,3% lo había hecho en el último año. El 88,5% refirió que le hicieron consejería la última vez que se hizo la prueba. El 92,2% conoció su resultado la última vez que se hizo esta prueba, de los cuales únicamente el 3,7% indicó que fue reactivo o positivo.

Frente a quienes reconocieron vivir con el virus, el 35,7% refirieron recibir terapia antiretroviral. Respecto a los lugares donde se realizaron la prueba, el 31,7% indico haberlo hecho en un estudio, investigación o campaña, seguido por el 31,6% que menciona haberlo hecho en una clínica u hospital y el 23,9% en una fundación u ONG.

El 66,3 % tiene percepción de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse; el 33,1% valora el grado de vulnerabilidad como alto, el 24,2% como medio y el 9% como bajo. El 73,1% de las MT en la ciudad si sabe a dónde dirigirse si desean realizarse la prueba para el VIH.

6.1.8.3 Cali

Para la ciudad de Cali, se identificó que el 88,6% de las MT se había realizado una prueba de VIH en algún momento de su vida, y el 57,6% se la había realizado en el último año, un 83% expresan que no le realizaron la consejería la última vez que se hicieron la prueba. El 93,5% conoció su resultado de la última vez que se hizo la prueba, del cual el 6,3% indicó que este fue positivo o reactivo y la principal razón para hacer la prueba fue por su propia iniciativa en un 54,6%.

El 91,5% de las mujeres en esta ciudad, considera tener algún grado de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse; de los cuales el 31,5% valora el grado de vulnerabilidad en alto, seguido del 30,1% en bajo y 29,9% medio. El 82,3 % conoce a dónde dirigirse si desean realizarse la prueba para el VIH.

Tabla 18. Conocimientos, opiniones y actitudes hacia la prueba de VIH en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Alguna vez en la vida se ha realizado la prueba para detectar el VIH | | | | | | |
| Si | 187 | 84,2 (80,9 - 91,3) | 224 | 82,8 (64,9 - 90) | 178 | 88,6 (85,4 - 93,7) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| No | 30 | 15,8 (12,7 - 23,1) | 24 | 17,2 (11,7 - 31,5) | 25 | 11,4 (8,7 - 14) |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, se ha hecho la prueba para detectar el VIH | | | | | | |
| Si | 97 | 58,3 (45 - 62,1) | 129 | 59,4 (54,2 - 66,1) | 107 | 57,6 (52,7 - 62,2) |
| No | 96 | 41,7 (30,1 - 47,3) | 105 | 40,6 (32,2 - 56,3) | 71 | 42,4 (35 - 45) |
| Por qué se hizo la prueba para detectar el VIH | | | | | | |
| Por su propia iniciativa | 70 | 0,3 | 98 | 60,2 (39,7 - 73,4) | 70 | 54,6 (44 - 68) |
| Solicitud del trabajo | 2 | 99,7 | 1 | 1,6 (0 - 3,8) | 5 | 4,5 (1 - 8,2) |
| Alguien la convenció | 2 | - | 1 | 1,4 (0 - 3,4) | 2 | 3,8 (3 - 12,) |
| Se la realizaron en algún estudio, investigación o campaña | 4 | - | 9 | 11,9 (0,6 - 6,7) | 6 | 5,9 (4,5 - 15) |
| Porque tuvo sexo desprotegido u otro comportamiento de riesgo | 6 | - | 4 | 0,8 (0 - 4,1) | 5 | 1,1 (0 - 2,1) |
| Una de mis parejas sexuales vive con VIH | 2 | - | 1 | 0,3 (0 - 3,3) | - | - |
| La solicito el personal de salud | 3 | - | 3 | 3,1 (0 - 17,) | 10 | 24,8 (14,6 - 30,8) |
| Por tramites de EPS, medicina prepagada, seguros de vida, visa, pasaportes | 1 | - | 5 | 9,1 (0,6 - 19,) | 2 | 3,1 (0 - 5,4) |
| Po trámites de EPS, medicina prepagada, seguros de vida, visas, pasaportes, etc. | 6 | - | 2 | 1,8 (0 - 10,) | - | - |
| Otra | 1 | - | 5 | 9,7 (7,1 - 39,) | 7 | 2,3 (0 - 4,8) |
| Cuando se hizo la prueba, ¿recibió una asesoría sobre VIH | | | | | | |
| Si | 67 | 88,5 (71,5 - 89,2) | 113 | 71,1 (72,2 - 94,4) | 81 | 83 (80,1 - 91,4) |
| No | 28 | 9,6 (6,6 - 32,) | 16 | 28,9 (11,2 - 39,5) | 25 | 17 (8,3 - 21,8) |
| No recuerda | 2 | 1,9 (0 - 3,3) | - | - | 1 | - |
| Conoció usted los resultados de la última vez que se hizo la prueba de VIH | | | | | | |
| Si | 180 | 92,2 (85,2 - 94,2) | 222 | 96,9 (92,3 - 98,7) | 164 | 93,5 (91 - 96,7) |
| No | 12 | 7,8 (5,2 - 11,) | 10 | 3,1 (2,2 - 7,2) | 14 | 6,5 (4,4 - 9,2) |
| Cuál fue el resultado de esa prueba | | | | | | |
| Positivo o reactivo | 9 | 3,7 (1,6 - 7,5) | 43 | 20,8 (11,4 - 32,3) | 13 | 6,3 (3,5 - 14) |
| Negativo o no reactivo | 167 | 94,1 (91,5 - 98,2) | 175 | 76 (68,1 - 86,8) | 150 | 92,3 (88,2 - 93,9) |
| Indeterminado | 2 | 2,1 (0 - 4,9) | 1 | 1 (0 - 3,6) | 1 | 1,4 (0 - 2,4) |
| No sabe | 2 | 0,1 (0 - 0,6) | 2 | 2,2 (0 - 5,6) | 0 | -- |
| No responde | 0 | -- | 1 | 0,1 (0 - 2) | 0 | -- |
| Por qué NO se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses | | | | | | |
| No tenía tiempo | 35 | 100 | 44 | 88,2 (86,9 - 98,8) | 28 | 100 |
| Es costo | 12 | 15,3 (11,9 - 20,6) | 16 | 19,3 (12,6 - 22,7) | 13 | 15,1 (12,3 - 20,7) |
| No tenía aseguramiento | 7 | 6,4 (2,6 - 10,) | 24 | 11,5 (7,7 - 19,1) | 16 | 5,8 (3,1 - 7,4) |
| Tuvo una mala experiencia previamente | 1 | 6 (2,8 - 9,3) | 22 | 10,4 (4,9 - 12) | 14 | 11 (5,7 - 17,5) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Por vergüenza, ansia o temor sobre cómo le iban a recibir | 26 | 0,1 (0 - 0,3) | 32 | 8 (6,5 - 12,) | 15 | 8,6 (5 - 11,) |
| No sabía a donde ir | 10 | 7,8 (3,4 - 10,) | 29 | 10,6 (7,2 - 12,8) | 17 | 7,9 (5,7 - 10,) |
| Temor a tener VIH y no saber qué hacer después | 21 | 5,7 (2,1 - 9,3) | 41 | 17,3 (11,7 - 23,8) | 34 | 9,8 (6,6 - 15,) |
| Hace más de un año que vive con VIH | 5 | 1,1 (0,5 - 3,3) | 39 | 14,2 (8,5 - 26) | 3 | 1,2 (0,6 - 3,4) |
| Otro | 54 | 5,7 (2,1 - 8,3) | 100 | 5,2 (3,1 - 6,8) | 66 | 7,3 (2,5 - 9,1) |
| No | 163 | 94,3 (85,3 - 98) | 148 | 94,8 (92,9 - 97,1) | 137 | 92,7 (90,8 - 95,8) |
| ¿Usted recibe atención integral para el VIH? | | | | | | |
| Si | 8 | - | 38 | 88,2 (73 - 100) | 7 | - |
| No | 1 | - | 5 | 11,8 (1 - 3,7) | 5 | - |
| No responde | 0 | - | 0 | 0 | 1 | - |
| ¿Usted ha recibido terapia antirretroviral en los últimos 12 meses? | | | | | | |
| Si | 8 | - | 37 | 80,4 (65 - 100) | 7 | - |
| No | 1 | - | 6 | 19,6 (1 - 45,3) | 6 | - |
| Esa última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la realizó? | | | | | | |
| Laboratorio particular/privado | 22 | 12,8 (3,1 - 23) | 14 | 7,7 (3,8 - 14,) | 18 | 10,1 (7 - 11,9) |
| Clínica u hospital | 73 | 31,6 (25,3 - 42,4) | 64 | 24,9 (14,6 - 33,5) | 74 | 44,5 (34 - 47,2) |
| Fundación u ONG | 45 | 23,9 (13 - 35,7) | 62 | 28,1 (21,2 - 41,9) | 45 | 20,6 (17,5 - 32) |
| Banco de sangre | - | - | - | - | - | - |
| En un estudio, investigación o campaña | 53 | 31,7 (24,3 - 47,4) | 89 | 39,2 (24,6 - 50,5) | 39 | 24,8 (17,8 - 31,3) |
| ¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH? | | | | | | |
| Alto | 65 | 33,1 (21,3 - 39,6) | 95 | 26,5 (25,6 - 38,4) | 67 | 31,5 (27,3 - 41,4) |
| Medio | 50 | 24,2 (13,8 - 31,1) | 54 | 24,9 (15,2 - 31,2) | 62 | 29,9 (24,7 - 35) |
| Bajo | 32 | 9 (5,3 - 13,) | 62 | 23,1 (15,3 - 29,5) | 54 | 30,1 (26,2 - 35,9) |
| Ninguno | 41 | 20,6 (16,1 - 33,4) | 12 | 6,7 (1,4 - 8,7) | 10 | 4,9 (1,9 - 6,7) |
| No sabe | 25 | 11,8 (8,2 - 23,6) | 11 | 10,1 (5,8 - 15,9) | 7 | 2,4 (1 - 4,6) |
| No responde | 4 | 1,4 (0 - 4) | 14 | 8,8 (6,5 - 14,) | 3 | 1,2 (0,3 - 2,6) |
| ¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea realizarse la prueba de VIH? | | | | | | |
| Si | 166 | 73,1 (53,9 - 77,9) | 206 | 76,4 (59,5 - 82,6) | 169 | 82,3 (77,5 - 89,1) |
| No | 51 | 26,9 (19,4 - 44,8) | 42 | 23,6 (15,2 - 32,3) | 34 | 17,7 (11,8 - 20,3) |

6.1.g Profilaxis pre exposición (PREP) y profilaxis pos exposición (PEP)

Teniendo en cuenta que en los últimos años se han desarrollado nuevas estrategias de prevención del VIH como es el caso del PREP y el PEP, que, aunque aún no están incluidas en los planes de beneficio del sistema de salud de Colombia, ya están siendo

comercializadas y usadas por diferentes poblaciones. Como se mencionó en el marco teórico estas son terapias que se usan en los individuos VIH negativos, donde por medio del uso de medicamentos antirretrovirales pueden reducir el riesgo de la infección.

En este estudio a diferencia de los dos anteriores, se tuvo la oportunidad de indagar por medio de cinco preguntas, sobre el conocimiento y uso de estas dos estrategias en la población de MT en las tres ciudades que participaron. A continuación, se presentan los resultados, los cuales pueden ser ampliados en la tabla 19.

Llama la atención que no habían escuchado hablar de la terapia PrEP, las tres ciudades Medellín 90,1%, Bogotá 94,4% y Cali 95,2%. La proporción de las personas que habían tomado esta terapia fue: Medellín 4,1%, Bogotá 2,7% y Cali 1,1%. Frente a la terapia PEP, las proporciones son similares a la anterior terapia, donde al 92,3% en Medellín, 95,3% en Bogotá y Cali reporto que no había oído hablar de esta. Únicamente el 5,4% en Medellín, 2,9% en Cali y 1,5% en Bogotá refirió haber tomado alguna vez esta terapia.

Tabla 19. Profilaxis pre exposición (PREP) y profilaxis pos exposición (PEP) en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Ha oído hablar de la terapia pre-exposición o PrEP | | | | | | |
| Si | 17 | 9,9 (6,3 - 19,) | 29 | 5,6 (3,6 - 7,6) | 13 | 4,8 (3,4 - 7,8) |
| No | 192 | 90,1 (74,7 - 97,1) | 215 | 94,4 (92,9 - 97,3) | 187 | 95,2 (89,8 - 96,1) |
| Alguna vez ha tomado terapia pre-exposición (PrEP) | | | | | | |
| Si | 6 | 4,1 (0 - 13,) | 9 | 2,7 (1 - 3,3) | 2 | 1,1 (0 - 3,1) |
| No | 203 | 95,9 (84,3 - 100) | 235 | 97,3 (94,5 - 99,6) | 198 | 98,9 (98 - 100) |
| La terapia pre-exposición (PrEP) tiene efectos secundarios similares a otros medicamentos utilizados para tratar el VIH. ¿Tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH? | | | | | | |
| Si | 80 | 39,5 (29,1 - 56,6) | 133 | 45,5 (39 - 53,5) | 138 | 68,9 (63,2 - 76,5) |
| No | 129 | 60,5 (50,6 - 71,2) | 111 | 54,5 (39,6 - 64) | 62 | 31,1 (25,8 - 42,6) |
| Ha oído hablar de la terapia postexposición o PEP | | | | | | |
| Si | 18 | 7,7 (2,3 - 14,) | 24 | 4,7 (1,8 - 5,9) | 14 | 4,7 (3,6 - 8,6) |
| No | 191 | 92,3 (84,5 - 96,7) | 220 | 95,3 (93,4 - 98,4) | 186 | 95,3 (91,9 - 96,7) |
| Alguna vez ha tomado terapia postexposición (PEP) | | | | | | |
| Si | 3 | 5,4 (0 - 9,7) | 6 | 1,5 (0,6 - 3,4) | 2 | 2,9 (0 - 7,5) |
| No | 206 | 94,6 (88,1 - 100) | 238 | 98,5 (97,6 - 99,6) | 198 | 97,1 (94,7 - 100) |

6.1.10 Consumo Sustancias psicoactivas

En la tabla 20 se puede observar todo lo referente a las preguntas sobre consumo de sustancias psicoactivas, tipo de sustancias, así como la frecuencia de su consumo por cada una de las ciudades.

Frente al consumo de alcohol en los últimos seis meses, se encontraron las siguientes proporciones: 83,5% en Cali, seguida de Medellín con un 74,5% y Bogotá con un 56%. El comportamiento de la frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 30 días fue diferente en las tres ciudades: en Medellín la mayor proporción con un 35,6% indica que durante los últimos 30 días tomo una vez a la semana, seguido 25,2% que señala que lo hizo más de una vez a la semana y 23,7% menos de una vez a la semana; por su parte en Bogotá la mayor proporción con un 35,9% indica que consumió alcohol menos de una vez a la semana, seguido de 27,7% que refiere no haber consumido alcohol en los últimos 30 días y 19,2% que menciona sólo haber tomado alcohol una vez a la semana; en cuanto a la ciudad de Cali, el 35% mencionó haber consumido alcohol una vez a la semana en los últimos 30 días, seguido del 30,5% que dijo haberlo hecho más de una vez a la semana y del 22,3% que reporto haberlo hecho menos de una vez a la semana. La mayor proporción en las tres ciudades han consumido alcohol en los últimos 30 días con amigas(os): Medellín 72,3%, Bogotá 76,7% y Cali en un 90,2%.

La siguiente sustancia que más se reportó en las tres ciudades fue la marihuana, con las siguientes proporciones: Medellín 60,9%, Bogotá 42,8% y Cali 60,1%; seguido de cocaína inhalada: con un 35,6% en Medellín, 24,6% en Bogotá y 38,9% en Cali, la siguiente sustancia psicoactiva que más se usó en Medellín y Cali fue el popper y el éxtasis en un 32,2% y 23,9% respectivamente, mientras que para Bogotá fue el consumo de “pepas roches” con un 17,5%

Tabla 20. Consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| En los ÚLTIMOS 6 MESES contados hasta ayer, ¿ha consumido alcohol? | | | | | | |
| Si | 175 | 74,5 (63,5 - 84) | 159 | 56 (44,4 - 65) | 168 | 83,5 (76,5 - 89,3) |
| No | 42 | 25,5 (21,3 - 36,2) | 89 | 44 (39,8 - 50,6) | 35 | 16,5 (9,9 - 26) |
| En los últimos 30 días contados hasta ayer, ¿Con qué frecuencia ha consumido alcohol? | | | | | | |
| Todos los días | 8 | 6,5 (3 - 17,) | 7 | 7,1 (0,1 - 11,) | 3 | 1,5 (0 - 3,4) |
| Más de una vez a la semana | 39 | 25,2 (18,6 - 34,5) | 19 | 10 (2,3 - 8,9) | 52 | 30,5 (23 - 41,1) |
| Una vez a la semana | 65 | 35,6 (28,4 - 37,9) | 41 | 19,2 (13,9 - 34,7) | 63 | 35 (26,1 - 36,8) |
| Menos de una vez a la semana | 42 | 23,7 (15,4 - 39) | 65 | 35,9 (24,8 - 56) | 37 | 22,3 (15,6 - 24,9) |
| No han consumido alcohol en los últimos 30 días | 21 | 9 (2,9 - 13) | 27 | 27,7 (16,2 - 52,4) | 13 | 10,7 (6,9 - 23,4) |
| Con quién(es) ha consumido alcohol en los últimos 30 días contados hasta ayer | | | | | | |
| Amigas/amigo | 128 | 72,3 (63,8 - 86,2) | 131 | 76,7 (57,9 - 93) | 143 | 90,2 (85,1 - 94,5) |
| Parejas sexuales no comerciales | 27 | 17,7 (8,6 - 27,1) | 45 | 38,4 (31,7 - 55,5) | 24 | 11,2 (6,3 - 19,3) |
| Familia | 17 | 8 (2,6 - 15,) | 21 | 28,8 (5,9 - 51,9) | 22 | 17,4 (12,5 - 25,6) |
| Clientes (que le pagaron por sexo) | 43 | 22,7 (13,2 - 34) | 48 | 34,7 (9,7 - 61) | 23 | 14,7 (8,5 - 16,7) |
| Sola | 22 | 35,9 (21,3 - 47,2) | 27 | 59,5 (50 - 66,4) | 23 | 26,5 (23,1 - 35,3) |

Continúa

| En los últimos 6 meses, ha... | | | | | | |
|---|-----|--------------------|-----|--------------------|-----|--------------------|
| Fumado marihuana | 143 | 60,9 (51,5 - 70,2) | 126 | 42,8 (30,8 - 56,8) | 128 | 60,1 (54,2 - 67,4) |
| Fumado o inhalado pipa, crack o bazuco | 19 | 10,4 (3,3 - 15,5) | 38 | 15,9 (15,6 - 21,2) | 19 | 7,5 (3,9 - 9,8) |
| Inhalado cocaína | 84 | 35,6 (28,2 - 41,4) | 69 | 24,6 (17 - 32,5) | 82 | 38,9 (30 - 44,5) |
| Fumado heroína | 5 | 1 (0,1 - 2,9) | 3 | 1,8 (0,2 - 4,9) | 1 | 0,1 (0 - 0,2) |
| Inyectado heroína | 0 | -- | 1 | 0 | 0 | -- |
| Inhalado thinner o pegante, sacol | 22 | 7,2 (6 - 12,) | 18 | 10,1 (2,5 - 21) | 11 | 5,4 (2,6 - 8) |
| Consumido popper o éxtasis | 83 | 32,2 (23,4 - 32,4) | 34 | 17,4 (9,3 - 25,4) | 53 | 23,9 (17,8 - 32,2) |
| Consumido pepas roches (rivotril, rohipnol) | 48 | 19,6 (12,7 - 26,9) | 30 | 17,5 (8,3 - 24,9) | 34 | 14,1 (9,6 - 18,4) |
| Inyectado Cocaína | - | - | - | - | 1 | 1,1 (0 - 1,9) |
| Inyectado Bazuco | 1 | 0,2 (0 - 0,7) | 2 | 1,2 (0,1 - 4,6) | 2 | 2,3 (0 - 5,5) |
| Otras | 15 | 3,6 (2 - 7,6) | 4 | 1,5 (0,1 - 5,3) | 13 | 8 (4,1 - 12,) |

6.1.11 Estigma y Discriminación

En el siguiente capítulo se describen los resultados con respecto al estigma y la discriminación percibidas por las mujeres transgénero de las tres ciudades. Cali ha fue la ciudad donde más reportaron haber sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por ser mujer transgénero en los últimos 12 meses con un 48%, seguido de Medellín con un 47,7% y Bogotá en una menor proporción con un 28,5%. Los insultos y las agresiones verbales, así como las expresiones de desprecio o rechazo, fueron las principales manifestaciones de estigma y discriminación de que fueron objeto las mujeres transgénero que participaron en el estudio.

En Medellín el principal tipo de discriminación que se reportó fueron los insultos y agresiones verbales en un 89,2%, seguido del desprecio o rechazo en un 49,8%, la excusión de actividades laborales en un 13,4%, la agresión física en un 13,1% y la prohibición de la entrada a una actividad de diversión o recreación en un 12,3%. Para el caso de la ciudad de Bogotá el 90% reporto haber sido insultada o agredida verbalmente, el 53,7% indicó que le han mostrado desprecio o rechazo, el 27% ha sido agredida físicamente, al 30% le negaron la entrada a una actividad de diversión o recreación, seguido de la exclusión de espacios de participación ciudadana con un 18,2% y la negación al acceso a justicia con un 13,1%, siendo estas últimas proporciones las más altas entre las tres ciudades. Muy similar a las otras dos ciudades el 83,9% en Cali, reportó haber sido insultada o agredida verbalmente, un 81,6% indico que le han mostrado desprecio o rechazo, siendo esta ultima la proporción más alta de las tres ciudades, seguido de violencia física con un 27,4% y haber sido excluida de alguna actividad laboral en un 22,1%.

Aunque estos actos han sido cometidos en su gran mayoría por personas desconocidas, en las tres ciudades: Medellín 94,4%, Bogotá 91,4, a su vez amigos, familiares, compañeros de estudio, personal de fuerzas militares, de salud, funcionarios públicos,

entre otros han incurrido en estas conductas de transfobia como se puede observar en la tabla 21.

El 11,9% en Medellín, 14,2% en Bogotá y 17,4 % en Cali han evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH o tratamiento, los principales motivos por los cuales los evitaron fueron el temor o preocupación por el estigma y la discriminación en un 56% en Medellín 78,8% en Bogotá y 60,3% en Cali; En Medellín y Cali la siguiente causa que evitó la búsqueda de estos servicios fue el miedo o preocupación por la violencia experimentada en un 21,4% y 22,9% respectivamente, mientras en Bogotá la segunda causa fue el temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública en un 77,8%, seguido del miedo o preocupación por violencia experimentada en un 64,7%

Tabla 21. Estigma y Discriminación, en Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por ser transgénero | | | | | | |
| Si | 104 | 47,7 (39,5 - 59,9) | 88 | 28,5 (20,8 - 37,8) | 97 | 48 (38,8 - 51,9) |
| No | 113 | 52,3 (43,1 - 62,4) | 160 | 71,5 (61,9 - 76,6) | 106 | 52 (48,8 - 58,2) |
| Cuál o cuáles fueron los tipos de discriminación o rechazo por ser transgénero | | | | | | |
| Mostrado desprecio o rechazo | 63 | 49,8 (20,4 - 66,9) | 67 | 53,7 (25,3 - 62,7) | 76 | 81,6 (73,6 - 93,4) |
| Excluido de actividades familiares | 12 | 11,5 (1,5 - 21,2) | 11 | 12,7 (1,4 - 21) | 10 | 9,5 (5,8 - 28,) |
| Excluido de actividades laborales | 8 | 13,4 (5 - 29) | 12 | 5 (0 - 9,1) | 14 | 22,1 (8,4 - 31) |
| Excluido de actividades religiosas o espirituales | 4 | 4,8 (2 - 17,) | 7 | 6,4 (0,7 - 19,) | 11 | 4,6 (2,9 - 18,) |
| Solicitado la renuncia o despedido | 1 | - | 2 | - | 4 | 4,6 (3,1 - 14,) |
| Negaron un ascenso laboral | 3 | 3,1 (0 - 11,) | 10 | 4 (0 - 7) | 7 | 8,4 (2,8 - 20,) |
| Negaron comprar o arrendar una vivienda | 2 | 7,2 (5,7 - 17,) | 5 | 2,7 (0 - 5,1) | 11 | 8,2 (3,1 - 22) |
| Negaron acceso a justicia | 0 | -- | 11 | 13,1 (0 - 25,2) | 7 | 1,6 (0 - 0,8) |
| Excluido de espacios de participación ciudadana | 4 | 2,7 (0 - 8,1) | 16 | 18,2 (1 - 37,4) | 16 | 100 |
| Negaron entrada a una actividad de diversión o recreación | 11 | 12,3 (3 - 22) | 16 | 30 (1,4 - 26) | 14 | 14,7 (9,8 - 35,7) |
| Negaron atención en alguna tienda o restaurante | 4 | 4 (0 - 4,6) | 11 | 16,5 (1,2 - 30,8) | 14 | 12,1 (0 - 9,9) |
| Negaron acceso a un hospedaje temporal (hotel, motel) | 6 | 9,8 (0 - 26,) | 13 | 8,9 (0 - 37,) | 13 | 13,9 (0 - 43,1) |
| Negaron atención en algún servicio de salud | 2 | 4 (0 - 13,) | 11 | 16,5 (1,2 - 30,9) | 9 | 12,1 (2,8 - 13,5) |
| Agredido o atacado (violencia física) | 30 | 13,1 (0,4 - 14,3) | 30 | 27 (3,8 - 25,9) | 22 | 27,4 (14,6 - 39,7) |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|---|-----------------------------|--------------------|--------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Insultado o agredido verbalmente | 86 | 89,2 (69,3 - 95,1) | 70 | 90 (74,7 - 97,7) | 74 | 83,9 (68,7 - 94,2) |
| Negado acceso o permanencia en alguna institución educativa (escuela, universidad) | 3 | - | 4 | 3,3 (0 - 6,6) | 8 | 11,6 (3,5 - 13,7) |
| Otro | 10 | 5,7 (2,3 - 7,1) | 4 | 5,2 (2,8 - 13,) | 10 | 7,3 (5,9 - 9,4) |
| Quién o quiénes le han tratado así a causa de ser transgénero | | | | | | |
| Familiares | 19 | 19,3 (6 - 30,6) | 19 | 2,7 (0,5 - 7,2) | 25 | 34,2 (31,2 - 45,1) |
| Fuerzas armadas (policía o militares) | 15 | 10,5 (3,4 - 20,4) | 36 | 28,1 (6,5 - 33,8) | 22 | 18,3 (10,8 - 32,4) |
| Religiosos | 8 | 5,7 (2,1 - 14,) | 8 | 3,4 (0 - 21,) | 10 | 10,7 (8,8 - 23,2) |
| Personal de salud | - | - | 12 | 14,6 (4,6 - 39,3) | 12 | 11,7 (5,7 - 22,3) |
| Amigos | 5 | 78,1 (75,9 - 85,2) | 20 | 72,9 (65,2 - 81,3) | 21 | 78,9 (73,1 - 83,9) |
| Personal del lugar de trabajo | 6 | 8 (3,2 - 20) | 14 | 8,6 (0,1 - 6) | 10 | 17,4 (8,8 - 27,6) |
| Personal de centros educativo | 2 | - | 5 | 2,8 (1,3 - 5,9) | 11 | 10,2 (6,2 - 15) |
| Funcionarios públicos | 5 | 4,4 (0 - 7,7) | 22 | 25,4 (8,1 - 42,9) | 16 | 14,2 (0,4 - 34,4) |
| Compañero de estudio | 2 | - | 9 | 13,3 (1,7 - 25,3) | 9 | 11,1 (2,9 - 12,7) |
| Otras personas conocidas | 20 | 14,6 (4,6 - 39,6) | 33 | 27,7 (7,9 - 42,2) | 29 | 36,8 (27,2 - 45,1) |
| Desconocidos | 90 | 94,9 (94,1 - 99,7) | 78 | 91,4 (92,8 - 97,9) | 83 | - |
| Otro | 2 | 5,7 (1,9 - 9) | 4 | 5,2 (3,3 - 6,1) | 5 | 7,3 (4,4 - 9,4) |
| Alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento | | | | | | |
| Si | 30 | 11,9 (8,4 - 13) | 36 | 14,2 (7,2 - 25,3) | 37 | 17,4 (12,9 - 22,9) |
| No | 187 | 88,1 (83,3 - 92,1) | 212 | 85,8 (75,4 - 90) | 166 | 82,6 (77,7 - 84,2) |
| Los motivos por los cuales ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento han sido | | | | | | |
| Temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos | 17 | 56 (0 - 95,6) | 16 | 78,8 (32,9 - 100) | 21 | 60,3 (21,7 - 100) |
| Miedo o preocupación por violencia experimentada | 8 | 21,4 | 8 | 64,7 (32,9 - 100) | 6 | 22,9 (0 - 58,6) |
| Temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública | - | - | 5 | 77,8 (32,9 - 100) | 3 | 18,5 |
| Otro | 8 | 5,7 (1,6 - 11) | 20 | 5,2 (1,4 - 6,9) | 17 | 7,3 (4,6 - 9,9) |

6.1.12 Prevalencia de infección por VIH

Cómo se mencionó en la metodología, la información de la siguiente sección se tomó de los resultados de las pruebas serológicas confirmatorias realizadas a las mujeres transgénero, donde se obtuvieron las siguientes prevalencias en orden ascendente por ciudad: Cali 18,8%% (IC95% 15,3 - 21,4), seguida Medellín 22,3% (IC95% 17,7 - 26,3) y Bogotá 29% (IC95% 19,2 - 42) tabla 22.

Tabla 22. Prevalencia de Infección de VIH RDSAT, Bogotá, Medellín y Cali. MT, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | Bogotá | | Área metropolitana Cali | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------------|--------|------------------|-------------------------|--------------------|
| | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) | n | % (IC 95%) |
| Resultado prueba papel filtro | | | | | | |
| Positivo | 57 | 22,3 (17,7 - 26,3) | 82 | 29 (19,2 - 42) | 38 | 18,8 (15,3 - 21,4) |
| Negativo | 160 | 77,7 (71,6 - 85,5) | 166 | 71 (66,5 - 81,2) | 165 | 81,2 (71,4 - 85,8) |

6.2 Factores asociados al VIH

A continuación, se presenta la asociación entre tener o no la infección por VIH y las variables independientes del estudio: características sociales, demográficas, comportamientos y prácticas sexuales, servicios de salud, conocimientos de VIH, consumo de sustancias psicoactivas, discriminación, profilaxis pre y post exposición. Así mismo, se muestra el análisis bivariado realizado con el fin de conocer si había alguna influencia de estas variables independientes, con respecto a la variable dependiente (diagnóstico del VIH, cuyas categorías fueron: positivo y negativo). Para determinar la existencia o no de independencia entre las variables se realizó una prueba de chi-cuadrado (X^2), la cual es una prueba estadística descriptiva que se encarga de extraer información de la muestra. La información está organizada en tablas de contingencia, para cada ciudad.

Para el análisis de la asociación entre las variables se planteó como hipótesis nula H_0 = No existe relación entre cada una de las variables independientes con tener VIH, y como hipótesis alterna H_1 =Existe relación entre cada una de las variables independientes y tener o no VIH. Se definió un nivel de significancia del 0,05, por lo tanto se aceptó que hay asociación de dos variables cuando el valor de p es menor o igual a 0,05 ($p \leq 0,05$).

6.2.1 Características sociales y demográficas de MT

En la tabla 23 se pueden apreciar los resultados entre las características sociales y demográficas de la encuesta con el diagnóstico de VIH. Al hacer un análisis según el diagnóstico positivo de VIH por edad, se encontró para la ciudad de Medellín que un 24,6 % de las participantes eran de 25 años o más y un 29,5% eran de menos de 25 años. En Bogotá el 37,8% de las participantes eran mayores de 25 años, mientras sólo un 2,94% eran de menos de 25 años. Por su parte en Cali la mayor proporción 23,2% al igual que Bogotá se encontró en las que tenían 25 años 11,5% menor de 25 años. En el análisis bivariado se encontró asociación estadísticamente significativa para las ciudades de Bogotá y Cali, entre el diagnóstico de VIH y la edad agrupada entre menores de 25 años y 25 años en adelante ($X^2 = 16,1$; $p=0,00$) y ($X^2 = 4,29$; $p=0,003$) respectivamente para cada ciudad.

El análisis de la edad agrupada en cinco rangos, mostró para la ciudad de Medellín que el 30% entre los 20 y 24 años tiene un diagnóstico positivo para VIH, en Bogotá y Cali en el rango de edad entre los 25 y 49 años se observa un 42,6% y 24,7% respectivamente. Únicamente en la ciudad de Bogotá se observó asociación entre el diagnóstico de VIH y la edad agrupada ($X^2 = 23,6$; $p = 0,00$).

Frente al estrato socioeconómico relacionado con la presencia o no de la infección, se puede observar que en Medellín y Bogotá en los estratos 0,1, 2,3 y 4 se presentaron personas con diagnóstico positivo, mientras en Cali se encuentran en los estratos 1,2,3, y 5. No se observó asociación entre el estrato socioeconómico y el diagnóstico de VIH.

En relación al nivel educativo aprobado, en Medellín el 44% que tuvo un diagnóstico positivo, había realizado estudios técnicos o tecnológicos como último grado aprobado; en Bogotá el 40% y en Cali el 28% de los diagnósticos reactivos a VIH tenía un nivel de escolaridad bajo (ninguno, preescolar y primaria). Únicamente en Bogotá se encontró evidencia estadística entre el nivel educativo y el diagnóstico positivo de VIH, según la prueba chi cuadrado realizada ($X^2 = 7,89$; $p = 0,04$)

Con relación a que se dedicó en los últimos 7 días, se encontró asociación estadística en relación al VIH en Cali ($X^2 = 15,6$; $p = 0,07$), en la cual el 37,5% de las MT que no trabajan ni buscan trabajo tenía la infección. Esta variable fue la única que resultó significativa en el análisis invariado en Medellín, pues se observó una relación entre la principal fuente de ingresos y el resultado de la prueba de VIH ($X^2 = 15,3$; $p = 0,03$), el 50% de las que se dedicaba a shows y espectáculos, 45,4% de las empleadas, 29% que no recibía ingresos y 28,5% dedicadas a la prostitución, tenían VIH.

Tabla 23. Características sociales y demográficas de MT según infección por VIH en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | | Bogotá | | | | Área metropolitana Cali | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| Menores y mayores de 35 años | | | | | | | | | | | | |
| < 25 años | 29,5(21) | 70,4(50) | 0,59 | 0,43 | 2,94(1) | 97,0(33) | 16,1 | 0 | 11,5(9) | 88,4(69) | 4,29 | 0,03 |
| 25 + años | 24,6(36) | 75,3(110) | | | 37,8(81) | 62,1(133) | | | 23,2(29) | 76,8(96) | | |
| Edad agrupada | | | | | | | | | | | | |
| 18 a 19 | 27,2(3) | 72,7(8) | 2,25 | 0,52 | 0(0) | 100(8) | 23,6 | 0 | 15(3) | 85(17) | 5,33 | 0,14 |
| 20 a 24 | 30(18) | 70(42) | | | 3,84(1) | 96,1(25) | | | 10,3(6) | 89,6(52) | | |
| 25 a 49 | 26,6(33) | 73,3(91) | | | 42,6(70) | 57,3(94) | | | 24,7(25) | 75,2(76) | | |
| 50 + años | 13,6(3) | 86,3(19) | | | 22(11) | 78(39) | | | 16,6(4) | 83,3(20) | | |
| Estrato que aparece en el recibo de la luz de la vivienda que habita | | | | | | | | | | | | |
| Estrato 0 | 60(3) | 40(2) | 5,37 | 0,49 | 37,5(3) | 62,5(5) | 0,52 | 0,99 | 0(0) | 100(2) | 2,24 | 0,94 |
| Estrato 1 | 29,4(15) | 70,5(36) | | | 34,0(15) | 65,9(29) | | | 17,1(6) | 82,8(29) | | |
| Estrato 2 | 22,8(19) | 77,1(64) | | | 31,1(28) | 68,8(62) | | | 20(15) | 80(60) | | |
| Estrato 3 | 25(14) | 75(42) | | | 33,6(34) | 66,3(67) | | | 18,0(11) | 81,9(50) | | |
| Estrato 4 | 35,7(5) | 64,2(9) | | | 33,3(1) | 66,6(2) | | | 10(1) | 90(9) | | |
| Estrato 5 | 0(0) | 100(2) | | | 0(0) | 0(0) | | | 28,5(4) | 71,4(10) | | |
| Estrato 6 | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 100(1) | | |
| NS/NR | 16,6(1) | 83,3(5) | | | 50(1) | 50(1) | | | 20(1) | 80(4) | | |
| Último año de estudios que usted APROBÓ | | | | | | | | | | | | |
| Ninguno / Prescolar / Primaria | 20,5(7) | 79,4(27) | 4,88 | 0,18 | 40(18) | 60(27) | 7,89 | 0,04 | 28(7) | 72(18) | 2,17 | 0,53 |
| Secundaria | 24,8(38) | 75,1(115) | | | 32,7(53) | 67,2(109) | | | 16,5(24) | 83,4(121) | | |
| Técnico / Tecnológico | 44(11) | 56(14) | | | 39,2(11) | 60,7(17) | | | 19,0(4) | 80,9(17) | | |
| Universitario / Postgrado | 20(1) | 80(4) | | | 0(0) | 100(13) | | | 25(3) | 75(9) | | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|-------------------------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| Estado civil | | | | | | | | | | | | |
| Soltera | 27,0(50) | 72,9(135) | 2,19 | 0,33 | 34,0(67) | 65,9(130) | 1,19 | 0,87 | 20,5(32) | 79,4(124) | 2,68 | 0,44 |
| Casada | 0(0) | 100(6) | | | 0(0) | 100(1) | | | 0(0) | 100(4) | | |
| Unión libre | 26,9(7) | 73,0(19) | | | 29,5(13) | 70,4(31) | | | 12,5(5) | 87,5(35) | | |
| Separada/Divorciada | 0(0) | 0(0) | | | 25(1) | 75(3) | | | 0(0) | 0(0) | | |
| Viuda | 0(0) | 0(0) | | | 50(1) | 50(1) | | | 33,3(1) | 66,6(2) | | |
| En los últimos 7 días, contados hasta hoy ¿usted se dedicó a: | | | | | | | | | | | | |
| Trabajar Como empleada | 26,4(9) | 73,5(25) | 12,0 | 0,21 | 39,2(11) | 60,7(17) | 12,0 | 0,21 | 16,9(11) | 83,0(54) | 15,6 | 0,07 |
| Trabajar independiente | 24,1(29) | 75,8(91) | | | 34,2(50) | 65,7(96) | | | 16,3(15) | 83,6(77) | | |
| No trabajar pero tenía trabajo | 66,6(2) | 33,3(1) | | | 0(0) | 100(5) | | | 0(0) | 100(1) | | |
| Buscar trabajo | 0(0) | 100(10) | | | 30,7(8) | 69,2(18) | | | 50(5) | 50(5) | | |
| No trabajo ni buscar trabajo | 28,5(2) | 71,4(5) | | | 30(3) | 70(7) | | | 100(1) | 0(0) | | |
| Estudiar | 54,5(6) | 45,4(5) | | | 0(0) | 100(3) | | | 16,6(1) | 83,3(5) | | |
| Estudiar y trabajar | 20(2) | 80(8) | | | 0(0) | 100(6) | | | 37,5(3) | 62,5(5) | | |
| No trabajar porque es pensionado, jubilado o rentista | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 100(1) | | |
| Actividades del hogar | 33,3(6) | 66,6(12) | | | 14,2(1) | 85,7(6) | | | 20(2) | 80(8) | | |
| Está incapacitado para trabajar | 33,3(1) | 66,6(2) | | | 66,6(2) | 33,3(1) | | | 0(0) | 0(0) | | |
| Principal fuente de ingresos | | | | | | | | | | | | |
| Peluquería, estilista, estética o belleza | 8,57(3) | 91,4(32) | 15,3 | 0,03 | 37,5(21) | 62,5(35) | 10,8 | 0,14 | 28,5(12) | 71,4(30) | 9,92 | 0,19 |
| Modista, diseñadora, costurera | 0(0) | 100(4) | | | 50(1) | 50(1) | | | 0(0) | 0(0) | | |
| Empleada | 45,4(5) | 54,5(6) | | | 25(5) | 75(15) | | | 9,09(1) | 90,9(10) | | |
| Shows, espectáculos | 50(9) | 50(9) | | | 50(1) | 50(1) | | | 19,0(4) | 80,9(17) | | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | | Bogotá | | | | Área metropolitana Cali | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| Prostitución | 28,5(24) | 71,4(60) | | | 43,2(32) | 56,7(42) | | | 13,3(4) | 86,6(26) | | |
| Striptease | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 100(1) | | |
| Independiente | 22,2(4) | 77,7(14) | | | 22,7(10) | 77,2(34) | | | 31,5(6) | 68,4(13) | | |
| Sin ingresos | 29,0(9) | 70,9(22) | | | 35(7) | 65(13) | | | 33,3(3) | 66,6(6) | | |
| Otro | 18,7(3) | 81,2(13) | | | 16,6(5) | 83,3(25) | | | 11,4(8) | 88,5(62) | | |
| Actualmente alguien depende económicamente de usted (hijos, familiares u otras personas) | | | | | | | | | | | | |
| Si | 20,2(14) | 79,7(55) | 1,86 | 0,17 | 34,5(29) | 65,4(55) | 0,12 | 0,72 | 16,8(18) | 83,1(89) | 0,53 | 0,46 |
| No | 29,0(43) | 70,9(105) | | | 32,3(53) | 67,6(111) | | | 20,8(20) | 79,1(76) | | |
| Ingresos | | | | | | | | | | | | |
| Sin ingresos | 28,1(9) | 71,8(23) | 2,90 | 0,40 | 34,6(9) | 65,3(17) | 0,90 | 0,82 | 25(4) | 75(12) | 1,20 | 0,75 |
| Entre 15.000 a 828.000 | 21,1(22) | 78,8(82) | | | 34,5(47) | 65,4(89) | | | 18,6(19) | 81,3(83) | | |
| Entre 828.000 a 1.644.160 | 32,6(16) | 67,3(33) | | | 32,7(18) | 67,2(37) | | | 20,3(11) | 79,6(43) | | |
| Más de 1.644.160 | 31,2(10) | 68,7(22) | | | 25,8(8) | 74,1(23) | | | 12,9(4) | 87,0(27) | | |

6.2.2 Acceso a los servicios de salud y tuberculosis en mujeres transgénero según VIH en tres ciudades de Colombia, 2019

En cuanto al acceso a salud, se encontró que en Medellín el 35,2%, en Bogotá el 39,4% y en Cali el 71,0% de las mujeres transgénero que reportaron haber tenido algún problema de salud en los últimos 12 meses, fueron positivas a la prueba de VIH. Como se puede observar en la tabla 26 el valor de p es menor a 0,05 en las tres ciudades, lo que permite afirmar de esta manera que hay una asociación entre las dos variables. Respecto al lugar donde buscaron ayuda cuando presentaron algún problema de salud en los últimos 12 meses, en la ciudad de Medellín el 50% de las personas que lo hicieron en una droguería o farmacia, el 34,0% de las que fueron a una institución/clínica/hospital/centro o puesto de salud de atención pública y el 36% de las que fueron a una IPS, tenían VIH. En Bogotá el 45,2% de las que fueron a una IPS, el 37,5% de las que fueron a una droguería o farmacia y el 36,3% de las que fueron a una institución/clínica/hospital/centro o puesto de salud de atención pública, tenían VIH. Por su parte en la ciudad de Cali en 26% de las que acudieron a una droguería, el 25% a una institución/clínica/hospital/centro o puesto de salud de atención pública y el 25% a una IPS, tenían VIH. Únicamente se encontró asociación entre estas dos variables en la ciudad de Cali ($X^2=12,4$; $p=0,05$).

Respecto al pago por el servicio de salud recibidos en los últimos 12 meses, en Medellín el 100% de las que hicieron un pago parcial de los servicios tenía VIH. En Bogotá el 33,3% de las mujeres que pagaron el total de los servicios fueron reactivas a la prueba. En Cali el 26,6% de las mujeres que pagaron el total de los servicios fue reactiva al VIH. Por otra parte en Medellín el 35,5%, en Bogotá el 33,3% y en Cali el 26,6% de las que no pagan nada por el servicio en cada una de las ciudades, tuvo un resultado positivo a la prueba. Se encontró que hay evidencia estadística que demostró que el diagnóstico de VIH y el pago de los servicios de salud están relacionados, en las tres ciudades.

Respecto al plan de aseguramiento en salud de las MT en Medellín se identificó que el 41,0% de las que indicaron pertenecer a una EAPB del régimen contributivo, el 22,2% de las que mencionaron estar afiliada a una EAPB del régimen subsidiado y el 28% de las que reportaron no estar afiliadas, tuvieron un diagnóstico de VIH. En Bogotá el 42,8% de las mujeres indicaron recibir atención a través de régimen especial, 38,5% de las mujeres que indicaron pertenecer a una EAPB subsidiada y el 17,1% de que reportaron no estar afiliadas, tenían VIH. Por su parte en Cali el 22,3% de las mujeres que indicaron pertenecer al régimen subsidiado, el 10% de las que refirieron estar afiliadas al régimen contributivo y el 15,7% de las que mencionaron no estar afiliadas a ningún régimen, fueron positivas a la prueba de VIH. Para las ciudades de Medellín y Bogotá se encontró evidencia estadística de que el diagnóstico de VIH está relacionado con el plan de aseguramiento en salud ($X^2=5,71$; $p=0,005$) y ($X^2=11,9$; $p=0,000$) respectivamente. El 80% de las personas que le han diagnosticado tuberculosis en Medellín, el 82% de las de Bogotá y el 100% de las de Cali tuvieron un diagnóstico positivo a la prueba del VIH. En el análisis bivariado se encontró asociación entre estas dos variables en las tres ciudades.

Tabla 24. Prevalencia de VIH, de acuerdo al acceso a los servicios de salud y diagnóstico de tuberculosis de MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | | Bogotá | | | | Área metropolitana Cali | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| Molestias o problemas de salud en los últimos 12 meses contados hasta hoy | | | | | | | | | | | | |
| Si | 35,2(31) | 64,7(57) | 6,13 | 0,01 | 39,4(43) | 60,5(66) | 3,58 | 0,05 | 28,9(22) | 71,0(54) | 8,35 | 0,00 |
| No | 20,1(26) | 79,8(103) | | | 28,0(39) | 71,9(100) | | | 12,5(16) | 87,4(111) | | |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿A dónde consultó? | | | | | | | | | | | | |
| No ha tenido problemas de salud | 0(0) | 100(1) | 5,68 | 0,22 | 0(0) | 100(1) | 6,33 | 0,17 | 100(2) | 0(0) | 12,4 | 0,01 |
| Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública, (Estratal) | 34,0(15) | 65,9(29) | | | 36,3(12) | 63,6(21) | | | 25(7) | 75(21) | | |
| Droguería o farmacia | 50(2) | 50(2) | | | 37,5(6) | 62,5(10) | | | 26,0(6) | 73,9(17) | | |
| Centro de atención de una EPS (IPS) | 36(9) | 64(16) | | | 45,2(24) | 54,7(29) | | | 25(4) | 75(12) | | |
| En los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER la última vez que usted buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿tuvo que pagar por el servicio? | | | | | | | | | | | | |
| Si, pago total los servicios | 22,2(2) | 77,7(7) | 9,77 | 0,04 | 33,3(6) | 66,6(12) | 8,83 | 0,06 | 26,6(4) | 73,3(11) | 11,1 | 0,02 |
| Si, pago total cuota moderada | 41,6(5) | 58,3(7) | | | 16,6(2) | 83,3(10) | | | 0(0) | 100(5) | | |
| SI, pago parcial de los servicios | 100(1) | 0(0) | | | 25(1) | 75(3) | | | 0(0) | 100(5) | | |
| No pago nada | 35,3(23) | 64,6(42) | | | 45,9(34) | 54,0(40) | | | 32,6(16) | 67,3(33) | | |
| Recibe atención en salud a través de | | | | | | | | | | | | |
| Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS) | 41,0(16) | 58,9(23) | 5,71 | 0,05 | 12(3) | 88(22) | 11,9 | 0,00 | 10(3) | 90(27) | 3,96 | 0,26 |
| Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS) / Carnet del resguardo indígena | 22,2(34) | 77,7(119) | | | 38,5(67) | 61,4(107) | | | 22,3(29) | 77,6(101) | | |
| No está afiliada | 28(7) | 72(18) | | | 17,1(6) | 82,8(29) | | | 15,7(6) | 84,2(32) | | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|---|-----------------------------|-----------------|---------------------------|-----------------|-----------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X ² Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X ² Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X ² Valor p |
| Otro (Carné de las fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPEX, régimen especial) | 0(0) | 0(0) | | 42,8(6) | 57,1(8) | | 0(0) | 100(5) | |
| ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis? | | | | | | | | | |
| Si | 80(4) | 20(1) | 7,95 0,01 | 82,6(19) | 17,3(4) | 28,5 0 | 100(5) | 0(0) | 27,2 0 |
| No | 25,1(53) | 74,8(158) | | 27,8(62) | 72,1(161) | | 15,8(31) | 84,1(164) | |
| NS | 0(0) | 100(1) | | 50(1) | 50(1) | | 66,6(2) | 33,3(1) | |

6.2.3 Resultado de la prueba de VIH y transformaciones del cuerpo

En Medellín el 29,9% en Bogotá el 22,7% y en Cali el 15,5% de las mujeres que se hicieron procedimientos para transformar el cuerpo, tuvieron un resultado positivo en la prueba de VIH. En el análisis bivariado se observó que no existe asociación entre los procesos de transformación corporal y la prueba de VIH. Así mismo tampoco se encontró asociación entre las variables independientes: inyectarse hormonas, no inyectarse sustancias y uso de jeringas con la variable dependiente: infección de VIH (Tabla 25).

6.2.4 Resultado de la prueba de VIH, Orientación Sexual e Identidad de Género

En términos de orientación sexual de las mujeres transgénero (Tabla 26), no es posible encontrar diferencias estadísticas ($p = 0 > 0,05$) en ninguna de las tres ciudades, por lo cual no hay asociación entre la variable independiente y la variable dependiente. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas realizada entre identificación de género y diagnóstico de VIH.

Tabla 25. Prevalencia de VIH, de acuerdo a las transformaciones del cuerpo en MT e infección de VIH en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|----------|------|------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | | | |
| Procedimiento para transformar su cuerpo | | | | | | | | | | | | |
| Si | 29,9(35) | 70,0(82) | 1,74 | 0,18 | 32,7(55) | 67,2(113) | 0,02 | 0,87 | 15,5(18) | 84,4(98) | 1,82 | 0,17 |
| No | 22(22) | 78(78) | | | 33,7(27) | 66,2(53) | | | 22,9(20) | 77,0(67) | | |
| Hormonas | | | | | | | | | | | | |
| Si | 32,8(24) | 67,1(49) | 2,62 | 0,26 | 25,7(18) | 74,2(52) | 2,69 | 0,25 | 18,5(13) | 81,4(57) | 2,90 | 0,23 |
| No | 25(11) | 75(33) | | | 37,7(37) | 62,2(61) | | | 10,8(5) | 89,1(41) | | |
| Silicona | | | | | | | | | | | | |
| Si | 33,3(7) | 66,6(14) | 1,89 | 0,38 | 100(3) | 0(0) | 6,26 | 0,04 | 14,2(4) | 85,7(24) | 1,86 | 0,39 |
| No | 29,1(28) | 70,8(68) | | | 31,5(52) | 68,4(113) | | | 15,9(14) | 84,0(74) | | |
| No se inyectó sustancias en los últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | |
| Si | 25(7) | 75(21) | 2,20 | 0,33 | 34,8(23) | 65,1(43) | 0,24 | 0,88 | 0(0) | 100(14) | 4,34 | 0,11 |
| No | 31,4(28) | 68,5(61) | | | 31,3(32) | 68,6(70) | | | 17,6(18) | 82,3(84) | | |
| Pensando en las inyecciones que usted se aplicó en los últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿con qué frecuencia utilizó una jeringa que alguien había usado antes? | | | | | | | | | | | | |
| Siempre | 0(0) | 0(0) | 1,74 | 0,18 | 0(0) | 100(1) | 0,51 | 0,77 | 0(0) | 100(1) | 2,14 | 0,54 |
| Algunas veces | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 100(1) | | |
| Nunca | 29,9(35) | 70,0(82) | | | 32,9(55) | 67,0(112) | | | 15,7(18) | 84,2(96) | | |

Tabla 26. Prevalencia de VIH, de acuerdo a orientación sexual e identidad de género de MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|-------------------------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica? | | | | | | | | | | | | |
| Homosexual | 23,5(20) | 76,4(65) | 3,27 | 0,35 | 38,8(26) | 61,1(41) | 5,10 | 0,16 | 20,9(18) | 79,0(68) | 1,27 | 0,73 |
| Heterosexual | 30(33) | 70(77) | | | 33,7(52) | 66,2(102) | | | 18,5(18) | 81,4(79) | | |
| Bisexual | 25(4) | 75(12) | | | 14,2(3) | 85,7(18) | | | 10(1) | 90(9) | | |
| Otro | 0(0) | 100(6) | | | 16,6(1) | 83,3(5) | | | 10(1) | 90(9) | | |
| Usted se identifica como mujer | | | | | | | | | | | | |
| Si | 20(9) | 80(36) | 1,15 | 0,28 | 33,3(14) | 66,6(28) | 0,00 | 0,96 | 15,3(4) | 84,6(22) | 0,21 | 0,64 |
| No | 27,9(48) | 72,0(124) | | | 33,0(68) | 66,9(138) | | | 19,2(34) | 80,7(143) | | |
| Usted se identifica como mujer trans | | | | | | | | | | | | |
| Si | 28,0(37) | 71,9(95) | 0,54 | 0,46 | 34,0(63) | 65,9(122) | 0,32 | 0,57 | 18,7(30) | 81,2(130) | 0,00 | 0,98 |
| No | 23,5(20) | 76,4(65) | | | 30,1(19) | 69,8(44) | | | 18,6(8) | 81,3(35) | | |
| Usted se identifica como Persona trans | | | | | | | | | | | | |
| Si | 16,6(3) | 83,3(15) | 0,93 | 0,33 | 38,0(35) | 61,9(57) | 1,63 | 0,20 | 27,7(10) | 72,2(26) | 2,36 | 0,12 |
| No | 27,1(54) | 72,8(145) | | | 30,1(47) | 69,8(109) | | | 16,7(28) | 83,2(139) | | |

6.2.5 Primera relación sexual y VIH

En relación a la edad de la primera relación sexual (Tabla 27), el 27,5% de las mujeres que la tuvo a los 17 años o menos en Medellín, el 35,1% en Bogotá y el 19,1% en Cali, fueron positivas a la prueba de VIH. Sin embargo, no se encontró asociación entre estas dos variables, así como tampoco hubo asociación entre la edad que tenía la persona con la que tuvo su primera relación y el diagnóstico de VIH. De las mujeres que no usaron condón en esta primera relación sexual, en Medellín el 28,8%, en Bogotá el 33,8% y en Cali el 20,7%, fueron positivas a la prueba de VIH, sin embargo, no se encontró relación entre estas dos variables en ninguna de las ciudades.

6.2.6 Relación de la prueba de VIH y número de personas con las que las MT ha tenido relaciones penetrativas

En Medellín el 29,1%, en Bogotá el 38,5% y en Cali el 21,8% de las mujeres que han tenido relaciones penetrativas, no comerciales con más de 10 relaciones en los últimos 12 meses, tuvo una prueba de VIH positiva (Tabla 28). En la ciudad de Bogotá fue en la única ciudad que se encontró una asociación entre estas dos variables.

6.2.7 Circuncisión, pareja con prueba de VIH positiva y VIH

En Medellín el 36,1% que había sido y el 24% que no había sido circuncidada tuvo un diagnóstico de VIH. En Bogotá el 25,7% de las que habían sido circuncidadas y el 34,5% de las que no, presentaron un diagnóstico positivo a la prueba. En Cali el 20% de las que refirieron estar circuncidadas y el 18% de las que no, fueron positivas al diagnóstico de VIH. En la prueba de chi-cuadrado no hubo evidencia estadística de asociación entre estas dos variables (Tabla 29).

En Bogotá el 60%, en Cali el 52% y en Bogotá el 36,8%, de las mujeres que reportaron haber tenido una pareja que viviera con VIH o haya muerto de SIDA, fueron positivas a la prueba de VIH, sin embargo, únicamente en Bogotá se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($X^2=9,34$; $p=0,00$). Haber tenido relaciones sexuales con mujeres, no se asoció con el diagnóstico de VIH.

El haber tenido prácticas sexuales con más de un hombre a la vez, tuvo una asociación estadísticamente significativa únicamente para la ciudad de Bogotá ($X^2=4,28$; $p=0,03$).

Tabla 27. Primera relación sexual MT y VIH en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----------|------|------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | | | |
| En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica? | | | | | | | | | | | | |
| Homosexual | 23,5(20) | 76,4(65) | 3,27 | 0,35 | 38,8(26) | 61,1(41) | 5,10 | 0,16 | 20,9(18) | 79,0(68) | 1,27 | 0,73 |
| Heterosexual | 30(33) | 70(77) | | | 33,7(52) | 66,2(102) | | | 18,5(18) | 81,4(79) | | |
| Bisexual | 25(4) | 75(12) | | | 14,2(3) | 85,7(18) | | | 10(1) | 90(9) | | |
| Otro | 0(0) | 100(6) | | | 16,6(1) | 83,3(5) | | | 10(1) | 90(9) | | |
| Usted se identifica como mujer | | | | | | | | | | | | |
| Si | 20(9) | 80(36) | 1,15 | 0,28 | 33,3(14) | 66,6(28) | 0,00 | 0,96 | 15,3(4) | 84,6(22) | 0,21 | 0,64 |
| No | 27,9(48) | 72,0(124) | | | 33,0(68) | 66,9(138) | | | 19,2(34) | 80,7(143) | | |
| Usted se identifica como mujer trans | | | | | | | | | | | | |
| Si | 28,0(37) | 71,9(95) | 0,54 | 0,46 | 34,0(63) | 65,9(122) | 0,32 | 0,57 | 18,7(30) | 81,2(130) | 0,00 | 0,98 |
| No | 23,5(20) | 76,4(65) | | | 30,1(19) | 69,8(44) | | | 18,6(8) | 81,3(35) | | |
| Usted se identifica como Persona trans | | | | | | | | | | | | |
| Si | 16,6(3) | 83,3(15) | 0,93 | 0,33 | 38,0(35) | 61,9(57) | 1,63 | 0,20 | 27,7(10) | 72,2(26) | 2,36 | 0,12 |
| No | 27,1(54) | 72,8(145) | | | 30,1(47) | 69,8(109) | | | 16,7(28) | 83,2(139) | | |
| A Qué Edad Tuvo Su Primera Relación Sexual, Entendida Como Penetración Sexual Anal, Oral O Vaginal Con O Sin Su Consentimiento | | | | | | | | | | | | |
| 17 o menos años | 27,5(55) | 72,5(145) | 2,00 | 0,15 | 35,1(76) | 64,8(140) | 3,74 | 0,15 | 19,1(35) | 80,8(148) | 0,20 | 0,65 |
| 18 a 24 años | 11,7(2) | 88,2(15) | | | 20(6) | 80(24) | | | 15(3) | 85(17) | | |
| 25 o más años | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 100(2) | | | 0(0) | 0(0) | | |
| Aproximadamente Qué Edad Tenía La Persona Con La Que Tuvo Su Primera Relación Sexual | | | | | | | | | | | | |
| Menos de 14 años | 36,8(7) | 63,1(12) | 3,06 | 0,38 | 31,5(6) | 68,4(13) | 0,02 | 0,98 | 26,3(5) | 73,6(14) | 1,00 | 0,79 |
| 15 a 25 años | 27,6(39) | 72,3(102) | | | 33,3(53) | 66,6(106) | | | 18,0(28) | 81,9(127) | | |
| Más de 25 años | 20(11) | 80(44) | | | 32,8(23) | 67,1(47) | | | 17,8(5) | 82,1(23) | | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| En esa primera relación sexual ¿usaron condón? | | | | | | | | | |
| Si | 17,0(8) | 82,9(39) | 2,64 0,10 | 30,5(18) | 69,4(41) | 0,22 0,63 | 20,7(11) | 79,2(42) | 0,19 0,65 |
| No | 28,8(49) | 71,1(121) | | 33,8(64) | 66,1(125) | | 18(27) | 82(123) | |
| No aplica | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | |
| Esa primera relación sexual con otro hombre fue con su consentimiento | | | | | | | | | |
| Si | 16,6(2) | 83,3(10) | 3,38 0,18 | 0(0) | 100(12) | 6,77 0,03 | 33,3(2) | 66,6(4) | 1,08 0,58 |
| No | 100(1) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | |
| NR | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 100(1) | | 0(0) | 100(1) | |

Tabla 28. Prevalencia de VIH, según número de personas con las que las MT ha tenido relaciones penetrativas, no comerciales en los últimos 12 meses, en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| Número de personas con las que ha tenido relaciones penetrativas, no comerciales, en los últimos 12 meses | | | | | | | | | |
| 1 a 4 relaciones | 27,0(13) | 72,9(35) | 3,30 0,34 | 29,2(19) | 70,7(46) | 7,46 0,05 | 14,0(9) | 85,9(55) | 2,82 0,41 |
| 5 a 10 Relaciones | 20,9(9) | 79,0(34) | | 26,4(9) | 73,5(25) | | 21,2(10) | 78,7(37) | |
| Más de 10 relaciones | 29,1(35) | 70,8(85) | | 38,5(54) | 61,4(86) | | 21,8(19) | 78,1(68) | |
| Número de HOMBRES con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 12 meses | | | | | | | | | |
| 1 a 4 relaciones | 28(14) | 72(36) | 3,04 0,38 | 30,1(19) | 69,8(44) | 9,30 0,02 | 12,6(8) | 87,3(55) | 2,66 0,44 |
| 5 a 10 relaciones | 21,4(9) | 78,5(33) | | 29,0(9) | 70,9(22) | | 20,9(9) | 79,0(34) | |
| más de 10 relaciones | 28,5(34) | 71,4(85) | | 38,5(54) | 61,4(86) | | 22,4(20) | 77,5(69) | |
| Número de Mujeres con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 12 meses | | | | | | | | | |
| 1 relaciones | 33,3(2) | 66,6(4) | 1,75 0,41 | 33,3(4) | 66,6(8) | 3,49 0,17 | 10(1) | 90(9) | 1,98 0,36 |
| más de 2 relaciones | 41,6(5) | 58,3(7) | | 8,3(1) | 91,6(11) | | 40(2) | 60(3) | |
| Número de Transgénero con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 12 meses | | | | | | | | | |
| 1 relaciones | 60(3) | 40(2) | 3,00 0,22 | 25(2) | 75(6) | 1,86 0,39 | 27,2(3) | 72,7(8) | 1,00 0,60 |
| más de 2 relaciones | 25(2) | 75(6) | | 12,5(1) | 87,5(7) | | 0(0) | 100(2) | |
| Número de HOMBRES con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 6 meses | | | | | | | | | |
| 1 a 4 relaciones | 21,4(21) | 78,5(77) | 4,97 0,17 | 32,4(36) | 67,5(75) | 10,3 0,01 | 14,9(17) | 85,0(97) | 4,64 0,19 |
| 5 a 10 relaciones | 21,0(8) | 78,9(30) | | 46,1(18) | 53,8(21) | | 15,6(5) | 84,3(27) | |
| más de 10 relaciones | 37,8(14) | 62,1(23) | | 45,4(15) | 54,5(18) | | 29,6(8) | 70,3(19) | |
| Número de Mujeres con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 6 meses | | | | | | | | | |
| 1 relaciones | 66,6(2) | 33,3(1) | 3,17 0,20 | 100(5) | 3,33 0,18 | | 0(0) | 100(1) | 0,70 0,70 |
| más de 2 relaciones | 50(1) | 50(1) | | 16,6(1) | 83,3(5) | | 0(0) | 100(2) | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|----------|------|------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | | | |
| Número de Transgénero con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 6 meses | | | | | | | | | | | | |
| 1 relaciones | 33,3(1) | 66,6(2) | 2,65 | 0,26 | 40(2) | 60(3) | 1,09 | 0,57 | 18,1(2) | 81,8(9) | 0,00 | 0,96 |
| más de 2 relaciones | 66,6(2) | 33,3(1) | | 0(0) | 100(2) | | | | 0(0) | 0(0) | | |
| Número de Parejas amorosas con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 6 meses | | | | | | | | | | | | |
| 1 relaciones | 29,1(23) | 70,8(56) | 2,93 | 0,23 | 31,1(29) | 68,8(64) | 0,52 | 0,76 | 13,4(13) | 86,5(84) | 5,64 | 0,05 |
| más de 2 relaciones | 16,6(8) | 83,3(40) | | | 36,8(21) | 63,1(36) | | | 16,6(7) | 83,3(35) | | |

Tabla 29. Prevalencia de VIH, de acuerdo circuncisión y pareja prueba de VIH positiva en MT, en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| ¿Usted está circuncidado? | | | | | | | | | |
| Si | 36,1(13) | 63,8(23) | 2,42 0,29 | 25,7(9) | 74,2(26) | 2,06 0,35 | 20,6(6) | 79,3(23) | 0,32 0,84 |
| No | 24(42) | 76(133) | | 34,5(73) | 65,4(138) | | 18,0(30) | 81,9(136) | |
| NS/NR | 33,3(2) | 66,6(4) | | 0(0) | 100(2) | | 25(2) | 75(6) | |
| Ha tenido alguna pareja que viva con el VIH o haya muerto de SIDA | | | | | | | | | |
| Si | 36,8(7) | 63,1(12) | 1,77 0,41 | 60(15) | 40(10) | 9,34 0,00 | 52,9(9) | 47,0(8) | 20,9 2,83 |
| No | 24,8(48) | 75,1(145) | | 29,8(65) | 70,1(153) | | 14,3(26) | 85,6(155) | |
| NS/NR | 40(2) | 60(3) | | 40(2) | 60(3) | | 60(3) | 40(2) | |
| ¿Ha tenido relaciones sexuales con una mujer? | | | | | | | | | |
| Si | 27,6(18) | 72,3(47) | 0,43 0,80 | 34,2(25) | 65,7(48) | 0,06 0,79 | 20,8(10) | 79,1(38) | 0,18 0,66 |
| No | 25,8(39) | 74,1(112) | | 32,5(57) | 67,4(118) | | 18,0(28) | 81,9(127) | |
| NS/NR | 0(0) | 100(1) | | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | |
| ¿Ha tenido prácticas sexuales con más de un hombre a la vez? | | | | | | | | | |
| Si | 29,5(39) | 70,4(93) | 1,86 0,17 | 39,2(49) | 60,8(76) | 4,28 0,03 | 21,0(24) | 78,9(90) | 0,93 0,33 |
| No | 21,1(18) | 78,8(67) | | 26,8(33) | 73,1(90) | | 15,7(14) | 84,2(75) | |

6.2.8 Infecciones de Transmisión Sexual y VIH

De las mujeres transgénero que reportaron haber tenido alguna ITS en los últimos 12 meses, por cada una de las ciudades, en Medellín el 42,8%, en Bogotá el 48,3% y en Cali el 41,3% fueron diagnosticadas con VIH. En las tres ciudades según el análisis bivariado, se encontró una asociación entre ITS y resultado de la prueba de VIH, Medellín ($X^2=5,93$; $p=0,05$), Bogotá ($X^2=8,53$; $p=0,036$) y Cali ($X^2=12,1$; $p=0,01$).

Continuando con lo anterior, se realizó un análisis bivariado por cada una de las ITS por las cuales se había indagado en la encuesta (gonorrea, clamidiasis, herpes, condilomas/verrugas genitales, sífilis), encontrándose en las tres ciudades una asociación entre el resultado de la prueba de VIH y el auto reporte de cada una de estas ITS, con un nivel de significancia $\leq 0,05$ (Ver Tabla 30)

Se encontró, que de las mujeres que respondieron haber tenido una ITS, y que no usaron condón al tener relaciones sexuales, el 50% en Medellín, el 33,3% en Bogotá y el 55,5% en Cali tuvo un resultado positivo al VIH. Únicamente la ciudad de Bogotá presentó una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($X^2=10,1$; $p=0,03$). Así mismo, en Bogotá fue la única ciudad donde se encontró una asociación entre hacer algo para protegerse del VIH y el diagnóstico a la prueba ($X^2=8,15$; $p=0,01$), y entre haberse realizado la prueba en los últimos tres meses y el diagnóstico de VIH ($X^2=8,33$; $p=0,01$).

Tabla 30. Prevalencia de VIH, según Infecciones de Transmisión Sexual en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|---|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual? | | | | | | | | | |
| No | 23,1(40) | 76,8(133) | 5,93 ,051 | 30,3(65) | 69,6(149) | 8,53 ,036 | 14,4(24) | 85,5(142) | 12,1 ,007 |
| Si | 42,8(15) | 57,1(20) | | 48,3(15) | 51,6(16) | | 41,3(12) | 58,6(17) | |
| NS/NR | 0(0) | 0(0) | | 100(2) | 0(0) | | 33,3(1) | 66,6(2) | |
| Gonorrea | | | | | | | | | |
| No | 43,3(13) | 56,6(17) | 5,95 ,051 | 46,6(14) | 53,3(16) | 5,00 ,082 | 55(11) | 45(9) | 19,2 ,000 |
| Si | 40(2) | 60(3) | | 100(1) | 0(0) | | 11,1(1) | 88,8(8) | |
| Clamidiiasis | | | | | | | | | |
| No | 42,8(15) | 57,1(20) | 5,93 ,015 | 48,3(15) | 51,6(16) | 3,75 ,053 | 42,8(12) | 57,1(16) | 12,5 ,002 |
| Si | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 100(1) | |
| Herpes | | | | | | | | | |
| No | 42,4(14) | 57,5(19) | 5,98 ,050 | 42,8(12) | 57,1(16) | 7,75 ,021 | 42,3(11) | 57,6(15) | 11,5 ,003 |
| Si | 50(1) | 50(1) | | 100(3) | 0(0) | | 33,3(1) | 66,6(2) | |
| Condilomas / verrugas genitales | | | | | | | | | |
| No | 48,3(15) | 51,6(16) | 10,2 ,006 | 48,3(15) | 51,6(16) | 3,75 ,053 | 41,6(10) | 58,3(14) | 11,4 ,003 |
| Si | 0(0) | 100(4) | | 0(0) | 0(0) | | 40(2) | 60(3) | |
| Sífilis | | | | | | | | | |
| No | 41,6(5) | 58,3(7) | 5,94 ,051 | 75(6) | 25(2) | 7,20 ,027 | 21,4(3) | 78,5(11) | 18,4 ,000 |
| Si | 43,4(10) | 56,5(13) | | 39,1(9) | 60,8(14) | | 60(9) | 40(6) | |
| La última vez que tuvo una infección de transmisión sexual ¿usó condones al tener relaciones sexuales? | | | | | | | | | |
| SI | 42,3(11) | 57,6(15) | 7,09 ,069 | 56,5(13) | 43,4(10) | 10,1 ,037 | 38,8(7) | 61,1(11) | 14,9 ,005 |
| No | 50(4) | 50(4) | | 33,3(1) | 66,6(2) | | 55,5(5) | 44,4(4) | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|---|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| ¿Durante LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA AYER usted hizo algo para protegerse de las infecciones de transmisión sexual? | | | | | | | | | |
| Si | 28,8(49) | 71,1(121) | 2,80 ,246 | 36,8(76) | 63,1(130) | 8,15 ,017 | 19,0(25) | 80,9(106) | 0,04 ,977 |
| No | 15,7(6) | 84,2(32) | | 14,6(6) | 85,3(35) | | 17,9(12) | 82,0(55) | |
| En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, se ha realizado pruebas diagnósticas de Infecciones de transmisión sexual | | | | | | | | | |
| Si | 30,3(10) | 69,6(23) | 2,69 0,25 | 39,6(23) | 60,3(35) | 8,33 0,01 | 16,6(6) | 83,3(30) | 0,22 0,89 |
| No | 28,4(39) | 71,5(98) | | 35,8(53) | 64,1(95) | | 20(19) | 80(76) | |

6.2.9 Resultado de la prueba de VIH y pareja estable o casual

Continuado con el análisis de las prácticas sexuales con la pareja estable el tener o no pareja estable no está asociado con el diagnóstico de VIH según la prueba de chi cuadrado. Respecto a las mujeres transgénero que reportaron no usar condón con la pareja estable la última vez que tuvieron sexo oral, se encontró que para Medellín el 22,2%, para Bogotá el 21,9% y para Cali el 15,6%, fueron positivas a la prueba de VIH. No se encontró una asociación entre estas dos variables. Es importante resaltar que de las mujeres transgénero que indicaron que no hablar sobre temas de ITS, VIH/Sida con su pareja estable, 25% en Medellín, 12,5% en Bogotá y 23,5% en Cali tuvieron un diagnóstico positivo a la prueba de VIH.

Respecto a las prácticas sexuales con las parejas ocasionales, de los que reportan nunca usar condón con este tipo de parejas, en Medellín el 14,2%, en Bogotá el 33,3% y en Cali el 25%, fueron positivos a la prueba de VIH. Por su parte de los que reportaron usar siempre condón con su pareja ocasional el 19,3% en Medellín, el 36,7% en Bogotá y el 17,9%, fueron positivos a la prueba. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables. A su vez, tampoco se encontró una asociación entre rol que asumían las mujeres transgénero durante la sexualidad (Activa, pasiva o versátil) y el diagnóstico de VIH (Tabla 31).



Tabla 31. Prevalencia de VIH, pareja estable o casual en MT en Bogotá, Medellín y Cali, Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | | Bogotá | | | | Área metropolitana Cali | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| Pareja estable | | | | | | | | | | | | |
| Si | 27,1(19) | 72,8(51) | 0,04 | ,840 | 28,9(24) | 71,0(59) | 0,97 | ,325 | 14,8(12) | 85,1(69) | 1,35 | ,245 |
| No | 25,8(38) | 74,1(109) | | | 35,1(58) | 64,8(107) | | | 21,3(26) | 78,6(96) | | |
| La última vez que tuvo sexo anal, con la pareja estable más significativa para usted ¿Usaron condón usted y / o su pareja? | | | | | | | | | | | | |
| Si | 43,7(7) | 56,2(9) | 2,89 | ,089 | 35,7(15) | 64,2(27) | 1,91 | ,167 | 13,3(4) | 86,6(26) | 0,08 | ,773 |
| No | 22,2(12) | 77,7(42) | | | 21,9(9) | 78,0(32) | | | 15,6(8) | 84,3(43) | | |
| ¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con su pareja estable? | | | | | | | | | | | | |
| Si | 27,5(16) | 72,4(42) | 0,07 | ,963 | 30,6(23) | 69,3(52) | 2,04 | ,359 | 13,8(10) | 86,1(62) | 1,71 | ,424 |
| No | 25(3) | 75(9) | | | 12,5(1) | 87,5(7) | | | 22,2(2) | 77,7(7) | | |
| La ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal con una pareja ocasional o contacto casual, ¿usaron condón? | | | | | | | | | | | | |
| SI | 22,6(19) | 77,3(65) | 0,94 | ,623 | 40,2(35) | 59,7(52) | 3,29 | ,192 | 12,9(11) | 87,0(74) | 3,22 | ,200 |
| No | 29,0(9) | 70,9(22) | | | 33,3(7) | 66,6(14) | | | 23,5(8) | 76,4(26) | | |
| ¿Con qué frecuencia usaron condón usted y / o sus parejas ocasionales o contactos casuales, cuando tuvieron sexo anal en los últimos 6 meses? | | | | | | | | | | | | |
| Nunca | 14,2(1) | 85,7(6) | 3,25 | ,355 | 33,3(1) | 66,6(2) | 3,76 | ,288 | 25(2) | 75(6) | 2,72 | ,604 |
| Siempre | 19,3(12) | 80,6(50) | | | 36,7(29) | 63,2(50) | | | 17,9(12) | 82,0(55) | | |
| Algunas veces | 32,6(15) | 67,3(31) | | | 46,1(12) | 53,8(14) | | | 11,6(5) | 88,3(38) | | |
| No tuvo sexo anal con este tipo de parejas | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 100(1) | | |
| Usted ha sido activa, pasiva o ambas, en sus relaciones anales con hombres en los últimos 6 meses contados hasta ayer | | | | | | | | | | | | |
| Activa (usted penetra) | 18,7(3) | 81,2(13) | 3,39 | 0,33 | 12,5(1) | 87,5(7) | 4,71 | 0,19 | 16,6(1) | 83,3(5) | 0,61 | 0,89 |
| Pasiva (la pareja la penetra) | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | |
| Ambas (versátil) | 31,1(33) | 68,8(73) | | | 36,9(51) | 63,0(87) | | | 20,6(20) | 79,3(77) | | |

6.2.10 Trabajo Sexual y VIH

Con respecto a trabajo sexual la tabla 32 muestra que del grupo de las MT que refirió que, si había tenido relaciones sexuales a cambio de dinero el 30,7% en Medellín, el 38,5% en Bogotá y el 21,8% en Cali tenían diagnóstico de VIH, únicamente en la ciudad de Bogotá se encontró una relación estadísticamente significativa entre esta variable y el diagnóstico de VIH ($X^2 = 6,53$; $p = 0,038$).

De las mujeres que no usaron condón la última vez que tuvieron sexo anal con un cliente el 18,1 en Medellín, el 38,2 en Bogotá y el 22% en Cali, tuvieron una prueba positiva a la prueba de VIH. Estas dos variables no estuvieron asociadas $p > 0,05$.

6.2.11 Resultado de la prueba de VIH y Uso de Condón

En la tabla 33 se muestra un análisis específico de la asociación del uso de condón y la prevalencia del VIH, en las tres ciudades. De las mujeres transgénero que indicaron que no usaron condón la última vez que tuvieron sexo anal el 22,9% en Medellín, el 13,6% en Bogotá y el 19,3% en Cali, tuvieron un diagnóstico de VIH, se puede observar una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables únicamente para la ciudad de Bogotá.

De las mujeres que reportaron No haber recibido condones gratis durante los últimos meses, el 26,0 en Medellín, el 10% en Bogotá y el 18,7% en Cali, fueron positivas a la prueba de VIH. En la prueba del Chi cuadrado no se encontró asociación de estas variables para Medellín y Cali, caso contrario en Bogotá donde se encontró una asociación estadísticamente significativa ($X^2 = 15,0$; $p = 0,000$).

La frecuencia del uso del lubricante no tuvo una asociación estadísticamente significativa con la prevalencia de VIH. Para esta variable se encontró que de las mujeres que indicaron siempre usar lubricante en los últimos meses, el 26,3% en Medellín, el 35,5% en Bogotá y el 17,7% en Cali tuvieron un diagnóstico positivo a la prueba de VIH.

Referente a la recepción de consejería sobre el uso de condón y sexo seguro, en Medellín el 20,5% de las mujeres que indicaron no haberlo recibido y el 26,6% de las que indicaron que si lo recibieron, tuvieron un resultado positivo a la prueba de VIH; en Bogotá el 44,5% de las que indicaron que sí y el 23,9% de las que no lo recibieron, tuvieron un diagnóstico a VIH; por su parte en Cali, el 16,1% de las que mencionaron si haberlo recibido y el 19,7% de las que no, tuvieron un diagnóstico positivo a la prueba. De las tres ciudades sólo Bogotá tuvo una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables.



Tabla 32. Prevalencia de VIH, de acuerdo a trabajo sexual en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | Valor p X2 | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | Valor p X2 | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | Valor p X2 | |
| ¿En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de tener sexo? | | | | | | | | | | |
| No | 22,2(12) | 77,7(42) | 5,55 | 29,1(14) | 70,8(34) | 6,53 | 15(9) | 85(51) | 1,67 | ,643 |
| Si | 30,7(43) | 69,2(97) | | 38,5(59) | 61,4(94) | | 21,8(24) | 78,1(86) | | |
| La última vez que tuvo sexo anal con un cliente, ¿usaron condón? | | | | | | | | | | |
| Si | 31,7(41) | 68,2(88) | 0,88 | 38,2(57) | 61,7(92) | 0,22 | 22(22) | 78(78) | 0,02 | ,884 |
| No | 18,1(2) | 81,8(9) | | 50(2) | 50(2) | | 20(2) | 80(8) | | |
| ¿Con qué frecuencia usted y los clientes de los que recibe dinero usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales anales en los últimos 6 meses contados hasta ayer? | | | | | | | | | | |
| Siempre | 30,7(43) | 69,2(97) | 4,02 | 38,1(58) | 61,8(94) | 7,17 | 22,4(24) | 77,5(83) | 2,48 | ,289 |
| Algunas veces | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | |
| Nunca | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | |
| No tuvo sexo anal con clientes | 0(0) | 0(0) | | 100(1) | 0(0) | | 0(0) | 100(3) | | |
| En el lugar donde frecuentemente, usted consigue clientes (que le pagan por tener sexo), las personas que manejan el sitio la obligan a consumir alcohol o drogas | | | | | | | | | | |
| No, ni alcohol ni drogas | 33,3(40) | 66,6(80) | 8,73 | 40,4(57) | 59,5(84) | 9,02 | 22,3(21) | 77,6(73) | 1,65 | ,646 |
| Si, alcohol y drogas | 14,2(2) | 85,7(12) | | 25(2) | 75(6) | | 20(2) | 80(8) | | |
| Si, alcohol | 0(0) | 100(4) | | 0(0) | 100(1) | | 16,6(1) | 83,3(5) | | |
| Si, drogas | 50(1) | 50(1) | | 0(0) | 100(3) | | 0(0) | 0(0) | | |

Tabla 33. Uso de condón en MT y VIH en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | | Bogotá | | | | Área metropolitana Cali | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| La última vez que tuvo sexo anal, ¿usó condón? | | | | | | | | | | | | |
| Si | 27,5(43) | 72,4(113) | 0,48 | ,488 | 37,2(76) | 62,7(128) | 9,12 | ,003 | 18,4(26) | 81,5(115) | 0,02 | ,878 |
| No | 22,9(14) | 77,0(47) | | | 13,6(6) | 86,3(38) | | | 19,3(12) | 80,6(50) | | |
| Usted usa condón | | | | | | | | | | | | |
| Si | 26,6(54) | 73,3(149) | 0,18 | ,671 | 34,8(79) | 65,1(148) | 3,65 | ,056 | 18,2(31) | 81,7(139) | 0,16 | ,688 |
| No | 21,4(3) | 78,5(11) | | | 14,2(3) | 85,7(18) | | | 21,2(7) | 78,7(26) | | |
| Con qué frecuencia se le han roto los condones en los últimos 6 meses | | | | | | | | | | | | |
| Algunas veces | 28,4(29) | 71,5(73) | 3,91 | ,562 | 35,5(38) | 64,4(69) | 8,90 | ,113 | 19,4(15) | 80,5(62) | 3,90 | ,564 |
| No uso condón en los últimos 6 meses | 20(1) | 80(4) | | | 33,3(1) | 66,6(2) | | | 0(0) | 100(7) | | |
| No ha tenido relaciones sexuales | 14,2(1) | 85,7(6) | | | 0(0) | 100(6) | | | 40(2) | 60(3) | | |
| Nunca | 25(22) | 75(66) | | | 35,4(39) | 64,5(71) | | | 16,6(13) | 83,3(65) | | |
| Siempre | 100(1) | 0(0) | | | 100(1) | 0(0) | | | 33,3(1) | 66,6(2) | | |
| Ha recibido condones GRATIS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES contados hasta ayer | | | | | | | | | | | | |
| Si | 26,3(38) | 73,6(106) | 0,00 | ,954 | 38,8(77) | 61,1(121) | 15,0 | ,000 | 18,7(26) | 81,2(113) | 0,00 | ,994 |
| No | 26,0(19) | 73,9(54) | | | 10(5) | 90(45) | | | 18,7(12) | 81,2(52) | | |
| Con qué frecuencia ha utilizado lubricantes durante los últimos 6 meses contados hasta ayer | | | | | | | | | | | | |
| Siempre | 26,3(19) | 73,6(53) | 5,78 | ,056 | 35,5(38) | 64,4(69) | 1,01 | ,601 | 17,7(14) | 82,2(65) | 0,14 | ,931 |
| Algunas veces | 18,8(16) | 81,1(69) | | | 33,3(30) | 66,6(60) | | | 18,6(14) | 81,3(61) | | |
| Nunca | 36,6(22) | 63,3(38) | | | 27,4(14) | 72,5(37) | | | 20,4(10) | 79,5(39) | | |
| En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, ha recibido consejería sobre el uso del condón y sexo seguro | | | | | | | | | | | | |
| Si | 26,6(12) | 73,3(33) | 5,25 | ,072 | 44,5(45) | 55,4(56) | 10,3 | ,006 | 16,1(11) | 83,8(57) | 0,44 | ,801 |
| No | 20,5(23) | 79,4(89) | | | 23,9(23) | 76,0(73) | | | 19,7(17) | 80,2(69) | | |

6.2.12 Conocimientos de VIH y Exposición a Intervenciones de VIH

De las mujeres que habían oído hablar de VIH/Sida, en Medellín el 26,8%, en Bogotá el 32,9% y en Cali el 19%, presentaron un diagnóstico a VIH, sin embargo, en la prueba de chi-cuadrado no hubo una relación entre estas dos variables.

En la tabla 34 se observa que para la mayoría de las consideraciones o creencias que se preguntaron en la encuesta sobre el VIH no tuvieron una asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico del VIH en las tres ciudades. Únicamente en Medellín se observó una asociación significativamente estadística entre la variable se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada y comprar verduras a un comerciante si supiera que tiene VIH y el diagnóstico de VIH ($X^2=8,66$; $p=0,013$) y ($X^2=6,81$; $p=0,033$) respectivamente.

En cuanto a las exposiciones a intervenciones el 25,2% en Medellín, el 32,6% en Bogotá y el 18% en Cali, que indicó no haber participado en ninguna actividad informativa o educativa sobre VIH en los últimos doce meses, tuvo un resultado positivo a la prueba de VIH. Cali fue la única ciudad que no tuvo una asociación entre estas dos variables, según el análisis de chi-cuadrado.

De las mujeres que no se habían realizado la prueba del VIH en los últimos 12 meses, el 36,4% en Medellín, el 49,5% en Bogotá y el 26,7% en Cali, tuvo una prueba positiva en el estudio. En Medellín y Bogotá se encontró una asociación significativa entre hacerse la prueba y el diagnóstico de VIH. A su vez, en estas dos ciudades se encontró una asociación entre la razón por la cual se hicieron la prueba y el diagnóstico de VIH.

El grado de vulnerabilidad o riesgo que consideran las mujeres transgénero de infectarse con VIH tuvo una asociación con la prevalencia de VIH, en las tres ciudades, en donde el 33,8 en Medellín, el 34,7% en Bogotá y el 16,4% de las mujeres en Cali, que mencionaron tener un riesgo alto, tienen una prueba de VIH positiva. De las mujeres que indicaron no tener ningún riesgo de infectarse con VIH, el 21,9% en Medellín, el 25% en Bogotá y el 20 en Cali, fueron positivas a la prueba de VIH.

La participación en actividades educativas sobre el VIH en el marco del Proyecto del Fondo Mundial que opera con ENTerritorio, solo tuvo una asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico de VIH en Bogotá ($X^2=4,59$; $p=0,05$).

A su vez en el análisis bivariado se encontró evidencia estadística de una asociación entre el haber recibido una asesoría sobre VIH cuando se hicieron la prueba, con el diagnóstico de esta enfermedad. Caso contrario a lo que ocurre entre conocer a donde dirigirse para realizarse la prueba y el diagnóstico del VIH.

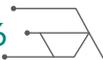
Tabla 34. Prevalencia de VIH, de acuerdo a conocimientos de VIH en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| Ha oído hablar de VIH o SIDA | | | | | | | | | |
| Si | 26,8(57) | 73,1(155) | 1,82 ,177 | 32,9(81) | 67,0(165) | 0,26 ,609 | 19(38) | 81(162) | 0,70 ,402 |
| No | 0(0) | 100(5) | | 50(1) | 50(1) | | 0(0) | 100(3) | |
| El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales | | | | | | | | | |
| Si | 23,5(28) | 76,4(91) | 4,49 ,213 | 32,2(40) | 67,7(84) | 0,45 ,930 | 22,9(28) | 77,0(94) | 4,24 ,236 |
| No | 32,9(27) | 67,0(55) | | 33,8(40) | 66,1(78) | | 13,3(10) | 86,6(65) | |
| No sabe | 18,1(2) | 81,8(9) | | 25(1) | 75(3) | | 0(0) | 100(3) | |
| El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales | | | | | | | | | |
| Si | 27,1(50) | 72,8(134) | 1,39 ,498 | 32,4(77) | 67,5(160) | 1,98 ,370 | 18,6(34) | 81,3(148) | 0,15 ,924 |
| No | 27,7(5) | 72,2(13) | | 57,1(4) | 42,8(3) | | 21,4(3) | 78,5(11) | |
| Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o SIDA | | | | | | | | | |
| Si | 28,2(56) | 71,7(142) | 5,11 ,077 | 34,0(81) | 65,9(157) | 2,55 ,279 | 18,8(35) | 81,1(151) | 0,94 ,623 |
| No | 12,5(1) | 87,5(7) | | 0(0) | 100(1) | | 28,5(2) | 71,4(5) | |
| Se puede transmitir el VIH por picaduras de zancudo | | | | | | | | | |
| No | 30,5(36) | 69,4(82) | 2,49 ,287 | 33,9(52) | 66,0(101) | 0,16 ,920 | 19,6(26) | 80,3(106) | 0,97 ,613 |
| Si | 20(11) | 80(44) | | 32,0(17) | 67,9(36) | | 20,5(8) | 79,4(31) | |
| Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada | | | | | | | | | |
| No | 30,1(54) | 69,8(125) | 8,66 ,013 | 32,2(72) | 67,7(151) | 2,61 ,271 | 20,3(34) | 79,6(133) | 1,90 ,386 |
| Si | 12(3) | 88(22) | | 50(8) | 50(8) | | 13,6(3) | 86,3(19) | |
| Usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH | | | | | | | | | |
| Si | 29,1(54) | 70,8(131) | 6,81 ,033 | 34,5(74) | 65,4(140) | 1,95 ,376 | 19,6(31) | 80,3(127) | 2,64 ,267 |
| No | 0(0) | 100(15) | | 25,9(7) | 74,0(20) | | 9,67(3) | 90,3(28) | |
| No sabe | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | | 0(0) | 0(0) | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----------|------|------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | Valor p X2 | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | Valor p X2 | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | Valor p X2 | | | |
| Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela / colegio con los niños que no tienen VIH | | | | | | | | | | | | |
| Si | 28,7(54) | 71,2(134) | 4,59 | ,100 | 33,1(77) | 66,8(155) | 0,44 | ,802 | 20,2(36) | 79,7(142) | 2,40 | ,300 |
| No | 6,66(1) | 93,3(14) | | | 36,3(4) | 63,6(7) | | | 5,55(1) | 94,4(17) | | |
| No sabe | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | | 0(0) | 0(0) | | |
| Ha participado en los ÚLTIMOS 12 MESES en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA | | | | | | | | | | | | |
| Si | 27,6(26) | 72,3(68) | 0,16 | 0,68 | 33,6(35) | 66,3(69) | 0,02 | 0,86 | 19,5(18) | 80,4(74) | 0,07 | 0,77 |
| No | 25,2(31) | 74,7(92) | | | 32,6(47) | 67,3(97) | | | 18,0(20) | 81,9(91) | | |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, se ha hecho la prueba para detectar el VIH | | | | | | | | | | | | |
| Si | 14,4(14) | 85,5(83) | 12,7 | ,002 | 21,7(28) | 78,2(101) | 22,6 | ,000 | 14,0(15) | 85,9(92) | 4,69 | ,096 |
| No | 36,4(35) | 63,5(61) | | | 49,5(52) | 50,4(53) | | | 26,7(19) | 73,2(52) | | |
| Por qué se hizo la prueba para detectar el VIH | | | | | | | | | | | | |
| Por su propia iniciativa | 12,8(9) | 87,1(61) | 21,1 | ,020 | 18,3(18) | 81,6(80) | 21,8 | ,016 | 14,2(10) | 85,7(60) | 15,0 | ,058 |
| Solicitud del trabajo | 0(0) | 100(2) | | | 0(0) | 100(1) | | | 0(0) | 100(5) | | |
| Alguien la convenció | 50(1) | 50(1) | | | 0(0) | 100(1) | | | 0(0) | 100(2) | | |
| Se la realizó en algún estudio, investigación o campaña | 0(0) | 100(4) | | | 22,2(2) | 77,7(7) | | | 16,6(1) | 83,3(5) | | |
| Porque tuvo sexo desprotegido u otro comportamiento de riesgo | 33,3(2) | 66,6(4) | | | 25(1) | 75(3) | | | 20(1) | 80(4) | | |
| Una de mis parejas sexuales vive con VIH | 0(0) | 100(2) | | | 0(0) | 100(1) | | | 0(0) | 0(0) | | |
| La solicito el personal de salud | 33,3(1) | 66,6(2) | | | 66,6(2) | 33,3(1) | | | 10(1) | 90(9) | | |
| Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH | | | | | | | | | | | | |
| Bajo | 9,37(3) | 90,6(29) | 19,1 | ,002 | 14,5(9) | 85,4(53) | 51,5 | ,000 | 14,8(8) | 85,1(46) | 20,8 | ,001 |
| Alto | 33,8(22) | 66,1(43) | | | 34,7(33) | 65,2(62) | | | 16,4(11) | 83,5(56) | | |
| Medio | 22(11) | 78(39) | | | 25,9(14) | 74,0(40) | | | 16,1(10) | 83,8(52) | | |

Continúa



| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| Ninguno | 21,9(9) | 78,0(32) | | 25(3) | 75(9) | | 20(2) | 80(8) | |
| No sabe | 32(8) | 68(17) | | 81,8(9) | 18,1(2) | | 57,1(4) | 42,8(3) | |
| No responde | 100(4) | 0(0) | | 100(14) | 0(0) | | 100(3) | 0(0) | |
| Desde el año 2017, diferentes organizaciones han desarrollado actividades educativas sobre VIH en el marco del Proyecto de VIH del Fondo Mundial que está operando Fonade en la ciudad, ¿ha participado de estas actividades? | | | | | | | | | |
| Si | 29,2(19) | 70,7(46) | 0,42 | 22,8(16) | 77,1(54) | 4,59 | 19,3(12) | 80,6(50) | 0,02 |
| No | 25(38) | 75(114) | | 37,0(66) | 62,9(112) | | 18,4(26) | 81,5(115) | |
| Cuando se hizo la prueba, ¿recibió una asesoría sobre VIH? | | | | | | | | | |
| Si | 16,4(11) | 83,5(56) | 13,2 | 23,8(27) | 76,1(86) | 17,6 | 13,5(11) | 86,4(70) | 8,22 |
| No | 10,7(3) | 89,2(25) | | 6,25(1) | 93,7(15) | | 12(3) | 88(22) | |
| No recuerda | 0(0) | 100(2) | | 0(0) | 0(0) | | 100(1) | 0(0) | |
| ¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea realizarse la prueba de VIH? | | | | | | | | | |
| Si | 28,9(48) | 71,0(118) | 2,55 | 35,4(73) | 64,5(133) | 3,09 | 20,1(34) | 79,8(135) | 1,29 |
| No | 17,6(9) | 82,3(42) | | 21,4(9) | 78,5(33) | | 11,7(4) | 88,2(30) | |

6.2.13 Resultado de la prueba de VIH y Terapia PrEP y PEP

Con respecto a la terapia PrEP, de las mujeres que mencionaron haberla tomado, el 16,6% en Medellín, el 27,5% en Bogotá y el 15,3% en Cali, tuvieron una prueba positiva a VIH. En la prueba del bivariado no se encontró una asociación entre estas dos variables. En cuanto al uso de la terapia PEP el 0% en Medellín, y el 33,3% en Bogotá de las mujeres que mencionaron haberla usado, tuvieron un diagnóstico de VIH. No se encontró asociación entre estas dos variables. En la tabla 35 se puede ampliar esta información.

Tabla 35. Prevalencia de VIH, de acuerdo a la terapia pre y pos exposición al VIH en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----------|------|------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | | | |
| ¿Ha oído hablar de la terapia pre-exposición o PrEP? | | | | | | | | | | | | |
| Si | 23,5(4) | 76,4(13) | 0,91 | ,633 | 27,5(8) | 72,4(21) | 0,58 | ,745 | 15,3(2) | 84,6(11) | 0,82 | ,663 |
| No | 27,0(52) | 72,9(140) | | | 33,9(73) | 66,0(142) | | | 19,2(36) | 80,7(151) | | |
| Alguna vez ha tomado terapia pre-exposición (PrEP) | | | | | | | | | | | | |
| Si | 16,6(1) | 83,3(5) | 1,14 | ,566 | 55,5(5) | 44,4(4) | 2,23 | ,328 | 50(1) | 50(1) | 1,97 | ,372 |
| No | 27,0(55) | 72,9(148) | | | 32,3(76) | 67,6(159) | | | 18,6(37) | 81,3(161) | | |
| La terapia pre-exposición (PrEP) tiene efectos secundarios similares a otros medicamentos utilizados para tratar el VIH. ¿Tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH? | | | | | | | | | | | | |
| Si | 23,7(19) | 76,2(61) | 1,43 | ,488 | 28,5(38) | 71,4(95) | 2,94 | ,229 | 17,3(24) | 82,6(114) | 1,45 | ,482 |
| No | 28,6(37) | 71,3(92) | | | 38,7(43) | 61,2(68) | | | 22,5(14) | 77,4(48) | | |
| Ha oído hablar de la terapia postexposición o PEP | | | | | | | | | | | | |
| Si | 22,2(4) | 77,7(14) | 1,02 | ,599 | 20,8(5) | 79,1(19) | 1,95 | ,376 | 14,2(2) | 85,7(12) | 0,92 | ,631 |
| No | 27,2(52) | 72,7(139) | | | 34,5(76) | 65,4(144) | | | 19,3(36) | 80,6(150) | | |
| Alguna vez ha tomado terapia postexposición (PEP) | | | | | | | | | | | | |
| Si | 0(0) | 100(3) | 1,94 | ,379 | 33,3(2) | 66,6(4) | 0,11 | ,942 | 0(0) | 100(2) | 1,18 | ,554 |
| No | 27,1(56) | 72,8(150) | | | 33,1(79) | 66,8(159) | | | 19,1(38) | 80,8(160) | | |

6.2.14 Consumo de Sustancias Psicoactivas

A nivel general, en cuanto al consumo de cualquier sustancia psicoactiva, se encontró que en Medellín el 26,3%, en Bogotá el 35,1% y en Cali el 18,7% de las mujeres que reportaron haber consumido alguna sustancia psicoactiva, sin importar cual fuera, tuvieron un diagnóstico positivo a la prueba de VIH. Sin embargo, en la prueba del chi cuadrado, estas dos variables no tuvieron una asociación estadísticamente significativa en ninguna de las tres ciudades.

Con relación a la prevalencia de VIH, analizada según el consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que del grupo que refirió haber consumido alcohol en los últimos 6 meses, el 28% en Medellín, el 32% en Bogotá y el 17,2 en Cali, tenían VIH. Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables. En cuanto a la frecuencia de consumo de alcohol se observó una asociación con la prevalencia de VIH, en la ciudad de Medellín ($X^2=13$; $P=0,023$), caso contrario a Bogotá y Cali.

Fumar marihuana, fumar o inhalar pipa, crack o bazuco, así como inhalar thinner, pegante o sacol, no tuvieron una relación significativamente estadística con la variable dependiente del diagnóstico del VIH, en ninguna de las tres ciudades. Mientras que haber inhalado cocaína, consumido Popper o estasis o haber consumido pepas o roches, si tuvo una asociación estadísticamente significativa con el diagnóstico de VIH, en la ciudad de Medellín. Por su parte en Cali se observó únicamente una asociación estadísticamente significativa entre haber fumado heroína y el diagnóstico de VIH.

Tabla 36. Prevalencia de VIH, de acuerdo al consumo de sustancias psicoactivas en MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | | Bogotá | | | | Área metropolitana Cali | | | |
|--|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| En los ÚLTIMOS 6 MESES contados hasta ayer, ¿ha consumido alcohol? | | | | | | | | | | | | |
| No | 19,0(8) | 80,9(34) | 1,40 | ,236 | 34,8(31) | 65,1(58) | 0,19 | ,658 | 25,7(9) | 74,2(26) | 1,36 | ,244 |
| Si | 28(49) | 72(126) | | | 32,0(51) | 67,9(108) | | | 17,2(29) | 82,7(139) | | |
| En los últimos 30 días contados hasta ayer, ¿Con qué frecuencia ha consumido alcohol? | | | | | | | | | | | | |
| No han consumido alcohol en los últimos 30 días | 47,6(10) | 52,3(11) | 13,0 | ,023 | 40,7(11) | 59,2(16) | 2,33 | ,801 | 0(0) | 100(13) | 5,12 | ,400 |
| Todos los días | 12,5(1) | 87,5(7) | | | 28,5(2) | 71,4(5) | | | 33,3(1) | 66,6(2) | | |
| Más de una vez a la semana | 33,3(13) | 66,6(26) | | | 31,5(6) | 68,4(13) | | | 15,3(8) | 84,6(44) | | |
| Una vez a la semana | 30,7(20) | 69,2(45) | | | 24,3(10) | 75,6(31) | | | 19,0(12) | 80,9(51) | | |
| Menos de un vez a la semana | 11,9(5) | 88,0(37) | | | 33,8(22) | 66,1(43) | | | 21,6(8) | 78,3(29) | | |
| Ha fumado marihuana | | | | | | | | | | | | |
| No | 27,0(20) | 72,9(54) | 0,03 | ,855 | 27,8(34) | 72,1(88) | 2,92 | ,087 | 17,3(13) | 82,6(62) | 0,15 | ,698 |
| Si | 25,8(37) | 74,1(106) | | | 38,0(48) | 61,9(78) | | | 19,5(25) | 80,4(103) | | |
| Ha fumado o inhalado pipa, crack o bazuco | | | | | | | | | | | | |
| No | 26,2(52) | 73,7(146) | 2,52 | ,996 | 31,4(66) | 68,5(144) | 1,65 | ,198 | 17,9(33) | 82,0(151) | 0,79 | ,373 |
| Si | 26,3(5) | 73,6(14) | | | 42,1(16) | 57,8(22) | | | 26,3(5) | 73,6(14) | | |
| Ha Inhalado cocaína | | | | | | | | | | | | |
| No | 20,3(27) | 79,6(106) | 6,31 | ,012 | 34,0(61) | 65,9(118) | 0,29 | ,585 | 18,1(22) | 81,8(99) | 0,05 | ,812 |
| Si | 35,7(30) | 64,2(54) | | | 30,4(21) | 69,5(48) | | | 19,5(16) | 80,4(66) | | |
| Ha Fumado heroína | | | | | | | | | | | | |
| No | 26,4(56) | 73,5(156) | 0,10 | ,747 | 33,4(82) | 66,5(163) | 1,50 | ,221 | 18,3(37) | 81,6(165) | 4,36 | ,037 |
| Si | 20(1) | 80(4) | | | 0(0) | 100(3) | | | 100(1) | 0(0) | | |

Continúa

| Características | Área metropolitana Medellín | | | | Bogotá | | | | Área metropolitana Cali | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|------|---------|-----------------|-----------------|------|---------|-------------------------|-----------------|------|---------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 | Valor p |
| Ha Inhalado thinner o pegante, sacol | | | | | | | | | | | | |
| No | 25,1(49) | 74,8(146) | 1,28 | ,256 | 33,4(77) | 66,5(153) | 0,24 | ,621 | 19,2(37) | 80,7(155) | 0,70 | ,400 |
| Si | 36,3(8) | 63,6(14) | | | 27,7(5) | 72,2(13) | | | 9,09(1) | 90,9(10) | | |
| Ha Consumido popper o éxtasis | | | | | | | | | | | | |
| No | 21,6(29) | 78,3(105) | 3,87 | ,049 | 33,6(72) | 66,3(142) | 0,23 | ,626 | 19,3(29) | 80,6(121) | 0,14 | ,706 |
| Si | 33,7(28) | 66,2(55) | | | 29,4(10) | 70,5(24) | | | 16,9(9) | 83,0(44) | | |
| Ha Consumido pepas roches (rivotril, rohipnol) | | | | | | | | | | | | |
| No | 20,7(35) | 79,2(134) | 12,1 | ,000 | 33,9(74) | 66,0(144) | 0,63 | ,427 | 18,9(32) | 81,0(137) | 0,03 | ,861 |
| Si | 45,8(22) | 54,1(26) | | | 26,6(8) | 73,3(22) | | | 17,6(6) | 82,3(28) | | |
| Consumo de SPA | | | | | | | | | | | | |
| No | 25(4) | 75(12) | 0,01 | ,905 | 23,9(11) | 76,0(35) | 2,13 | 0,14 | 18,7(3) | 81,2(13) | 1,08 | ,997 |
| Si | 26,3(53) | 73,6(148) | | | 35,1(71) | 64,8(131) | | | 18,7(35) | 81,2(152) | | |

6.2.15 Estigma y Discriminación y VIH

El haber sufrido alguna discriminación o rechazo por ser transgénero, no tuvo ninguna relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de VIH, en ninguna de las tres ciudades. El 25% de las mujeres en Medellín, el 25% en Bogotá y el 50% de las mujeres en Cali, que fueron obligadas a tener sexo en los últimos 12 meses, fueron positivas a la prueba del VIH, se observó una relación entre estas dos variables únicamente en la ciudad de Cali ($X^2=3,97$; $p=0,046$).

El 40% de las mujeres en Medellín, el 55,5% en Bogotá y el 27% de las mujeres en Cali, alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento, fueron positivas a la prueba del VIH, se observó una relación entre estas dos variables únicamente en la ciudad de Bogotá ($X^2=9,62$; $p=0,002$).

Llama la atención que, para la ciudad de Bogotá, los motivos para no buscar ayuda, sea por temor o preocupación, el estigma del personal o de los vecinos, por miedo o preocupación, por violencia experimentada y otros, presentan una relación con el VIH ($X^2=10$; $p=0,007$), ($X^2=11,1$; $p=0,004$) y ($X^2=11,4$ $p=0,003$) respectivamente.

Para la ciudad de Medellín el 29,1% de las personas que discriminan a personas que viven con VIH tienen VIH, encontrando una asociación estadísticamente significativa ($X^2=5,53$; $p=0,019$). Para finalizar en cuanto a los conocimientos adquiridos sobre el VIH, el 27,5% tienen VIH, encontrando una asociación estadísticamente significativa solo para la ciudad de Cali ($X^2=5,34$; $p=0,021$).



Tabla 37. Prevalencia de VIH, de acuerdo al estigma y la discriminación percibidos por MT en Bogotá, Medellín y Cali. Colombia-2019

| Características | Área metropolitana Medellín | | | Bogotá | | | Área metropolitana Cali | | |
|--|-----------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|
| | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p | VIH (+) %(n) | VIH (-) %(n) | X2 Valor p |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por ser transgénero | | | | | | | | | |
| No | 29,2(33) | 70,7(80) | 1,04 ,306 | 35(56) | 65(104) | 0,76 ,382 | 19,8(21) | 80,1(85) | 0,17 ,677 |
| Si | 23,0(24) | 76,9(80) | | 29,5(26) | 70,4(62) | | 17,5(17) | 82,4(80) | |
| Durante los últimos 12 meses, ¿alguien la obligó a tener relaciones sexuales? | | | | | | | | | |
| No | 26,3(52) | 73,6(145) | 0,01 ,892 | 33,1(81) | 66,8(163) | 0,11 ,730 | 17,7(35) | 82,2(162) | 3,97 ,046 |
| Si | 25(5) | 75(15) | | 25(1) | 75(3) | | 50(3) | 50(3) | |
| ¿Alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento? | | | | | | | | | |
| No | 24,0(45) | 75,9(142) | 3,38 ,066 | 29,2(62) | 70,7(150) | 9,62 ,002 | 16,8(28) | 83,1(138) | 2,05 ,152 |
| Si | 40(12) | 60(18) | | 55,5(20) | 44,4(16) | | 27,0(10) | 72,9(27) | |
| Motivo de buscar ayuda por temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos | | | | | | | | | |
| No | 38,4(5) | 61,5(8) | 3,41 ,181 | 60(12) | 40(8) | 10,0 ,007 | 25(4) | 75(12) | 2,12 ,345 |
| Si | 41,1(7) | 58,8(10) | | 50(8) | 50(8) | | 28,5(6) | 71,4(15) | |
| Motivo de buscar ayuda por Miedo o preocupación por violencia experimentada | | | | | | | | | |
| No | 45,4(10) | 54,5(12) | 4,65 ,097 | 60,7(17) | 39,2(11) | 11,1 ,004 | 25,8(8) | 74,1(23) | 2,23 ,326 |
| Si | 25(2) | 75(6) | | 37,5(3) | 62,5(5) | | 33,3(2) | 66,6(4) | |
| Otros motivos | | | | | | | | | |
| No | 40,9(9) | 59,0(13) | 3,42 ,180 | 43,7(7) | 56,2(9) | 11,4 ,003 | 25(5) | 75(15) | 2,17 ,338 |
| Si | 37,5(3) | 62,5(5) | | 65(13) | 35(7) | | 29,4(5) | 70,5(12) | |
| No discriminar a personas que viven con VIH | | | | | | | | | |
| Si | 29,1(54) | 70,8(131) | 5,53 ,019 | 34,5(74) | 65,4(140) | 1,61 ,203 | 19,6(31) | 80,3(127) | 0,38 ,537 |
| No | 9,37(3) | 90,6(29) | | 23,5(8) | 76,4(26) | | 15,5(7) | 84,4(38) | |
| Conocimientos de VIH | | | | | | | | | |
| Si | 29,5(18) | 70,4(43) | 0,46 ,49 | 30,6(23) | 69,3(52) | 0,27 ,059 | 27,5(19) | 72,4(50) | 5,34 ,021 |
| No | 25(39) | 75(117) | | 34,1(59) | 65,8(114) | | 14,1(19) | 85,8(115) | |

6.3 Modelo multivariado

Para finalizar se realizó un análisis de regresión logística multivariada ajustado por las variables de estudio con el fin de estimar la correlación de estas, entre la presencia de una prueba positiva de VIH. Por cada ciudad se realizó un modelo, cuyas variables fueron priorizadas con base en los resultados del análisis bivariado, junto a otros criterios que estableció el equipo de investigación

Para la interpretación de los OR, cuando el IC95% incluye el valor del no efecto (OR = 1,0), la asociación no es estadísticamente significativa, por lo cual se descarta, caso contrario a lo ocurrido cuando el IC95% no incluye este valor, donde se tendría una asociación estadísticamente significativa.

6.3.1 Medellín

En la tabla 38 se aprecian las variables que fueron relacionadas con el diagnóstico positivo de VIH en la ciudad de Medellín. Aunque se vio que las mujeres que indicaron no tener una fuente principal de ingresos, tienen 2,06 veces la oportunidad de presentar la infección comparado con quienes tuvieron otra fuente ingreso (OR=2,06 IC95% 0,48 – 8,80), sin embargo esta categoría al igual que las demás de esta variable incluyen en valor 1 dentro de sus intervalos de confianza, por lo cual se descarta la asociación de estas con la presencia de VIH.

Tener molestias de salud en los últimos 12 meses, tiene 2,22 veces la oportunidad de presentar la infección, comparado con quienes no tuvieron una molestia de salud (IC95% 1,01 – 4,88). Tener el diagnóstico de tuberculosis, muestra que tiene 5,54 veces la oportunidad de tener un diagnóstico positivo a la prueba de VIH, sin embargo, dado a que los valores de su IC no son estadísticamente significativos, se descarta la asociación entre estas dos variables.

No saber el grado de vulnerabilidad o riesgo que tienen de infectarse con VIH, tiene 3,78 veces la oportunidad de tener un diagnóstico positivo que las persona que valoran algún grado de vulnerabilidad (OR=3,78 IC95%=1,10 – 12,91). Haber consumido cocaína, pepas roches y popper o éxtasis, muestra un OR mayor a uno para cada una de las tres variables, sin embargo sus intervalos de confianza no fueron estadísticamente significativos para afirmar que hay una asociación entre estas variables y el diagnóstico de VIH en la ciudad de Medellín.



Tabla 38. Modelo explicativo HIV en mujeres transgénero en Medellín -2019

| Variable | Área metropolitana Medellín | |
|--|-----------------------------------|------------------------------|
| | Medida sin ajustar OR (IC 95%) | Medida ajustada OR(IC95%) |
| Último año de estudios que usted APROBÓ | | |
| Ninguno / Preescolar / Primaria | 0,38 (0,12 - 1,17) | 0,22 (0,53 - 0,956) |
| Secundaria | 0,49 (0,21 - 1,12) | 0,28 (0,91 - 0,878) |
| Técnico / Tecnológico /Universitario | 1 | 1 |
| Principal fuente de ingresos | | |
| Empleada / Independiente | 1 | 1 |
| Estilista / Modista | 0,19 (0,04 - 0,85) | 0,22 (0,44 - 1,197) |
| Sin ingresos / Otro | 0,95 (0,29 - 3,06) | 2,06 (0,48 - 8,80) |
| Prostitución / Modelo Web Cam | 1,10 (0,42 - 2,90) | 1,05 (0,32 - 3,43) |
| Molestias o problemas de salud en los últimos 12 meses contados hasta hoy | | |
| Si | 2,15 (1,16 - 3,97) | 2,22 (1,01 - 4,88) |
| No | 1 | 1 |
| ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis? | | |
| Si | 12 (1,31 - 109,) | 5,54 (0,38 - 80,40) |
| No | 1 | 1 |
| Procedimiento para transformar su cuerpo | | |
| Si | 1 | 1 |
| No | 0,66 (0,35 - 1,22) | 2,35 (1,06 - 5,19) |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual? | | |
| Si | 2,5 (1,17 - 5,30) | 2,21 (0,82 - 5,97) |
| No | 1 | 1 |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, se ha hecho la prueba para detectar el VIH | | |
| Si | 1 | 1 |
| No | 3,40 (1,68 - 6,86) | 4,6 (2,01 - 10,73) |
| Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH | | |
| Bajo o ninguno | 1 | 1 |
| Alto o medio | 2,04 (0,97 - 4,28) | 2,01 (0,84 - 5,17) |
| No sabe | 3,58 (1,36 - 9,40) | 3,78 (1,10 - 12,91) |
| Ha Inhalado cocaína | | |
| Si | 2,18 (1,17 - 4,03) | 1,47 (0,67 - 3,22) |
| No | 1 | 1 |
| Ha Inhalado cocaína Ha Consumido popper o éxtasis | | |
| Si | 1,84 (0,99 - 3,40) | 1,95 (0,85 - 4,48) |
| No | 1 | 1 |
| Ha Consumido pepas roches (rivotril, rohipnol) | | |
| Si | 3,23 (1,64 - 6,38) | 2,43 (0,96 - 6,14) |
| No | 1 | 1 |

6.3.2 Bogotá

En la tabla 39 se presenta el modelo con las variables seleccionadas para explicar la prevalencia de VIH para la ciudad de Bogotá. De esta manera se puede interpretar que las mujeres trans de esta ciudad de 25 y más años, tienen 30,11 veces la oportunidad de presentar la infección comparado con las que tienen menos de 25 años (OR=30,11 IC95% 2,13 – 424,6). Aunque haber teniendo algún problema de salud en los últimos 12 meses, muestra 1,13 veces la oportunidad de tener un resultado positivo a la prueba de VIH, se descarta la asociación, dado a que no es estadísticamente significativo su IC, caso similar ocurre con las categorías de atención en salud y haber tenido una ITS en los últimos 12 meses.

Las mujeres que alguna vez habían sido diagnosticadas con tuberculosis, mostro tener 7,18 veces la oportunidad de presentar un diagnostico positivo a la prueba de VIH, que las que no habían sido diagnosticadas nunca con tuberculosis (OR=7,18 IC95% 1,93 – 26,73). Así mismo, se puede apreciar un riesgo asociado estadísticamente significativo entre las personas que tuvieron alguna pareja que viviera con VIH o muerto de SIDA y el diagnóstico de VIH (OR=3,72 IC95% 1,2-11,56), que las que indicaron no haber tenido una pareja que viviera con VIH o hubiera muerto de SIDA.

Las mujeres que indicaron no haberse realizado la prueba de VIH durante los últimos 12 meses mostraron 2,45 veces la oportunidad de tener la infección que las que respondieron que si se habían realizado la prueba durante los últimos 12 meses.

No saber el grado de vulnerabilidad o riesgo que tienen de infectarse con VIH, presento 46,37 veces la oportunidad de tener un diagnostico positivo que las persona que valoran algún grado de vulnerabilidad (OR=46,37 IC95%=8,01 – 267,89). Las mujeres que no han participado en alguna actividad educativa sobre el VIH, que se han desarrollado desde el 2017 en el marco del proyecto del Fondo Mundial, tuvieron 1,85 la probabilidad de tener un diagnóstico de VIH que las que indicaron haber participado en alguna de estas actividades, también llama la atención que por cada persona que tienen VIH y no ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento hay 4 personas aproximadamente que ha evitado buscar estas ayudas y tienen VIH (OR=3,76 IC95%=1,47 – 9,7).

Tabla 39. Modelo explicativo en mujeres transgénero en Bogotá -2019

| Variable | Bogotá | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| | Medida sin ajustar OR (IC 95%) | Medida ajustada OR(IC95%) |
| Menores y mayores de 35 años | | |
| < 25 años | 1 | 1 |
| 25 + años | 20,0 (2,69 - 149,) | 30,11 (2,13 - 424,6) |



| Molestias o problemas de salud en los últimos 12 meses contados hasta hoy | | |
|---|--------------------|-----------------------|
| Si | 1,67 (0,98 - 2,84) | 1,36 (0,66 - 2,814) |
| No | 1 | 1 |
| Recibe atención en salud a través de | | |
| Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPSc) | 1 | 1 |
| entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs) / Carnet del resguardo indígena | 4,59 (1,32 - 15,9) | 1,87 (0,37 - 9,33) |
| No está afiliada | 1,51 (0,34 - 6,74) | 1,19 (0,19 - 7,46) |
| Otro (Carné de las fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPEPETROL régimen especial) | 5,5 (1,10 - 27,3) | 1,05 (0,13 - 8,43) |
| ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis? | | |
| Si | 12,2 (3,99 - 37,3) | 7,18 (1,93 - 26,73) |
| No | 1 | 1 |
| Ha tenido alguna pareja que viva con el VIH o haya muerto de SIDA | | |
| Si | 3,49 (1,49 - 8,17) | 3,72 (1,2 - 11,56) |
| No | 1 | 1 |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual? | | |
| Si | 2,09 (0,98 - 4,49) | 1,83 (0,65 - 5,15) |
| No | 1 | 1 |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, se ha hecho la prueba para detectar el VIH | | |
| Si | 1 | 1 |
| No | 3,53 (2,00 - 6,23) | 2,45 (1,16 - 5,18) |
| Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH | | |
| Bajo - ninguno | 1 | 1 |
| Alto - medio | 2,38 (1,17 - 4,83) | 1,92 (0,83 - 4,40) |
| No sabe | 59,4 (12,3 - 286,) | 46,37 (8,01 - 267,89) |
| Desde el año 2017, diferentes organizaciones han desarrollado actividades educativas sobre VIH en el marco del Proyecto de VIH del Fondo Mundial que está operando Fonade en la ciudad, ¿ha participado de estas actividades | | |
| Si | 1 | 1 |
| No | 1,98 (1,05 - 3,75) | 1,85 (1,16 - 5,18) |
| ¿Alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento? | | |
| Si | 3,02 (1,47 - 6,21) | 3,78 (1,47 - 9,7) |
| No | 1 | 1 |

6.3.3 Cali

La tabla 40 muestra el modelo de regresión logística diseñado para Cali, con las variables priorizadas según el análisis bivariado. Las mujeres trans de esta ciudad de 25 y más años, tienen 3,36 veces la oportunidad de presentar la infección comparado con las que tienen menos de 25 años (OR=3,36 IC95% 1,02 – 14,9). Al igual que en

Bogotá se observó que las mujeres que tuvieron algún problema de salud en los últimos 12 meses mostraron una mayor probabilidad de tener un resultado positivo a la prueba de VIH, sin embargo se descarta esta asociación, ya que su intervalo de confianza no fue estadísticamente significativo, al igual se descartó la asociación entre el diagnóstico de VIH y el haber sido obligada a tener relaciones sexuales los últimos 12 meses, por esta falta de significancia estadística.

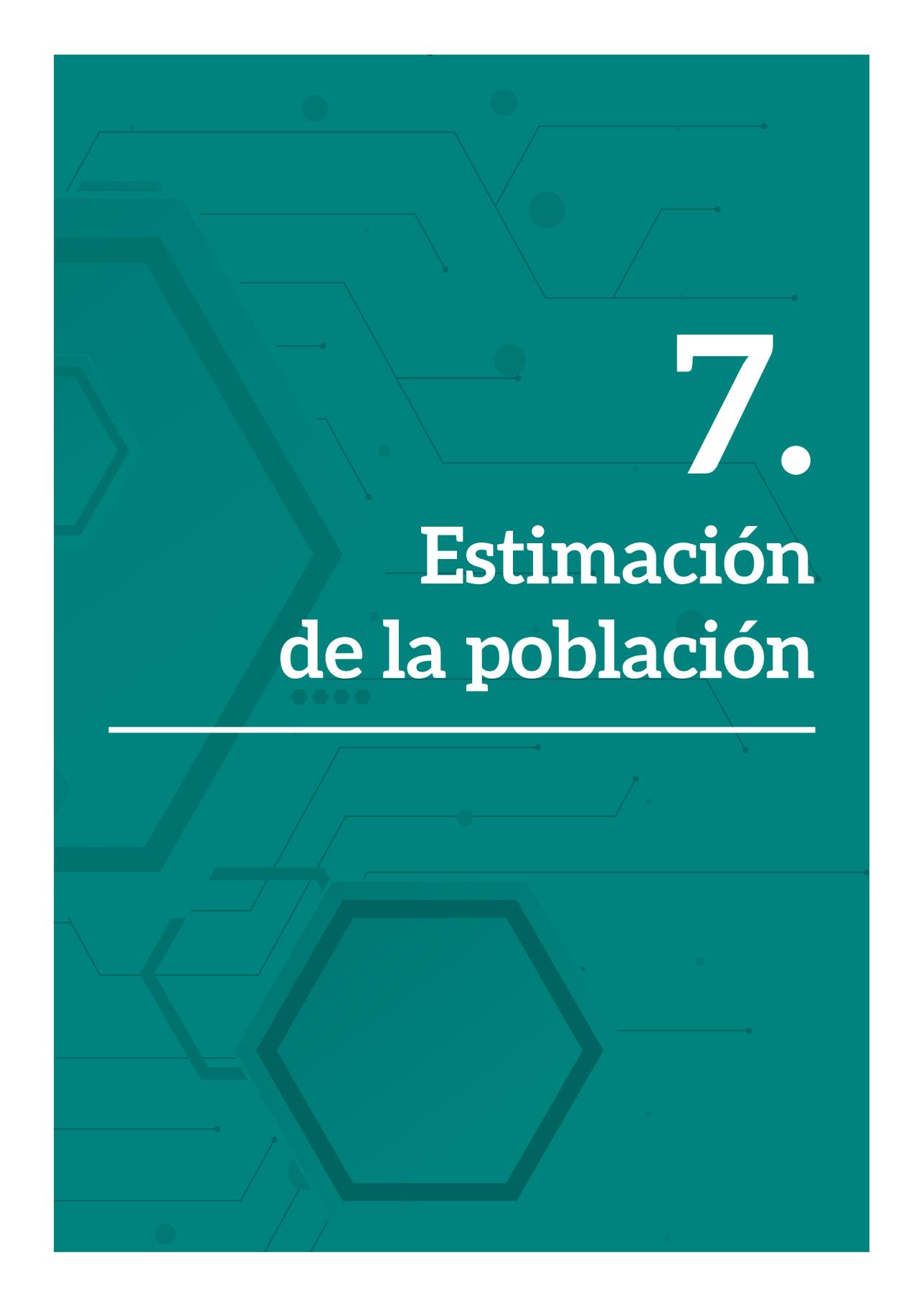
Se puede apreciar que las mujeres que tuvieron alguna pareja que viviera con VIH o muerte de SIDA, tuvieron 3,91 veces la oportunidad de tener un diagnóstico de VIH (OR=3,91 IC95% 1,02-14,9), que las que indicaron no haber tenido una pareja que viviera con VIH o hubiera muerto de SIDA. Autorreportar haber tenido alguna ITS los últimos 12 meses tiene 3,95 veces la probabilidad de estar infectados con VIH (OR=3,95 IC95%1,34 – 11,95) que los que reportaron no haber tenido alguna ITS, teniendo en cuenta que su intervalo de confianza es estadísticamente significativo se acepta esta variable como un factor de riesgo.

No saber el grado de vulnerabilidad o riesgo que tienen de infectarse con VIH, presento 19,27 veces la oportunidad de tener un diagnóstico positivo que las persona que valoran algún grado de vulnerabilidad (OR=19,27 IC95%=3,154 – 117,8). Las mujeres que no han participado en alguna actividad educativa sobre el VIH, que se han desarrollado desde el 2017 en el marco del proyecto del Fondo Mundial, tuvieron 1,85 la probabilidad de tener un diagnóstico de VIH que las que indicaron haber participado en alguna de estas actividades.

Tabla 40. Modelo explicativo HIV, en mujeres transgénero en Cali -2019

| Variable | Área metropolitana Cali | |
|--|-----------------------------------|------------------------------|
| | Medida sin ajustar OR (IC 95%) | Medida ajustada OR(IC95%) |
| Menores y mayores de 35 años | | |
| < 25 años | 1 | 1 |
| 25 + años | 2,31 (1,03 - 5,20) | 3,36 (1,24 -9,09) |
| Molestias o problemas de salud en los últimos 12 meses contados hasta hoy | | |
| Si | 2,82 (1,37 - 5,81) | 2,0 (0,87 - 4,81) |
| No | 1 | 1 |
| Ha tenido alguna pareja que viva con el VIH o haya muerto de SIDA | | |
| Si | 6,09 (2,17 - 17,0) | 3,91 (1,02 - 14,9) |
| No | 1 | 1 |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual? | | |
| Si | 4,01 (1,72 - 9,38) | 3,95 (1,34 - 11,65) |
| No | 1 | 1 |
| En los últimos 12 meses contados hasta ayer, se ha hecho la prueba para detectar el VIH | | |
| Si | 1 | 1 |

| | | |
|---|--------------------|-----------------------|
| No | 2,24 (1,05 - 4,78) | 3,99 (1,56 - 10,17) |
| Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH | | |
| Bajo - ninguno | 1 | 1 |
| Alto - medio | 1,05 (0,46 - 2,38) | 0,66 (0,225 - 1,71) |
| No sabe no responde | 12,6 (2,77 - 57,1) | 19,27 (3,154 - 117,8) |
| Durante los últimos 12 meses, ¿alguien la obligó a tener relaciones sexuales? | | |
| Si | 4,62 (0,89 - 23,8) | 3,82 (0,42 - 31,51) |
| No | 1 | 1 |
| Conocimientos de VIH | | |
| Si | 1 | 1 |
| No | 0,43 (0,21 - 0,89) | 0,63 (0,25 - 1,52) |



7.

Estimación de la población

7.

Estimación de la población

Como se mencionó anteriormente en la primera fase de la investigación se aplicó la técnica de captura, este método asume la selección de una muestra de la población y su identificación. Luego de un tiempo determinado, se selecciona otra muestra, lo que da lugar a que algunas personas sean “recapturadas”, y a través de la proporción de personas identificadas y no identificadas en la segunda muestra, y de los tamaños de ambas, se consigue estimar la magnitud de la población total.

Para su uso en el campo de la epidemiología, el principio de este método es cruzar información de dos o más sistemas de registro, y estimar a partir de ellos el número de personas no identificados por todas esas fuentes.

7.1 Población y muestra

La muestra fue obtenida utilizando el muestreo de tiempo y lugar, método utilizado para reclutar miembros de una población objetivo en momentos específicos y lugares establecidos. El marco de muestreo en esta técnica consta de unidades de tiempo y lugar, que representan el universo potencial de los lugares ⁽¹⁰⁹⁾and then sampling those who attend. These studies have typically been analyzed as a simple random sample (SRS. Este tipo de muestreo tiene un diseño por conglomerados y selección de acuerdo al tiempo y lugar.

1. Identificar las diferentes listas de las participantes.
2. Determinar que las participantes cumplan con los criterios
3. Crear un identificador único para cada caso incluido.
4. Comparar las diferentes listas para identificar los casos que se encuentran registrados en la encuesta una vez finalice el proceso.

7.2 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizó la fórmula para una proporción finita, con un nivel de confianza $1-\alpha=95\%$, un error del 5%, efecto de diseño del 1 y con una proporción de 50% teniendo en cuenta la mayor probabilidad de estimación.

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{e^2(N-1) + z^2 p (1-p)} = \frac{N z^2 p (1-p) N x (1,96)^2 x (0,50) (0,50)}{(0,05)^2 x (N - 1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

Donde:

N: Población

$Z_{1-\alpha/2}$: Coeficiente de la normal típica para un nivel de confianza del 95%

p: Proporción (p=0,50)

q: Complemento de p, así, q=1-p (q=0,5)

e: Margen de error, precisión para las estimaciones de las mediciones (e=5%)

Para efectos de controlar las pérdidas de recolección de la información, por no respuesta, rechazo, entre otros, se incrementó en un 35%, recolectando una muestra ampliada, las muestras calculadas fueron las siguientes:

Tabla 41. Estimación del tamaño de muestra requerido para entrega de objeto único. Estudio de vulnerabilidad y prevalencia de VIH en mujeres transgénero. 2019

| Ciudad | Mujeres transgénero | | | | |
|----------|--|---|--------------------|--------------------|-------------------|
| | Nro. de mujeres transgénero identificados en siete meses | Nro. de mujeres transgénero identificados en un mes | Muestra (error 5%) | Muestra (error 4%) | Tamaño de muestra |
| Bogotá | 1323 | 189 | 129 | 145 | 257 |
| Cali | 579 | 83 | 69 | 73 | 137 |
| Medellín | 628 | 90 | 73 | 79 | 147 |
| Total | 2530 | 362 | 271 | 297 | 541 |

7.2.1 Pasos realizados en la técnica de captura-recaptura

1. Se diseñaron dos técnicas de recolección de información, con las cuales se generaron dos listas o registros.
2. Para el primer registro se utilizó la técnica de objeto único, que pudiera ser recordado luego de la primera fase del estudio
3. Se compararon las dos listas para identificar las personas que se encontraran registrados en las dos listas. Teniendo la forma de identificar a cada una de las personas en las diferentes listas, se hizo el recuento de cuántos de ellos se encontraban repetidos en las diferentes listas y cuántos sólo se encontraban registrados en una única lista.

Se utilizó el software Epidat 3.1, esta permite aplicar el método de captura-recaptura con dos o tres registros, y en ambos casos, la entrada de datos es manual. En el primer caso, el programa asume que las dos fuentes son independientes y estima el número total de casos de la población, con su intervalo de confianza. Además, estima la exhaustividad de cada una de las listas por separado y conjuntamente.

7.3 Procedimiento realizado

- Mapeo: Este se realizó teniendo en cuenta el listado de lugares (discotecas, bares, calles) mapeados por ENTerritorio y la experiencia de un grupo de personas que han trabajado en campo por varios años con la población de mujeres transgénero, así como informantes claves de la misma población. Del total de lugares identificados por ciudad, se escogieron aleatoriamente los que tenían una mayor proporción de personas y que estuvieran en diferentes puntos de la ciudad con el fin de alcanzar a mujeres de diferentes estratos socioeconómicos. Así mismo los horarios donde más asistía personas a estos lugares, como el día de la semana, fueron determinados tanto por las personas clave de la población, como por el equipo que ha trabajado con ellas.
- De esta manera con este método se obtuvo una caracterización geográfica, utilizando la metodología de time location sampling, es decir un muestreo en tiempo y lugar, logrando la caracterización por lugares que frecuentaban; se identificaron lugares que se denominaron conglomerados; a partir de ellos se realizó la recolección de información.
- Fase de captura: entre los lugares de reunión, la fase de captura se realizó principalmente los fines de semana en horarios de la noche y la madrugada, sin embargo, en algunos casos esta fase se realizó en otros días de la semana, en horarios de la tarde.
- Esta etapa duró un promedio de 15 días en cada ciudad, la cual culminó unos días antes del inicio de recolección de información. En esta etapa, el equipo asistía a los lugares de encuentro de las Mujeres transgénero donde se les entregó un artículo de fácil recordación, como fue una cartuchera junto a 9 condones y un lubricante. Se les explicaba a las mujeres el fin de este trabajo y la importancia de portar este objeto único durante un tiempo determinado y su recordación.
- Fase de Recaptura: Como parte del cuestionario para el estudio RDS se preguntó a las participantes si habían recibido previamente el objeto único

Estimación de la población

En el método de captura-recaptura, es necesario que al menos una de las muestras sea aleatoria de la población que en este caso corresponde a la muestra obtenida durante la recaptura. A su vez se usó el método multiplicador en el cual se incluyeron los datos reportados por el sistema de información SISCO y con este criterio se asumió la superposición entre las tres muestras.

De acuerdo a la descripción del método dada por Epidat 3.1, cuando se dispone de tres fuentes de información (Entrega de objeto único, encuesta basada en el entrevistado y reporte al sistema de información (SISCO), se puede aplicar un modelo de regresión log-lineal que permite incorporar y evaluar diferentes asunciones en cuanto a la dependencia existente entre las listas. El modelo log-lineal permite estudiar la relación existente entre variables cualitativas cruzadas en una tabla de contingencia; dicho modelo representa

el logaritmo neperiano las frecuencias observadas en las celdas como una combinación lineal de efectos principales y de interacciones.

En el caso particular del método de captura-recaptura, la tabla de contingencia es incompleta, es decir, tiene una celda desconocida que corresponde a los casos no notificados por ninguno de los registros, y que es necesario estimar para obtener la estimación del total de casos en la población.

Los términos de interacción del modelo varían según la relación de dependencia existente entre las fuentes. Con tres listas, hay ocho modelos posibles: uno que asume dependencia entre las tres, otro que las supone independientes y los restantes consideran las diferentes posibilidades de independencia entre pares de listas o de independencia de cada una con las otras dos. Para obtener la estimación del número de casos en la población, se ajustan los diferentes modelos log-lineales y se selecciona el más adecuado.

7.4 Resultados

A continuación, se presentan los resultados de las estimaciones por este método:

Tabla 42. Resultados de estimación de tamaños de población de mujeres transgénero

| Indicador | Bogotá | Cali | Medellín |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|
| Estimación de mujeres transgénero | 3014 | 1543 | 1357 |
| Intervalo de confianza del 95% | 2906- 3123 | 1460- 1626 | 1296- 1420 |
| Porcentaje de población MT de 18 y más años (denominador: fuente DANE 2019) | 0,120% - 0,129% | 0,200% - 0,222% | 0,183% - 0,200% |

* Denominador: proyecciones poblacionales, tomando solamente los hombres de 18 a 60 años, fuente DANE 2019



8.

Indicadores para el seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA en mujeres transgénero

8.

Indicadores para el seguimiento de la declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA en mujeres transgénero

8.1 Indicador 1. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia 2012, 2016 y 2019.

El indicador presenta la prevalencia de VIH entre las mujeres transgénero. Para el año 2019 la prevalencia en la ciudad de Medellín, Bogotá y Cali fue 22,3%, 29%, y 18,8% respectivamente. Con respecto la comparación de cada año se observa que Bogotá con una variación del 69,7% (χ^2 : 17,6; valor de $p= 0,00$) y Medellín del 123% (χ^2 : 9,87; valor de $p= 0,00$) presentaron una tendencia al aumento de la prevalencia de 2012 a 2019 la cual fue estadísticamente significativa. En Cali no se presentó una variación entre el 2012 y 2019, por lo tanto no se identifica una tendencia estadísticamente significativa (χ^2 :0,02; valor de $p= 0,87$) es decir que la prevalencia se mantuvo estable (110) (Figura 15).

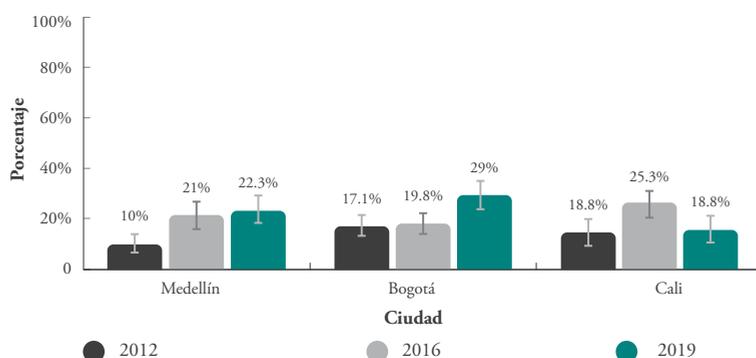


Figura 15. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia, 2012, 2016 y 2019¹

1 Forma de calcular el indicador:

Numerador: Número de mujeres transgénero con prueba positiva para VIH.

Denominador: Número de mujeres transgénero a las que se les realizó la prueba para el VIH.

La prevalencia de VIH del 2019 se estimó en RDS porque la metodología de muestreo se ajustó buscando una mayor representación de todas las mujeres transgénero de las ciudades, puesto que RDS es una metodología para poblaciones de difícil acceso, y por lo tanto mejorar la calidad de la estimación.

8.2 Indicador 2. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas

Con este indicador se reporta la prevalencia de VIH en menores y mayores de 25 años. Se observó que, para el periodo de estudio de 2019, la prevalencia más baja fue en el grupo de menores de 25 años, en la ciudad de Bogotá con el 2,9%, y la más alta en este grupo de edad se presentó en Medellín con un 29,6%. En las mujeres mayores de 25 años la prevalencia más alta se observó en la ciudad de Bogotá con el 37,9%, y más baja en Cali con 23,2%. Al realizar comparaciones por los años de las investigaciones, en Bogotá se observa un aumento de las prevalencias en el grupo de mayores de 25 años, al igual que en Medellín en las menores de 25; en la ciudad de Cali las prevalencias se mantienen constantes en todos los años de estudio.

Con respecto a las menores de 25 años, Bogotá reportó una variación del 81,1% hacia el descenso de los casos en este grupo etario de 2012 a 2019, Cali reportó una variación negativa del 12,5%, estas dos ciudades sin una tendencia estadísticamente significativa; por el contrario, Medellín reportó una variación positiva de la prevalencia de 171,1% identificando una tendencia estadísticamente significativa. Así mismo para las mujeres transgénero de 25 y más años de edad, en Cali no se identificó ni variación ni cambios en la tendencia en la prevalencia de VIH, por el contrario en Medellín se identificó una variación positiva del 165,5% (χ^2 : 11,58; valor de $p=0,00$) y en Bogotá del 102,2% (χ^2 : 17,18; valor de $p=0,00$), estas dos ciudades con cambios en la tendencia de la prevalencia de VIH en mujeres transgénero de este grupo de edad (Figura 16).

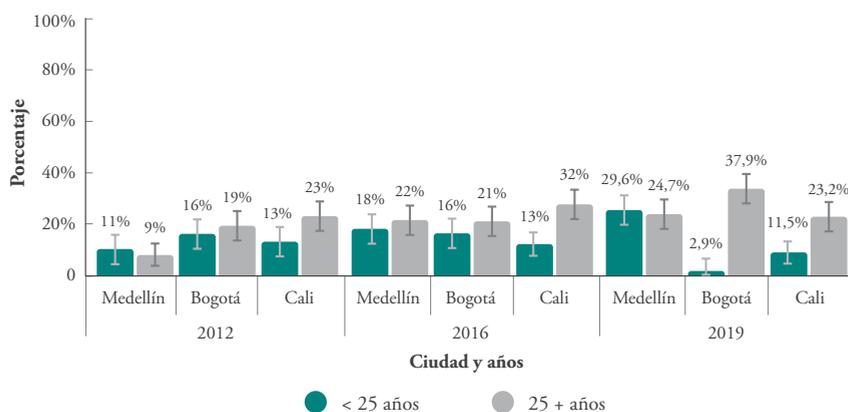


Figura 16. Comparativo de la prevalencia de VIH en mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas ²

² Forma de calcular el indicador:

Calculo para las menores de 25 años

Numerador: Número de mujeres transgénero con prueba positiva para VIH y son menores de 25 años

Denominador: Número de mujeres transgénero a las que se les realizó la prueba para el VIH y son menores de 25 años.

Calculo para las que tienen 25 o más años

Numerador: Número de mujeres transgénero con prueba positiva para VIH.

Denominador: Número de mujeres transgénero a las que se les realizó la prueba para el VIH.

8.3 Indicador 3. Porcentaje de mujeres transgénero menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas³

El presente indicador permite medir los avances en la provisión de pruebas para VIH, a través del porcentaje de mujeres transgénero que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado, ya sea positivo o negativo. Encontrando que para el año 2019, Bogotá presentó el porcentaje más alto en menores de 25 años con 64,7%, seguido de Medellín con 46,5% y por último Cali con 46,2%. Se observa que en Cali el 56% de las mujeres transgénero mayores de 25 años se han realizado la prueba y conocen el resultado, siendo el porcentaje más alto entre las ciudades. En las mujeres transgénero menores de 25 en las tres ciudades se reportó una variación positiva en el uso de pruebas de VIH, en Medellín del 184% (χ^2 t : 22,47; valor de $p=0,00$); en Bogotá del 154,1% (χ^2 t : 23,0; valor de $p=0,00$), y en Cali una variación del 121,1% (χ^2 t : 13,29; valor de $p=0,00$), en las tres ciudades se identificó una tendencia al aumento de 2012 al 2019 la cual fue estadísticamente significativa. Con respecto a las mujeres transgénero de 25 y más años de edad, en Medellín se identificó una variación del 134% (χ^2 t : 19,76; valor de $p=0,00$); en Cali una variación del 58,4% (χ^2 t : 55,0; valor de $p=0,00$), estas dos ciudades con tendencias estadísticamente significativas y para Bogotá se reportó una variación del 20,7% (χ^2 t : 2,63; valor de $p=0,10$) pero en esta última ciudad no se identificó una tendencia de 2012 a 2019.

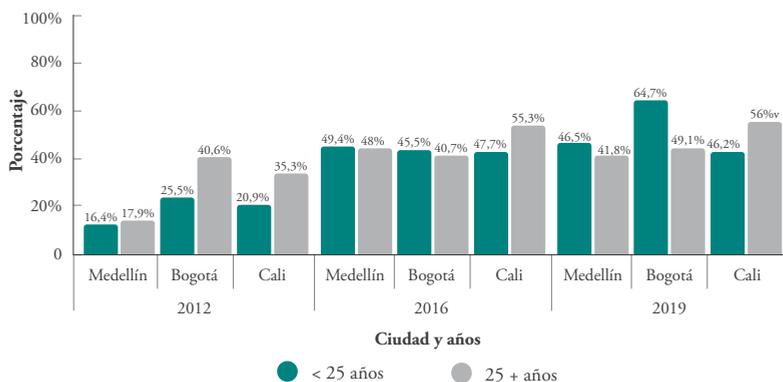


Figura 17. Porcentaje de mujeres transgénero menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas

³ Forma de cálculo del indicador:

Numerador: número de encuestadas que hayan contestado que en los últimos 12 meses se ha hecho la prueba para detectar el VIH y conoció su resultado.

Pregunta 1004. ¿En los últimos 12 meses contados hasta ayer, se ha hecho la prueba para detectar el VIH? Respuesta si y que contestaron la pregunta 1008. ¿Cuál fue el resultado de esa prueba? Solo con resultados positivos y negativos

Denominador: número total de encuestadas que contestaron la pregunta 1004 con las dos opciones de respuesta SI y No.

8.4 Indicador 4. Cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas

El indicador de cobertura para terapia antirretroviral en las tres ciudades para las mayores de 25 años y más es superior al 25%, siendo Bogotá la que presenta el porcentaje más alto con el 71,2% de las participantes. En ninguna de las tres ciudades se identificó una tendencia estadísticamente significativa.

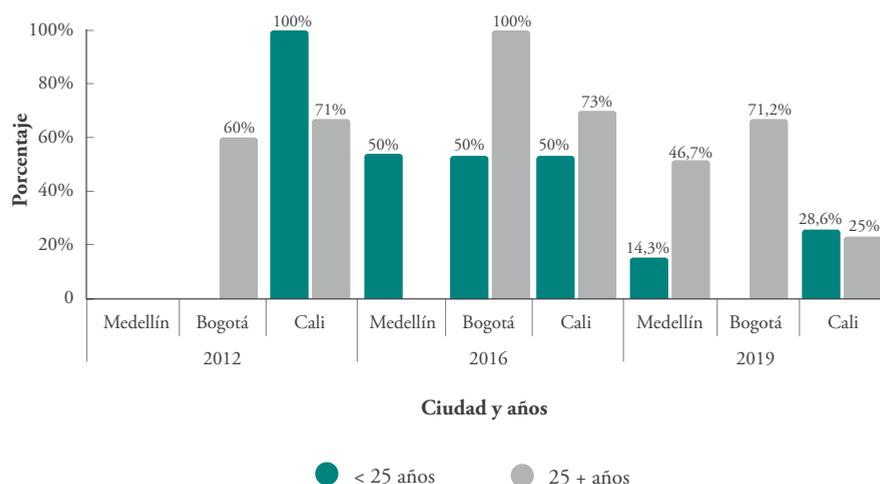


Figura 18. Comparativo de la cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas⁴

8.5 Indicador 5. Comparativo del uso del condón en la última relación sexual de las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas

El indicador muestra el porcentaje de mujeres transgénero que respondió haber usado el condón en la última relación sexual anal, en general el uso de condón es superior al 57,3% en las menores de 25 años, y mayor del 68,8% en las que tienen 25 o más años. Las mujeres transgénero de la ciudad de Bogotá tienen mayor uso del condón en la última relación sexual y el porcentaje más bajo de uso se encuentra en Medellín en las mujeres menores de 25 años. En Bogotá en las mujeres mayores de 25 años se identificó

⁴ Forma de cálculo del indicador:

Numerador: número total de encuestadas que reciben tratamiento o atención integral

Pregunta 1009. ¿Usted recibe atención integral para el VIH?

Denominador número de encuestadas que hayan contestado que viven con VIH.

Pregunta 1008. ¿Cuál fue el resultado de esa prueba? Solo con resultados positivos

una tendencia estadísticamente significativa (χ^2 : 5,67; valor de $p=0,00$) al aumento en el uso del condón de 2012 a 2019, el resto de las ciudades y grupos de edad no presentaron una tendencia o cambios en este indicador.

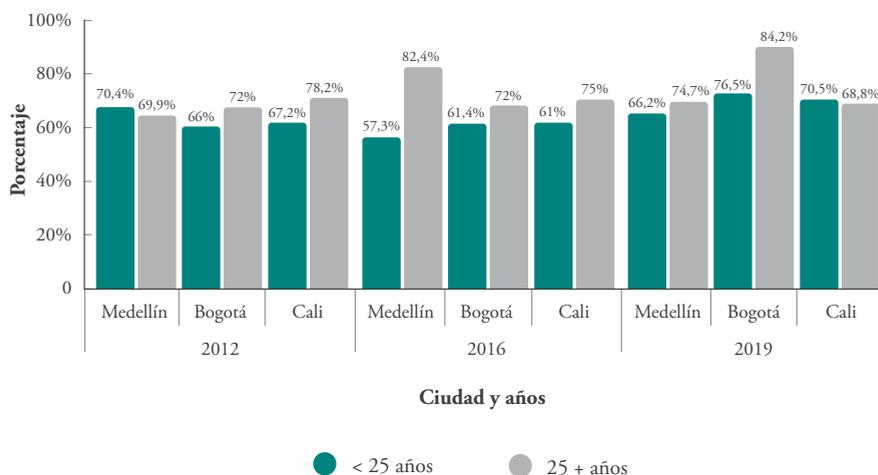


Figura 19. Distribución porcentual del uso del condón en la última relación sexual de las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas⁵

Tabla 43. Uso del condón en la última relación sexual anal en tres ciudades de Colombia, 2019

| Ciudad | n | % | IC 95% | |
|----------|-----|-------|----------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Medellín | 156 | 71,9% | 71,9% | 78,8% |
| Bogotá | 204 | 82,3% | 82,3% | 88,2 |
| Cali | 141 | 69,5% | 69,5% | 76,6 |

5 Forma de cálculo del indicador:

Numerador: número de encuestadas que hayan contestado que utilizaron el condón en la última relación anal.

Pregunta 800. La última vez que tuvo sexo anal, ¿usó condón?

Denominador: número total de encuestadas que respondieron la pregunta 800

8.6 Indicador 6. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas.

Este indicador permite medir el porcentaje de participantes que recibió información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón, y que adicional a esto en los últimos seis meses recibieron condones gratis. Llama la atención que la participación en estos programas se da en especial en las mujeres mayores de 25 años, siendo el porcentaje más alto en Bogotá con 67,3%, seguido de Cali con 60% y Medellín con 54,8%. En Cali se reportó una variación al descenso en la vinculación a programas de prevención en las menores de 25 años de 38,1% (χ^2 : 12,5; valor de $p=0,00$), y en las mujeres de 25 años y más años, una variación negativa del 21,8% (χ^2 : 7,60; valor de $p=0,00$) de 2012 a 2019. Estas medidas confirman una tendencia a la disminución en la participación de las mujeres transgénero de Cali en los programas de prevención de VIH (condones e información). En las otras dos ciudades no se identificaron cambios estadísticos en la tendencia de este indicador.

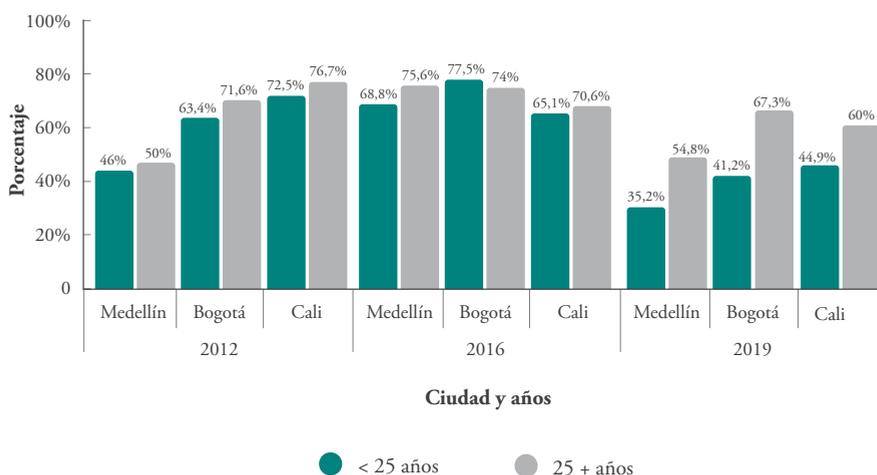


Figura 20. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas. ⁶

⁶ Forma de cálculo del indicador:

Numerador: Número de participantes que respondieron SI a las dos preguntas:

Pregunta 801. ¿Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón?

Pregunta: 809. ¿Ha recibido condones GRATIS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES contados hasta ayer?

Denominador: Total de mujeres transgénero encuestadas que contestaron ambas preguntas 801 y la 809.

8.7 Indicador 7. Comparativo de circuncisión en las mujeres transgénero grupos de edad en tres ciudades colombianas

Este indicador reporta el porcentaje de mujeres transgénero, mayores de 18 años circuncidadas y mide el avance de la cobertura de este procedimiento en el país. Llama la atención que en Cali disminuyó esta práctica en cada uno de los grupos de edad comparado con el año 2016, siendo el porcentaje menor entre las de 20 a 24 años y mayor entre las de 50 años llegando al 25%. En Medellín el porcentaje de circuncisión aumentó entre los 20 a 49 años, respecto al periodo anterior y en Bogotá el porcentaje más alto de circuncisión está en las mujeres transgénero de 18 a 19 años. Frente a este indicador es necesario aumentar el acceso e información a la circuncisión, con lo cual el país estaría apostándole al cumplimiento del compromiso tres de ONUSIDA, pues se considera una intervención eficaz para la prevención del VIH.

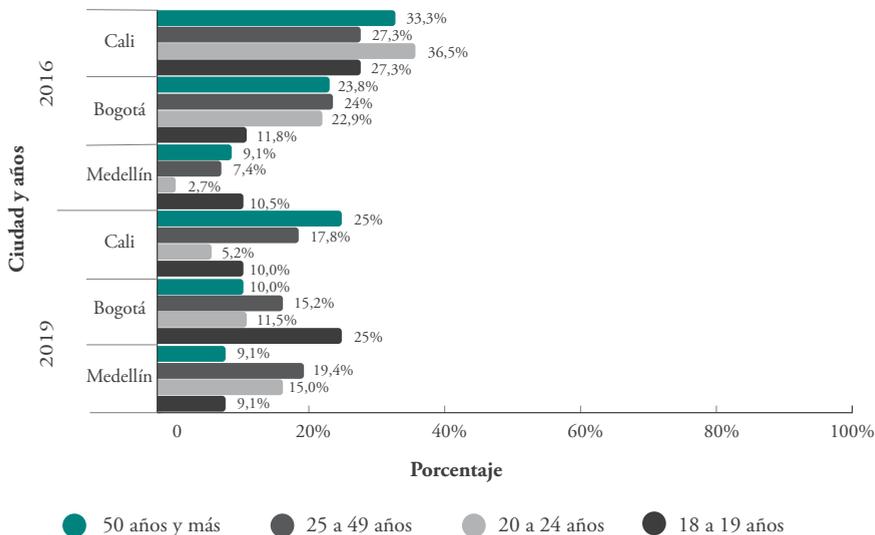


Figura 21. Comparativo de circuncisión en las mujeres transgénero por grupos de edad en tres ciudades colombianas⁷

⁷ Forma de cálculo del indicador:

Numerador: Número de participantes que respondieron SI a la pregunta

Pregunta 415. ¿Usted está circuncidada?

Denominador: Total de participantes encuestadas que contestaron la pregunta

8.8 Indicador 8. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero trabajadoras sexuales

El indicador presenta la proporción de mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años que durante el estudio el resultado confirmatorio de VIH fue positivo. Se observó que las mujeres transgénero de 25 años y más trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá tienen el mayor porcentaje de prevalencia de VIH en mayores de 25 años, con el 43,9%, seguido de Medellín con 29,6% y por último Cali con 26,9% para el año 2019. De 2012 a 2019 en ninguna de las tres ciudades en las mujeres transgénero menores de 25 años se identificó una tendencia o cambio en la prevalencia de VIH. Para el caso de las mujeres transgénero trabajadoras sexuales mayores de 25 años de edad se identificó una variación positiva del 89,4% (χ^2 : 4,09; valor de $p=0,04$) para la ciudad de Medellín y en Bogotá del 75,8% (χ^2 : 7,51; valor de $p=0,00$), confirmando una tendencia estadísticamente significativa en el aumento de la prevalencia de VIH en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales de 25 años y más de edad en estas dos ciudades. En Cali se identificó una variación negativa del 28,4% es decir de disminución de casos, sin una tendencia estadísticamente significativa, posiblemente explicado por migración de mujeres transgénero.

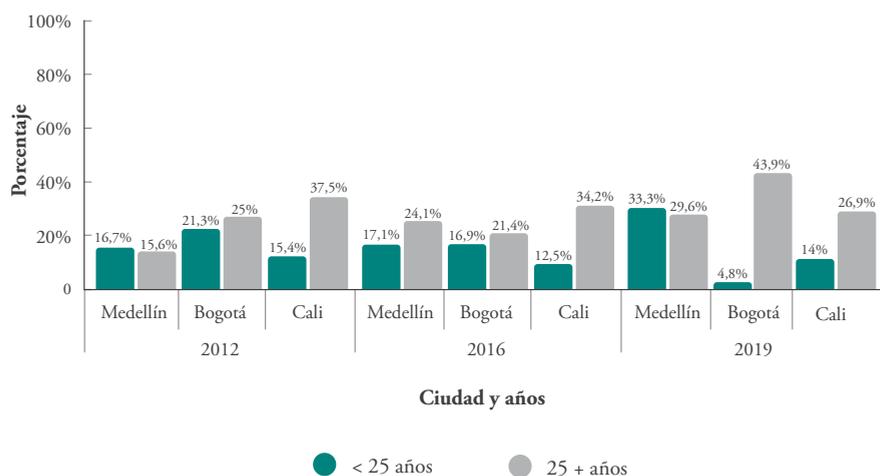


Figura 22. Prevalencia de VIH en mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas⁸

8 Forma de calcular el indicador:

Calculo para las menores de 25 años

Numerador: Número de mujeres transgénero trabajadoras sexuales con prueba positiva para VIH y son menores de 25 años

Denominador: Número de mujeres transgénero trabajadoras sexuales a las que se les realizó la prueba para el VIH y son menores de 25 años.

Calculo para las que tienen 25 o más años

Numerador: Número de mujeres transgénero trabajadoras sexuales con prueba positiva para VIH.

8.9 Indicador 9. Porcentaje de mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas⁹

Este indicador permite comparar el porcentaje de mujeres transgénero trabajadoras sexuales que en los últimos 12 meses se había hecho la prueba para detectar VIH además que conocieron su resultado, sea positivo o negativo. Se encontró que el porcentaje de pruebas en menores de 25 años para el año 2019, fue mayor en las ciudades de Bogotá (63,6%) y Cali (62,2%) y menor en Medellín (51,5%). En las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores de 25 años en las tres ciudades se reportó una variación positiva en el uso de pruebas de VIH, en Medellín del 209,1% (χ^2 : 16,04; valor de $p=0,00$); en Cali del 148,6 (χ^2 : 11,85; valor de $p=0,00$); y en Bogotá de 104,3% (χ^2 : 6,79; valor de $p=0,00$), en las tres ciudades se identificó una tendencia al aumento en el uso de pruebas de VIH de 2012 al 2019 la cual fue estadísticamente significativa. Con respecto a las mujeres transgénero trabajadoras sexuales de 25 y más años de edad, en Medellín se identificó una variación positiva del 258,3% (χ^2 : 31,94; valor de $p=0,00$); en Cali una variación positiva del 91% (χ^2 : 9,34; valor de $p=0,00$), estas dos ciudades con tendencias estadísticamente significativas y para Bogotá se reportó una variación del 14,5% (χ^2 : 0,75; valor de $p=0,75$) pero en esta última ciudad no se identificó una tendencia de 2012 a 2019. Es de anotar que, si bien el país ha aumentado el porcentaje de pruebas para mujeres transgénero trabajadoras sexuales en los últimos nueve años, es necesario reforzar las actividades de prevención secundaria, en este grupo de alta vulnerabilidad, pues resulta un paso necesario para conseguir que un 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico.

9 Forma de cálculo del indicador:

Numerador: número de encuestadas que hayan contestado que en los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales, que en los últimos 12 meses se ha hecho la prueba para detectar el VIH y conoció su resultado.

Pregunta: 702. ¿En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de tener sexo? Solo las que contestaron SI

Pregunta 1004. ¿En los últimos 12 meses contados hasta ayer, se ha hecho la prueba para detectar el VIH? Respuesta si y que contestaron la pregunta 1008. ¿Cuál fue el resultado de esa prueba? Solo con resultados positivos y negativos

Denominador: número total de encuestadas que contestaron la pregunta 702 y 1004 con las dos opciones de respuesta SI y No.

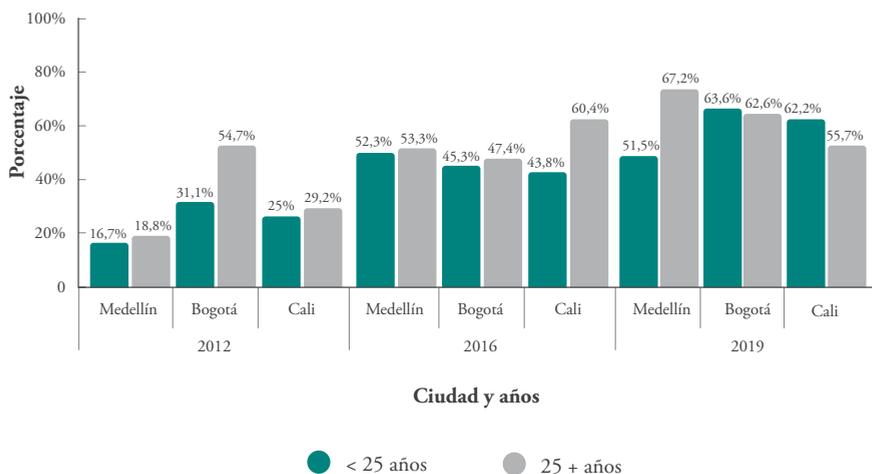


Figura 23. Porcentaje de mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas

8.10 Indicador 10. Cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas

Este indicador mide el avance en la provisión de terapia antirretroviral en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales que viven con el VIH. La cobertura de TAR en los periodos de comparación muestra una reducción significativa en las ciudades de Bogotá y Cali para las mayores de 25 años y más. Bogotá es la ciudad con mayor cobertura en este grupo de edad con el 70%, seguida de Medellín con el 50% y en menor porcentaje Cali con 33,3%. Con relación a las menores de 25 años, el indicador solo pudo ser calculado para Cali, mostrando una reducción del 300% de cobertura entre 2016 y 2019. Frente a lo anterior urge aumentar el acceso a la terapia antirretroviral y la igualdad en la cobertura para ambos grupos de edad, apuntando al cumplimiento del “segundo 90”. No se identificó tendencia en ninguna de las ciudades ni en los grupos de edad.

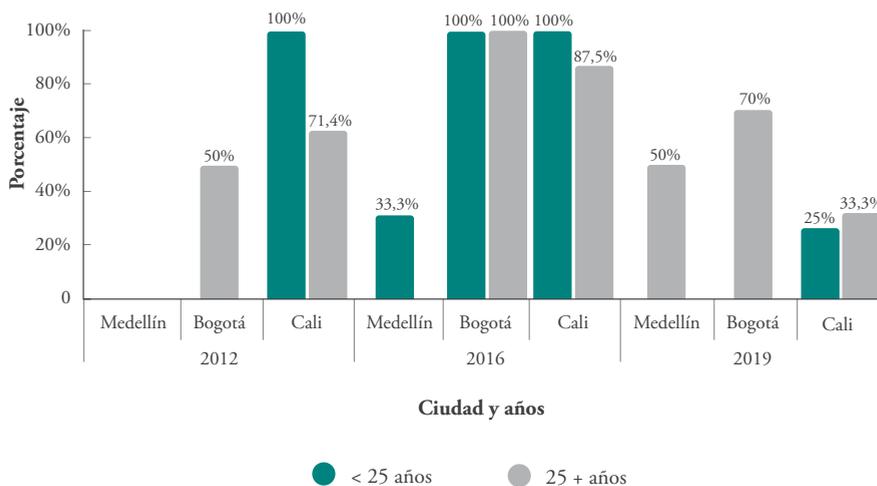


Figura 24. Comparativo de la cobertura terapia antirretroviral en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores de 25 años y de 25 a más años, en tres ciudades colombianas¹⁰

8.11 Indicador 11. Comparativo del uso del condón con el último cliente de las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas

Este indicador mide los avances en la prevención del VIH entre las mujeres transgénero trabajadoras sexuales, a través del porcentaje que contestó haber usado el condón en la última relación con un cliente, en general el uso de condón es superior al 88% en ambos grupos de edad, mostrando un comportamiento similar entre las tres ciudades y en los tres periodos de estudio. Sin cambios en la tendencia en el uso del condón del 2012 al 2019.

10 Forma de cálculo del indicador:

Numerador: número total de encuestadas trabajadoras sexuales que reciben tratamiento o atención integral
Pregunta 702. ¿En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de tener sexo? Solo las que contestaron SI
Pregunta 1009. ¿Usted recibe atención integral para el VIH?

Denominador: número de encuestadas trabajadoras sexuales que hayan contestado que viven con VIH.
Pregunta 1008. ¿Cuál fue el resultado de esa prueba? Solo con resultados positivos

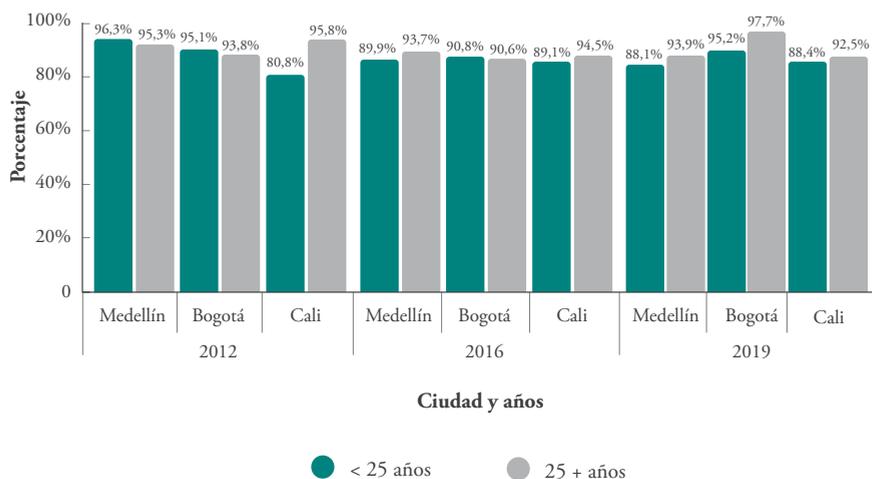


Figura 25. Distribución porcentual del uso del condón con el último cliente de las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas¹¹

Tabla 44. Uso del condón en la última relación sexual anal con un cliente en tres ciudades de Colombia, 2019

| Ciudad | n | % | IC 95% | |
|----------|-----|-------|----------|----------|
| | | | Inferior | Superior |
| Medellín | 129 | 92,1% | 88,5% | 95,7% |
| Bogotá | 149 | 97,4% | 95,4% | 99,4% |
| Cali | 100 | 90,9% | 86,9% | 94,9% |

8.12 Indicador 12. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas.

Este indicador permite medir el porcentaje de vinculación a programas en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales, que infirieron recibir información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón, y adicional a esto en los últimos seis meses recibieron condones gratis. No se observaron cambios en las tendencias de 2012 a 2019 en este indicador en ninguna de las tres ciudades.

¹¹ Forma de cálculo del indicador:

Numerador: número de encuestadas trabajadoras sexuales que hayan contestado que utilizaron el condón en la última relación con un cliente.

Pregunta: 707. La última vez que tuvo sexo anal con un cliente, ¿usaron condón?

Pregunta 702. ¿En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de tener sexo? Solo las que contestaron SI

Denominador: número total de encuestadas que respondieron la pregunta 702 solo SI

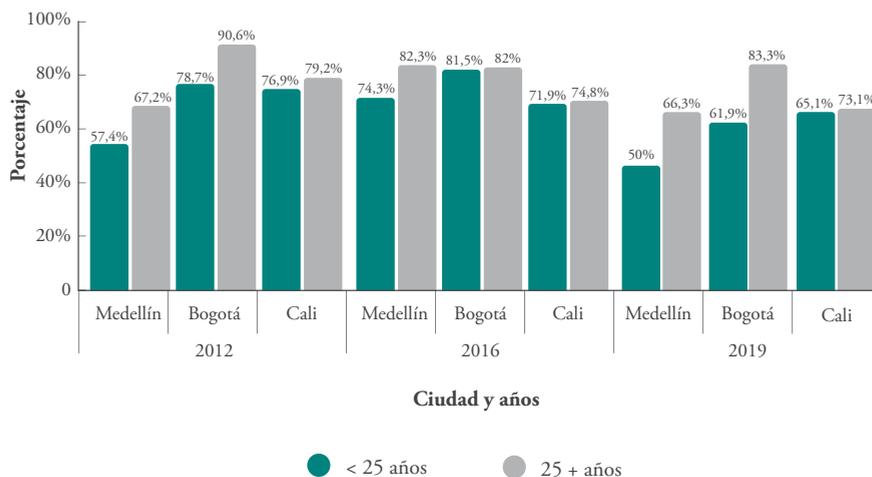


Figura 26. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en las mujeres transgénero trabajadoras sexuales menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas.¹²

8.13 Indicador 13. Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas

Este indicador permite conocer la percepción que tienen las mujeres transgénero frente a dos situaciones que se pueden presentar en su entorno, a través de dos preguntas: ¿Usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH? y ¿Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela /colegio con los niños que no tienen VIH?, en general se encontraron mayores actitudes discriminatorias en el grupo de mujeres jóvenes en las tres ciudades. En Cali estas actitudes se encontraron en mayor proporción en las mujeres transgénero de 20 a 24 años con 34,5%, y a la vez las menores actitudes entre las mayores de 50 años (4,2%). En Medellín y Bogotá se mantiene la tendencia de mayores actitudes discriminatorias en el grupo de 18 y 19 años, con el 27,3% y el 25% respectivamente. Es importante resaltar que si bien este indicador genera una aproximación a lo que son actitudes discriminatorias, no cuantifica directamente los casos de discriminación. No hay cambios en la tendencia en este indicador del 2016 al 2019.

12 Forma de cálculo del indicador:

Numerador: Número de participantes que respondieron SI a las dos preguntas:

Pregunta 702. ¿En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de tener sexo? Solo las que contestaron SI

Pregunta 801. ¿Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón?

Pregunta: 809. ¿Ha recibido condones GRATIS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES contados hasta ayer?

Denominador: Total de mujeres transgénero encuestadas que contestaron ambas preguntas 702, 1033 y la 1019

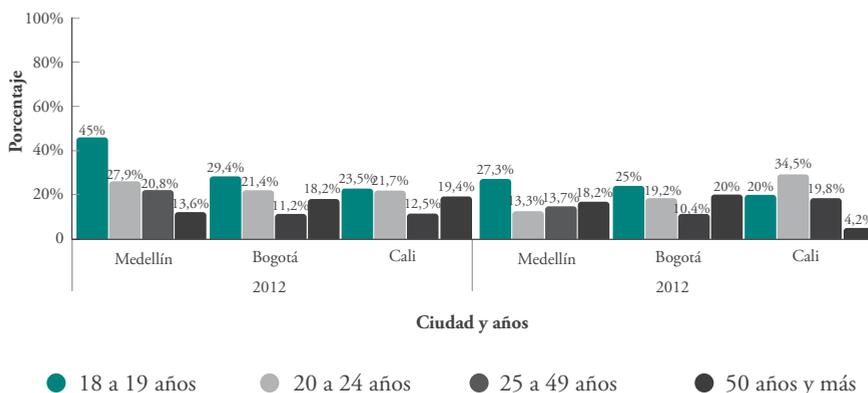


Figura 27. Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas¹³

9.14 Indicador 14. Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en las mujeres transgénero son menores de 25 años y de 25 y más años, en tres ciudades colombianas

Este indicador muestra los conocimientos que tienen las participantes frente al VIH, para dar respuesta se les preguntó por cinco ítems los cuales son:

- ¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera adecuada y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales? (respuesta correcta: sí)
- ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir no tener múltiples parejas sexuales? (respuesta correcta: sí)
- ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo? (respuesta correcta: no)
- ¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado(a)? (respuesta correcta: no)
- ¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH? (respuesta correcta: sí).

Se encontró que el indicador para todos los años del estudio es variable por grupos de edad y ciudad. En 2019 los conocimientos más altos los tuvieron las mujeres

13 Forma de cálculo del indicador:

Numerador: Número de mujeres transgénero que al menos en una de estas preguntas respondieron No preguntas: Pregunta 907. ¿Usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH?

Pregunta: 908. ¿Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela / colegio con los niños que no tienen VIH?

Denominador: Total de mujeres transgénero que contestaron ambas preguntas 907 y 908

transgénero de 50 años o más, que residían en la ciudad de Cali (54,2%) y los más bajos se encontraron entre las de 18 y 19 años de Medellín (9,1%). Al comparar 2012 y 2019, Cali fue la única ciudad que presentó un cambio en la tendencia de los conocimientos sobre prevención de VIH en las mujeres de 18 a 49 años; en Bogotá y Medellín no se reportó ninguna variación en la tendencia en este indicador.

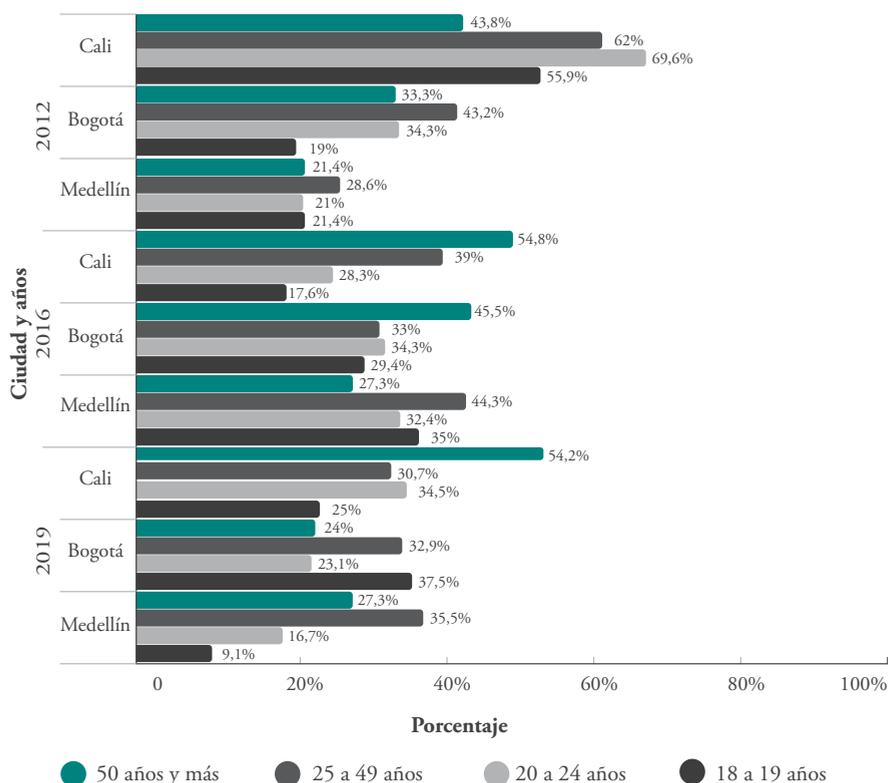


Figura 28. Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en las mujeres transgénero menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas¹⁴

14 Forma de cálculo del indicador:

Numerador: número de encuestados que dan respuestas correctas a las cinco preguntas:

Pregunta 902. ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales?

Pregunta 903. ¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales?

Pregunta 904. ¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o SIDA?

Pregunta 905. ¿Se puede transmitir el VIH por picaduras de zancudo?

Pregunta 906. ¿Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?

Denominador: número de encuestados que contestaron las preguntas 902, 903, 904, 905 y 906



9.

Discusión

9.

Discusión

Este estudio confirma lo encontrado en otros realizados a nivel nacional e internacional con mujeres trans, pues se evidencia una alta prevalencia de VIH, precariedad económica, comportamientos sexuales de riesgo, múltiples necesidades en salud, estigma y discriminación. Las participantes de este estudio fueron en su mayoría jóvenes, (mediana de 33 años), de bajos ingresos económicos, de un nivel educativo medio-bajo, solteras y ocupacionalmente se desempeñan en los oficios que tradicionalmente se les ha asignado a las MT por situaciones de discriminación laboral, como el trabajo sexual y la peluquería. Se ha reconocido que las MT presentan alta vulnerabilidad a la infección por VIH, no solo por el hecho de ser biológicamente más propensas, sino por el contexto social y cultural de exclusión en el que están inmersas, situación que limita la capacidad de decisión y acción frente a las prácticas sexuales.

De acuerdo con estos hallazgos, y entendiendo que la infección por VIH en mujeres trans requiere un abordaje complejo, pues se interrelacionan múltiples procesos sociales, políticos, culturales e individuales se partirá del concepto de vulnerabilidad propuesto por Ayres ⁽¹¹¹⁾. En este se incluyen tres dimensiones de análisis: la individual, en la cual se encuentran los modos y estilos de vida de las personas los que pueden contribuir a la exposición al virus o por el contrario a su protección. La colectiva, en la cual se entiende el proceso salud-enfermedad-atención como un proceso social, en el cual el contenido y calidad de información se configuran dentro de una vida en sociedad y se expresan a nivel individual, y la programática entendida como las acciones nacionales y locales para combatir el VIH ⁽¹¹²⁾.

Concretamente estas dimensiones se reflejan en este estudio de la siguiente manera: en el nivel individual, se encuentran los conocimientos frente al VIH y las formas de prevenirlo, las opiniones y actitudes frente a las pruebas de VIH, los comportamientos sexuales de riesgo, las redes sociales y familiares, las relaciones de pareja y el consumo de drogas y alcohol. En la dimensión social o colectiva, se aborda, la protección social, el empleo, el nivel de ingresos, el acceso a servicios de salud, la educación, el estigma y la discriminación. En el nivel programático se aborda la participación en actividades de

prevención del VIH, la respuesta de los servicios frente a las necesidades en salud y la planificación y acción del gobierno y otros frente a la prevención del VIH.

En el nivel individual, se encontró que casi el 100% de las MT, habían escuchado sobre el VIH/SIDA, sin embargo, aún persisten creencias erróneas frente a la prevención y transmisión, que ayudan a reproducir mayor estigma y discriminación. Las MT que participaron de esta investigación, tienen conocimientos comprensivos similares, que las que participaron de un estudio de comportamientos sexuales y prevalencia de VIH en Costa Rica, siendo menor en este país el porcentaje de mujeres trans que consideran que el VIH se puede transmitir a través de la picadura de un zancudo, (18,5% y 21,4%, respectivamente) ⁽¹¹³⁾. Resultados similares se han encontrado con población general, ya que, según la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud, casi el 100 % de mujeres y hombres de 13 a 49 años han escuchado sobre el VIH/Sida en Colombia, en este estudio las MT reportan porcentajes más altos de conocimiento que las mujeres cisgénero en la mayoría de las preguntas ⁽¹¹⁴⁾.

ONUSIDA, busca que el 90% de las personas que viven con VIH, conozcan su diagnóstico, pues enterarse a tiempo maximiza las oportunidades de recibir un tratamiento oportuno, reduce la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección, siendo el acceso a las pruebas un paso esencial para lograrlo ⁽⁵⁵⁾. En este estudio el 88% de las MT se habían hecho alguna prueba en la vida, porcentaje más alto que el encontrado en un estudio en Nicaragua, pues en este país solo fue del 47% en la población HSH y MT. La realización de la prueba en Colombia también es más alta en MT que en mujeres cisgénero, esto puede ser debido a que las acciones de tamizaje se han focalizado en la población clave ⁽¹¹⁵⁾, pues existe un plan de respuesta implementado por el gobierno nacional y otros organismos y agencias internacionales, que a la vez han realizado un trabajo intersectorial para reducir la epidemia en estos grupos vulnerables.

Con relación a los comportamientos sexuales de riesgo, se identificó que el 85% de las mujeres trans usaron condón en la última relación sexual anal, porcentaje que aumenta al 93,7%, si se trata de un cliente y disminuye si se trata de su pareja estable (13%). Si bien se observa en el estudio que existe una conciencia y actitudes del uso del condón como medida de protección, es necesario entender que las MT que se encuentran en situación de prostitución están expuestas a condiciones laborales y de salud desfavorables, pues tienen pocas oportunidades para decidir sobre su propio cuerpo, y en ocasiones exigir el uso de preservativos, ya que, los clientes ofrecen mayor remuneración a cambio de no utilizarlos ⁽¹¹⁶⁾. El uso de preservativo con parejas estables, también ha sido abordado en otras investigaciones con mujeres trans, donde al parecer los comportamientos de seguridad frente al riesgo de contraer ITS disminuyen y en cambio no usar condón aparece como una meta de éxito en la relación, pues es sinónimo de confianza y amor ⁽⁴⁶⁾.

Las investigaciones muestran que el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas son un problema importante para la población de mujeres trans, pues presentan tasas



significativamente más altas, comparadas con el resto de la población ⁽¹¹⁷⁾, en muchas ocasiones asociado a las dinámicas que imponen el oficio del trabajo sexual y su desempeño; asunto que incide directamente en su salud ⁽¹¹⁸⁾ y las hace más vulnerable a tener prácticas sexuales de riesgo. En este estudio del total de mujeres, 75% reportó haber consumido alcohol en los últimos seis meses y de este alrededor del 87,4% en el último mes, resultados significativamente más altos que los encontrados en la misma población en Honduras (67,8%) y los reportados en población general en Colombia (35,8%). El consumo de drogas en los últimos seis meses para las tres ciudades fue elevado, en especial para marihuana (58,6%), situación que coincide con lo reportado en el estudio nacional sobre consumo de SPA en Colombia ⁽¹¹⁹⁾.

Frente a la dimensión social, y como se ha reportado a nivel nacional e internacional, las violencias en las mujeres trans inician a temprana edad, con la exclusión del hogar, por ende del sistema educativo y del mercado laboral, situaciones que promueven exclusión, marginación y la iniciación temprana en la prostitución u otro tipo de trabajos relacionados ⁽¹²⁰⁾, además las tasas de desempleo también son altas, comparándolas con otras poblaciones. Estas situaciones aumentan su vulnerabilidad al VIH, pues en comparación con mujeres trabajadoras sexuales cisgénero las MT tienen hasta nueve veces más riesgo de infección ⁽¹²¹⁾. En este estudio se observó que las mujeres tenían situaciones socioeconómicas precarias, en su mayoría el nivel educativo máximo alcanzado fue bachillerato, teniendo un importante porcentaje de mujeres que no tiene estudios o solo hizo hasta la primaria (15%). Tal situación está relacionada con el acceso al trabajo, pues en un mayor porcentaje las MT ejercían la prostitución, el oficio de estilistas/peluqueras y el modelaje web cam, es de resaltar que un gran número de mujeres también han accedido al trabajo formal, pero en menor porcentaje. Tales situaciones repercuten directamente en el nivel de ingresos, pues el promedio entre las participantes es aproximadamente salario mínimo mensual legal vigente (\$925.148 o \$289 UDS).

En el caso de acceso a servicios de salud, se han encontrado estudios que dan cuenta de las desigualdades que enfrentan las MT, pues si bien en su mayoría están cubiertas por algún seguro de salud, esto no garantiza el acceso oportuno a los servicios. También se han encontrado barreras de acceso a la humanización relacionado con el estigma, la discriminación, las trabas administrativas, entre otras pues muchas personas trans se rehúsan a revelar su identidad o el uso que hacen de hormonas, lo cual puede conducir a que no reciban una atención apropiada, con relación al VIH en el caso de este estudio 15% de las MT han evitado utilizar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH o tratamiento. En caso del presente estudio, llama la atención que el 68% de las mujeres estaban afiliadas al régimen subsidiado de salud y que en su mayoría reportara problemas de salud en el último mes, de las cuales un porcentaje importante tenían la infección por VIH, casi el 60% accedió a una institución de salud/EAPB y un 30% tuvo que pagar por los servicios, ya sea parcial o totalmente, situación que aumenta su vulnerabilidad al ser mujeres de bajos ingresos.

En este estudio el porcentaje de mujeres que han sufrido estigma y discriminación es alto, (43,6%), teniendo en cuenta que esta situación puede afectar todas las esferas de la vida y tener repercusiones aún mayores cuando además se vive con VIH. Si bien, en este estudio no se encontró asociación entre el estigma y el VIH, hay un 23% de mujeres VIH positivas que reportaron algún tipo de discriminación o rechazo. Los insultos y las agresiones verbales, así como las expresiones de desprecio o rechazo, fueron las principales manifestaciones del estigma y discriminación de que fueron objeto las mujeres trans que participaron en el estudio, resultados similares se encontraron en MT jóvenes de Nueva York, en el cual el porcentaje de abuso verbal fue de alrededor del 80% ⁽¹²¹⁾. Tal como se encuentra en la literatura la discriminación de las personas trans, se manifestó en espacios cotidianos y cercanos como la familia, amigos y compañeros de trabajo, además en un mayor porcentaje fue manifestada por desconocidos, por lo cual trascendió a espacios públicos salud ⁽¹¹⁸⁾.

En el nivel programático se encuentran las acciones y políticas que se implementan en todos los niveles para prevenir el VIH, si bien en Colombia se han hecho grandes esfuerzos por cumplir la meta 90-90-90 de ONUSIDA, no han sido suficientes, pues del total de personas diagnosticadas con VIH en 2018, 82% usaban terapia antirretroviral y de estos 64% tenían supresión viral⁽⁵³⁾, por otro lado las prevalencias de VIH han ido aumentando en el país, a excepción de la ciudad de Cali, que presentó disminución entre 2016 y 2019. Lo anterior exige aumentar la vinculación de las MT a los programas de prevención de VIH, mejorar sus condiciones de vida, en términos de garantías laborales, de vivienda, recreación y de acceso a servicios de salud, que además atiendan a sus particularidades y necesidades específicas, con enfoque diferencial.

En este estudio los hallazgos demuestran una baja participación de mujeres trans jóvenes en programas de prevención, en el cual pueden tener acceso a medidas de protección e información que reduzcan los comportamientos de riesgo, también se presentó un porcentaje muy bajo de mujeres trans que no conocen sobre la PrEP (9,9%), aunado a que en el país aún no se implementa esta estrategia de prevención pues no se encuentra cubierta por el sistema de salud y la única manera de conseguirla es a elevados costos. Es de anotar que varias investigaciones en el mundo han mostrado una reducción de comportamientos de riesgo a través de la implementación de programas de educación para la salud, los sistemas de apoyo comunitario, legal o que promuevan por ejemplo el uso de la PrEP ⁽¹²²⁻¹²⁴⁾



10.

Conclusiones

10.

Conclusiones

- El estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019, aporta al sistema de vigilancia de segunda generación del VIH información necesaria para generar intervenciones por parte del Estado para la prevención del VIH.
- Este es el primer estudio de seroprevalencia de mujeres trans en Colombia donde se utiliza el muestreo RDS, siendo una buena herramienta que permitió acceder a miembros de esta población, que no asisten a lugares públicos de socialización o están directamente vinculados con organizaciones comunitarias.
- La mayoría de las mujeres trans en las tres ciudades, viven en los estratos 0,1,2 y 3. Predominando la secundaria como último grado alcanzado. En cuanto a la ocupación y ejercicio laboral en Medellín y Bogotá predominó la prostitución con 41,2% y 26,3%, seguida de la peluquería con un 19,8% y 23,8% respectivamente; mientras la ciudad de Cali, la mayoría de las mujeres indicaron que su principal fuente de ingresos era otro (donde no se conoce a cuál se refieren con este) 35,5%, seguido de la peluquería 18,2%. En las tres ciudades el ingreso mensual está en un rango entre 15.000 y 828.000.
- Los resultados mostraron las siguientes prevalencias de VIH: Medellín 22,3%, Cali 18,8%, Bogotá 29%. Con respecto a la comparación con el estudio anterior, tanto Bogotá como Medellín presentaron un aumento de la prevalencia de 2010 a 2019, estadísticamente significativo, mientras en Cali no se presentó una variación entre 2010 y 2019, manteniéndose la prevalencia estable.
- En Medellín y Cali donde no se alcanzó la muestra estimada en las 15 semanas propuestas para la recolección de información, las mujeres trans indicaron como posibles causas, la falta de credibilidad en los proyectos de investigación e intervención, la saturación de múltiples actividades realizadas a la par sobre el tema, el miedo a practicarse la prueba y la existencia de subgrupos de mujeres trans difíciles de acceder. Por lo cual en una próxima oportunidad se recomienda que este tipo de estudios con un muestreo RDS, se realice con un mayor tiempo de ejecución, el cual las mujeres generen una mayor confianza en éste y participen.



11.

Recomendaciones

11.

Recomendaciones

- A nivel de políticas, es necesario la creación de un programa nacional integral para la prevención de VIH en mujeres trans, liderada por el gobierno nacional, con un enfoque territorial y diferencial, en consonancia con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la política Nacional de sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos y el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE). Dicho programa debe tener financiación a largo plazo y considerar relevante la prevención, la ampliación al acceso de pruebas de VIH en todo el país, y el acceso al tratamiento oportuno y con calidad.
- Es importante contar con intervenciones a nivel social que fortalezcan los derechos de las personas trans o con otras identidades de género, que aumente las oportunidades laborales, educativas, y el acceso a servicios sociales, culturales y de salud.
- Incentivar un trabajo y abordaje intersectorial para la atención en salud de las mujeres trans, pues se requiere un modelo integral de prevención-atención-seguimiento, que responda a sus necesidades básicas, relacionadas con la hormonización y cirugías, la atención psicosocial, la salud reproductiva, las ITS, y en general las consultas de rutina. Lo anterior podría mejorar algunas prácticas de prevención en salud y la adherencia al tratamiento antiretroviral.
- Incrementar el acceso a las pruebas de VIH en MT, no solo a nivel extramural, sino también en los servicios de salud, a través de la prestación en lugares confidenciales, privados, con horarios flexibles, y libres de estigma y discriminación.
- Crear guías o protocolos de atención en salud para la población transgénero en Colombia, con especial énfasis en derechos sexuales y reproductivos, teniendo en cuenta no solo la diversidad de género, sino étnica, social, económica, y etaria. Es necesario que los equipos de salud en todos los niveles de atención, pero especialmente en el primero, se capaciten en temas relacionados con identidad de género y sexual, para que cuenten con habilidades y conocimientos necesarios para brindar una atención con calidad.
- Frente al bajo porcentaje de conocimientos del VIH/SIDA, se deben implementar estrategias de sensibilización y educación para mujeres transgénero, con un enfoque

diferencial; en las cuales se utilicen metodologías participativas y se involucren a organizaciones de base comunitaria, a MT de diversos subgrupos y otros actores del sector salud y educación.

- Se recomienda fortalecer los sistemas comunitarios y organizativos para las mujeres trans, pues esto es clave para generar diálogos con los actores del sistema de salud.





12.

Lecciones
aprendidas

12.

Lecciones aprendidas

Una vez finalizada la recolección de información de los estudios realizados por la Universidad del CES (el consultor), se hizo una revisión del proceso, con el fin de obtener las lecciones aprendidas, tomadas desde diferentes perspectivas y actores que participaron del proceso. Se entienden las lecciones aprendidas como el conocimiento adquirido sobre un proceso de una o varias experiencias que se dan durante la realización de un proyecto, mediante el análisis y la reflexión colectiva de los aspectos que pudieron haber incidido positiva o negativamente sobre este; por lo anterior se consideran un aspecto clave de la gestión del conocimiento ⁽¹²⁵⁾

Documentar las experiencias exitosas, las decisiones que afectaron positiva o negativamente la consecución de los objetivos, así como los aspectos que deben ser fortalecidos, contribuye a reducir la incertidumbre, resolver problemas y mejorar el tiempo de respuesta, ante situaciones similares que enfrentarán futuros equipos de investigación. De igual manera son consideradas parte importante de la memoria metodológica, porque se parte de identificar momentos clave y construir una línea de tiempo del ciclo del proyecto: planeación, ejecución y cierre.

La recolección de información de las lecciones aprendidas se realizó a través de la aplicación de 6 grupos focales y 12 entrevistas semiestructuradas a los distintos actores del proceso de recolección de información, en total participaron 34 personas entre: personal de la entidad contratante, coordinadores, supervisores, encuestadores de la entidad consultora y mujeres transgénero de cada ciudad. Las entrevistas fueron realizadas por las coordinadoras del equipo de investigación del consultor, algunas se llevaron a cabo personalmente y otras a través del uso de las TIC.

Las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio. Para ambas técnicas de recolección se utilizaron guías semiestructuradas de acuerdo con el perfil del entrevistado (una para el equipo contratante y consultor, otra para mujeres transgénero). Los aspectos que se indagaron siguieron preguntas relacionadas con: ¿Qué estuvo bien o destaca de la ejecución?, ¿Qué salió mal o no tuvo los resultados esperados?, ¿Qué se puede cambiar? y ¿Qué recomendaciones daría a proyectos futuros?, lo anterior con base en:

1. Roles dentro del estudio: consultor del proyecto (Universidad CES), contratante (ENTerritorio), equipo de trabajo de campo.
2. Fase exploratoria: prueba piloto, capacitación.
3. Fase de expansión o recolección de información: ubicación de la sede, infraestructura, recursos físicos y tecnológicos y alcance de la población.

Los aspectos que se indagaron en las mujeres transgénero fueron:

1. Redes, características de las MT
2. Experiencias de la participación en el proyecto: motivaciones, entrega de cupones de invitación, enrolamiento
3. Dificultades y percepción de la metodología RDS
4. Recomendaciones

Para el análisis de la información se construyó una matriz en Excel, según la estructura de las guías, buscando reducir los datos por medio de la segmentación de textos transcritos; se utilizaron las columnas para ubicar las categorías y subcategorías y las filas para ubicar los entrevistados y los códigos. Esta forma de codificación permitió el análisis y la interpretación de diversas relaciones generadas al interior de la matriz; de esta manera se observaron diferencias y semejanzas entre los relatos de los actores.

En el proceso de elaboración de las lecciones aprendidas se encontraron limitaciones, la principal es que la aplicación de las entrevistas se realizó culminado el trabajo de recolección de información en cada ciudad, dificultando el acceso a las personas que hicieron parte de los equipos de trabajo y a algunas mujeres transgénero.

12.1 Rol de los actores

12.1.1 Consultor de los estudios (Universidad CES)

La Universidad CES presentó una propuesta técnica que contaba con un equipo de trabajo con amplia experiencia en investigación, además avalada por tres grupos, dos de ellos clasificados en la máxima categoría por Colciencias. El equipo de trabajo estuvo conformado por: una investigadora principal con amplia experiencia en la temática y metodología, además posteriormente el equipo fue integrado por dos estudiantes de doctorado, quienes fueron los encargados de acompañar ambos estudios (MT y HSH).

La Universidad CES contaba con la experiencia previa en la aplicación de la metodología con poblaciones vulnerables, además la experticia temática en VIH, por lo cual, el rigor metodológico y el control de calidad del dato fueron aspectos clave a lo largo de la recolección. Frente a esto se hicieron grandes esfuerzos que minimizaran los posibles errores, se implementó la encuesta electrónica con validadores para evitar datos perdidos, se diseñaron formatos electrónicos que permitían llevar control de las redes y el código

RDS y se hacían supervisiones permanentes al diligenciamiento de los formatos, entre otras, que determinaron la calidad de la información recogida en las tres ciudades.

Un aspecto a destacar, es que la ejecución de los estudios por parte de una Universidad tuvo buen recibimiento entre las poblaciones, ya que según los entrevistados fue vista como una entidad imparcial, que generó mayor percepción de confidencialidad de la información.

Lecciones aprendidas

- La experiencia que tenía el equipo investigador en recolección de información, generó una rápida estandarización de los procesos y el recurso humano, dando cumplimiento total a los protocolos establecidos para la recolección.
- La universidad contaba con disponibilidad presupuestal y un músculo financiero que contribuyó a solventar de manera ágil situaciones propias de la recolección y a implementar diversas estrategias para aumentar el reclutamiento.
- La contratación de una persona encargada del control de calidad de la información para las tres ciudades, se mencionó como un acierto, pues permitió hacerle monitoreo en tiempo real a la información, al movimiento de las redes, a la productividad de los encuestadores, al porcentaje de ejecución semanal y la medición de indicadores sensibles para el proyecto, lo cual permitió tomar decisiones y hacer correcciones en un menor tiempo.
- Si bien la fase exploratoria no fue un requisito de la entidad contratante, se concibe como un valor agregado a la investigación, pues se pudieron establecer contactos previos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), realizar entrevistas con diversos actores que dieron información importante frente al trabajo con las poblaciones, la búsqueda de estrellas sociales y las dificultades que podíamos encontrar en la fase de recolección.
- Tener la adecuación de la sede en términos físicos y tecnológicos en un tiempo de anticipación suficiente, hubiese posibilitado iniciar la recolección según los términos establecidos en el cronograma.
- Se evidenció durante la ejecución de los estudios fraccionamiento en el canal de comunicación entre los equipos de ciudad, la investigadora principal y el contratante, pues en ocasiones no se seguían los conductos regulares de comunicación, trayendo como consecuencia demoras en la toma de decisiones de algunos aspectos logísticos, técnicos e investigativos.

Recomendaciones

- Se recomienda trabajar en la comunicación permanente entre los equipos de ciudad, a través de reuniones virtuales semanales, con el fin de generar estrategias conjuntas y tomar decisiones consensuadas.
- Para futuros estudios se recomienda perfeccionar la fase de alistamiento, que comprende la planeación administrativa, financiera, y técnica del proyecto. Se debe ga-

garantizar la coherencia entre los procesos, tratando que las decisiones administrativas y presupuestales no sobrepasen lo técnico.

- Se recomienda en los próximos estudios, vincular a una persona experta en la administración de proyectos de investigación, que pueda impartir lineamientos en lo logístico y financiero.
- Se recomienda para futuros estudios realizar un proceso de selección riguroso del recurso humano, que involucre evaluaciones prácticas, con el fin de evitar retrocesos en la capacitación y trabajo de campo.
- Se recomienda que, para experiencias futuras, se promuevan espacios de planeación entre los coordinadores, antes de iniciar la operación en terreno, con el fin de clarificar los roles, llegar a acuerdos y establecer planes de acción ante posibles contingencias

12.1.2 Rol del Contratante: ENTerritorio

La entidad contratante era la encargada de supervisar que el consultor cumpliera con las obligaciones dispuestas en el objeto contractual, en especial que el proceso de recolección de información se realizara de acuerdo a los protocolos de investigación, garantizando la calidad, ética y pertinencia del proceso, que comprendía: la fase exploratoria y la fase de expansión. Esta entidad jugó un rol importante porque realizó un acompañamiento permanente a los equipos de investigación, por medio de un supervisor, que efectuó visitas a las tres ciudades e interlocuciones vía telefónica con la investigadora principal y coordinadoras, esto con el propósito de contribuir a la toma de decisiones, de los hechos que se presentaran en el que hacer investigativo.

La experiencia de la supervisión de los proyectos, contribuyó a resolver contingencias y permitió tomar decisiones anticipadas ante posibles situaciones problemáticas, fue propositiva en recomendar mejoras a los procesos y se destaca como un apoyo frente a las dificultades que se presentaron en cada ciudad.

Lecciones aprendidas

- Velar por la calidad de la información y el cumplimiento del protocolo de recolección fue una función principal de la entidad, para esto fueron clave las visitas de la supervisora a cada ciudad y las reuniones semanales entre el equipo investigador y el contratante.
- Contar con una supervisora con amplia experiencia en la metodología, ayudó a tomar decisiones ante contingencias o situaciones problemáticas que se dieron en la marcha, pues se obtuvo apoyo en la toma de decisiones inmediatas, sin que se viera afectada la aplicación del protocolo de recolección.

Recomendaciones

- Se sugiere la ampliación del tiempo de ejecución del estudio, en el cual se contemplen las posibles contingencias que se puedan presentar en la contratación, la capacitación, ejecución, análisis, escritura de resultados y socialización.



- Se recomienda incluir la fase exploratoria como requisito indispensable en los próximos estudios y dar el tiempo necesario para ejecutarla, pues es clave para garantizar el éxito de la recolección al permitir alcanzar “*rapport*” [*clima de confianza*] con las lideresas de la población, búsqueda de estrellas sociales, estudiar el contexto de la población y crear estrategias oportunas que ayuden a disminuir las barreras para llevar a cabo el estudio.
- Se sugiere generar mayor libertad a la entidad ejecutora de los estudios frente a las decisiones que se implementen en la fase de recolección de información, esto permitiría la toma rápida de acciones y optimizaría los tiempos.
- Se recomienda que, para futuros estudios, la entidad contratante entregue un instructivo o lineamientos previamente elaborados y definidos con las indicaciones para el diligenciamiento de formatos, control de insumos y cierre del proyecto, con el fin de evitar reprocesos y trabajos sobre la marcha.

12.1.3 Equipo de trabajo

El consultor presentó una propuesta con variaciones en la estructura de los equipos de trabajo; la propuesta buscó que el proceso tuviera trazabilidad y estuvieran involucradas varias personas, con el fin de disminuir la probabilidad de errores y aumentar el control de calidad. Por lo anterior el equipo por ciudad y estudio estuvo conformado por:

| Rol | Funciones |
|--|---|
| Auxiliar administrativo y de toma de pruebas | Uno por estudio. Se encargaban de la recepción de las participantes, aplicar criterios de inclusión y demás formatos, toma de la prueba rápida, agendar las citas, entregar compensaciones, ingresar formatos de la entidad contratante al sistema. |
| Encuestadores | Dos por cada estudio. Aplicaban consentimiento informado, encuesta, asesoría pre, enrolamiento, asesoría post, tomar prueba de papel filtro (para el caso de los reactivos), contactar a las participantes para entregar el resultado confirmatorio. |
| Supervisores | Uno por cada estudio. Eran los encargados de revisar el proceso de calidad, supervisar el trabajo de los encuestadores, realizar encuestas cuando fuere necesario, recepcionar y embalar las pruebas de papel filtro, apoyar el proceso de canalización de las participantes reactivos, generar estrategias para aumentar el reclutamiento. |
| Coordinador(a) | Un coordinador por ciudad que se encargaba de apoyar la fase exploratoria (búsqueda de las semillas, las sedes del estudio, realizar entrevistas, coordinar entrega del objeto único), liderar el trabajo administrativo, que implicaba el buen funcionamiento de las sedes del estudio, supervisar las actividades de los equipos de trabajo, programar la recolección de información, definir estrategias para sortear eventualidades en la recolección, realizar el proceso de canalización, entre otras |

Para cada rol se diseñaron manuales de funciones, que fueron ajustados y posteriormente aprobados por la entidad contratante y socializados en la capacitación con los equipos de trabajo. Durante la ejecución del trabajo de campo se observó que el auxiliar administrativo/enfermería cumplía funciones esenciales del proceso, ya que debía aplicar criterios de inclusión, diligenciar formatos, tomar y leer las pruebas rápidas, y al finalizar entregar compensación primaria, por lo anterior debía permanecer largas jornadas de trabajo. Por otro lado, la atención al público y la organización de citas tomaron más tiempo del esperado, y otras personas del equipo debieron apoyar permanentemente la labor administrativa.

El rol de los supervisores de los estudios fue modificado posterior a la presentación de la propuesta, pues en un primer momento se pensó incorporar a un encuestador con funciones de supervisor, que cumpliera con la revisión de calidad de las encuestas, sin embargo, luego se incorporaron un significativo número de formatos y se cargaron otras funciones al coordinador, por lo cual se decide que era necesario contar con un supervisor con un nivel educativo profesional, que liderara al equipo de trabajo y además ejerciera funciones de calidad. Con relación al rol de los encuestadores, se resalta la amplia experiencia en el trabajo con la población y la multiplicidad de perfiles, lo que enriqueció el diálogo y el trabajo en equipo. Además de la experiencia en el trabajo relacionado con VIH y las poblaciones del estudio, no se definieron otros criterios de selección y en ningún momento la orientación sexual o la identidad de género del personal fue requisito para hacer parte de los equipos, sin embargo, en la experiencia de las tres ciudades se pudo identificar que si bien no se presentaron inconvenientes puntuales, lo mejor es contar con equipos heterogéneos, con el fin que las participantes que van a ingresar al estudio y que hayan tenido previo contacto con el encuestador, puedan elegir libremente por quien desean ser encuestados y esto no sea impedimento para su participación.

Las coordinadoras en las tres ciudades, asumieron un rol de liderazgo para ambos estudios y fueron quienes se comunicaban de manera directa con la supervisión de la entidad contratante y la investigadora principal, con el fin de tomar decisiones frente a la recolección y los asuntos administrativos. Fueron encargadas de generar sinergia entre los equipos, garantizar que la recolección cumpliera con el protocolo y solucionar las contingencias que se pudieran presentar en ambos estudios. Conforme inició el trabajo de campo del proyecto, algunas personas asumieron diversos roles, con el fin último de solventar situaciones que se presentaron en la recolección, en especial cuando el número de participantes excedía la capacidad de atención del equipo de estudio. Lo anterior llevó en la marcha, a tomar la decisión de capacitar a ambos equipos en las dos encuestas (MT y HSH) y que tanto supervisores como auxiliares en ocasiones asumieran el rol de encuestador.

Lecciones aprendidas

- Se resalta la contratación de equipos de trabajo con experiencia en el abordaje de la población, pues esto generó confianza con las participantes, sin embargo, es necesario



contar con una composición mixta de los equipos (hombre y mujer) que brinde alternativas de selección para las participantes.

- Se resalta la disposición del equipo para realizar funciones establecidas y otras que no estuvieron definidas desde el principio en el manual de funciones, con el fin de cumplir con los objetivos del estudio y aumentar el reclutamiento.
- Con el propósito de dar cumplimiento a los tiempos establecidos para la recolección y lograr atender a las participantes que acudían a la sede, se desdibujaron un poco los roles dentro del personal y las funciones específicas para cada uno de estos, sin embargo, esta situación fortaleció el trabajo y la sinergia del equipo.

Recomendaciones

- Para futuros estudios, se sugieren cambios en la estructura de los equipos, pues es importante contar con una persona que tenga a cargo funciones técnicas y administrativas, articule y agilice la comunicación entre la investigadora principal y las coordinadoras de ciudad, además que tome decisiones con base en el trabajo de campo de manera oportuna. Por otro lado, se recomienda que la encuesta y la prueba rápida esté a cargo de una sola persona, ya que esto genera mayor confianza, privacidad y confidencialidad al disminuir el número de personas que conocen el estado serológico de las participantes.
- Para futuros estudios es recomendable contar con encuestadores que tengan experiencia en el trabajo con otros grupos vulnerables, que no necesariamente sean reconocidos por su activismo e incluso, contar con personas de otras ciudades, puede dar la percepción de mayor confidencialidad.
- Se sugiere que para futuros estudios los supervisores asuman un rol más activo en la ejecución administrativa y financiera para operar la sede, lo que incluye también el seguimiento al personal que tienen a cargo, el control de la agenda y la asignación de encuestas.
- Para futuros estudios se deben definir las funciones con mayor claridad, evitando que se desdibujen los roles en el trabajo de campo, con el fin que haya una diferenciación clara de los equipos de acuerdo al estudio para el cual haya sido contratado (HSH y MT).
- En caso de generar contratos bajo el cumplimiento de un número mínimo de encuestas mensuales, se recomienda estimar el valor de la encuesta con base en el tiempo invertido en cada proceso, incluido el diligenciamiento de formatos.
- Frente a la complejidad del perfil requerido para realizar las pruebas rápidas para VIH (Res 2338/13) se sugiere realizar las convocatorias para selección del personal con un tiempo de anticipación suficiente y así contar con un banco de hojas de vida para posibles contingencias.

12.1.4 Mujeres transgénero

Este apartado surge con la intención de plasmar las experiencias que se dieron a lo largo de la recolección de información en el estudio de mujeres transgénero en Cali y Medellín. Como fue informado anteriormente en el documento, solo en la ciudad de Bogotá se logró cumplir la muestra, por lo tanto, el propósito es mostrar de manera detallada desde la perspectiva de las MT, como se vivió el proceso investigativo (participación), las fortalezas, las dificultades que encontraron, y las características de las MT de las tres ciudades, que pudiesen dar luces frente a los resultados obtenidos y que contribuyan en alguna medida a quienes estén interesados en realizar estudios similares. Es de anotar que, a través de estas entrevistas y grupos solo podremos realizar un breve acercamiento, pues para explicar el fenómeno a profundidad, se necesitaría aplicar un mayor número de entrevistas y realizar otro tipo de estudios que trascienden el objetivo de esta investigación.

Para dar cumplimiento al objetivo se entrevistaron a 14 MT y se construyó una guía semiestructurada de preguntas, las entrevistas a las participantes de Bogotá se realizaron a través de videollamadas y las de Medellín y Cali se realizaron personalmente al finalizar el trabajo de campo.

Algunas preguntas sobre redes y características de las MT, fueron realizadas en cada ciudad a algunos actores en la fase exploratoria, y si bien se obtuvo algunos acercamientos a los problemas que se podían encontrar, fue solo hasta iniciar el trabajo de campo que comprendimos que las características de las MT y sus relaciones impactaban de manera directa en el reclutamiento, pues como ellas mismas dicen *“hay desconfianza entre nosotras mismas, celos, peleas y ahora para que reciban una invitación para hacerse la prueba [de VIH], pues más difícil (MT, Medellín).* Por otro lado, si bien las mujeres se *“distinguen”* o *“reconocen”* no hay una relación de cercanía, bien sea que trabajen en el mismo lugar o se conozcan años atrás, esa falta de confianza se convirtió en un impedimento para la entrega de cupones.

Frente a las experiencias relacionadas con su propia participación en el estudio, todas hicieron comentarios positivos, pues los espacios, la centralidad del lugar y la atención fue bien valorada. Entre las principales motivaciones para asistir fueron: aumentar los conocimientos frente al tema, conocer su estado serológico, ayudar a las demás MT, empoderarse en derechos de salud sexual y reproductiva, ser replicadora de la información, entre otras: *“Me motiva a participar los aprendizajes, las enseñanzas, necesitamos integración puede que haya una chica que no nos llevábamos bien, pero en estos lugares ya logremos interacción”* (MT, Cali).

Al indagar sobre la experiencia en la entrega de cupones o enrolamiento, encontramos diversas percepciones, algunas lo relatan como: *“fácil, pues por lo menos tenía tres amigas que sabía que iban”* (MT, Medellín) o como menciona una MT de Bogotá la estrategia estaba en



saber a quién entregar los cupones, pues para ella la red más grande era la de trabajo sexual y adicional les podía ayudar con el incentivo: *“hay varias que me dijeron: no, yo mejor no voy por allá, mientras que otra amiga que tengo que es trabajadora sexual en cambio se movió rapidito y busco hartas amigas y se hizo muy rápido la dinámica”* (MT, Bogotá).

Otras lo relatan como un proceso complejo, pues en un primer momento la mayoría creyó poder entregar sus tres cupones a amigas o compañeras de trabajo, e incluso hasta ayudar a las demás en el proceso, sin embargo, al realizar las invitaciones se dieron cuenta que, muchas no estuvieron interesadas y frecuentemente daban excusas, incumplían las citas, entre otras:

“La entrega de cupones fue difícil, yo conozco a varias y cuando vine dije: yo puedo aportar 20 o 25 niños, pero del dicho al hecho hay mucho trecho, no todas quisieron, habían dicho que estaban en otros proyectos similares...no sé si es mentira o si estaban haciendo cosas parecidas” (MT, Medellín)

“En escala de rechazo de cupones de 1 a 10 un 7 y el principal factor por el que las chicas no quisieron venir es el temor de que le saliera positivo y que las otras se enteren” (MT, Cali)

“Pues es difícil entregar cupones porque como ustedes saben la mayoría de las MT son trabajadoras sexuales, por ende, trasnochán, en el día no salen, les da pereza y quieren dormir” (MT, Cali)

Entre las principales dificultades o razones que dieron algunas MT para no participar se mencionaron:

- La falta de confianza ante la institucionalidad o los proyectos, pues como mencionan en sus propias palabras: *“nos han mentido”, “nos ofrecen el cielo y al final resultan con nada”*, también argumentan que los proyectos en los cuales se han invierten recursos han sido generalmente los de prevención de ITS y en especial VIH, *“Somos las sidosas, siempre la misma cosa”*, y si bien es considerado para ellas un problema importante, hay otras necesidades que no se han tenido en cuenta o no han sido resueltas, como el trabajo digno, la vivienda, o la salud.
- Temor a practicarse la prueba y enterarse del diagnóstico, pues mencionan que si bien las familias y la sociedad las ha excluido y han sufrido una violencia estructural, que les ha traído consecuencias en el ámbito laboral, personal y social, enterarse además que tienen una infección de transmisión sexual como el VIH, trae mayores consecuencias y discriminación: *“uno en su condición de trans y llegarse a dar cuenta que tiene una ITS son cosas tensionantes, que genera miedo, porque a lo largo de la vida muchas han sufrido ser trans y ¿también llevar consigo una ITS?”*, también se menciona que los comportamientos sexuales de riesgo en las MT son frecuentes y aumentan el temor de realizarse la prueba: *“Hay que ser sincera así muchas chicas no hayan ejercido*

la prostitución, sea por despecho o lo que sea ha tenido múltiples relaciones sin protección en su vida y ahí sí da mucho miedo”

- Exclusión y marginación, pues muchas mujeres, relatan miradas de rechazo, burlas, entre otras situaciones, en lugares y transporte público, al respecto una MT afirma: *“la vida, la costumbre que llevamos las personas trans, es que tenemos un estilo de vida propio, nos vestimos como queremos, caminamos como queremos, entonces cuando nos quieren sacar de ese espacio que habitamos cotidianamente, no yo no voy, ¿cómo voy a ir así, para que se burlen y me miren?”* (MT, Medellín)
- Se identificaron problemas en el enrolamiento que realizaron las MT, lo que generó poca credibilidad y desconfianza en el estudio: *“A mí me dio miedo ir, porque una trans de calle, despelucada me dijo: coja que allá le hacen la prueba y le dan cuarenta mil”* (MT, Medellín)
- Las MT que trabajan en Web Cam no concibieron atractivas las compensaciones, pues sus ingresos son altos y en ocasiones las pruebas de VIH son realizadas por otras instituciones en el lugar de trabajo: *“Existen muchos video chats, ya las mujeres transgénero no están en la calle, la mayoría están en los web cam y el incentivo es insuficiente”* (MT, Cali)
- Se mencionaron múltiples estrategias simultáneas, en especial de tamizaje y entrega de preservativos por lo cual la población se sentía saturada y no encontraban beneficio en repetirse la prueba: *“Múltiples proyectos en campo haciendo pruebas, entregando paquetes”* (MT, Cali)
- Se encontró que las MT que tenían VIH, no encontraban beneficio directo en participar del estudio, sentían que era doble discriminación o no sabían que era posible, pues esta información no quedó clara en el enrolamiento: *“No quieren ir [MT] porque saben que ya lo tienen, tienen la fritadora [VIH] y prefieren seguir matando hombres”* (MT, Medellín).
- El temor a que se perdiera la confidencialidad y otras MT se dieran cuenta de su estado serológico fue un factor que dificultó su asistencia, por otro lado, en Medellín pudimos concluir que las MT reactivas en la prueba rápida tenían menores intensiones de llevar referidas al estudio y en algunas ocasiones las redes se activaron solo en aquellas con diagnóstico previo: *“Hay varias que me dijeron seguramente alguien se va a enterar de algo, yo mejor no voy por allá”* (MT, Bogotá).
- Tener poca red o relacionarse poco con otras trans fue mencionada como una dificultad, pues esto reducía la posibilidad de poder invitar personas que además estuvieran interesadas en participar del estudio: *“Solo mi mejor amiga es trans y a ella la traje”* (MT, Medellín), *“Con esto que te digo que tratamos de pasar desapercibidas hay muchas amigas que yo las invité y muchas me dijeron: ¡no! yo por allá no me acerco”* (MT, Bogotá).

Uno de los grandes interrogantes que queda del estudio es entender ¿por qué en Bogotá se logró alcanzar la muestra y en Cali y Medellín no?, por lo anterior, se presentan a continuación algunas aproximaciones de lo que pudo suceder desde la perspectiva de las MT que participaron de esta fase cualitativa:



- En Bogotá se menciona el proyecto como una oportunidad para las MT, pues existen múltiples dificultades para acceder a las pruebas de VIH, situación que no fue descrita por las participantes de Medellín y Cali: *“Ellas saben las barreras que hay en los hospitales para sacarse la prueba, por eso ellas acceden a las pruebas de estos proyectos, saben que es corto, confidencial y gratuito ... tampoco se sienten discriminadas, porque en hospitales y subredes no saben abordar a las chicas”* (MT, Bogotá)
- En Bogotá se menciona que las MT estuvieron muy motivadas por la entrega de las compensaciones, pues su situación socioeconómica ha empeorado considerablemente: *“La población trans somos mujeres en condiciones vulnerables, son pocos las oportunidades que tenemos en estos momentos, y participando voy a obtener 2 cosas: voy a saber cómo estoy y el bono para comer, para hacer mercados”*, (MT, Bogotá)
- A diferencia de lo encontrado en Bogotá, en Cali y Medellín se mencionó una alta migración de mujeres al extranjero y un gran número que ha salido del ejercicio de prostitución para dedicarse al modelaje web cam: *“cada vez más abren web cam en Colombia, por ejemplo, Medellín, Cali y Pereira están llenos, por la ganancia que deja, ya hasta nos ponen a pagar impuestos”* (MT, Medellín).
- En Bogotá se menciona más unidad entre las trans y redes fuertes en torno a las organizaciones de base comunitaria o de MT, por ejemplo, una de las participantes dice: *“la motivación de pertenecer [a una organización] es aportar un granito de arena a la transformación social y cambios culturales, en Bogotá hay principalmente 2, que tienen una acción muy fuerte, en realidad convocamos a muchas chicas trans”* (MT, Bogotá). En Medellín y Cali por el contrario se encontró que a las organizaciones acceden pocas MT y que al parecer se deben cumplir ciertos *“estándares para pertenecer”*, además que en su mayoría no se sienten representadas por las que hacen parte de estas redes o grupos: *“personalmente no me siento representada por ninguna de las organizaciones que hay en el momento, por eso estamos en creación de una nueva red de apoyo a chicas trans”* (MT, Cali) *“No funcionan organizaciones trans en Medellín, me tocó ir a Bogotá para alcanzar este objetivo de pertenecer a una”* (MT, Medellín).
- En Cali y Medellín se mencionaron relaciones muy fragmentadas entre las MT, existen rivalidades, envidias y peleas constantes entre los diversos subgrupos, en general por los estereotipos de belleza y la competencia por el dinero y el poder, pues como menciona una de ellas: *“son rivales entre las trans, se quieren hacer daño, hay 3 o 4 trans que son peligrosas en los subgrupos y se hacen la guerra unas a otras”* (MT, Cali). En Bogotá, por el contrario, una participante afirma: *“hoy por día precisamente como hemos tejido tantas red y vínculos, entonces nos hemos relacionados peluqueras, trabajadoras de la calle... hoy por día nos relacionamos todas, ya nos mezclamos las unas con las otras”* (MT, Bogotá)
- La diferencia en el número de la población puede jugar un papel fundamental, además al ser la capital del país, se considera un centro importante de trabajo y oportunidades, pues según una MT de Cali: *“puede que en Bogotá se haya cumplido el objetivo porque es una ciudad más grande, porque es la capital, llega mucha gente y todas se van para allá, muchas de Cali que son amigas mías están radicadas allá porque allá se consigue dinero”*. (MT, Cali).

Recomendaciones

- Para futuros estudios se recomienda contratar en la fase exploratoria a mujeres transgénero de los diversos subgrupos y municipios, esto podría ser clave para generar expectativas y confianza frente al proceso de la investigación, de igual manera para la entrega del objeto único.
- Para próximos estudios contemplar la posibilidad de incluir lideresas que realicen permanentemente sensibilización frente a la práctica de la prueba, que generen confianza y sean un par para las MT *“deben hacer más énfasis en el tipo de invitación, como que fuera más formal, más directa, lo de los cupones es buena estrategia, pero creería uno que es más fácil hay una voz de mando, más de autoridad, es mejor”* (MT, Medellín)
- Para próximos estudios el reconocimiento de la metodología por parte de las mujeres debe ser fortalecido. Es necesario realizar un estudio previo de las redes, dadas las dinámicas particulares de cada ciudad y cada territorio, que hacen las metodologías difíciles de estandarizar.
- Para próximos estudios se debe contemplar la posibilidad de dar un auxilio de transporte para las mujeres transgénero que viven en el área metropolitana de las ciudades o implementar sedes alternas por cortos periodos de tiempo en estos municipios, con el fin de favorecer su participación.

12.2 Prueba piloto

Los requisitos de la entidad contratante recomendaban la realización de la prueba piloto en una ciudad/municipio diferente a los seleccionados para ejecutar el estudio. Por lo anterior, los equipos del consultor y de la entidad contratante se trasladaron por una semana a la ciudad de Pereira para llevar a cabo dicho proceso. Durante cuatro días se diseñó una programación que incluía un 50% de entrenamiento teórico y 50% práctico, que tenían como objetivo asegurar que los procesos, la asignación de roles, los formatos, el instrumento y los tiempos, fueran los adecuados y poder realizar ajustes necesarios, antes de dar paso a la ejecución el estudio en las tres ciudades. La ejecución de la prueba tuvo varios momentos: capacitación, evento de bienvenida de dos semillas, proceso de recolección y evaluación. Si bien la agenda estuvo previamente diseñada, las jornadas de trabajo excedieron la programación y los equipos de trabajo sufrieron agotamiento. Adicionalmente el equipo de campo que organizó la prueba piloto debería haber tenido un tiempo de trabajo conjunto mayor para organizar todas la presentaciones y agendas de una mejor manera, dado que estaban en ciudades diferentes.

En la prueba piloto se detectaron algunos inconvenientes logísticos, técnicos y administrativos, pues el equipo de trabajo no tuvo la oportunidad de reunirse de manera presencial previo a esta fase, por lo tanto, los formatos, manuales e instrumentos requerían mayor revisión y consolidación. Por otro lado, el instrumento de recolección se aplicó en hojas de papel, la secuencia de las preguntas era confusa y algunos saltos



y opciones de respuesta eran incorrectos. Durante este proceso se pudo concluir que la encuesta en papel disminuía la calidad del dato y que el control de errores se hacía engorroso. Además, el tiempo de aplicación de la encuesta era muy extenso y por ende el proceso completo, lo anterior generó que durante el pilotaje no se tuviera un tiempo real aproximado del proceso, pues posterior a esta prueba el instrumento fue diseñado de forma digital.

Lecciones aprendidas

- Iniciar esta fase con los instrumentos en su versión final, hubiese permitido identificar mejoras que se debían realizar a otros procesos o formatos, anticipar situaciones que se presentarían en el trabajo de campo y afinar las funciones o roles de los equipos.
- La prueba piloto fue clave para definir que la recolección de información se debía hacer a través de un dispositivo electrónico de captura de datos y que además el instrumento debía ser visualmente agradable y fácil de manejar para los encuestadores.
- Contar con mayor tiempo para la fase práctica es necesario, pues dos días fueron insuficientes para que se activaran las redes de MT y poder realizar una evaluación rigurosa del papel de las semillas, el enrolamiento, la expansión de las redes, y en general las dificultades que se podían presentar en la fase de recolección en las ciudades.
- A partir de esta prueba se pudo evidenciar que para el reclutamiento era clave contar con un refrigerio, una estación de café, agua y en ocasiones apoyo de transporte hasta la sede, para las mujeres transgénero que lo solicitaran.

Recomendaciones

- Se recomienda para futuros estudios realizar la búsqueda de estrellas sociales con suficiente antelación y hacer un trabajo de campo previo para identificar aquellas que tengan una red social amplia, de igual manera iniciar la prueba piloto con tres semillas de MT, pues la activación de las redes puede demorar más tiempo de lo esperado y poner en riesgo el cumplimiento de la prueba.
- Se recomienda tener una fase de alistamiento previo entre el equipo de investigación, que permitía afinar manuales, funciones, protocolo e instrumentos, a través de un encuentro presencial en alguna de las ciudades.
- Se recomienda para próximos estudios realizar la prueba piloto en municipios cercanos a las ciudades donde se realizará el proyecto y que no hagan parte de los criterios de inclusión, pues agilizaría el proceso logístico y disminuiría los costos.

12.3 Capacitación

La capacitación del equipo de investigación se realizó una semana después de terminar la prueba piloto y contó con la participación de los equipos de trabajo de las tres ciudades. Se diseñó con una duración de cinco días, en los cuáles se programaron jornadas teóricas

y prácticas. Sin embargo, la mayor parte del tiempo de la capacitación se concentró en el abordaje de aspectos teóricos y en temas que en su mayoría eran conocidos por los equipos, al contar con experiencia previa en el trabajo con las poblaciones y VIH. Lo anterior requirió, de entrenamientos posteriores en cada ciudad, en donde se realizaban juegos de roles y procesos completos para cada uno de los estudios.

Se reconoce como un logro que hayan participado todos los equipos de ciudad, sin embargo faltó tiempo para realizar un proceso de selección previo a la capacitación, en el cual se identificarán a través de casos prácticos las personas que contarán con los conocimientos y competencias necesarias para asumir las funciones, pues en el proceso de evaluación que ocurrió a lo largo de la capacitación, hubo personas que no cumplieron con las competencias básicas para asumir el cargo, lo que provocó que posteriormente se tuvieran que entrenar a nuevos integrantes.

Durante la aplicación de la fase práctica se realizaron entrenamientos referentes a la encuesta, la aplicación de las pruebas rápidas, las pruebas de papel filtro (confirmatorias), el diligenciamiento de formatos, sin embargo, no hubo espacios concretos para que los equipos MT y HSH recibieran capacitación por separado y de acuerdo a los roles. Por otro lado, si bien se contaron con lugares de capacitación dotados con una infraestructura y tecnología de punta no se pudo evaluar la ejecución del proceso completo o la interacción de los distintos actores que intervienen, pues el entrenamiento se realizó de manera individual.

Lecciones aprendidas

- En esta fase fue clave la incorporación de mecanismos de evaluación al personal, pues esto permitió tomar acciones a tiempo, que garantizaran que el inicio de la recolección se diera con las personas que cumplieran con las competencias necesarias para desarrollar las funciones.
- Era importante contar con mayor tiempo en la fase práctica, en especial reforzar el diligenciamiento de la encuesta con los mismos dispositivos (Tablet) que se iban a utilizar en campo, pues la práctica fue a través del computador y la interfaz y el uso no eran el mismo, esto hubiera permitido mayor estandarización del proceso.
- Para la capacitación era importante tener en cuenta las características sociodemográficas y diversidad de los equipos de ciudad, pues hubo grandes diferencias generacionales, que dificultaron en tan corto tiempo la comprensión de los procesos, por lo anterior, se recomienda incorporar metodologías lúdicas y participativas dentro de la agenda de capacitación.

Recomendaciones

- Crear un instructivo de capacitación para aquellas personas que ingresaron posteriormente al estudio, con el fin de facilitar su entrenamiento y optimizar el aprendizaje



en aspectos relacionados con: teoría, contextualización del estudio, proceso de recolección, formatos a tener en cuenta, entre otros.

- Para futuros estudios se debe diseñar una fase práctica de mayor intensidad, en la cual se asegure la simulación de procesos completos en condiciones reales.
- Para futuros estudios se debe realizar un entrenamiento y fortalecimiento de las habilidades blandas, como, el trabajo en equipo, las relaciones interpersonales, la comunicación asertiva y la capacidad de liderazgo, que redundaría en un mejor desempeño del equipo en el trabajo de campo.
- Para futuros estudios, se considera replantear los tiempos de la capacitación, ya que, se hicieron cortos para generar una comprensión de la encuesta y el proceso práctico.

12.4 Recolección de información

La recolección de información para el estudio de MT, tuvo una duración de 15 semanas en Bogotá, 18 semanas en Cali y Medellín. Para iniciar esta fase se siguieron el protocolo y el manual operativo de trabajo de campo y se hizo uso de una herramienta de gran utilidad que fue el flujograma detallado del proceso, el cual desde la capacitación fue interiorizado por todo el equipo de trabajo y se volvió clave para comprender los formatos usados en cada etapa del mismo. Es de anotar que, si bien el manual de la encuesta era de gran importancia para el estudio, pues la calidad de la información dependía de la adecuada lectura y seguimiento de las instrucciones de cada pregunta, fue a través de la práctica y los juegos de roles con el equipo, que el instrumento fue comprendido e interiorizado.

La recolección en las tres ciudades inicia en las sedes dispuestas para ello, para el estudio se alquilaron casas con facilidad de acceso al transporte público, y con las condiciones locativas óptimas para el funcionamiento, pues tenían amplios espacios para la realización de las encuestas, las pruebas, salas de espera y lo más importante garantizaban la confidencialidad de las participantes. Es de anotar que, si bien las sedes contaban con excelente ubicación y rutas de acceso al transporte público, para el caso de las mujeres transgénero que residían en el área metropolitana de las ciudades de Cali y Medellín la sede se consideraba lejana, pues algunas de ellas debían tomar varios transportes y recurrir a mayores gastos.

Los horarios de atención fueron flexibles a lo largo de la recolección, pues oscilaban entre las 7:00 am y las 6:00 pm, extendiéndose en Bogotá hasta las 9:00 pm, de lunes a sábado y en casos extraordinarios algunos domingos. El intenso trabajo y las largas jornadas se mencionaron como “*agoradoras*” y “*extenuantes*”, pues los equipos consideran que el tiempo de recolección fue insuficiente, en especial cuando era la primera vez que se implementaba la metodología de RDS para mujeres transgénero y no se conocía con certeza las dificultades que se podían encontrar en su aplicación. Con el fin de facilitar la programación de las citas y la organización de la agenda de trabajo, se dispuso de un

celular para el proyecto, al cual las participantes se comunicaban en cualquier horario, sin embargo, este no fue un requisito indispensable para la atención. Lo anterior facilitó el proceso de reclutamiento, en especial en la ciudad de Bogotá.

Con relación a los recursos físicos y tecnológicos con los cuales se contaba para la realización del trabajo de campo, se destaca el apoyo del consultor para realizar adecuaciones y mejoras, sin embargo, no se previeron situaciones que podían perjudicar la recolección como la calidad del internet, ya que, si bien era un requisito indispensable para realizar la encuesta, por razones de infraestructura de las viviendas y cobertura del operador seleccionado, el internet fallaba constantemente, perjudicando el trabajo de campo y aumentando el tiempo de los procesos por cada participante. Por lo anterior fue necesario implementar múltiples estrategias, que repercutieron en mayores costos operativos.

Como una estrategia novedosa a nivel metodológico y partiendo de las experiencias y lecciones aprendidas de los estudios previos, el equipo de investigación diseñó un número consecutivo que se le asignaba a cada participante del estudio, conforme acudían a la sede. Este único número por ciudad y estudio se encargó de ligar todos los formatos, como: criterios de inclusión, consentimientos informados, prueba rápida, prueba de papel filtro, formato de canalización, entre otros. Esto se realizó mediante un formato digital que contenía la información personal básica, su código RDS y de manera automática asignaba el de los de cupones entregados, esto permitió que se minimizaran errores en la transcripción del código y que no se presentara ningún inconveniente durante la recolección.

Si bien al inicio de la investigación se plantearon los elementos que guiarían el proceso de recolección, es solo hasta la inmersión en campo que es posible darse cuenta de que todos esos componentes obedecen a otras dinámicas complejas en su mayoría difíciles de anticipar, pues al iniciar el trabajo de campo las redes de Medellín y Bogotá dieron buenos resultados y el porcentaje de cumplimiento semanal se efectuaba de acuerdo a lo establecido. Sin embargo, a la sexta semana en Medellín las redes se estancaron y en Cali hubo dificultades iniciales para activar las semillas que posteriormente persistieron hasta finalizar la recolección, siendo necesario en ambas ciudades sembrar un significativo número de semillas.

Dando continuidad a lo anterior, se implementaron múltiples estrategias para aumentar la activación de redes y el reclutamiento, para esto las coordinadoras contaban con disponibilidad presupuestal para mejorar el proceso de atención, brindar alimentación de calidad, incluir actividades de distracción, realizar juegos, rifas y contar con un sitio cálido. Otras estrategias utilizadas durante la marcha fueron: apoyo de transporte para las MT, sembrar semillas en municipios del área metropolitana y posteriormente implementar sedes alternas en estos, que contaran con las condiciones óptimas y de confidencialidad. Si bien algunas estrategias ayudaron a aumentar el



reclutamiento y una relación de cercanía con las personas, no fue posible completar la muestra en Medellín y Cali. En Bogotá según la percepción del equipo de trabajo de campo se generó un “voz a voz” frente a la atención que benefició la recolección, pues muchas mujeres asumieron la sede como un lugar de encuentro, acogida y escucha.

Lecciones aprendidas

- Contar con algunos elementos con anticipación, como ventiladores, neveras, impresoras, hubiera generado mayor pertenencia y disposición de las participantes.
- La Implementación de estrategias que mejoraran la experiencia de las participantes, a través de concursos, refrigerios de calidad, entretenimiento en salas de espera, la calidez y cercanía con las participantes, permitió aumentar la eficiencia del reclutamiento.
- La estructura de incentivos secundarios a través de recursos frescos (dinero), es una estrategia útil para aumentar la eficiencia del reclutamiento en las mujeres transgénero.
- Tener una infraestructura adecuada, espacios individuales para ambos estudios y que garanticen la confidencialidad de las participantes, es clave para generar confianza en el proceso y por ende el éxito de la recolección.
- El uso de redes sociales como WhatsApp es una alternativa indispensable para establecer comunicación con la población, por ejemplo, es útil al momento de asignar citas y de incentivar la entrega de cupones.
- Que se contara con una caja menor facilitaba la ejecución del trabajo de campo y permitía implementar diversas estrategias para incentivar el reclutamiento.
- El contar con una buena estrategia de canalización al realizar un acercamiento previo con las EAPB e IPS, pues en el trabajo conjunto liderado por las coordinadoras hubo mayor fluidez en el manejo de los casos.

Recomendaciones

- El reclutamiento de MT podría mejorar, al programar sedes alternas o móviles, en especial en los municipios del área metropolitana, pues la distancia hacia la sede puede convertirse en una barrera importante para que las MT asistan.
- Contar con un protocolo claro y detallado hace innecesaria la formulación de otros tipos de instrumentos orientadores.
- La encuesta digital agiliza el proceso de recolección y la calidad del dato, sin embargo, se recomienda sintetizar el número de formatos físicos para disminuir el tiempo del proceso con cada participante.
- Para próximos estudios se recomienda realizar la encuesta a través de un dispositivo electrónico de captura de datos, sin embargo, es importante que se implemente de manera offline y no dependa del internet por las fallas que se pueden presentar.
- Es recomendable realizar una mejoría y actualización al instrumento de recolección

de información, que le apueste a la inclusión sobre nuevas formas de interacción y prácticas de la población (consumo de SPA, prácticas sexuales, procesos de hormonización, entre otros)

- Para futuros estudios se recomienda contar con mayores condiciones de seguridad en las sedes.





13.

Bibliografía

13.

Bibliografía

1. **World Health Organization.** Gender and Reproductive Rights. 2002.
2. **OMS OM de la S.** Integración de las perspectivas de género en la labora de la OMS. 2002.
3. **MacLaughlin DT, Donahoe PK.** Sex Determination and Differentiation. N Engl J Med. enero de 2004;350(4):367-78.
4. **OEA, Humanos CI de D.** Violencia contra personas LGBTI. 2015.
5. **Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.** Principios de Yogyakarta - Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.
6. **Defensoría del Pueblo Colombia.** TRANS-FROMANDO DERECHOS- Derecho de las personas transgénero en Colombia. Bogotá, D.C; 2018.
7. **World Professional Association for Transgender Health (WPATH).** Normas de atención para la salud de personas transl y con variabilidad de género. 2012.
8. **Organización Panamericana de la Salud.** Por la salud de las personas trans: elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. 2011.
9. **Cauldwell D.** Questions and Answers on the Sex Life and Sexual Problems of Trans-Sexuals: Trans-Sexuals are Individuals Who are Physically of One Sex and Apparently Psychologically of the Opposite Sex. Trans-Sexuals Include Heterosexuals, Homosexuals, Bisexuals and Oth. Girard, Kansas: Haldeman-Julius Publications; 1950.
10. **Benjamin H.** Transsexualism and transvestism as psychosomatic and somatopsychic syndromes. Am J Psychother. abril de 1954;8(2):219-30.
11. **Benjamin H.** Clinical aspects of transsexualism in the male and female. Am J Psychother. julio de 1964;18:458-69.

12. **Benjamin H.** The Transsexual Phenomenon. New York: Julian Press; 1966.
13. **Kulick D, Gordon C.** Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 151 p.
14. **Zapata Pizarro A, Díaz Díaz K, Barra Ahumada L, Maureira Sales L, Linares Moreno J, Zapata Pizarro F, et al.** Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Rev Médica Chile.* 2019;147(1):65-72.
15. **DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
16. **Organización Mundial de la Salud.** Infecciones de transmisión sexual. Infecciones de transmisión sexual.
17. **Organización Mundial de la Salud.** VIH/Sida. WHO.
18. **Kasper DL.** Principios de medicina interna. Mexico D.F.: McGraw-Hill Educación; 2016.
19. **Schüpbach J.** Human Immunodeficiency Viruses. En: *Human Retrovirology.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1990. p. 27-35.
20. **Vela CM, Zamora C, García F.** Diagnóstico y tratamiento de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana tipo 2. *Control Calid.* :8.
21. **Ministerio de Salud y Protección Social.** PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS, EL VIH, LA COINFECCIÓN TB/VIH Y LAS HEPATITIS B Y C, COLOMBIA, 2018-2021 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>
22. **Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C.** Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(3):214-22.
23. **Feldman J, Swinburne R, Bockting W.** HIV Risk Behaviors in the U.S. Transgender Population: Prevalence and Predictors in a Large Internet Sample Jamie. *J Homosex.* 2014;42(1):115-25.
24. **Poteat T, Wirtz AL, Radix A, Borquez A, Silva-santisteban A, Deutsch MB, et al.** HIV and sex workers 6 HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *The Lancet.* 2015;385(9964):274-86.
25. **Risser JMH, Shelton A, McCurdy S, Atkinson J, Padgett P, Useche B, et al.** Sex, Drugs, Violence, and HIV Status Among Male-to-Female Transgender Persons in Houston, Texas. *Int J Transgenderism.* 2005;8(2-3):67-74.
26. **Arcelus J, Bouman W, Van Den Noortgate W, Claes L, Witcomb G, Fernandez-Aranda F.** Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism. *Eur Psychiatry.* septiembre de 2015;30(6):807-15.

27. **Prado DC.** Trans el muro: mujeres trans en condiciones inframurales en Colombia. Una perspectiva desde los principios de igualdad y no discriminación. [Lima]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015.
28. **FONADE, Fondo Mundial de lucha contra el SIDA la T y la M.** Protocolo Estudio de Vulnerabilidad y Prevalencia de VIH en Mujeres Transgénero en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali - 2019. Bogotá; 2015.
29. **Cardona J.** La construcción de los derechos del grupo social transgénero. *Entramado*. 2016;12(2).
30. **Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFP.** Guía de prevención VIH/Sida Mujeres trans. 2011.
31. **Centro Nacional de Memoria Histórica.** Ser marica en medio del conflicto armado. Memorias de sectores lgbt en el Magdalena Medio,. Bogotá, Colombia: Centro Nacional de Memoria Histórica; 2019.
32. **Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E.** Stigma, Mental Health, and Resilience in an Online Sample of the US Transgender Population. *Am J Public Health*. mayo de 2013;103(5):943-51.
33. **Proyecto VIH Fondo Mundial: “Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia”.** Resultados del estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia - 2016. Colombia; 2016.
34. **Aylagas M, García Ó, Rodríguez B.** Barriers in the social and healthcare assistance for transgender persons: A systematic review of qualitative studies. *Enferm Clínica Engl Ed*. febrero de 2018;
35. **SaludTrans.** Lineamientos para la atención en salud de personas trans en Colombia. *Salud Trans*. 2017.
36. **Bradford J, Reisner S, Honnold J, Xavier J.** Experiences of Transgender-Related Discrimination and Implications for Health: Results From the Virginia Transgender Health Initiative Study. *Am J Public Health*. octubre de 2013;103(10):1820-9.
37. **Fisher AD, Castellini G, Fanni E, Casale H, Tagliagambe M, Benni L, et al.** Transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, general population and health care providers. *J Sex Med*. mayo de 2016;13(5):S124.
38. **Ulises IG, La Red Latinoamericana y del Caribe de personas trans (REDLACTRANS).** La transfobia en America Latina y el caribe.
39. **Shelton J.** Transgender youth homelessness: Understanding programmatic barriers through the lens of cisgenderism. *Child Youth Serv Rev*. diciembre de 2015;59:10-8.
40. **Gegenfurtner A, Gebhardt M.** Sexuality education including lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in schools. *Educ Res Rev*. noviembre de 2017;22:215-22.

41. **Grossman AH, D'augelli AR.** Transgender Youth: Invisible and Vulnerable. *J Homosex.* septiembre de 2006;51(1):111-28.
42. **Gagné P, Tewksbury R, McGAUGHEY D.** Coming out and crossing over: Identity Formation and Proclamation in a Transgender Community. *Gend Soc.* agosto de 1997;11(4):478-508.
43. **Rodríguez Vignoli JV.** Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes Proyecto Regional de Población CELADE-FNUAP Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población. Santiago de Chile; 2001.
44. **Araujo González R.** Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Noved En Población.* 2015;10:89-96.
45. **Flores Palacios F.** Vulnerabilidad y Representación Social de Género en Mujeres de una Comunidad Migrante. *Península.* 204d. C.;9(2):41-58.
46. **Estrada Montoya J, Garcia Becerra A.** Reconfiguraciones de género y vulnerabilidad al VIH /Sida en mujeres transgénero en Colombia. *Gerenc Políticas Salud.* 2010;9(February):210.
47. **Ayres JR de CM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HCésar.** Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. En: *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
48. **De Haan G, Santos GM, Arayasirikul S, Raymond HF.** Non-prescribed hormone use and barriers to care for transgender women in San Francisco. *LGBT Health.* 1 de diciembre de 2015;2(4):313-23.
49. **Gala González Á, Berdasquera Corcho D, Pérez Avila J, Pinto Valluerca J, Suárez Valdéz J, Joanes Fiol J, et al.** Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Rev Cubana Med Trop.* agosto de 2007;59(2):0-0.
50. **Zalla LC, Herce ME, Edwards JK, Michel J, Weir SS.** The burden of HIV among female sex workers, men who have sex with men and transgender women in Haiti: results from the 2016 Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE) study. *J Int AIDS Soc.* 9 de julio de 2019;22(7).
51. **ONUSIDA.** Estadísticas mundiales sobre el vih de 2018. 2019;1-7.
52. **INS IN de S.** Boletín Epidemiológico Semana. *Semana epidemiológica* 47. 18 al 24 de Noviembre. Situación nacional. Colombia; 2018.
53. **Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo.** Situación del VIH Sida en Colombia 2018. Bogotá, D.C; 2018.
54. **ONUSIDA.** El VIH y los Objetivos de Desarrollo Sostenible | ONUSIDA [Internet]. [citado 30 de agosto de 2019]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/AIDS_SDGs



55. **UNAIDS.** Prevention Gap Report 2016. Unaid. 2016;286.
56. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Bogotá; 2013.
57. **Corte Constitucional.** Constitución Política de Colombia. 1991.
58. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T-063/15. 2015.
59. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T-152/07. 2007.
60. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T-977/12.
61. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T-918/12.
62. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T-623-14Corte. 2014.
63. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T-086/14.
64. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia T-099/15.
65. **Corte Constitucional de Colombia.** Sentencia C-006/16.
66. **Juarez-Vílchez JP, Pozo EJ.** Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. marzo de 2010;27:31-7.
67. **Belza M, Llacer A, Mora R, Castellano E, Morales M, Nogue I.** Conductas de riesgo para la transmisión del VIH en los colectivos de travestis/transexuales y de hombres que ejercen la prostitución en la calle.
68. **Blitchein Winicki D, Paredes L, Calero J, Magallanes M, Núñez E, Pessah S, et al.** Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001. An Fac Med. marzo de 2013;63(4):257.
69. **Miret M, Rodés A, Valverde G, Geli M, Casabona J.** Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes escolarizados en Cataluña. Gac Sanit. enero de 1997;11(2):66-73.
70. **Organización Mundial de la Salud.** VIH/sida. Datos y cifras.
71. **Vinaccia S, Quiceno JM, Gaviria AM, Soto AM, Gil Llarío MD, Ballester Arnal R.** Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. Ter Psicológica. junio de 2007;25(1):39-50.
72. **Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M.** HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. Am J Public Health. junio de 2001;91(6):915-21.
73. **Sperber J, Landers S, Lawrence S.** Access to Health Care for Transgendered Persons: Results of a Needs Assessment in Boston. Int J Transgenderism. octubre de 2005;8(2-3):75-91.

74. **O'Donohue WT, Benuto LT, Tolle LW, editores.** Handbook of adolescent health psychology. New York: Springer; 2013. 735 p.
75. **Bauer GR, Hammond R.** Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *Can J Hum Sex.* abril de 2015;24(1):1-11.
76. **Holmes KK, Levine R, Weaver M.** Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ.* junio de 2004;82(6):454-61.
77. **Carey RE, Herman WA, Retta SM, Rinaldi JE, Herman BA, Athey TW.** Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. *Sex Transm Dis.* agosto de 1992;19(4):230-4.
78. **Weller S, Davis K.** Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1):CD003255.
79. **Smith DK, Herbst JH, Zhang X, Rose CE.** Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. marzo de 2015;68(3):337-44.
80. **Xavier JM, Bobbin M, Singer B, Budd E.** A Needs Assessment of Transgendered People of Color Living in Washington, DC. *Int J Transgenderism.* octubre de 2005;8(2-3):31-47.
81. **Kosenko KA.** Contextual Influences on Sexual Risk-Taking in the Transgender Community. *J Sex Res.* febrero de 2011;48(2-3):285-96.
82. **Sausa LA, Keatley J, Operario D.** Perceived Risks and Benefits of Sex Work among Transgender Women of Color in San Francisco. *Arch Sex Behav.* diciembre de 2007;36(6):768-77.
83. **Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual.** # 09 Necesidades y derechos de las personas trans que ejercen el trabajo sexual. Edingurgo;
84. **Budhwani H, Hearld KR, Hasbun J, Charow R, Rosario S, Tillotson L, et al.** Transgender female sex workers ' HIV knowledge , experienced stigma , and condom use in the Dominican Republic. 2017;1-12.
85. **Hearld KR, Milner AN, Budhwani H, Abreau N, Rodriguez-Lauzurique RM, Charow R, et al.** Alcohol Use, High Risk Behaviors, and Experiences of Discrimination Among Transgender Women in the Dominican Republic. *Subst Use Misuse.* 2019;54(10):1725-33.
86. **Ministerio de Salud de Chile.** Orientaciones técnicas 2019-Profilaxis Pre Exposición (PrEP) a la infección por VIH. 2019.
87. **Departamento de Salud y Servicios Humanos EEUU.** Profilaxis preexposición (PrEP) | El VIH/SIDA | infoSIDA [Internet]. 2019 [citado 23 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/85/>



profilaxis-preexposicion--prep-#targetText=La profilaxis preexposición (PrEP por, reducir la posibilidad de contraerla.

88. **EEUU D de S y SH.** Profilaxis posexposición (PEP) | El VIH/SIDA | infoSIDA [Internet]. 2019 [citado 23 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/20/87/profilaxis-posexposicion--pep->
89. **OPS.** Modulos de principios de Epidemiología para el control de enfermedad. 2002;8-40.
90. **Dirección de Epidemiología de la República Argentina.** Guía para el fortalecimiento de la vigilancia de la salud en el nivel local. Minist Salud Nación - Argent. 2013;9(4):66.
91. **WHO, UNAIDS.** Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. 2015.
92. **Stoicescu C, Cluver LD, Spreckelsen T, Casale M, Anindita -, Sudewo G, et al.** Intimate Partner Violence and HIV Sexual Risk Behaviour Among Women Who Inject Drugs in Indonesia: A Respondent-Driven Sampling Study. *AIDS Behav.* 2018;22:3307-23.
93. **Clark JL, Konda KA, Silva-Santisteban A, Peinado J, Lama JR, Kusunoki L, et al.** Sampling Methodologies for Epidemiologic Surveillance of Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Latin America: An Empiric Comparison of Convenience Sampling, Time Space Sampling, and Respondent Driven Sampling. *AIDS Behav.* 2014;18:2338-48.
94. **Lorenzo Ortega R, Sonogo M, Pulido J, González Crespo A, Jiménez-Mejías E, Sordo L, et al.** MÉTODOS INDIRECTOS PARA LA ESTIMACIÓN DE POBLACIONES OCULTAS (*). Vol. 91, *Rev Esp Salud Pública.* 2017.
95. **Rocha GM, Kerr LRFS, De Brito AM, Dourado I, Guimarães MDC.** Unprotected receptive anal intercourse among men who have sex with men in Brazil. *AIDS Behav.* 2013;17(4):1288-95.
96. **Miguel L, García G.** Muestreo virtual online basado en redes sociales para localización de teletrabajadores como participantes de un estudio realizado en Victoria de Durango, México. *PAAKAT Rev Tecnol Soc.* 2018;(15):21-38.
97. **Zea MC, Reisen CA, Del Río-González AM, Bianchi FT, Ramirez-Valles J, Poppen PJ.** HIV prevalence and awareness of positive serostatus among men who have sex with men and transgender women in Bogotá Colombia. *Am J Public Health.* 2015;105(8):1588-95.
98. **Heckathorn D, Semaan S, Broadhead R, Hughes J.** Extensions of Respondent-Driven Sampling : A New Approach to the Study of Injection Drug Users Aged 18 – 25. *AIDS Behav.* 2002;6(1):18-25.
99. **Bellail AC, Olson JJ, Hao C.** Reaching Men Who Have Sex with Men: A

Comparison of Respondent-Driven Sampling and Time-Location Sampling in Guatemala City. *AIDS Behav.* 2014;17(July 2011):3081-90.

100. **Tang S, Tang W, Meyers K, Chan P, Chen Z, Tucker JD.** HIV epidemiology and responses among men who have sex with men and transgender individuals in China: a scoping review. *BMC Infect Dis.* 2016;16(1):588.
101. **Prevalencia De Vih Y Factores Asociados E DE.** Estudio de Prevalencia de VIH y Factores Asociados en Hombres que Tienes Sexo con Hombres. Chile; 2010.
102. **Jing L, Qu C, Yu H, Wang T, Cui Y.** Estimating the sizes of populations at high risk for HIV: A comparison study. *PLoS ONE.* 22 de abril de 2014;9(4).
103. **Sabin K, Zhao J, Maria Garcia Calleja J, Sheng Y, Arias Garcia S, Reinisch A, et al.** Availability and Quality of Size Estimations of Female Sex Workers, Men Who Have Sex with Men, People Who Inject Drugs and Transgender Women in Low- and Middle-Income Countries OPEN ACCESS. *PLoS ONE.* 2016;
104. **Karami M, Khazaei S, Poorolajal J, Soltanian A, Sajadipoor • Mansour.** Estimating the Population Size of Female Sex Worker Population in Tehran, Iran: Application of Direct Capture-Recapture Method. *AIDS Behav.* 2017;21.
105. **Lorenzo Ortega R, Sonogo M, Pulido J, González Crespo A, Jiménez-Mejías E, Sordo L, et al.** Métodos indirectos para la estimación de poblaciones ocultas. *Rev Esp Salud Pública.* 2017;91.
106. **Reback CJ, Fletcher JB, Kisler KA.** Adapting contingency management to link and retain HIV-infected transgender women of color in HIV care. 2015;10(Suppl 1):1-2.
107. **OMS/OPS.** Vigilancia en Salud Pública. Módulo Princ Epidemiol Para El Control Enfermedades MOPECE. 2011;4(Control de enfermedades):54.
108. **CONASIDA, ISP, ONUSIDA, OMS/OPS, ACCIONGAY, MUMS, et al.** Informe final del estudio de seroprevalencia de VIH y factores asociados en Hombres que tienen Sexo con Hombres. Chile; 2010.
109. **Karon JM, Wejnert C.** Statistical methods for the analysis of time-location sampling data. *J Urban Health Bull N Y Acad Med.* junio de 2012;89(3):565-86.
110. **Guervos RC.** TASAS DE VARIACIÓN. :7.
111. **José |, De Carvalho R, Ayres M, Paiva V, França I, Gravato N, et al.** Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. Vol. 96, *American Journal of Public Health.* 2006.
112. **Bloch C.** Nuevos enfoques en la salud pública generados a partir de la respuesta a la epidemia del VIH/Sida. *Aportes Sida Salud Pública.* 2010;18(69):104-14.
113. **CONASIDA.** Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia de VIH e ITS y estimación del tamaño de poblaciones clave: mujeres trans, hombres que tienen



relaciones sexuales con hombres y mujeres trabajadoras sexuales de la Gran Área Metropolitana. San José, Costa Rica; 2018.

114. **Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia.** Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015.
115. **Morales S, Luz BÁ, Romero M, Arambu N, Figueroa W, Solórzano A, et al.** Estudio de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y Sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Población Trans de la ciudad de Masaya, Nicaragua. 2011. Valle, Guatemala; 2011.
116. **Chazarreta IE.** Prostitución y Salud: Experiencias Invisibilizadas de Mujeres y Personas Trans en Argentina. *Rev Reflex.* 2016;95(1):1021-6.
117. **Reback CJ, Fletcher JB.** HIV Prevalence, Substance Use, and Sexual Risk Behaviors among Transgender Women Recruited Through Outreach. *AIDS Behav.* 2014;18(7):1359-67.
118. **Equipo Técnico Convenio 620 VIH - MPS - UNFPA Colombia.** Guía de Prevención VIH/SIDA Mujeres trans. 2012. p. 124.
119. **Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social.** Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013.
120. **Sardá-Chandiramani B.** Travesticidio / transfemicidio: Coordenadas para pensar los crímenes de travestis y mujeres trans en Argentina. *Boletín del Observatorio de Género.* 2016.
121. **UNAIDS.** THE GAP REPORT 2014. 2014.
122. **Hoornenborg E, Krakower DS, Prins M, Mayer KH, Israel B.** Preexposure prophylaxis for men who have sex with men and transgender persons in early adopting countries: a narrative review. *AIDS.* 2017;31(16).
123. **Hiransuthikul A, Trachunthong D, Pattanachaiwit S, Teeratakulpisarn N, Chamnan P, Pathipvanich P, et al.** Changes in risk behaviors among Thai men who have sex with men and transgender women enrolled in the test and treat cohort. *AIDS Care.* 2 de septiembre de 2019;31(9):1178-83.
124. **Shaikh S, Mburu G, Arumugam V, Mattipalli N, Aher A, Mehta S, et al.** Empowering communities and strengthening systems to improve transgender health: outcomes from the Pehchan programme in India. *J Int AIDS.* 2016;17(19).
125. **Bancto Interamericano de Desarrollo-BID).** Cómo documentar lecciones aprendidas [Internet]. 2015 [citado 25 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://blogs.iadb.org/conocimiento-abierto/es/como-documentar-lecciones-aprendidas/>



14.

Anexos

14.

Anexos

14.1 Anexo 1 Criterios de inclusión

Criterios de inclusion MT

| | |
|-----|---|
| 101 | Por favor verifique que el participante presente el cupón. SI 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <i>Agradezca y termine</i> |
| 102 | ¿Por favor verifique que el cupón se encuentra en buenas condiciones, sin señales de falsificación o alteración (fotocopias, tachones, enmendaduras)? SI 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <i>Agradezca y termine</i> |
| 103 | ¿Conoce a la persona que la invitó a participar en esta investigación y le entregó este cupón? SI 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → <i>Agradezca y termine</i> |
| 104 | ¿La relación que usted tiene con la persona que le entregó el cupón es cercana? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> |
| 105 | ¿Hace cuánto tiempo que conoce a la persona que le entregó el cupón? Meses 1 <input type="checkbox"/> → _ _ _ Años 2 <input type="checkbox"/> → _ _ _ Toda la vida 3 <input type="checkbox"/> |
| 106 | <i>Auxiliar Enfermería-Administrativo(a):</i> Transcriba la siguiente información de la participante en el estudio Código RDS registrado en el cupón: I_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| 107 | <i>Auxiliar Enfermería-Administrativo(a):</i> Favor solicite la cedula de ciudadanía para verificar la siguiente información: Cual es su nacionalidad? Colombiana <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> → <i>Agradezca y termine</i> |
| 108 | <i>Auxiliar Enfermería-Administrativo(a):</i> Favor solicite la cedula de ciudadanía para verificar la siguiente información: ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día I_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Mes I_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Año I_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Si es posterior al 2001, <i>agradezca y termine</i> |

| | | |
|--|--|---|
| 109 | <i>Auxiliar Enfermería-Administrativo(a)</i> : on base en la información anterior indique la edad (en años cumplidos): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <i>Si la persona tiene menos de 18 años Agradezca y termine la entrevista</i> | |
| 110 | <i>Auxiliar Enfermería-Administrativo(a)</i> : En el espacio en blanco registre la ciudad en donde se está adelantando el estudio. ¿Vive en el área urbana (o metropolitana) de _____? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Agradezca y termine la encuesta | |
| 111 | ¿Cuál es su sexo de Nacimiento? | Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> → Agradezca y termine la encuesta |
| 112 | ¿Con cuál género se identifica? | Masculino 1 <input type="checkbox"/> → Agradezca y termine la encuesta Femenino 2 <input type="checkbox"/> |
| 113 | ¿Durante el 2019 ha participado en el estudio de vulnerabilidad y prevalencia de Mujeres Trans, en esta sede? | Sí 1 <input type="checkbox"/> → Agradezca y termine la encuesta No 2 <input type="checkbox"/> |
| 114 | ¿Está de acuerdo con participar en el estudio? | Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Agradezca y termine la encuesta |
| 115 | ¿Por qué no desea participar? (no leer las opciones y marcar todas las categorías que apliquen) | 1. <input type="checkbox"/> → Está ocupada 2. <input type="checkbox"/> → Temor a ser identificada como mujer transgénero 3. <input type="checkbox"/> → Desconfianza en la confidencialidad 4. <input type="checkbox"/> → Temor a la prueba de VIH 5. <input type="checkbox"/> → No le interesa 6. <input type="checkbox"/> → No vale la pena por el agradecimiento 7. <input type="checkbox"/> → Ya participó en el estudio 8. <input type="checkbox"/> → Otro: _____ |
| PARA EL(A) AUXILIAR DE ENFERMERIA-ADMINISTRATIVO(A): Por favor indicar "Sí" o "No" a las siguientes declaraciones: | | |
| 116 | ¿Participante comprende la información suministrada para el desarrollo de la encuesta? | Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Agradezca y termine la encuesta |
| 117 | ¿Participante está bajo los efectos de alcohol o drogas psicoactivas? | Sí 1 <input type="checkbox"/> Agradezca y termine la encuesta No 2 <input type="checkbox"/> |

Cumpla o no cumpla con los criterios, entréguele el paquete 1, el cual debe de diligenciar los datos completos del formato SISCO1

Señor(a) auxiliar administrativo(a), en dado caso que la participante cumpla con todos los criterios de inclusión y no tenga criterios de exclusión, prosiga a hacerla seguir con el encuestador

14.2 Anexo 2 Encuesta de vulnerabilidad al VIH en mujeres transgénero de tres ciudades colombianas.



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Encuesta de vulnerabilidad, riesgo, acceso a salud en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia

Control operativo

| | | |
|---|--|--|
| 1. Fecha de encuesta “Ingrese la fecha de realización de la encuesta” Día Mes Año | 2. Ciudad donde se realiza la encuesta: Bogotá D 1 Área metropolitana Medellín 2 Cali 3 | |
| 4. ID Encuestadora: Ingrese el número de documento sin puntos. _____ | 5. ID Supervisora: Ingrese el número de documento sin puntos. _____ | |
| Transcriba la siguiente información del <i>consentimiento informado para el estudio</i> : | 8. Número del formulario: _____ “Ingrese el número de formulario que le genera la auxiliar” 9. Código RDS asignado al participante en el cupón “Ingrese el código RDS que le entregó el participante, el cual está numerado, tenga mucho cuidado de ingresar el número que es. ejemplo de ingreso; 1.2.3.1.2.1.2.3” _____ | |

I. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

| | | |
|-----|--|---|
| 101 | Por favor me recuerda la fecha de su nacimiento “Recuerde que debe ser menor o igual a 2001.” | Día: ____ Mes: ____ Año: ____ “Si el participante no le quiere regalar la fecha de nacimiento, coloque la misma del día del estudio” |
| 102 | ¿En qué municipio nació? Municipio _____ Departamento _____ País _____ | |
| 103 | ¿Actualmente, vive usted, aquí en? “En el municipio dónde se realiza la encuesta” | Sí ____ (IR 106) No ____ |

| | | |
|-----|---|--|
| 104 | ¿Lugar donde vive actualmente? <i>“Lugar donde vive actualmente, recuerde que la participante debe de vivir en el lugar donde se está realizando el estudio si selecciona otro no cumple con los criterios de inclusión, y se debe de terminar el estudio.”</i> 104a. ¿En qué País vive usted?: _____ 104.b ¿En qué departamento vive usted?: _____ 104c. ¿En qué municipio vive usted? _____ | |
| | ¿El municipio es diferente a los que se planteó para el estudio? <i>“Si no cumple debe de terminar el proceso, porque no se realizó el enrolamiento adecuadamente, y se presentó un error en los criterios de inclusión”</i> | Si ____ (Terminar encuesta) No ____ |
| 106 | ¿Cuánto tiempo seguido lleva viviendo en la ciudad? <i>“Si el participante no recuerda 998 o si el usuario no le quiere contestar 999, recuerde solo debe de colocar una de las tres opciones y si es el caso de meses o años ingresar el número correspondiente, solo es una categoría”</i> | Meses 1__ Número de meses: ____ Solo hasta 11. |
| | | Años 2__ Número de años: ____ Desde 1 año |
| | | Toda la vida 3__ (IR 110) |
| 107 | ¿En qué municipio, ciudad o país vivía antes? País _____ Departamento _____ Municipio _____ | |
| 108 | ¿Cuál fue la principal causa por la que Usted se trasladó al municipio en el que vive actualmente? (Esperar respuesta) <i>“(Esperar respuesta) La número 3 significa: Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia armada, víctima del conflicto armado”</i> | |
| | Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia | 1: __ |
| | Riesgo de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) o como consecuencia de este | 2: __ |
| | Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia | 3: __ |
| | Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por un motivo diferente a la violencia | 4: __ |
| | Necesidades de educación | 5: __ |
| | Motivos de salud | 6: __ |
| | Razones familiares | 7: __ |
| | Miembro pueblo nómada | 8: __ |
| | Mejorar la calidad de vida | 9: __ |
| | Otro ¿cuál? | 10: __ |
| 109 | ¿Cuál es el estrato que aparece en el recibo de la luz de la vivienda que habita? 0 ____ 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____ 6 ____ NS/NR ____ 7 | |

| | | | | |
|------------|---|-------|--|---------|
| | ¿Cuál fue el último año de estudios que usted APROBÓ ? | | | |
| 110 | Ninguno | 1: __ | 110.a. ¿De este último nivel que aprobó, cuántos años cursó? "Si ha terminado un solo semestre, coloca 1 si va en el primer semestre coloca 0" | |
| | Preescolar | 2: __ | | |
| | Primaria | 3: __ | | |
| | Secundaria | 4: __ | | |
| | Técnico | 5: __ | | |
| | Tecnológico | 6: __ | | |
| | Universitario | 7: __ | | |
| | Postgrado | 8: __ | | |
| | ¿Actualmente cuál es su estado civil? | | | |
| 112 | Soltera | 1 | Separada/Divorciada | 3 |
| | Casada | 2 | Viuda | 4 |
| | Unión Libre | 5 | | |
| | | | | |
| | En los últimos 7 días, contados hasta hoy ¿usted se dedicó a...? (Leer opciones) | | | |
| 113 | Trabajar como empleado | 1: __ | Estudiar y trabajar | 7: __ |
| | Trabajar Independiente | 2: __ | No trabajar porque es pensionado, jubilado o rentista | 8: __ |
| | No trabajar pero tenía trabajo | 3: __ | Actividades del hogar | 9: __ |
| | Buscar trabajo | 4: __ | Está incapacitado para trabajar | 10: __ |
| | No trabajo ni busco trabajo | 5: __ | Otro | 11: __ |
| | Estudiar | 6: __ | ¿Cuál? _____ | |
| | | | | |
| | Cuál es su principal fuente de ingresos? | | | |
| 114 | Peluquera, estilista, estética, o belleza | 1 | Striptease | 6 |
| | Modista, diseñadora, costurera | 2 | Independiente ¿en qué trabaja? _____ | 8 |
| | Empleada ¿en qué trabaja? _____ | 3 | Otro ¿cuál? _____ | 7 |
| | Shows, espectáculos | 4 | Sin ingresos | 9 → 116 |
| | Prostitución | 5 | | |
| | En promedio ¿Cuánto gana al mes? | | | |
| 115 | \$ __ __ . __ __ __ . __ __ __ No responde 998 | | | |
| | ¿Con quién vive la participante? Esperar la respuesta En esta pregunta, le debe de preguntar al participante con quien vive, si él contesta que solo, responde, de lo contrario marca la opción no y continua que es donde están las demás categorías | | | |
| 116 | 116. ¿La participante vive sola? SI__ (IR 117) No__ | | | |

| | | | | |
|------|---|--------------------------------------|--|----------------|
| | ¿Con quiénes vive actualmente? | | | |
| 116a | a. Otro distinto | No 2 __ Si 1 __ | | |
| | b. Hijos(as) | No 2 __ Si 1 __ | | |
| | c. Esposo | No 2 __ Si 1 __ | | |
| | d. Compañero(a) permanente | No 2 __ Si 1 __ (pareja sentimental) | | |
| | e. Otros familiares y/o no familiares (Padre, madre, otros no familiares) | No 2 __ Si 1 __ | | |
| 117 | ¿Actualmente alguien depende económicamente de usted (hijos, familiares u otras personas)? Sí 1 __ No 2 __ | | | |
| 118 | De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿usted se reconoce cómo?: | | | |
| | Indígena | 1: __ | Palanquero de San Basilio | 4: __ (IR 201) |
| | Rom | 2: __ (IR 201) | Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente | 5: __ (IR 201) |
| | Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia | 3: __ (IR 201) | Ninguna de las anteriores | 6: __ (IR 201) |
| 119 | ¿A cuál PUEBLO INDÍGENA pertenece? _____ | | | |

II. SALUD Y ACCESO A SERVICIOS

| | | | | |
|-----|---|-----|---------------------------------------|---------------|
| 201 | ¿Ha tenido molestias o problemas de salud en los últimos 12 meses contados hasta hoy ? Si 1 __ No 2 __ (IR 205) | | | |
| 202 | En los últimos 30 días, contados hasta hoy ¿usted ha tenido alguno(s) de los siguientes problemas de salud? (Leer opciones) | | | |
| | a. Alguna lesión, causada por accidente o violencia | | | Si 1__ No 2__ |
| | b. Alguna intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros | | | Si 1__ No 2__ |
| | c. Algún problema mental, emocional o de los nervios | | | Si 1__ No 2__ |
| | d. Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados | | | Si 1__ No 2__ |
| 203 | En los últimos 12 meses contados hasta ayer , la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿A dónde consultó? | | | |
| | No ha tenido problemas de salud | 1__ | Centro de atención de una EPSC / EPSS | 4__ |
| | Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (Estatal) | 2__ | Otro ¿Cuál? | 5__ |
| | Droguería o farmacia | 3__ | | |
| 204 | En los últimos 12 meses contados hasta ayer , la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿Tuvo que pagar por el servicio? | | | |
| | Si, pago total de los servicios | 1__ | Si, pago parcial de los servicios | 3__ |
| | Si, pago cuota moderadora | 2__ | No pago nada | 4__ |



| | | | | |
|------------|---|--|-----------------------------|------|
| 205 | Recibe atención en salud a través de...: (Leer opciones) | | | |
| | Carta de vinculada | 1__ | Resguardo indígena | 6__ |
| | EPS del Régimen contributivo | 2__ | Carta de población especial | 7__ |
| | EPS del Régimen subsidiado | 3__ | Médico particular | 8__ |
| | Plan Complementario – Medicina Prepagada | 4__ | No está afiliada | 9__ |
| | Fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPEPETROL (régimen especial) | 5__ | No sabe | 10__ |
| 206 | ¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis? | Sí 1__ No 2__ (IR 301) NS 3__ (IR 301) | | |
| 207 | ¿Cuándo le diagnosticaron la tuberculosis? 207 a ¿Hace cuántos meses le diagnosticaron la tuberculosis? “Ingrese solo los meses, si no aplica o sin información 0” _____ 207 b. ¿Hace cuántos años le diagnosticaron la tuberculosis? “Ingrese solo los años, si no aplica o sin información 0” _____ | | | |
| 208 | Con relación a la última vez que le diagnosticaron tuberculosis, ¿Por cuánto tiempo recibió tratamiento para la tuberculosis? | Días __ __ Meses __ __ No recibió tratamiento (IR 301) | | |
| 209 | ¿Frente al diagnóstico de tuberculosis usted está...? Curado 1__ En tratamiento 2__ Abandonó Tratamiento 3__ Otro ¿Cuál? 4__ _____ _____ | | | |
| 210 | ¿Durante el tiempo de la enfermedad por tuberculosis le ofrecieron la prueba de VIH? | Sí 1__ No 2__ (IR 301) NS / NR 3__ (IR 301) | | |
| 211 | ¿Se realizó la prueba de VIH durante el periodo del tratamiento? | Sí 1__ No 2__ NS / NR 3__ | | |

III. TRANSFORMACIONES DEL CUERPO

| | |
|------------|---|
| 301 | ¿Se ha realizado algún procedimiento para transformar su cuerpo? Si 1__ No 2__ (IR 401) |
|------------|---|

| | | | | |
|--------------|---|--|----------------------|---------------|
| 302 | En los últimos 12 meses contados hasta ayer , ¿se inyectó o le inyectaron...? (Leer opciones) | | | |
| | a. Hormonas | Sí 1__ No 2__ | g. Silicona | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Aceites | Sí 1__ No 2__ | h. Parafinas | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Colágeno | Sí 1__ No 2__ | i. Biogel o | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Plasma de sangre | Sí 1__ No 2__ | j. Ácido hialurónico | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Botox | Sí 1__ No 2__ | k. Otro | Sí 1__ No 2__ |
| f. Vitaminas | Sí 1__ No 2__ | ¿Cuál? _____ | | |
| | | l. No se inyectó sustancias en los últimos 12 meses (IR 304) | | |

| | | | | |
|-----|---|-----|-------|-----|
| 303 | Pensando en las inyecciones que usted se aplicó en los últimos 12 meses contados hasta ayer , ¿con qué frecuencia utilizó una jeringa que alguien había usado antes? | | | |
| | Siempre | 1__ | Nunca | 3__ |
| | Algunas veces | 2__ | | |

PROFESIONAL: En caso de que la participante mencione alguno de los procedimientos solicite que le indique el lugar en el que se realizó el procedimiento y marque con una X el literal mencionado por la participante.

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 304 | <u>Para transformar su cuerpo</u> , ¿Alguna vez ha realizado? (Leer opciones) | | 305. "Con base en las categorías que le estoy entregando (mostrando) por favor me indica ¿En qué sitio se realizó o realiza este procedimiento? *** | | | | | | | | | | | |
| | | | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | |
| | a. Consumo de hormonas (no inyectadas) | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| | b. Cirugía en los senos (mamoplastia) | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| | c. Cirugía en la nariz (rinoplastia) | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| | d. Cirugía en la manzana de adán (Tiroplastia) | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| | e. Vaginoplastia | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| | f. Cirugía en los glúteos (glutinoplastia) | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| | g. Cirugía liposucción o lipectomia | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| | h. Extracción de uno o ambos testículos (Orquiectomia) | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | |
| i. Otro ¿Cuál? | No 2 | Si 1 >> | | | | | | | | | | | | |

*** a. Institución de salud, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (estatal), b. Hospital o clínica privada, c. Trabajo o estudio, d. Peluquería, salón de belleza o estética, e. Casa propia, f. Casa de amiga, familiar, conocida, g. Droguería o farmacia h. Sitio de acupunturista, bioenergético, naturista o similar Sitio de curandero, tegua o similar, j. Fundación, asociación, ONG, k. Otro

IV. HISTORIA SEXUAL

| | | | | |
|-------|---|---------------|--|---------------|
| | En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica? | | | |
| 401 | Homosexual | 1 __ | Bisexual | 3 __ |
| | Heterosexual | 2 __ | Otro ¿cuál? | 4 __ |
| | ¿Cómo se identifica Ud.? (marcar todas las opciones que aplican) | | | |
| 401 1 | a. Mujer | Sí 1__ No 2__ | e. Transformista | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Mujer trans | Sí 1__ No 2__ | f. Transgénero | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Persona trans | Sí 1__ No 2__ | g. Transexual | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Travesti | Sí 1__ No 2__ | h. Otro _____ | Sí 1__ No 2__ |
| 402 | ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal con o sin su consentimiento ? Años __ | | | |
| 403 | ¿Esa primera relación sexual fue con un hombre, una mujer o un(a) transgénero? Hombre 1 __Mujer 2 __ Transgénero 3 __ | | | |
| 404 | ¿Aproximadamente qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual? Años __ NS/NR 3 __ | | | |
| 405 | En esa primera relación sexual ¿usaron condón? Si 1 __ (IR 407) No 2__ | | | |
| | ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales? | | | |
| 406 | a. A la pareja no le gustaba | Sí 1__ No 2__ | l. Eran caros | Sí 1__ No 2__ |
| | b. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo | Sí 1__ No 2__ | m. Se habían terminado | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Usted creía que disminuiría el sentir placer | Sí 1__ No 2__ | n. La relación sexual fue sin su consentimiento | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Eran difíciles de conseguir | Sí 1__ No 2__ | o. Sintió vergüenza de pedir el condón | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Usted estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ | p. Nunca lo ha pensado | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Usted estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ | q. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ |
| | g. Usted estaba excitado | Sí 1__ No 2__ | r. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ |
| | h. Creía que no era seguro | Sí 1__ No 2__ | s. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos | Sí 1__ No 2__ |
| | i. Creía que la pareja no tenía VIH u otra ITS | Sí 1__ No 2__ | t. La pareja estaba tomando tratamiento antiretroviral | Sí 1__ No 2__ |
| | j. Confiaba en la fidelidad de su pareja | Sí 1__ No 2__ | u. Había sentimientos de afecto | Sí 1__ No 2__ |
| | k. No quiso usar condón por erotismo | Sí 1__ No 2__ | v. No los conocía | Sí 1__ No 2__ |

V. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

| | | | | |
|-----|--|---------------|---|---------------|
| 501 | ¿Ha oído de las infecciones que se pueden transmitir al tener relaciones sexuales? Sí 1__ No 2__ (IR 601) | | | |
| 502 | En los últimos 12 meses contados hasta ayer , ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual? Sí 1__ No 2__ (IR 507) NS/NR 3__ (Ir 507) | | | |
| 503 | ¿Cuál o cuáles infecciones de transmisión sexual le han diagnosticado en un servicio de salud (médico)? | | | |
| | a. Gonorrea | Sí 1__ No 2__ | e. Sífilis | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Clamidia | Sí 1__ No 2__ | f. Hepatitis B | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Herpes | Sí 1__ No 2__ | g. Otra, ¿cuál? | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Condilomas / verrugas genitales | Sí 1__ No 2__ | h. No sabe | Sí 1__ No 2__ |
| 504 | ¿Para esa o esas infecciones que tuvo, recibió tratamiento médico? Sí 1__ (IR 506) No 2__ | | | |
| 505 | ¿Cuál o cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento? | | | |
| | a. No tenía dinero para comprarlo | Sí 1__ No 2__ | e. No sabía cómo adquirirlo | Sí 1__ No 2__ |
| | b. No tenía aseguramiento | Sí 1__ No 2__ | f. Por falta de tiempo | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Por vergüenza, ansiedad o temor para solicitarlo | Sí 1__ No 2__ | g. El médico no lo ordenó | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Por temor a ser discriminado | Sí 1__ No 2__ | h. Otro ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| 506 | La última vez que tuvo una infección de transmisión sexual ¿usó condones al tener relaciones sexuales? Sí 1__ No 2__ No tuvo relaciones sexuales 3__ NS/NR 4__ | | | |
| 507 | ¿Durante LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA AYER usted hizo algo para protegerse de las infecciones de transmisión sexual? Sí 1__ No 2__ (IR 601) | | | |
| 508 | ¿Qué cosa o cosas hizo durante el LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA AYER para protegerse de una infección de transmisión sexual? | | | |
| | a. Usar condón | Sí 1__ No 2__ | e. Lavado de los genitales y el ano del participante al terminar la relación sexual | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Revisar la zona genital o anal de la pareja antes de tener relaciones sexuales | Sí 1__ No 2__ | f. Usar lubricantes | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Lavar la zona genital o anal de la pareja con jabón antes de tener relaciones sexuales | Sí 1__ No 2__ | g. No tener relaciones sexuales | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Limpiar la zona genital o anal de la pareja con una sustancia desinfectante antes de tener relaciones sexuales | Sí 1__ No 2__ | h. Otro, ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| 509 | ¿En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer , se ha realizado pruebas diagnósticas de Infecciones de transmisión sexual? | | | Sí 1__ No 2__ |

PROFESIONAL, Lea a la participante: Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre las relaciones sexuales que ha tenido en los **últimos 6 meses contados hasta ayer**, en las cuales **no hubo** ningún intercambio de dinero por sexo.

VI. PAREJA ESTABLE

PROFESIONAL, Lea a la participante: Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre las relaciones sexuales que ha tenido en los últimos 6 meses contados hasta ayer, en las cuales no hubo ningún intercambio de dinero por sexo.

| | |
|------------|---|
| 601 | ¿Actualmente usted tiene una pareja estable, como novio, marido, etc., con quien existe un vínculo sentimental? Si 1 __ No 2 __ (IR 609) |
|------------|---|

PROFESIONAL, por favor lea a la participante: “cómo es posible tener más de una pareja estable le pido el favor que en las siguientes preguntas me hable **solo** de la pareja estable que considere **más significativa** para usted **en los últimos 6 meses**.”

| | |
|------------|---|
| 602 | ¿Esa pareja estable más significativa es...? (Leer opciones) Hombre 1 __ Mujer 2 __ Trans 3 __ |
|------------|---|

| | |
|------------|---|
| 603 | La última vez que tuvo sexo anal, con la pareja estable más significativa para usted ¿Usaron condón usted y / o su pareja? Si 1 __ (IR 605) No 2 __ |
|------------|---|

| | | | | |
|---|---|---------------|---|---------------|
| ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo relaciones anales con su pareja estable? | | | | |
| 604 | a. A la pareja no le gusta | Sí 1__ No 2__ | l. A usted no le gusta | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Cree que disminuye lo que siente | Sí 1__ No 2__ | m. Confía en la fidelidad de su pareja | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Sintió vergüenza de pedir el condón | Sí 1__ No 2__ | n. Se habían terminado | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Cree que no es seguro | Sí 1__ No 2__ | o. No consiguió en ese momento | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Son difíciles de conseguir | Sí 1__ No 2__ | p. Desean tener hijos | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ | q. Le causan irritación | Sí 1__ No 2__ |
| | g. Estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ | r. Nunca lo ha pensado | Sí 1__ No 2__ |
| | h. Estaba muy excitada | Sí 1__ No 2__ | s. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ |
| | i. Cree que la pareja no tiene VIH u otra ITS | Sí 1__ No 2__ | t. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ |
| | j. Son caros | Sí 1__ No 2__ | u. La pareja estaba tomando tratamiento antirretroviral | Sí 1__ No 2__ |
| | k. Había sentimientos de afecto | Sí 1__ No 2__ | v. La relación sexual fue sin su consentimiento | Sí 1__ No 2__ |

| | | | | |
|---|---------------|------|---|------|
| ¿Con qué frecuencia usted y su pareja usaron condones cuando tuvieron sexo anal en los últimos 6 meses? | | | | |
| 605 | Siempre | 1 __ | Nunca | 3 __ |
| | Algunas veces | 2 __ | No tuvo sexo anal con esa pareja en los últimos 6 meses | 4 __ |

| | | | | |
|-----|--|------|-------------------------------------|------|
| 606 | ¿Con qué frecuencia usted y / o su pareja usaron un condón cuando tuvieron sexo oral en los últimos 6 meses? | | | |
| | Siempre | 1 __ | Nunca | 3 __ |
| | Algunas veces | 2 __ | No tuvo sexo oral con esa pareja | 4 __ |
| 607 | ¿Con qué frecuencia usted y su pareja usaron un condón cuando tuvieron sexo vaginal en los últimos 6 meses? | | | |
| | Siempre | 1 __ | Nunca | 3 __ |
| | Algunas veces | 2 __ | No tuvo sexo vaginal con esa pareja | 4 __ |
| 608 | ¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con su pareja estable? Sí 1 __ No 2 __ | | | |

VII. PAREJAS OCASIONALES O CASUALES

PROFESIONAL: Ahora le voy a preguntar sobre relaciones “ocasionales” o “casuales” con hombres, trans o mujeres.

Me refiero a las relaciones sexuales que ha tenido con hombres, trans o mujeres, que no son relaciones amorosas. Solo vamos hablar de las parejas con las cuales ha tenido relaciones sexuales y **no hubo** intercambio de dinero por sexo.

| | | | | |
|-----|---|--|--|-----------------|
| 609 | En los últimos 6 meses contados hasta ayer, ¿ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales hombres, mujeres o trans? (sin intercambio de dinero) Sí 1 __ No 2 __ (IR 615) NS/NR 3 __ (IR 615) | | | |
| 610 | ¿En qué lugar o de qué forma consiguió a sus parejas ocasionales o sus contactos casuales hombres, mujeres o trans? | | | |
| | a. Peluquerías o salones de belleza | Sí 1 __ No 2 __ | j. Página de internet / chat | Sí 1 __ No 2 __ |
| | b. Saunas / Baños turcos | Sí 1 __ No 2 __ | k. A través de otras personas | Sí 1 __ No 2 __ |
| | c. Centros comerciales | Sí 1 __ No 2 __ | l. Transporte público | Sí 1 __ No 2 __ |
| | d. Bar / Discoteca / Taberna | Sí 1 __ No 2 __ | m. Fiestas para tener sexo | Sí 1 __ No 2 __ |
| | e. Videos XXX | Sí 1 __ No 2 __ | n. Avisos por radio/Periódicos/ Televisión | Sí 1 __ No 2 __ |
| | f. Lugares públicos (parques, plazas, calles) | Sí 1 __ No 2 __ | o. Casa de citas/coreográficos/whiskerías/prostíbulo | Sí 1 __ No 2 __ |
| | g. Teléfono / Celular | Sí 1 __ No 2 __ | p. Hotel/motel/residencia | Sí 1 __ No 2 __ |
| | h. Cabinas de internet | Sí 1 __ No 2 __ | q. Baños públicos | Sí 1 __ No 2 __ |
| | i. Cantinas | Sí 1 __ No 2 __ | r. Otro ¿cuál? _____ | Sí 1 __ No 2 __ |
| | 611 | La ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal con una pareja ocasional o contacto casual, ¿usaron condón? Sí 1 __ (IR 613) No 2 __ | | |



| | | | | |
|-----|--|---------------|--|---------------|
| | ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo relaciones anales con la pareja ocasional? | | | |
| 612 | a. A la pareja no le gusta | Sí 1__ No 2__ | m. Confía en la fidelidad de su pareja | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Cree que disminuye lo que siente | Sí 1__ No 2__ | n. Se habían terminado | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Sintió vergüenza de pedir el condón | Sí 1__ No 2__ | o. No consiguió en ese momento | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Cree que no es seguro | Sí 1__ No 2__ | p. Desean tener hijos | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Son difíciles de conseguir | Sí 1__ No 2__ | q. Le causan irritación | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ | r. Nunca lo ha pensado | Sí 1__ No 2__ |
| | g. Estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ | s. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ |
| | h. Estaba muy excitada | Sí 1__ No 2__ | t. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ |
| | i. Cree que la pareja no tiene VIH u otra ITS | Sí 1__ No 2__ | u. La pareja estaba tomando tratamiento antiretroviral | Sí 1__ No 2__ |
| | j. Son caros | Sí 1__ No 2__ | v. La relación sexual fue sin su consentimiento | Sí 1__ No 2__ |
| | k. Había sentimientos de afecto | Sí 1__ No 2__ | w. La pareja era muy guapa, linda, simpática | Sí 1__ No 2__ |
| | l. A usted no le gusta | Sí 1__ No 2__ | | |
| | ¿Con qué frecuencia usaron condón usted y / o sus parejas ocasionales o contactos casuales, cuando tuvieron sexo anal en los últimos 6 meses ? | | | |
| 613 | Siempre | 1 __ | Nunca | 3 __ |
| | Algunas veces | 2 __ | No tuvo sexo anal con este tipo de parejas | 4 __ |
| | ¿Con qué frecuencia usaron condón usted y / o sus parejas ocasionales o contactos casuales, cuando tuvieron sexo oral en los últimos 6 meses contados hasta ayer ? | | | |
| 614 | Siempre | 1 __ | Nunca | 3 __ |
| | Algunas veces | 2 __ | No tuvo sexo oral con este tipo de parejas | 4 __ |
| | ¿Usted ha sido activa, pasiva o ambas, en sus relaciones anales con hombres en los últimos 6 meses contados hasta ayer ? | | | |
| 615 | Activa (Ud. penetra) | 1 __ | Ambas (versátil) | 3 __ |
| | Pasiva (la pareja penetra) | 2 __ | No Responde | 4 __ |

VII. EJERCICIO DEL TRABAJO SEXUAL

| | | | | |
|-----|---|--|--|--|
| 701 | ¿Alguna vez en su vida ha recibido dinero a cambio de tener sexo? Si 1 __ No 2 __ (IR 801) NS/NR 3__ | | | |
|-----|---|--|--|--|

| | | | | |
|--|---|---------------|---|---------------|
| 702 | ¿En los últimos 6 meses ha recibido dinero a cambio de tener sexo? Sí 1 __ No 2 __ (IR 801) NS/NR 3 __ (IR 801) | | | |
| 703 | Aproximadamente ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió dinero a cambio de tener sexo? Años ____ No recuerda 3 __ | | | |
| ¿Cuál ha sido el sexo de sus clientes en los últimos 6 meses contados hasta ayer? | | | | |
| 704 | a. Hombres | Sí 1__ No 2__ | c. Trans | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Mujeres | Sí 1__ No 2__ | | |
| ¿En qué lugar o de qué forma consiguió a sus clientes en los últimos 6 meses contados hasta ayer? | | | | |
| 705 | a. Peluquerías o salones de belleza | Sí 1__ No 2__ | j. Página de internet / chat | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Saunas / Baños turcos | Sí 1__ No 2__ | k. A través de otras personas | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Centros comerciales | Sí 1__ No 2__ | l. Transporte público | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Bar / Discoteca / Taberna | Sí 1__ No 2__ | m. Fiestas para tener sexo | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Videos XXX | Sí 1__ No 2__ | n. Avisos por radio / Periódicos / Televisión | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Lugares públicos (parques, plazas, calles) | Sí 1__ No 2__ | o. Casa de citas / coreográficos / whiskerías / prostíbulos | Sí 1__ No 2__ |
| | g. Teléfono / Celular | Sí 1__ No 2__ | p. Hotel/motel/residencia | Sí 1__ No 2__ |
| | h. Cabinas de internet | Sí 1__ No 2__ | q. Baños públicos | Sí 1__ No 2__ |
| | i. Cantinas | Sí 1__ No 2__ | r. Otro ¿cuál? | Sí 1__ No 2__ |
| | ¿Con qué frecuencia usted y los clientes de los que recibe dinero usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales orales en los últimos 6 meses contados hasta ayer? | | | |
| 706 | Siempre | 1 __ | Nunca | 3 __ |
| | Algunas veces | 2 __ | No tuvo sexo oral con clientes | 4 __ |
| La última vez que tuvo sexo anal con un cliente, ¿usaron condón? Sí 1 __ (IR 709) No 2 __ | | | | |
| 707 | ¿Por cuál o cuáles razones no utilizó condón con su último cliente en la última relación sexual anal? | | | |
| 708 | a. Al cliente no le gusta | Sí 1__ No 2__ | m. Siente vergüenza de pedir el condón | Sí 1__ No 2__ |
| | b. El cliente no estaba de acuerdo en usarlo | Sí 1__ No 2__ | n. Le causa irritación | Sí 1__ No 2__ |
| | c. A la participante no le gusta | Sí 1__ No 2__ | o. Nunca lo ha pensado | Sí 1__ No 2__ |
| | d. La participante cree que disminuirá el placer | Sí 1__ No 2__ | p. El cliente estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ |

| | | | | |
|-----|---|---------------|--|---------------|
| | e. Son difíciles de conseguir | Sí 1__ No 2__ | q. El cliente estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ |
| | f. La participante estaba bajo los efectos del alcohol | Sí 1__ No 2__ | r. La pareja estaba tomando tratamiento antiretroviral | Sí 1__ No 2__ |
| | g. La participante estaba bajo los efectos de las drogas | Sí 1__ No 2__ | s. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos | Sí 1__ No 2__ |
| | h. La participante estaba muy excitada | Sí 1__ No 2__ | t. La relación sexual fue sin su consentimiento | Sí 1__ No 2__ |
| | i. Cree que no es seguro | Sí 1__ No 2__ | u. El cliente es conocido | Sí 1__ No 2__ |
| | j. Cree que el cliente no tiene VIH u otra ITS | Sí 1__ No 2__ | v. No quiso usar el condón por erotismo | Sí 1__ No 2__ |
| | k. Son caros | Sí 1__ No 2__ | w. El cliente le ofreció más dinero | Sí 1__ No 2__ |
| | l. No consiguió en ese momento | Sí 1__ No 2__ | | |
| 709 | ¿Con que frecuencia usted y los clientes de los que recibe dinero usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales anales en los últimos 6 meses contados hasta ayer? | | | |
| | Siempre | 1__ | Nunca | 3__ |
| | Algunas veces | 2__ | No tuvo sexo anal con clientes | 4__ |
| 710 | ¿Aproximadamente cuántos clientes tuvo en los últimos 30 días contados hasta ayer? Número de Clientes _____ | | | |
| 711 | ¿Qué tipo de servicios ofrece a los clientes? (Leer opciones) | | | |
| | a. Sexo anal | Sí 1__ No 2__ | f. Conversar, charlar | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Sexo oral | Sí 1__ No 2__ | g. Shows | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Masturbación (propia o del cliente) | Sí 1__ No 2__ | h. Acompañante | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Sexo vaginal | Sí 1__ No 2__ | i. Trío - orgías | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Masajes | Sí 1__ No 2__ | j. Otro ¿Cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| 712 | ¿En el lugar donde frecuentemente , usted consigue clientes (que le pagan por tener sexo), las personas que manejan el sitio la obligan a consumir alcohol o drogas? | | | |
| | Si, alcohol | 1__ | Si, alcohol y drogas | 3__ |
| | Si, drogas | 2__ | No, ni alcohol ni drogas | 4__ |

VIII. CONOCIMIENTOS Y USOS DEL CONDÓN Y LUBRICANTE

| | |
|-----|---|
| 800 | La última vez que tuvo sexo anal, ¿usó condón? Sí 1__ No 2__ |
| 801 | ¿Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón? Sí 1__ No 2__ |

| | | | | |
|-------------|--|---------------|--|---------------|
| | ¿Qué lugares conoce para conseguir o comprar condones? | | | |
| 802 | a. Tienda/cigarrería | Sí 1__ No 2__ | j. Tienda de artículos para sexo | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Farmacia/droguería | Sí 1__ No 2__ | k. Saunas / Baños turcos | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Supermercado | Sí 1__ No 2__ | l. Cabinas de internet | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Clínica privada, consultorio | Sí 1__ No 2__ | m. Hotel / Motel / Residencias | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Centro de salud / hospital | Sí 1__ No 2__ | n. Baños de Centros Comerciales | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Videos XXX | Sí 1__ No 2__ | o. Casa de citas / coreográficos / whiskerías / prostíbulo | Sí 1__ No 2__ |
| | g. Bar / Discoteca / Taberna | Sí 1__ No 2__ | p. Cantina | Sí 1__ No 2__ |
| | h. Fundaciones, asociaciones u organizaciones no gubernamentales | Sí 1__ No 2__ | q. Ninguno, no conoce ningún lugar para conseguir condones | Sí 1__ No 2__ |
| | i. Peluquerías o salones de belleza | Sí 1__ No 2__ | r. Otro ¿Cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| 803 | ¿Conoce a personas con las cuales pueda conseguir condones? Sí 1__ No 2__ (IR 805A) | | | |
| | ¿Qué personas conoce para conseguir condones? | | | |
| 804 | a. Trabajador de la salud | Sí 1__ No 2__ | e. Trabajador(as) sexuales | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Amigos | Sí 1__ No 2__ | f. Promotores de fundaciones, asociaciones u organizaciones no gubernamentales | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Familia | Sí 1__ No 2__ | g. Otra ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Vendedores ambulantes | Sí 1__ No 2__ | | |
| 805A | ¿Usted usa condón? Sí 1__ No 2__ (IR 806) | | | |
| | ¿Por qué ha utilizado condón? | | | |
| 805 | a. Comodidad | Sí 1__ No 2__ | f. Mis parejas me lo exigen | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Costumbre | Sí 1__ No 2__ | g. Por cuidar a mi pareja | Sí 1__ No 2__ |
| | c. prevenir una ITS /VIH | Sí 1__ No 2__ | h. Por mi cuidado | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Para prevenir un embarazo | Sí 1__ No 2__ | i. Otro ¿Cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |

| | | | | |
|-------------|--|---------------|---|---------------|
| | ¿En cuales situaciones NO ha utilizado el condón? | | | |
| | a. Con la pareja amorosa | Sí 1__ No 2__ | j. Cuando sabe que la pareja está tomando tratamiento antirretroviral | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Por erotismo | Sí 1__ No 2__ | k. Cuando la pareja ha estado bajo los efectos del alcohol o las drogas | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Cuando le gusta correr riesgos | Sí 1__ No 2__ | l. Cuando ha sentido vergüenza de pedir el condón | Sí 1__ No 2__ |
| 806 | d. Cuando hay un “extra” por no usarlo | Sí 1__ No 2__ | m. Cuando la relación ha sido sin su consentimiento | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Con parejas comerciales | Sí 1__ No 2__ | n. Con parejas ocasionales o contactos casuales | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Cuando esta excitada | Sí 1__ No 2__ | o. Cuando cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS | Sí 1__ No 2__ |
| | g. Cuando la pareja no quiere | Sí 1__ No 2__ | p. Cuando ha estado bajo los efectos del alcohol o drogas | Sí 1__ No 2__ |
| | h. Cuando no ha conseguido | Sí 1__ No 2__ | q. Otro _____ | Sí 1__ No 2__ |
| | i. Cuando ha querido tener hijos | Sí 1__ No 2__ | | |
| | ¿Con qué frecuencia se le han roto los condones en los últimos 6 meses? | | | |
| 807 | Siempre | 1__ | No usó condón en los últimos 6 meses | 4__ |
| | Algunas veces | 2__ | No ha tenido relaciones sexuales | 5__ |
| | Nunca | 3__ | | |
| 808 | ¿Ha recibido condones GRATIS DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES contados hasta ayer? Si 1__ No 2__ (IR 811) | | | |
| 808A | ¿Cuántos condones recibió GRATIS DURANTE LOS ULTIMOS 12 MESES contados hasta ayer? Numero de condones _____ | | | |
| 809 | ¿Ha recibido condones GRATIS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES contados hasta ayer? Si 1__ No 2__ (IR 811) | | | |
| 909A | ¿Cuántos condones recibió GRATIS DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES contados hasta ayer? Numero de condones _____ | | | |

| | | | | |
|------------|--|---------------|---|---------------|
| | ¿En qué sitio(s) o de quién(es) ha recibido los condones gratis? | | | |
| 810 | a. Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (Estatal) | Sí 1__ No 2__ | i. Fundaciones, asociaciones, u organizaciones no gubernamentales | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Centro de atención de una EPS | Sí 1__ No 2__ | j. Amigos / compañeros | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Hospital o clínica privada | Sí 1__ No 2__ | k. Sauna / Baño turco | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Consultorio médico particular | Sí 1__ No 2__ | l. Cabina de internet | Sí 1__ No 2__ |
| | e. En el trabajo o estudio | Sí 1__ No 2__ | m. Salas o Cabinas de video X | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Hotel/ motel / residencia | Sí 1__ No 2__ | n. Espacios públicos: calles, parques, plazas | Sí 1__ No 2__ |
| | g. Bar / discoteca / taberna | Sí 1__ No 2__ | o. Otro _____ | Sí 1__ No 2__ |
| | ¿Cuánto tiempo tardaría en conseguir un condón masculino, si le hiciera falta? (Leer opciones) | | | |
| 811 | Menos de 30 minutos | 1 __ | Más de 1 hora | 3 __ |
| | De 30 minutos a 1 hora | 2 __ | No sabe / No responde | 4 __ |
| | ¿En dónde guarda los condones PRINCIPALMENTE? | | | |
| 812 | Los trae consigo (bolsillos de la ropa, sosten o brasier) | 1 __ | En la billetera o monedero | 4 __ |
| | En la cartera o bolso | 2 __ | 5. Nunca guarda condones | 5 __ |
| | En el lugar de residencia | 3 __ | | |
| 813 | Teniendo en cuenta que los lubricantes son todas aquellas sustancias que facilitan la penetración ¿Con qué frecuencia ha utilizado lubricantes durante los últimos 6 meses contados hasta ayer? Siempre 1 __ Algunas veces 2 __ Nunca 3 __ (IR 901) | | | |
| | ¿Qué sustancia(s) usa como lubricante en sus relaciones sexuales? | | | |
| 814 | a. Lubricante a base de agua | Sí 1__ No 2__ | g. Aceite de cocina | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Vaselina | Sí 1__ No 2__ | h. Miel | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Cremas | Sí 1__ No 2__ | i. Saliva | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Gel vaginal | Sí 1__ No 2__ | j. Aceite Mineral | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Aceite de bebé | Sí 1__ No 2__ | k. Otro | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Mantequilla | Sí 1__ No 2__ | | |
| 815 | En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, ha recibido condones o lubricantes de ONG, servicios de salud u otros | | Sí 1__ No 2__ | |

| | | |
|------------|---|---------------|
| 816 | En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, ha recibido consejería sobre el uso del condón y sexo seguro | Sí 1__ No 2__ |
|------------|---|---------------|

X. EXPOSICIÓN A INTERVENCIÓN Y LA PRUEBA DE VIH

| | | | | |
|---|--|---------------|---|---------------|
| 1001 | La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por: | | | |
| | a. Televisión, radio, prensa o internet | Sí 1__ No 2__ | g. Alcaldía o Secretarías | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Clínica, hospital u otra institución de salud | Sí 1__ No 2__ | h. Lugar de trabajo | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Establecimiento educativo | Sí 1__ No 2__ | i. Fundaciones, asociaciones, u organizaciones no gubernamental | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Familia | Sí 1__ No 2__ | j. Campañas promovidas por alguna entidad | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Amigos o amigas | Sí 1__ No 2__ | k. No tiene información sobre VIH o SIDA | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Iglesias | Sí 1__ No 2__ | l. Otro ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| 1002 | ¿Ha participado en los ÚLTIMOS 12 MESES en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA? Sí 1__ No 2__ | | | |
| 1003 | ¿Alguna vez en la vida se ha realizado la prueba para detectar el VIH? Sí 1__ No 2__ (IR 1013) | | | |
| 1004 | En los últimos 12 meses contados hasta ayer , se ha hecho la prueba para detectar el VIH? Sí 1__ No 2__ (IR 1007) | | | |
| PROFESIONAL Por favor lea a la participante: A continuación le realizaré algunas preguntas relacionadas con la prueba del VIH. | | | | |
| 1005 | ¿Por qué se hizo la prueba para detectar el VIH...? (Leer opciones) | | | |
| | Por su propia iniciativa | 1__ | La solicitó el personal de salud | 7__ |
| | Solicitud de trabajo | 2__ | Se la realizaron por donación de sangre | 8__ |
| | Alguien la convenció | 3__ | Tenía síntomas de ITS | 9__ |
| | Se la realizaron en algún estudio, investigación o campaña | 4__ | Por trámites de EPS, medicina prepagada, seguros de vida, visas, pasaportes, etc. | 10__ |
| | Porque tuvo sexo desprotegido u otro comportamiento de riesgo | 5__ | Un conocido o familiar murió de SIDA | 11__ |
| | Una de mis parejas sexuales vive con el VIH | 6__ | Otro ¿cuál? _____ | 12__ |
| 1006 | Cuando se hizo la prueba, ¿recibió una asesoría sobre VIH? Sí 1__ No 2__ No recuerda 3__ | | | |
| 1007 | ¿Conoció usted los resultados de la última vez que se hizo la prueba de VIH? Sí 1__ No 2__ (IR 1011) No recuerda 3__ (IR 1011) | | | |

| | | | | |
|------|--|-----------------|--|-----------------|
| | ¿Cuál fue el resultado de esa prueba? | | | |
| 1008 | Positivo o reactivo | 1 __ | No sabe | 4 __ (IR 1012) |
| | Negativo o no reactivo | 2 __ (IR 1012) | No responde | 5 __ (IR 1012) |
| | Indeterminado | 3 __ (IR 1012) | | |
| 1009 | ¿Usted recibe atención integral para el VIH? Si 1 __ No 2 __ (IR 1011) No responde 3 __ (IR 1011) | | | |
| | ¿Cuáles servicios le brindan como parte de esta atención? | | | |
| 1010 | a. Información sobre prevención | Sí 1 __ No 2 __ | e. Seguimiento médico | Sí 1 __ No 2 __ |
| | b. Entrega de condones | Sí 1 __ No 2 __ | f. Seguimiento con ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio) | Sí 1 __ No 2 __ |
| | c. Tratamiento antirretroviral | Sí 1 __ No 2 __ | g. Apoyo sicosocial | Sí 1 __ No 2 __ |
| | d. Odontología | Sí 1 __ No 2 __ | h. Nutrición | Sí 1 __ No 2 __ |
| 1011 | ¿Usted ha recibido terapia antirretroviral en los últimos 12 meses? Si 1 __ No 2 __ | | | |
| | Esa última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la realizó? | | | |
| 1012 | Laboratorio particular/privado | 1 __ | Banco de sangre | 4 __ |
| | Clínica u hospital | 2 __ | En un estudio, investigación o campaña | 5 __ |
| | Fundación, asociación, u organización no gubernamental | 3 __ | | |
| | ¿Por qué NO se ha realizado la prueba de VIH en los últimos 12 meses? | | | |
| 1013 | a. No tenía tiempo | Sí 1 __ No 2 __ | f. No sabía a donde ir | Sí 1 __ No 2 __ |
| | b. El costo | Sí 1 __ No 2 __ | g. Temor a tener VIH y no saber qué hacer después | Sí 1 __ No 2 __ |
| | c. No tenía aseguramiento | Sí 1 __ No 2 __ | h. Hace más de un año que vive con VIH | Sí 1 __ No 2 __ |
| | d. Tuvo una mala experiencia previamente | Sí 1 __ No 2 __ | i. Otro ¿cuál? _____ | Sí 1 __ No 2 __ |
| | e. Por vergüenza, ansia o temor sobre cómo le iban a recibir | Sí 1 __ No 2 __ | | |
| | ¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH? | | | |
| 1014 | Alto | 1 __ | Ninguno | 4 __ |
| | Medio | 2 __ | No sabe | 5 __ |
| | Bajo | 3 __ | No responde | 6 __ |
| 1015 | ¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea realizarse la prueba de VIH? Si 1 __ No 2 __ | | | |

| | | |
|------|--|-----------------|
| 1016 | Desde el año 2017, diferentes organizaciones han desarrollado actividades educativas sobre VIH en el marco del Proyecto de VIH del Fondo Mundial que está operando Fonade en la ciudad, ¿ha participado de estas actividades? Sí 1 __ No 2 __ | |
| 1017 | En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer , ha recibido condones o lubricantes de ONG, servicios de salud u otros | Sí 1 __ No 2 __ |
| 1018 | En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer , ha recibido consejería sobre el uso del condón y sexo seguro | Sí 1 __ No 2 __ |
| 1019 | ¿Ha oído hablar de la terapia pre-exposición o PrEP? | Sí 1 __ No 2 __ |
| 1020 | ¿Alguna vez ha tomado terapia pre-exposición (PrEP)? | Sí 1 __ No 2 __ |
| 1021 | La terapia pre-exposición (PrEP) tiene efectos secundarios similares a otros medicamentos utilizados para tratar el VIH. ¿Tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH? | Sí 1 __ No 2 __ |
| 1022 | ¿Ha oído hablar de la terapia postexposición o PEP? | Sí 1 __ No 2 __ |
| 1023 | ¿Alguna vez ha tomado terapia postexposición (PEP)? | Sí 1 __ No 2 __ |

XI. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

| | | | | |
|------|---|---------------|--|---------------|
| 1101 | En los ÚLTIMOS 6 MESES contados hasta ayer , ¿ha consumido alcohol? Sí 1 __ No 2 __ (IR 1104) | | | |
| 1102 | En los últimos 30 días contados hasta ayer , ¿Con qué frecuencia ha consumido alcohol? | | | |
| | Todos los días | 1 __ | Menos de una vez a la semana | 4 __ |
| | Más de una vez a la semana | 2 __ | No ha consumido alcohol en los últimos 30 días | 5 __ |
| 1103 | Una vez la semana | 3 __ | | |
| | ¿Con quién(es) ha consumido alcohol en los últimos 30 días contados hasta ayer ? | | | |
| | a. Amigos/amigos | Sí 1__ No 2__ | d. Clientes (que le pagaron por sexo) | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Parejas sexuales no comerciales | Sí 1__ No 2__ | e. Sola | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Familia | Sí 1__ No 2__ | | |

| | | | | |
|-------------|---|---------------|---|---------------|
| | ¿En los últimos 6 meses , ha...? (Leer opciones) | | | |
| 1104 | a. ¿Fumado marihuana? | Sí 1__ No 2__ | g. ¿Consumido popper o éxtasis? | Sí 1__ No 2__ |
| | b. ¿Fumado o inhalado pipa, crack o bazuco? | Sí 1__ No 2__ | h. ¿Consumido pepas roches (rivotril, rohipnol) | Sí 1__ No 2__ |
| | c. ¿Inhalado cocaína? | Sí 1__ No 2__ | i. Inyectado Cocaína | Sí 1__ No 2__ |
| | d. ¿Fumado heroína? | Sí 1__ No 2__ | j. Inyectado Bazuco | Sí 1__ No 2__ |
| | e. ¿Inyectado heroína? | Sí 1__ No 2__ | k. ¿Otras drogas? ¿Cuáles? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| | f. ¿Inhalado thinner o pegante, sacol? | Sí 1__ No 2__ | | |

PROFESIONAL: Si el participante mencionó “SI” en al menos uno de los literales e, i y j, siga a la pregunta **1105**, de lo contrario pase a la **1200**

| | | | | |
|-------------|---|---------------|-------------------------------|---------------|
| 1105 | ¿Hace cuánto tiempo se inyectó drogas por ÚLTIMA VEZ ? Meses 1 _____ Semanas 2 _____ Días 3 _____ | | | |
| 1106 | ¿Usted se inyecta la(s) droga(s) sola? Sí 1 ____ (IR 1200) No 2 ____ | | | |
| 1107 | ¿ CON QUIÉN(ES) se inyecta las drogas? | | | |
| | a. Trabajadores sexuales | Sí 1__ No 2__ | e. Pareja ocasional | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Clientes | Sí 1__ No 2__ | f. Desconocido | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Pareja estable | Sí 1__ No 2__ | g. Otros ¿Quién(es)? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Amigos | Sí 1__ No 2__ | | |

XII. REDES SOCIALES

| | |
|-------------|--|
| 1200 | ¿Cuántas mujeres trans considera que viven en esta ciudad? __ __ __ |
| 1201 | En los últimos (6) meses contados hasta ayer , ¿cuántas mujeres transgénero conoce y ellas la conocen a usted ? __ __ __ |
| 1202 | ¿Cuántas de estas (número de la 1201) mujeres transgénero viven en esta ciudad? __ __ __ |
| 1203 | ¿Cuántas de estas (número de la 1202) mujeres transgénero son mayores de edad (18 años o más)? __ __ __ |
| 1204 | ¿Cuántas de estos (número de la 1203) mujeres transgénero ha visto la última semana? __ __ __ |
| 1205 | ¿Cuántas de estas (número de la 1203) mujeres transgénero conoce lo suficiente como para que ellas le hubiesen entregado el cupón en una semana , si ellas estuvieran en el estudio? __ __ __ |
| 1206 | ¿Cuántas de estas (número de la 1203) mujeres transgénero conoce lo suficiente como para que ellas le hubiesen entregado el cupón en un día, si ellas estuvieran en el estudio? __ __ __ |
| 1207 | ¿A cuántos de estas (número de la 1203) mujeres transgénero que conoce, que son mayores de edad y que viven en la ciudad las invitaría al estudio? __ __ __ |

| | | | |
|------|---|---------------|---|
| 1208 | Si le diéramos (número de la 1207) cupones, ¿cuánto tiempo le tomaría entregarlos todos a conocidas tuyas que sean mujeres transgénero? Días 1 __ __ Meses 2 __ __ | | |
| 1209 | Si le diéramos (número de la 1207) cupones, ¿cuántos de estos cupones usted podría entregar en exactamente 7 días, a partir de este momento a conocidas tuyas que sean mujeres transgénero y que sean mayores de 18 años? __ __ | | |
| 1210 | Si le diéramos (número de la 1207) cupones, ¿cuántos de estos cupones usted podría entregar las próximas 24 horas a conocidas tuyas que sean mujeres transgénero y que sean mayores de 18 años? __ __ Ninguno | | |
| 1211 | ¿Cuántas mujeres transgénero que usted conoce ya han participado en el estudio, sin contar la persona que le entregó el cupón ? __ __ NS/NR | | |
| 1212 | ¿Cuál fue la principal razón por la cual usted decidió aceptar el cupón y participar en este estudio? (<i>Esperar respuesta</i>) | | |
| | Por el incentivo económico | 1 __ | El estudio le parece interesante y / o útil 4 __ |
| | Por los resultados de la prueba de VIH | 2 __ | Porque tenía tiempo libre 5 __ |
| | Quien me dio el cupón me convenció | 3 __ | Otro, ¿cuál? 6 6 __ |
| 1213 | ¿Por qué participa en estas actividades? (<i>Esperar respuesta</i>) | | |
| | a. Educación | Sí 1__ No 2__ | e. Para recibir asesoría (médica, jurídica) Sí 1__ No 2__ |
| | b. Prevención | Sí 1__ No 2__ | f. Para tener apoyo Sí 1__ No 2__ |
| | c. para conocer amigos | Sí 1__ No 2__ | g. Otro ¿cuál? _____ Sí 1__ No 2__ |
| | d. Por trabajo | Sí 1__ No 2__ | |
| 1214 | ¿Tiene a alguien que le ayude en caso de necesitar dinero, comida u hospedaje? Sí 1 __ No 2 __ | | |
| 1215 | ¿En caso de una urgencia tiene a alguien que lo pueda acompañar al doctor o al hospital? Sí 1 __ No 2 __ | | |
| 1216 | ¿Tiene a alguien que le ayude en caso de ser maltratado o abusado? Sí 1 __ No 2 __ | | |
| 1217 | 1217. Diferentes organizaciones han desarrollado actividades educativas sobre VIH en el marco del Proyecto de VIH del Fondo Mundial que está operando Fonade en la ciudad, ¿ha participado de estas actividades? Sí 1 __ (IR 1301) No 2 __ | | |
| 1218 | ¿Por qué participa en estas actividades? (<i>Esperar respuesta</i>) | | |
| | a. Educación | Sí 1__ No 2__ | e. Para recibir asesoría (médica, jurídica) Sí 1__ No 2__ |
| | b. Prevención | Sí 1__ No 2__ | f. Para tener apoyo Sí 1__ No 2__ |
| | c. para conocer amigos | Sí 1__ No 2__ | g. Otro _____ Sí 1__ No 2__ |
| | d. Por trabajo | Sí 1__ No 2__ | |

| | | | | |
|------|---|---------------|--|---------------|
| | ¿Por qué no ha participado de las actividades educativas sobre VIH del Proyecto que está implementando Fonade en la ciudad? | | | |
| 1219 | a. No conoce sobre estas actividades | Sí 1__ No 2__ | e. Está en desacuerdo con las organizaciones que ofrecen las actividades | Sí 1__ No 2__ |
| | b. No quiere ser identificada | Sí 1__ No 2__ | f. No hace parte de las organizaciones que ofrecen las actividades | Sí 1__ No 2__ |
| | c. No tiene tiempo | Sí 1__ No 2__ | g. Las actividades que ofrecen son repetidas | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Las actividades que brinda no le llaman la atención | Sí 1__ No 2__ | h. Otro ¿cuál? | Sí 1__ No 2__ |

XII. CAPTURA REPACTURA

| | | | | |
|------|---|---------------|---|---------------|
| 1230 | En el mes de Abril 2019 la universidad CES estuvo en diferentes sitios entregando un (objeto) ¿usted lo recibió? Sí 1__ No 2__ (IR 1236) | | | |
| 1231 | 1231. ¿El (objeto) que recibió se lo entregó un miembro de la Universidad CES que se identificó como tal? Sí 1__ (IR 1233) No 2__ | | | |
| 1232 | ¿Quién le entregó el (objeto)? (única respuesta) | | | |
| | Un amigo | 1__ | Mi pareja | 4__ |
| | Un conocido que estaba en el lugar | 2__ | El dueño del negocio | 5__ |
| | Me lo encontré | 3__ | | |
| 1233 | ¿Me puede mostrar el objeto que recibió, por favor? Sí 1__ No 2__ IR 1235) | | | |
| 1234 | ¿Le enseñaron el (objeto)? Sí 1__ (IR 1301) No 2__ | | | |
| 1235 | ¿Cuál o cuáles son los motivos por los cuales no lleva el (objeto) con usted? (ESPERE RESPUESTA) | | | |
| | a. No quiere ser identificado | Sí 1__ No 2__ | e. Lo refundió | Sí 1__ No 2__ |
| | b. No le interesa | Sí 1__ No 2__ | f. Lo regaló a un amigo | Sí 1__ No 2__ |
| | c. No le gusta | Sí 1__ No 2__ | g. Otro | Sí 1__ No 2__ |
| | d. No le advirtieron que lo llevara consigo | Sí 1__ No 2__ | | |
| 1236 | ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no recibió el (objeto)? | | | |
| | a. No se detuvo para recibirlo | Sí 1__ No 2__ | e. Nunca se lo ofrecieron | Sí 1__ No 2__ |
| | b. No quiso ser identificado | Sí 1__ No 2__ | f. No estuvo en estos lugares ese fin de semana | Sí 1__ No 2__ |
| | c. No le interesa | Sí 1__ No 2__ | g. Otro | Sí 1__ No 2__ |
| | d. No le gusto | Sí 1__ No 2__ | | |

XIII. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

| | | | |
|--|---|---------------|---|
| 1301 | ¿En los últimos 12 meses contados hasta ayer ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por ser transgénero? Si 1 __ No 2 __ (IR 1304) | | |
| 1302 | ¿Cuál o cuáles fueron los tipos de discriminación o rechazo por ser transgénero? | | |
| | a. Mostrado desprecio o rechazo | Sí 1__ No 2__ | j. Negaron entrada a una actividad de diversión o recreación |
| | b. Excluido de actividades familiares | Sí 1__ No 2__ | k. Negaron atención en alguna tienda o restaurante |
| | c. Excluido de actividades laborales | Sí 1__ No 2__ | l. Negaron acceso a un hospedaje temporal (hotel, motel) |
| | d. Excluido de actividades religiosas o espirituales | Sí 1__ No 2__ | m. Negaron atención en algún servicio de salud |
| | e. Solicitado la renuncia o despedido | Sí 1__ No 2__ | n. Agredido o atacado (violencia física) |
| | f. Negaron un ascenso laboral | Sí 1__ No 2__ | o. Insultado o agredido verbalmente |
| | g. Negaron comprar o arrendar una vivienda | Sí 1__ No 2__ | p. Negado acceso o permanencia en alguna institución educativa (escuela, universidad) |
| | h. Negaron acceso a justicia | Sí 1__ No 2__ | q. Otro ¿Cuál? |
| i. Excluido de espacios de participación ciudadana | Sí 1__ No 2__ | | |
| 1303 | ¿Quién o quiénes le han tratado así a causa de ser transgénero? | | |
| | a. Familiares | Sí 1__ No 2__ | g. Personal de centros educativos |
| | b. Fuerzas armadas (policía o militares) | Sí 1__ No 2__ | h. funcionarios públicos |
| | c. Religiosos | Sí 1__ No 2__ | i. Compañero de estudio |
| | d. Personal de salud | Sí 1__ No 2__ | j. Otras personas conocidas |
| | e. Amigos | Sí 1__ No 2__ | k. Desconocidos |
| | f. Personal del lugar de trabajo | Sí 1__ No 2__ | l. Otro, ¿cuál? _____ |
| 1304 | Durante los últimos 12 meses , ¿alguien le obligó a tener relaciones sexuales? Si 1 __ No 2 __ (IR 1306.a) NS/NR 3 __ (IR 1306) | | |

| | | | | |
|-------------|---|---|--|---------------|
| | ¿Quién la obligó a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses ? | | | |
| 1305 | a. Desconocido | Sí 1__ No 2__ | g. Un conocido, no amigo, no familiar | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Cliente (una persona de quien a veces recibe pago por relaciones sexuales) | Sí 1__ No 2__ | h. Jefe o superior de trabajo | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Pareja | Sí 1__ No 2__ | i. Compañero/a de trabajo | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Familiar | Sí 1__ No 2__ | j. Profesor o docente de estudio | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Amigo | Sí 1__ No 2__ | k. Compañero/a de estudio | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Policía o militar | Sí 1__ No 2__ | l. Otro, ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| | 1306.a. | PROFESIONAL: Seleccionó alguna opción de la “a” a la “q” en la pregunta 1302 o respondió SI a pregunta 1304 ? Si 1 __ No 2 __ (IR 1309) | | |
| 1306 | ¿Solicitó apoyo o acudió a denunciar porque la discriminaron u obligaron a tener sexo? Si 1 __ No 2 __ (IR 1308) NS/NR 3__(IR 1308) NR 3 | | | |
| | ¿A dónde acudió? | | | |
| 1307 | a. Policía, fiscalía, comisarías, personaría, procuraduría | Sí 1__ No 2__ | g. Asociaciones cívicas y comunitarias que trabajan en su barrio o localidad | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Comisión de Derechos Humanos | Sí 1__ No 2__ | h. Las universidades | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Organización LGBTI | Sí 1__ No 2__ | i. Fundación, asociación u organización no gubernamental | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Los medios de comunicación | Sí 1__ No 2__ | j. Empresa privada / empresarios | Sí 1__ No 2__ |
| | e. JAC de su barrio o localidad | Sí 1__ No 2__ | k. Organizaciones religiosas | Sí 1__ No 2__ |
| | f. Las iglesias | Sí 1__ No 2__ | l. Otro, ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |



| | | | | |
|------|---|--|--|---------------|
| | ¿Por qué motivo o motivos no solicitó apoyo o denunció el abuso o maltrato del que fue víctima? | | | |
| 1308 | a. Falta de confianza en las autoridades de seguridad (DAS, Fiscalía, Policía) | Sí 1__ No 2__ | g. No me atreví (por miedo a represalias) | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Falta de confianza en las entidades administrativas e interdisciplinarias (comisaría de familia, defensoría del pueblo) | Sí 1__ No 2__ | h. No quería nada que ver con las autoridades de seguridad | Sí 1__ No 2__ |
| | c. Falta de pruebas | Sí 1__ No 2__ | i. No sabía en donde formular la denuncia | Sí 1__ No 2__ |
| | d. Lo resolvió ella misma (conocía al autor) | Sí 1__ No 2__ | j. Se requieren muchos trámites | Sí 1__ No 2__ |
| | e. Lo resolvió mi familia | Sí 1__ No 2__ | k. No sabe | Sí 1__ No 2__ |
| | f. No fue lo suficientemente serio o grave | Sí 1__ No 2__ | l. Otro, ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |
| | 1309 | ¿Alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento? Sí 1__ No 2__ (IR 1401) | | |
| 1310 | Los motivos por los cuales ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento han sido: | | | |
| | a. Temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos | Sí 1__ No 2__ | c. Temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública | Sí 1__ No 2__ |
| | b. Miedo o preocupación por violencia experimentada | Sí 1__ No 2__ | d. Otro ¿cuál? _____ | Sí 1__ No 2__ |

14.3 Anexo 3 Consentimiento informado del estudio

“Estudio de vulnerabilidad y prevalencia de VIH en mujeres transgénero en tres ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín y Santiago de Cali) – 2019”

👉 Encuestador(a): Transcriba el código RDS que se encuentra consignado en el cupón de invitación entregado por el participante: Código de identificación: I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I__I

Introducción: Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en mujeres transgénero de tres ciudades de Colombia. El estudio está siendo realizado en el marco del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el VIH en Colombia que está implementando Fonade. El objetivo de este documento es brindarle información sobre el estudio, las actividades que se van a realizar y ofrecer un espacio para que usted pregunte lo que considere necesario, con el fin que todo sea claro y de esta manera pueda decidir si desea o no participar en el estudio.

Propósito del estudio: El propósito del estudio es determinar, en tres ciudades de Colombia, el número de mujeres transgénero que viven con el VIH/ITS y sus comportamientos asociados, para orientar políticas nacionales que permitan prevenir el avance de la epidemia de VIH en la población.

Procedimientos: La investigación tendrá dos componentes: una Encuesta sobre sus comportamientos, actitudes y prácticas sexuales, y la asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Usted deberá estar en dos momentos inicialmente, pero en algunos casos podrían ser más momentos. En el primer momento cuando se le encueste y se le realice la prueba rápida, y si esta tiene un resultado no reactivo, se le entregará su resultado durante una asesoría de prueba voluntaria y su compensación primaria. El segundo momento será cuando pueda reclamar su compensación secundaria si los participantes invitados por usted acuden efectivamente a ser encuestados. El otro caso es cuando la prueba rápida tiene un resultado reactivo el cual le será entregado durante una asesoría de prueba voluntaria y se recolectará otra muestra de sangre para realizar las pruebas confirmatorias pertinentes, a su vez se entregará la compensación primaria. Usted regresará en un segundo momento en el que durante una asesoría de prueba voluntaria usted recibirá el resultado confirmatorio y de cumplir con el requisito reclamará su compensación secundaria; De lo contrario usted podría acudir en un tercer momento para reclamar su compensación secundaria. Todo esto será siempre en un lugar confidencial.

Riesgos e Incomodidades: No existe riesgo para usted en este estudio, pues no se le realizarán intervenciones o administrarán medicamentos. Sólo se recolectará la muestra de una gota de sangre mediante la punción en un dedo; situación que puede causar leve

dolor en el lugar donde se pinche. Esta muestra se tomará exclusivamente para exámenes diagnósticos de ITS entre ellas el VIH. Es posible que usted se sienta incómoda con algunas preguntas de naturaleza privada, sobre su sexualidad, el consumo de drogas y su historia de vida, que le hará el(a) encuestador(a). Sin embargo, éstas se realizarán en un lugar privado, discreto y bajo total confidencialidad. En casos extraordinarios, los resultados de la prueba de VIH no serán definitivos, por lo que se requerirá de una nueva muestra que se repetirá a los treinta días calendario.

Beneficios: La participación en el estudio y la prueba para la detección de VIH será gratuita. Al completar la Encuesta usted recibirá una compensación material por su tiempo; a su vez, con su participación tiene posibilidad de contribuir en la prevención del VIH de otros pares de su red social. En la asesoría para la prueba se le explicará en qué consiste el virus, las formas de prevención, la atención que recibirá si llegase a salir positiva, y demás temas que usted considere convenientes, que podrán reforzar sus conocimientos y prácticas preventivas sobre el VIH. Usted recibirá su resultado individual en físico para su uso personal sin costo alguno. También recibirá información sobre la forma en que podrá acceder a los resultados generales de nuestra investigación. De acuerdo con el resultado de la prueba, la persona que le realice la asesoría pos prueba, le orientará si usted necesita de alguna atención adicional, y en caso de ser necesario le remitirá a una institución especializada en atender su caso; esta atención será cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su situación de aseguramiento. Es importante aclararle que el equipo de investigación no tiene responsabilidad frente a los tratamientos o seguimientos clínicos que puedan ser sugeridos como consecuencia de los resultados de los exámenes realizados. Al finalizar la Encuesta y la recolección de la(s) muestra(s) le daremos la oportunidad de apoyarnos invitando a tres conocidas suyas a vincularse al estudio, para lo cual le indicaremos un procedimiento especial. En caso de que las tres personas invitadas acepten la invitación acercándose a la sede, completen la Encuesta y se realicen la(s) prueba(s), usted recibiría una segunda compensación por su esfuerzo y contribución a la investigación. Su participación en este proceso es voluntaria, y no hay ninguna penalización si decide no invitar a sus conocidas.

Confidencialidad: Toda la información que usted brinde y el(os) resultado(s) de su examen de laboratorio se mantendrán completamente confidenciales. Su nombre no aparecerá en el cuestionario, ni en los resultados finales de la investigación. Tampoco es necesario que usted identifique a sus pares ante el Encuestador, en caso que decida acompañarnos en el proceso de enrolamiento de nuevos participantes.

¿A quién acudir en caso de dudas?: Usted puede preguntar al Encuestador(a) cualquier duda que tenga, él (ella) atenderá sus inquietudes o sugerencias. Si usted tiene alguna duda o pregunta sobre el estudio, presenta alguna dificultad o si decide dejar el estudio, puede comunicarse con el(a) investigador principal Dedsy Yajaira Berbesi Fernández al correo electrónico dberbesi@ces.edu.co o al teléfono 4440555 Ext 1359. Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de

investigación, puede comunicarse con el/la Presidente(a) del Comité de Ética Rubén Manrique Hernández de la Investigación de la Universidad CES al teléfono en 4440555 o en el correo electrónico rmanrique@ces.edu.co.

Aceptación del participante.: Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios de salud, en las organizaciones comunitarias y en su trabajo. Usted recibirá una copia de este consentimiento diligenciado a su solicitud. Antes de firmar si acepta o no, debe sentirse libre de dudas y sin presiones. Si usted está de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio, y toda la información que se le ha proporcionado, ha sido leída y ha quedado clara, por favor marque la casilla correspondiente con su decisión y firme a continuación:

Firma

Documento No.

Firma del Facilitador del estudio

14.4 Anexo 4 Redes de las ciudades del estudio con infección de VIH

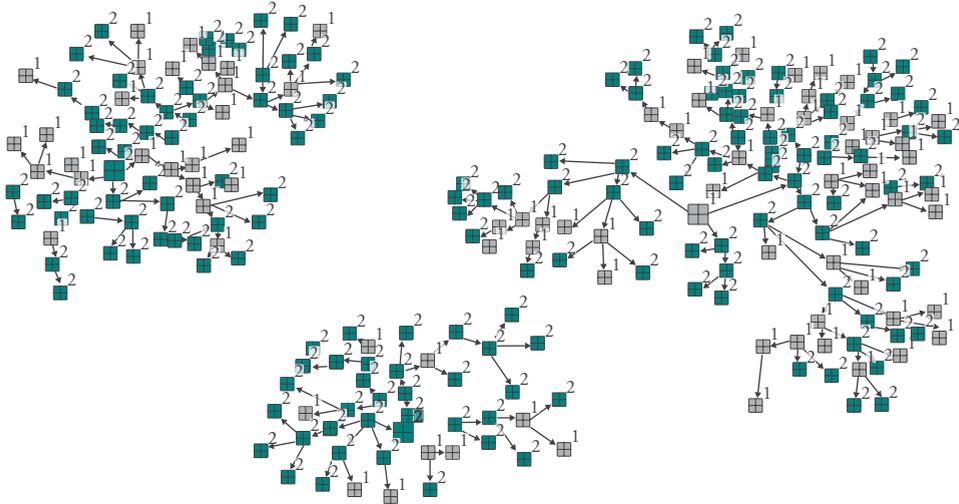


Figura 29. Rede de la ciudad de Bogotá de MT que tienen infección por VIH, 2019

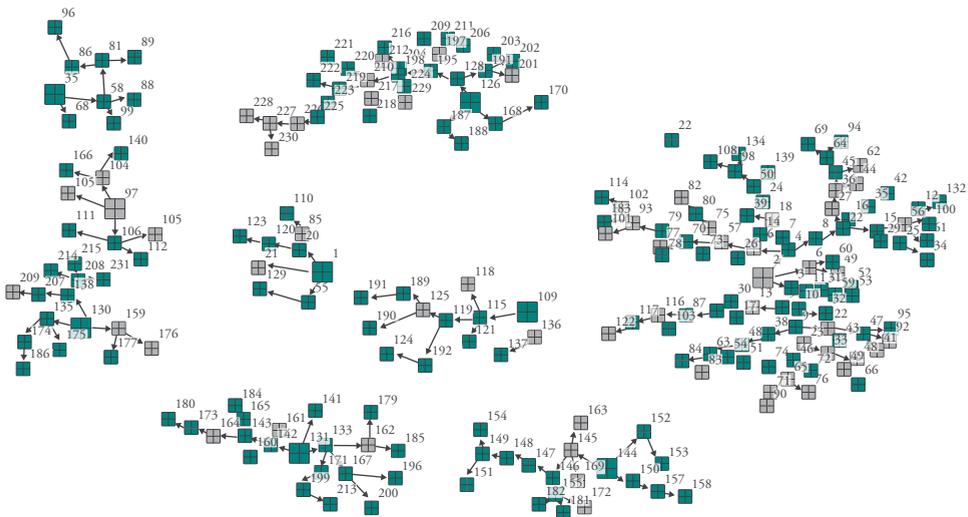


Figura 30. Rede de la ciudad de Medellín de MT que tienen infección por VIH, 2019

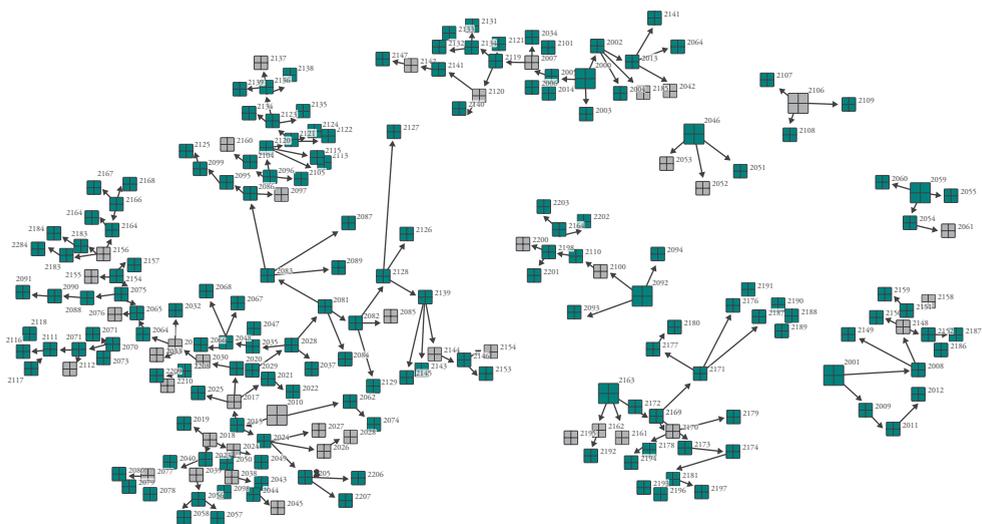


Figura 31. Red de la ciudad de Cali de MT que tienen infección por VIH, 2019

Este libro realizado con los resultados de la investigación va dirigido a una amplia audiencia, conformada por las agencias nacionales e internacionales. Asimismo, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Direcciones Territoriales de Salud (DTS), gremios, entidades de carácter académico-científico y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC). La investigación contó con el apoyo y asesoramiento del Mecanismo Coordinador de País, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, y de ENTerritorio.