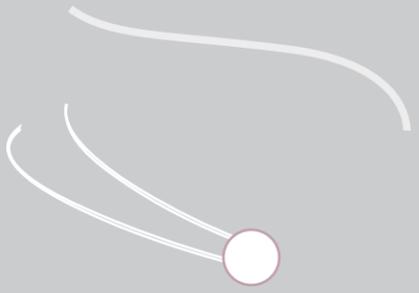


Resultados del estudio

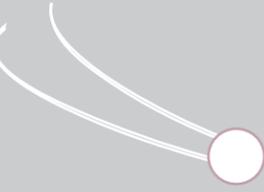
**Comportamiento sexual
y prevalencia de
infección por VIH en
mujeres trans**

en cuatro ciudades de
Colombia, 2012



Resultados del estudio
**comportamiento sexual
y prevalencia de
infección por VIH en
mujeres trans**

en cuatro ciudades de
Colombia, 2012



RESULTADOS DEL ESTUDIO COMPORTAMIENTO
SEXUAL Y PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR VIH
EN MUJERES TRANS EN CUATRO CIUDADES DE
COLOMBIA, 2012

EQUIPO DE GERENCIA
CHF International – Colombia

RAFAEL PARDO ABELLO
Gerente Técnico

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ PROMICIEROS
Coordinador de Salud

ADRIANA DURÁN
Coordinadora de Monitoreo y Evaluación

CLARA VARGAS
Coordinadora de Educación

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN
Coordinadora de Estudios en VIH

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN
Bacterióloga, Magíster en Epidemiología
Coordinadora del Equipo

GERALD OWEN JACOBSON
Consultor, Ph.D. Análisis de Políticas

NATALIA MARCELA CALDERÓN BENÍTEZ
Enfermera, Magíster en Enfermería

OSCAR DAVID DÍAZ-SOTELO
Psicólogo, Magíster en Salud Internacional y Medicina
Tropical

EDGAR ADRIÁN HORTÚA PÉREZ
Estadístico

Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida,
la Tuberculosis y la Malaria

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".

CORRECCIÓN DE ESTILO DIAGRAMACIÓN/IMPRESIÓN:

Acierto Publicidad & Mercadeo
comercial@aciertopublicidad.com
BOGOTÁ D.C. 2013

La reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual,
debe ser autorizada por el Mecanismo Coordinador de País (MCP) o Global Communities
(anteriormente CHF) .

ESTUDIO EXPLORATORIO

ANDREA GARCÍA BECERRA
Antropóloga

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS
DE LOS DATOS

GERALD OWEN JACOBSON
Consultor, Ph. D. Análisis de Políticas

ELABORACIÓN DEL INFORME
FINAL

GERALD OWEN JACOBSON
Consultor, Ph. D. Análisis de Políticas

REVISIÓN INFORME
FINAL

RAFAEL PARDO ABELLO
Gerente Técnico
Proyecto VIH Fondo Mundial

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ PROMICIEROS
Coordinador Salud Pública
Proyecto VIH Fondo Mundial

ADRIANA DURÁN
Coordinadora Monitoreo y Evaluación
Proyecto VIH Fondo Mundial

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN
Coordinadora Estudios de VIH
Proyecto VIH Fondo Mundial

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor
Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

BERTHA GÓMEZ
Asesora Subregional en VIH/ITS Países Andinos
Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

LUIS ÁNGEL MORENO DÍAZ
Coordinador país
Programa Conjunto de las Naciones Unidas
sobre el VIH/Sida ONUSIDA

COMITÉ ASESOR DE LOS ESTUDIOS

RAFAEL PARDO ABELLO
Gerente Técnico
Proyecto VIH Fondo Mundial

CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ PROMICIEROS
Coordinador Salud Pública
Proyecto VIH Fondo Mundial

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN
Coordinadora Estudios de VIH
Proyecto VIH Fondo Mundial

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social

LUIS ÁNGEL MORENO DÍAZ
Coordinador país
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
ONUSIDA

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora VIH
Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA

BERTHA GÓMEZ
Asesora Subregional en VIH/ITS Países Andinos
Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

FIDELIA SUAREZ
Representante sociedad civil mujeres trabajadoras sexuales

NORBERTO FONSECA
Representante sociedad civil personas que viven con VIH/Sida

CHARLOTTE SCHNEIDER CALLEJAS
Representante sociedad civil mujeres trans

NANCY EUSCÁTEGUI
Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario

COMITÉ DE ÉTICA AD- HOC

OLGA MALDONADO
Socióloga Especialista en Bioética

MARÍA YANETH PINILLA
Antropóloga

LINDA SOFÍA BAQUERO FERNÁNDEZ
Socióloga Diplome en Biopolítica

COMITÉ TÉCNICO CONSULTIVO
(para la elaboración del protocolo de estudio)

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Fondo de Población de las Naciones Unidas

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Ministerio de Salud y Protección Social

ELVA PATRICIA BELALCÁZAR
Coordinadora Convenio 168 MSPS/UNFPA

GERALD OWEN JACOBSON
Consultor MSPS-UNFPA

TERESA DEL CARMEN MORENO
Ministerio de Salud y Protección Social MSPS

BERTHA GÓMEZ
Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

LUIS ANGEL MORENO DÍAZ
Programa Conjunto de las Naciones Unidas
sobre el VIH/Sida ONUSIDA

MANUEL GONZÁLEZ
Secretaría Distrital de Salud

ANDREA GARCÍA BECERRA
Pontificia Universidad Javeriana

CLARA ÁNGELA SIERRA ALARCÓN
Proyecto VIH Fondo Mundial

ORIANA LA ROTTA
Fundación Procrear

JUAN CARLOS CELIS
Fundación Procrear

PEDRO JULIO PARDO
Santamaría Fundación

HERIBERTO MEJÍA MERCADO
Fundación Arenosa Vive Fundarvi

LORENA ARENAS CASTRILLÓN
Mesa LGBT

CHARLOTTE SCHNEIDER CALLEJAS
Transcolombia

DIANA NAVARRO
Corporación Opción

EQUIPO DE TRABAJO DE CAMPO

**LABORATORIO
CLÍNICO
ESPECIALIZADO**

Centro de Análisis Molecular CAM
PATRICIA OLAYA
MARÍA DEL PILAR RAMÍREZ

YANHAAS S.A.

COORDINACIÓN NACIONAL
ERIKA CASTRO
MERY HELEN ARIAS

COORDINADORES DE CIUDAD
SARA VERGARA
JUAN DIEGO GÓMEZ
MANUEL HOYOS ESCOBAR
NATHALIE SÁNCHEZ
MÓNICA FIGUEROA
MILAGROS ARÉVALO

**GRUPO DE
RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN**

SUPERVISORES
ALEJANDRO TIBAQUIRA
RENÉ ACOSTA
MARIBETH SÁNCHEZ
GLORIA ECHEVERRY
BIBIANA QUINTERO
GLADYS HINCAPIÉ
MILAGROS CONSUEGRA
NAYARES GONZÁLEZ

EQUIPO DE TRABAJO DE CAMPO

GRUPO DE
RECOLECCIÓN DE
INFORMACIÓN

ENCUESTADORAS

ERIKA PARRA
SIRLE LEDEZMA
ANA MILENA PATIÑO
IVONNE OROZCO
MARTHA GONZÁLEZ
JANETH DUARTE
ISABEL ESPINOSA
DIANA HERNÁNDEZ
MARIBETH SÁNCHEZ
KATHERINE AGUILAR
GLORIA ECHEVERRY
SONIA RUÍZ
JAZMÍN MAUNA
MÓNICA MARÍN
MILENA HOLGUÍN
ANDREA ZAPATA
MÓNICA GALEANO
ERIKA GARCÍA
AMALFI SEVILLA
NILA GAMBOA
DAMARIS QUINTERO

MUJERES TRANS LÍDERES

MADONA (GRACIELA LOSADA)
LAURA WEINS
DANIELA MALDONADO
NICOL ORTÍZ
NATALIA DÍAZ
EULISES MEDINA
CATALINA
DANIELA DÍAZ
ALEXANDRA HERRERA
MARÍA CAMILA ROJAS
DANIELA GARCÍA
TATIANA PATIÑO
LINDA DANGOND
LORENA ARENAS
JUANITA

AGRADECIMIENTOS

A TODAS LAS MUJERES TRANS QUE DE MANERA LIBRE Y VOLUNTARIA PARTICIPARON EN EL ESTUDIO.

A LAS LÍDERES DE MEDELLÍN, CALI, BARRANQUILLA Y BOGOTÁ, QUE DESDE EL PRIMER CONTACTO QUE ESTABLECIMOS CON ELAS CREYERON EN ESTE PROYECTO Y NOS COLABORARON INCONDICIONALMENTE PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS PROPUESTOS.

A LAS ENTIDADES TERRITORIALES QUE CONFIARON EN EL PROCESO Y NOS BRINDARON SU COLABORACIÓN DE MANERA FIRME Y PERSISTENTE.

A TODAS LAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA CONTRIBUYERON EN LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO, DESDE SU DISEÑO HASTA LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO.

Contenido

SIGLAS Y ABREVIATURAS

APV	ASESORÍA Y PRUEBA VOLUNTARIA
CAP	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
CTV	CONSEJERÍA Y TESTEO VOLUNTARIO
EPS	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
EVC	ESTUDIO DE VIGILANCIA DE PREVALENCIA Y COMPORTAMIENTOS
ELISA	ENSAYO POR INMUNOABSORCIÓN LIGADO A ENZIMAS
FUNDARVI	FUNDACIÓN ARENOSA VIVE
LGBTI	LESBIANAS, GAY, BISEXUALES, TRANS E INTERSEXUALES
IPS	INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD
ITS	INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL
MPS	MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL
OMS	ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
ONG	ORGANIZACIÓN NO GUBERNAMENTAL
ONUSIDA	PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA
OPS	ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PEN	PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL
POS	PLAN OBLIGATORIO DE SALUD
SIDA	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
SISBEN	SISTEMA DE IDENTIFICACIÓN DE POTENCIALES BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES
SIVIGILA	SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
SGSSS	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
VIH	VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA
WB	WESTERN BLOT

CONTENIDO DEL ESTUDIO

Siglas y abreviaturas	12
Índice de tablas	15
Índice de gráficas	17
1. Resumen	21
2. Introducción	25
3. Aproximaciones a las identidades de las mujeres trans	27
4. Objetivos	29
5. Metodología	31
5.1. Diseño del estudio	31
5.2. Estudio exploratorio	31
5.3. Población y sitios del estudio	32
5.4. Selección de participantes	35
5.5. Ruta de participación en el estudio	36
5.6. Encuesta sobre conocimientos, conductas, vulnerabilidad y acceso a servicios	37
5.7. Muestras biológicas y procedimientos de laboratorio	38
5.8. Análisis de datos	39
6. Resultados	43
6.1. Muestra de participantes	43
6.2. Características sociales y demográficas	43
6.3. Transformaciones del cuerpo	46
6.4. Autoidentificación de género	49
6.5. Relaciones sexuales con parejas estables y ocasionales	52
6.6. Trabajo sexual	58
6.7. Consumo de sustancias psicoactivas	63
6.8. Conocimiento y actitudes frente al condón y lubricantes	66
6.9. Conocimiento y actitudes frente al VIH	74
6.10. Conocimiento y acceso a la prueba del VIH	79
6.11. Infecciones de transmisión sexual	83
6.12. Problemas de salud en general	86
6.13. Acceso a servicios de salud	88
6.14. Estigma, discriminación y violencia sexual por ser mujer trans	90
6.15. Prevalencia de infección por el VIH	94



7. Limitaciones	99
<hr/>	
8. Conclusiones	103
8.1. Niveles de infección por el VIH	103
8.2. Identidad, características sociodemográficas y transformaciones del cuerpo	103
8.3. Condiciones de vulnerabilidad a la infección	103
8.4. La prueba del VIH y acceso a servicios de salud	105
8.5. Estigma y discriminación a causa de género y violencia sexual	106
<hr/>	
9. Recomendaciones	109
<hr/>	
10. Anexos	111
10.1. Formato de consentimiento informado	111
10.2. Algoritmo de diagnóstico de infección por el VIH	115
10.3. Estado de Recolección de Información	116
<hr/>	
11. Referencias	119

Índice de Tablas	15
<hr/>	
TABLA 1. NÚMERO DE PARTICIPANTES Y FECHAS DE RECLUTAMIENTO	36
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	44
TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PARTICIPANTES, BARRANQUILLA Y CALI	44
TABLA 4. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL E INGRESOS MENSUALES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	45
TABLA 5. ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL E INGRESOS MENSUALES, BARRANQUILLA Y CALI	46
TABLA 6. PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN CORPORAL ALGUNA VEZ EN SU VIDA, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	46
TABLA 7. PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN CORPORAL ALGUNA VEZ EN SU VIDA, BARRANQUILLA Y CALI	47
TABLA 8. LUGAR DONDE SE REALIZÓ PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN CORPORAL, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	48
TABLA 9. LUGAR DONDE SE REALIZÓ PROCEDIMIENTOS DE TRANSFORMACIÓN CORPORAL, BARRANQUILLA Y CALI	48
TABLA 10. INYECCIÓN DE SUSTANCIAS LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	49
TABLA 11. INYECCIÓN DE SUSTANCIAS LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, BARRANQUILLA Y CALI	49
TABLA 12. AUTO-IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	50
TABLA 13. AUTO-IDENTIFICACIÓN DE GÉNERO, BARRANQUILLA Y CALI	50
TABLA 14. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES NO COMERCIALES LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	52
TABLA 15. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES NO COMERCIALES LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	53
TABLA 16. ENTREVISTADAS CON PAREJAS AMOROSAS, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	53
TABLA 17. ENTREVISTADAS CON PAREJAS AMOROSAS, BARRANQUILLA Y CALI	54
TABLA 18. USO DE CONDÓN CON LA PAREJA AMOROSA HOMBRE MÁS SIGNIFICATIVA, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	54
TABLA 19. USO DE CONDÓN CON LA PAREJA AMOROSA HOMBRE MÁS SIGNIFICATIVA, BARRANQUILLA Y CALI	55
TABLA 20. RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS OCASIONALES HOMBRES/TRANS NO COMERCIALES LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	56
TABLA 21. RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS OCASIONALES HOMBRES/TRANS NO COMERCIALES LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	56
TABLA 22. ROL EN LAS RELACIONES SEXUALES ANALES NO COMERCIALES CON HOMBRES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	57
TABLA 23. ROL EN LAS RELACIONES SEXUALES ANALES NO COMERCIALES CON HOMBRES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	57
TABLA 24. USO DE CONDÓN CON PAREJAS OCASIONALES HOMBRES/TRANS NO COMERCIALES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	58
TABLA 25. USO DE CONDÓN CON PAREJAS OCASIONALES HOMBRES/TRANS NO COMERCIALES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	58
TABLA 26. TRABAJO SEXUAL, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	59
TABLA 27. TRABAJO SEXUAL, BARRANQUILLA Y CALI	59
TABLA 28. CLIENTES DE TRABAJO SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	60



TABLA 29. CLIENTES DE TRABAJO SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	61
TABLA 30. NÚMERO DE CLIENTES SEXUALES LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	62
TABLA 31. NÚMERO DE CLIENTES SEXUALES LOS ÚLTIMOS TREINTA DÍAS, BARRANQUILLA Y CALI	62
TABLA 32. USO DE CONDÓN CON CLIENTES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	63
TABLA 33. USO DE CONDÓN CON CLIENTES EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	63
TABLA 34. CONSUMO DE ALCOHOL, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	64
TABLA 35. CONSUMO DE ALCOHOL, BARRANQUILLA Y CALI	64
TABLA 36. CONSUMO DE DROGAS ILEGALES DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	65
TABLA 37. CONSUMO DE DROGAS ILEGALES DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	65
TABLA 38. CONSUMO OBLIGADO DE SUSTANCIAS EN EL LUGAR DONDE CONSIGUE CLIENTES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	66
TABLA 39. CONSUMO OBLIGADO DE SUSTANCIAS EN EL LUGAR DONDE CONSIGUE CLIENTES, BARRANQUILLA Y CALI	66
TABLA 40. INFORMACIÓN SOBRE CONDONES Y SU OBTENCIÓN, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	67
TABLA 41. INFORMACIÓN SOBRE CONDONES Y SU OBTENCIÓN, BARRANQUILLA Y CALI	68
TABLA 42. MOTIVOS DE USO Y SITUACIONES DE NO USO DEL CONDÓN, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	69
TABLA 43. MOTIVOS DE USO Y SITUACIONES DE NO USO DEL CONDÓN, BARRANQUILLA Y CALI	70
TABLA 44. RUPTURA DEL CONDÓN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	70
TABLA 45. RUPTURA DEL CONDÓN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	71
TABLA 46. CONDONES RECIBIDOS GRATUITAMENTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	71
TABLA 47. CONDONES RECIBIDOS GRATUITAMENTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	71
TABLA 48. LUGAR DONDE HA RECIBIDO CONDONES GRATIS LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	72
TABLA 49. LUGAR DONDE HA RECIBIDO CONDONES GRATIS LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	72
TABLA 50. USO DE LUBRICANTES EN EL SEXO ANAL LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	73
TABLA 51. USO DE LUBRICANTES EN EL SEXO ANAL LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, BARRANQUILLA Y CALI	73
TABLA 52. SUSTANCIA USADA COMÚNMENTE COMO LUBRICANTE EN EL SEXO ANAL, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	74
TABLA 53. SUSTANCIA USADA COMÚNMENTE COMO LUBRICANTE EN EL SEXO ANAL, BARRANQUILLA Y CALI	74
TABLA 54. CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	75
TABLA 55. CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH, BARRANQUILLA Y CALI	76
TABLA 56. FUENTE DE LA INFORMACIÓN SOBRE VIH, SIDA O LAS ITS, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	77
TABLA 57. FUENTE DE LA INFORMACIÓN SOBRE VIH, SIDA O LAS ITS, BARRANQUILLA Y CALI	78
TABLA 58. VALORACIÓN DEL GRADO DE VULNERABILIDAD O RIESGO DE INFECTARSE DE VIH, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	78
TABLA 59. VALORACIÓN DEL GRADO DE VULNERABILIDAD O RIESGO DE INFECTARSE DE VIH, BARRANQUILLA Y CALI	79
TABLA 60. PRUEBA DE VIH, CONSEJERÍA Y RESULTADOS, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	80
TABLA 61. PRUEBA DE VIH, CONSEJERÍA Y RESULTADOS, BARRANQUILLA Y CALI	81
TABLA 62. MOTIVOS PARA NO REALIZAR LA PRUEBA DE VIH EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	82
TABLA 63. MOTIVOS POR NO REALIZAR LA PRUEBA DE VIH EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, BARRANQUILLA Y CALI	82
TABLA 64. SIGNOS, SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICOS PREVIOS DE ITS, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	84
TABLA 65. SIGNOS, SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICOS PREVIOS DE ITS, BARRANQUILLA Y CALI	85
TABLA 66. TRATAMIENTO MÉDICO PARA LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ITS, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	86
TABLA 67. TRATAMIENTO MÉDICO PARA LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ITS, BARRANQUILLA Y CALI	86
TABLA 68. MOLESTIAS O PROBLEMAS DE SALUD EN GENERAL LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	87
TABLA 69. MOLESTIAS O PROBLEMAS DE SALUD EN GENERAL LOS ÚLTIMOS DOCE MESES, BARRANQUILLA Y CALI	87

TABLA 70. AFILIACIÓN AL SGSS Y SERVICIOS A LOS QUE ACUDE GENERALMENTE, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	88
TABLA 71. AFILIACIÓN AL SGSS Y SERVICIOS A LOS QUE ACUDE GENERALMENTE, BARRANQUILLA Y CALI	89
TABLA 72. ACTOS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN SUFRIDOS POR SU GÉNERO, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	91
TABLA 73. ACTOS DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN SUFRIDOS POR SU GÉNERO, BARRANQUILLA Y CALI	91
TABLA 74. PERSONAS QUE HAN PERPETRADO ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN A CAUSA DEL GÉNERO, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	92
TABLA 75. PERSONAS QUE HAN PERPETRADO ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN A CAUSA DEL GÉNERO, BARRANQUILLA Y CALI	92
TABLA 76. ANTECEDENTE DE VIOLENCIA SEXUAL, BOGOTÁ Y MEDELLÍN	93
TABLA 77. ANTECEDENTE DE VIOLENCIA SEXUAL, BARRANQUILLA Y CALI	93
TABLA 78. RELACIÓN ENTRE ESTADO ACTUAL DE INFECCIÓN POR EL VIH Y RESULTADOS DE PRUEBAS RECIENTES PREVIAS AL ESTUDIO EN LA MUESTRA DE MUJERES TRANS EN BOGOTÁ, 2012	95
TABLA 79. RELACIÓN ENTRE ESTADO ACTUAL DE INFECCIÓN POR EL VIH Y RESULTADOS DE PRUEBAS RECIENTES PREVIAS AL ESTUDIO EN LA MUESTRA DE MUJERES TRANS EN MEDELLÍN, 2012	95
TABLA 80. RELACIÓN ENTRE ESTADO ACTUAL DE INFECCIÓN POR EL VIH Y RESULTADOS DE PRUEBAS RECIENTES PREVIAS AL ESTUDIO EN LA MUESTRA DE MUJERES TRANS EN CALI, 2012	96
TABLA 81. RELACIÓN ENTRE ESTADO ACTUAL DE INFECCIÓN POR EL VIH Y RESULTADOS DE PRUEBAS RECIENTES PREVIAS AL ESTUDIO EN LA MUESTRA DE MUJERES TRANS EN BARRANQUILLA, 2012	96

Índice de Gráficas

GRÁFICA 1. AUTOIDENTIFICACIÓN DE GÉNERO SEGÚN CIUDAD	51
GRÁFICA 2. PROPORCIÓN DE PARTICIPANTES CON CONOCIMIENTO ADECUADO SOBRE VIH/SIDA	76
GRÁFICA 3. PROPORCIÓN DE REALIZACIÓN DE PRUEBA PARA DETECTAR EL VIH LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	79
GRÁFICA 4. MOTIVOS PARA NO REALIZARSE LA PRUEBA DE VIH EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES	83
GRÁFICA 5. BÚSQUEDA DE APOYO O DENUNCIA ANTE ACTOS DE ESTIGMA, DISCRIMINACIÓN O AGRESIONES SEXUALES	94
GRÁFICA 6. PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR EL VIH	94



1. Resumen

Las mujeres trans son una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a nivel mundial y por ende, una de las más afectadas por la epidemia del VIH/Sida. En América Latina, estudios recientes realizados en Perú, El Salvador, Brasil, Argentina y Uruguay han reportado prevalencias altas en esta población, condiciones sociales de estigma y discriminación, y oportunidades reducidas de generación de ingresos que aumentan su vulnerabilidad y actúan como barreras de acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento y apoyo que requieren. El presente estudio tuvo como objetivo caracterizar por primera vez en cuatro ciudades de Colombia – Barranquilla, Bogotá, Cali y Medellín– la prevalencia de infección por VIH y los factores de vulnerabilidad y riesgo en las mujeres trans mayores de dieciocho años de edad.

En el marco de un convenio entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de Naciones Unidas se elaboró el protocolo del estudio, cuya metodología fue desarrollada como producto del trabajo de un comité consultivo y un estudio exploratorio cualitativo en tres de las cuatro ciudades (Bogotá, Cali y Barranquilla), con el fin de determinar las condiciones y parámetros operativos más deseables para la población. La selección de participantes se hizo a través de estrategias combinadas tales como mapeo social de sitios y zonas de encuentro de la población, y mujeres referenciadas por las líderes trans de las diferentes ciudades del estudio.

Para asegurar la privacidad y confidencialidad del estudio, se establecieron varias sedes próximas a las zonas de mayor presencia de la población tales como oficinas, casas y apartamentos arrendados o prestados de las participantes o las pares trans, así como áreas confidenciales en los mismos sitios de reunión identificados como las peluquerías en el caso de específico de Cali. Cabe mencionar que en todos los casos los lugares fueron adecuados para fines del estudio y tanto las horas como los lugares de reunión se acordaron previamente con las posibles participantes según sus preferencias de movilidad y ambiente.

La recolección de datos del estudio se realizó mediante entrevistas presenciales cuya información fue grabada con dispositivos móviles de captura de datos, previo consentimiento informado de las participantes. Las pruebas serológicas se realizaron con las respectivas asesorías pre-prueba y post-prueba, y se hizo seguimiento efectivo a las mujeres trans que tuvieron un resultado positivo para VIH por parte de dos profesionales del equipo de investigación con experiencia en APV en los casos en los que se tuvo información de contacto efectivo (llamadas telefónicas en las cuales se logró comunicación con la participante).

Previo trabajo de campo conjunto entre las entidades territoriales, las secretarías de salud municipales y departamentales, las entidades ejecutoras, los profesionales de enlace y el equipo de investigación se levantó una ruta

orientadora de la atención en salud según el tipo de afiliación al SGSSS, la cual se suministró a las participantes durante la entrega del resultado luego de la asesoría post-prueba.

La muestra total del estudio estuvo conformada por 972 mujeres trans. Las prevalencias de infección encontradas fueron las siguientes: Medellín, 10,0%; Barranquilla, 13,1%; Bogotá, 17,1% y Cali, 18,8%. De los 135 casos detectados con la infección, 120 (89%) no habían sido diagnosticadas previamente. Estas prevalencias, si bien se encuentran por debajo de las que se registran en países vecinos —que oscilan entre 29% y 34% (Perú, Brasil, Argentina)—, sugieren la posibilidad de que la epidemia aumente en el futuro si no se implementan las medidas preventivas adecuadas en esta población de forma inmediata.

Asimismo, se identificaron brechas importantes que señalan necesidades de intervención y fortalecimiento a futuro en los siguientes aspectos:

- Acceso a la prueba y adecuación de los servicios de salud a las necesidades de las mujeres trans, particularmente el vínculo ágil a los servicios de seguimiento y tratamiento;
- Suministro de información sobre el uso adecuado del condón y lubricantes así como acceso a los mismos;
- Abordaje del consumo de sustancias psicoactivas en los programas de prevención, así como referencia a servicios de atención adecuados y sensibilizados para esta población;
- Mecanismos ágiles de apoyo, denuncia y protección tanto para situaciones de violencia sexual como para actos de estigma y discriminación asociados al género.

2. Introducción

Conocer la situación y características de la epidemia de VIH en los grupos poblacionales más vulnerables es requisito para la acción; por lo cual entender la magnitud de afectación, los factores que generan comportamientos de riesgo tanto a nivel individual como colectivo e identificar las principales barreras de acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento es esencial para el desarrollo de estrategias efectivas. Por ello, es recomendación mundial de ONUSIDA y la OMS1 realizar vigilancia de la infección por VIH y las conductas asociadas al riesgo de infección en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad cada cuatro o cinco años, con el fin de generar información estratégica para la acción.

La epidemia del VIH en Colombia tiene un impacto generalizado, pues afecta departamentos, estratos económicos, niveles educativos, grupos etarios y categorías de sexo y género, situación que evidencia los datos registrados en el sistema nacional de reporte de casos del VIH. Al mismo tiempo, y al igual que en otras partes de las Américas y del mundo², en Colombia se han identificado niveles elevados de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH en distintos grupos poblacionales y con diferentes intensidades, entre ellos hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH)³, mujeres trabajadoras sexuales (MTS)⁴, y usuarios de drogas inyectadas (UDI)⁵. El acercamiento a los niveles de vulnerabilidad y dinámicas de riesgo de estas poblaciones ha sido posible gracias a los estudios de vigilancia epidemiológica que incluyen análisis de los comportamientos de las mismas.

Sin embargo, es reciente la evidencia de enfermedad por VIH en mujeres trans a nivel mundial. La primera revisión de estudios publicados sobre mujeres trans, realizada en 2013, evidencia un alto nivel de afectación consistente en los quince países con datos disponibles⁶, entre ellos, cuatro países en América Latina: Argentina⁷, Brasil, El Salvador y Perú⁸. Estos mismos señalan condiciones de vulnerabilidad comunes que incluyen opciones limitadas de empleo y el trabajo sexual como actividad económica principal; consumo de alcohol y drogas; prevalencias elevadas de otras infecciones de transmisión sexual que aumentan las posibilidades de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales; y la aplicación de inyecciones de hormonas y otros procedimientos para la transformación del cuerpo sin supervisión médica. Las experiencias de discriminación y exclusión social a causa de la identificación de género de las mujeres trans pueden generar barreras de acceso a los servicios de diagnóstico, prevención y tratamiento, así como violencia sexual, factores destacados en la literatura internacional⁹⁻¹¹.

En Colombia, una encuesta de carácter exploratorio de conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres trans llevada a cabo en el año 2010 en Bogotá y Cali evidenció factores de vulnerabilidad similares¹²; sin embargo, estos estudios tienen la limitante de tener un número de participantes reducido (<100 participantes por ciudad).

Por ello, en el marco de Proyecto VIH del Fondo Mundial "Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad

3. Aproximaciones a las identidades de las mujeres trans

y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia", se llevó a cabo el *Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en mujeres trans en cuatro ciudades de Colombia, 2012: Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín*, con el fin de fortalecer la vigilancia epidemiológica y generar información estratégica sobre la situación de la epidemia, los factores de vulnerabilidad y el acceso a servicios de las mujeres trans de las ciudades mencionadas.

En apartado titulado "Aproximaciones a las identidades de las mujeres trans" se presenta una discusión sobre las identidades de las mujeres trans, los términos que se encuentran en uso y su significado en el contexto colombiano.

En el capítulo sobre la metodología del estudio, se aborda la investigación exploratoria realizada como paso previo al desarrollo del protocolo del estudio, el proceso de muestreo y reclutamiento de participantes, los instrumentos y proce-

dimientos para la recolección de datos, y consideraciones de confidencialidad.

En el capítulo dedicado a los resultados, se presentan las características de la muestra obtenida en cada ciudad y las estimaciones para los principales ejes de la investigación.

El alcance de estos resultados, características de la estrategia de reclutamiento y otros procedimientos aplicados que pueden influir en la calidad del dato e interpretación de los hallazgos, se explora en la parte de limitaciones.

Posteriormente, en la sección de las conclusiones, se destacan y sintetizan los hallazgos más importantes en cuanto a la situación de la epidemia y las características que pueden orientar las acciones para contrarrestarla. Por último, se ofrece una serie de recomendaciones para la realización de futuras investigaciones sobre la población de mujeres trans y la respuesta a la epidemia de infección por el VIH.

Existe un debate sobre las categorías que se emplean en el contexto local, distrital, nacional y regional (Latinoamérica y el Caribe) para nombrar las identidades de género no hegemónicas. Desde lo político, lo médico y lo cotidiano, aparecen múltiples nombres, diversas formas de reconocimiento que entran en disputa o que se superponen, haciendo de lo trans una categoría inestable e imposible de significar.

El término 'transgenerista' surge de la traducción de la palabra inglesa *transgender*¹³. En Colombia, se emplea en la representación política como término 'sombrija' que incluye personas con diversas manifestaciones identitarias de tránsito por los sexos y por los géneros; y de transgresiones a la continuidad socialmente impuesta entre sexo —entendido como atributos naturales— y género —entendido como construcciones culturales del yo—¹⁴⁻¹⁶.

Desde 2003 y después de un proceso de consolidación y diálogo de movimientos sociales denominado Planeta Paz¹⁷, la categoría de transgeneristas en Colombia agrupa las identidades que se trascienden el binarismo masculino-femenino y que cuestionan la continuidad del sexo biológico y el género cultural. Es el término que denota la representación oficial que se emplea en las políticas públicas institucionales y en las políticas identitarias del sector LGBT —Lesbianas, Gay, Bisexuales y Transgeneristas—. ^{17,18}

La categoría de transgeneristas está conformada por diversas manifestaciones de la identidad de género, a saber: *transexuales*, son personas que para construir su identidad necesitan transformar sus características sexuales, corporales y de género, mediante intervenciones endocrinológicas y quirúrgicas que por lo general incluyen cirugías de reasignación sexual o de cambio de sexo. En este caso se trata de una categoría definida desde la institución médica. *Travestis*, son personas que asumen una identidad atribuida socialmente al sexo opuesto interviniendo sus cuerpos con hormonas y cirugías pero sin transformar quirúrgicamente sus genitales. En ocasiones, esta denominación parte del prejuicio y adquiere connotaciones negativas e incluso de insulto o injuria. Por su parte, los *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 festivos, exagerando rasgos de la feminidad; o *drag kings*, mujeres que asumen una identidad transgresora del género en contextos festivos, exagerando rasgos de la masculinidad^{14,15,19,20}.

Desde otras perspectivas políticas más autónomas y desde las prácticas cotidianas de autorreconocimiento de muchas personas, se prefiere utilizar la categoría de trans como espacio de acción política y de construcción de identidad. Las organizaciones sociales contemporáneas de mujeres trans en Colombia²¹⁻²³ y en Latinoamérica^{24,25} han ido posicionando paulatinamente la categoría trans como una categoría para la acción política y para el reconocimiento de las personas

que asumen una identidad de género que no está acorde con el sexo anatómico asignado al nacer, así como para la defensa de los DDHH de estas poblaciones^{14,15,19,26}.

Diversas mujeres trans en Bogotá y Cali emplean de forma cotidiana la palabra 'trans' para definir su identidad, los procesos de construcción de su cuerpo y sus experiencias de tránsito y de ubicación en los espectros y espacios del sexo, el género y la sexualidad. Lo trans, entonces, surge de iniciativas de

organización y de enunciación autónomas que cuestionan las instituciones y las prácticas políticas que nombran a otros y a otras con categorías como transexuales o transgeneristas. Atendiendo a estos procesos de organización política y de autorreconocimiento, en este texto se hará énfasis en la denominación mujeres trans teniendo en cuenta también los debates identitarios y la multiplicidad de denominaciones empleadas para hacer alusión a la diversidad de género en nuestro contexto.

4. Objetivos

Objetivo general

Caracterizar la vulnerabilidad y la prevalencia de VIH en mujeres trans en las ciudades seleccionadas para contribuir a la formulación de políticas e intervenciones de prevención y atención del VIH e ITS en esta población.

Objetivos específicos

1. Estimar la prevalencia de infección por el VIH en mujeres trans de cuatro ciudades en Colombia.
2. Describir las características sociodemográficas, los niveles de conocimiento sobre el VIH y otras ITS y la cobertura de intervenciones recientes de prevención.
3. Identificar las principales necesidades de salud relacionadas con las ITS, así como barreras de acceso a los servicios de salud.
4. Determinar los niveles de exposición a estigma y discriminación.
5. Formular recomendaciones orientadas a suministrar información adicional para el diseño de políticas y programas de salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH e ITS.



5. Metodología

5.1 Diseño del estudio

El protocolo y la metodología del estudio fueron construidos a partir del trabajo de un comité técnico consultivo que celebró cinco reuniones de trabajo entre septiembre y noviembre del 2011. Los integrantes de dicho comité fueron mujeres trans líderes de sus comunidades en Barranquilla, Bogotá y Cali, así como representantes de ONG con trabajos de investigación, prevención y educación con mujeres trans en las mismas ciudades. Con el apoyo de un facilitador experimentado en el desarrollo de investigaciones sobre VIH en poblaciones de difícil alcance en diferentes países de América Latina, el Comité:

- Revisó y debatió la pertinencia y factibilidad de metodologías aplicadas en otros países para estudios parecidos, y consensuó la metodología a aplicar en las ciudades seleccionadas.
- Desarrolló un estudio exploratorio para orientar las decisiones metodológicas del estudio, realizado por Andrea García, profesora del Departamento de Antropología de la Pontificia Universidad Javeriana, mujer trans especializada en temas de género y derechos humanos.
- Consensuó los criterios de inclusión y exclusión del estudio, los formatos de consentimiento informado, el cuestionario y modo de aplicación del mismo y la técnica de reclutamiento de las participantes.

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado previo inicio de la puesta en marcha del mismo por un comité de ética ad hoc, conformado por una socióloga especialista en bioética, una antropóloga con experiencia en investigación sobre VIH y una socióloga, mujer trans, como representante de la sociedad civil de las mujeres trans. En reunión del 26 de junio de 2012, previa revisión de los ajustes solicitados al protocolo del estudio, se concedió el aval para la implementación del mismo.

5.2 Estudio exploratorio

En 2011, se llevó a cabo un estudio cualitativo en tres ciudades —Bogotá, Cali y Barranquilla— para orientar el desarrollo del presente estudio de VIH. En cada ciudad se realizaron tres entrevistas a profundidad con mujeres trans y un grupo focal que contó con cinco a diez mujeres trans, contactadas gracias a la información facilitada por ONG en las ciudades respectivas. Se realizó adicionalmente una entrevista con personal de la salud en cada una de las tres ciudades.

De igual manera, se realizó observación directa en campo de sitios y zonas de reunión frecuentados por mujeres trans y el registro de las observaciones se consignó en un diario de campo. El estudio examinó varios temas para orientar la construcción de la metodología del estudio, a saber:

- Condiciones económicas, educativas y de salud
- Identidad de género, raza y pertenencia étnica
- Procesos de movilidad, migración y desplazamiento
- Acceso, utilización y pertinencia de programas de prevención de VIH y de programas de salud en general
- El trabajo de organizaciones transgeneristas
- Significados y creencias sobre el VIH
- Prácticas sexuales, relaciones socio afectivas, trabajo sexual
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Lugares de residencia, trabajo, socialización y la posibilidad de realizar un estudio por sitios y zonas visibles
- Redes sociales y las posibilidades para realizar un estudio por referencia por pares
- Perspectivas acerca de un estudio de VIH, posibles barreras a la participación y preferencias en cuanto a la logística y parámetros operativos del estudio

5.3 Población y sitios del estudio

La población meta para el estudio fueron mujeres trans mayores de 18 años que vivieran o trabajaran en las áreas metropolitanas de las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Cali y Medellín. Los criterios de elegibilidad se presentan a continuación.

Criterios de inclusión

Para participar en el estudio, la persona tenía que cumplir con todos los criterios que se mencionan a continuación:

- Asignación de sexo masculino al nacer
- Reportar su autoidentificación como mujer, persona trans, travesti, transformista, transgénero, o transexual
- Vivir o trabajar en el área metropolitana de la ciudad del estudio
- Dar voluntariamente el consentimiento informado
- Tener de 18 años de edad en adelante

Estos criterios de inclusión fueron definidos luego de profundas y extensas discusiones por parte de los integrantes del comité técnico consultivo conformado para la elaboración del protocolo de estudio. Cabe resaltar que entre los miembros de este comité se encontraban mujeres trans líderes de organizaciones de trabajo de esta población habitantes de algunas ciudades del estudio. El método de verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión durante el trabajo de campo se hizo por medio de la formulación de preguntas que se encontraban plasmadas en el formulario "Criterios de elegibilidad" que se encuentra en el protocolo de estudio.

Criterios de exclusión

Personas que cumplieran uno o más de los siguientes criterios no eran elegibles para participar en el estudio:

- Persona que a juicio del entrevistador no comprendía la información que se suministraba para el desarrollo de la encuesta
- Persona que a juicio del entrevistador poseía una condición mental que comprometía su habilidad para firmar el consentimiento informado

El criterio de edad se verificó con la cédula de la posible participante. Si la persona no poseía cédula o no deseaba presentarla, no podía participar en el estudio. Esta situación se presentó en pocas ocasiones; sin embargo, no se cuenta con registro de ello.

Los criterios de inclusión y exclusión se verificaron por medio del diligenciamiento presencial del formulario "Criterios de elegibilidad" que se aplicó a todas las participantes. El formulario incluye preguntas como por ejemplo:

<p>¿Cómo se identifica Ud.?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Hombre ➔ Agradezca y termine</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Mujer</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Mujer trans</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Persona trans</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Travesti</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Transformista</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Transgénero o transgenerista</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Transexual</p> <p><input type="checkbox"/> 9. Otro: ¿Cuál? _____</p> <p>Si la participante indicó "otro" (9), ¿el término que utiliza corresponde al género femenino?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sí</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No ➔ Agradezca y termine</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Participante no indicó "otro" (9)</p>
---------------------------------	---

Como se mencionó anteriormente, los criterios de inclusión fueron ampliamente debatidos por el comité técnico consultivo para la construcción del protocolo, puesto que era importante asegurar, por los medios posibles, que estos resultados reflejaran la situación de la epidemia del VIH en esta población y fueran la base para guiar de manera acertada las decisiones y acciones frente a la población de mujeres trans.

Por ello, en el formulario de criterios de elegibilidad se incluyeron dos preguntas para asegurar que los participantes hicieran parte de la población sujeto de estudio: en primer lugar se formulaba la pregunta empleada en el ejemplo anterior ¿Cómo se identifica Ud.? Si la respuesta correspondía a persona trans, travesti, transformista, transgénero, transgenerista u otro a continuación se preguntaba a la persona si se identificaba con el género femenino la mayor parte del tiempo, con opciones de respuesta sí o no; aquellos participantes que respondían no, se les agradecía y no continuaban en el proceso de selección para ingresar al estudio.

Mapeo social

La técnica de reclutamiento consistió en una primera etapa de identificación de los lugares de reunión de mujeres trans de cada ciudad, incluyendo lugares públicos (calles, parques, plazas) y establecimientos (peluquerías, locales de estética y belleza, locales de reunión nocturnos, residencias). Una vez concluido el proceso de identificación de lugares, se consultaron entre tres y cuatro líderes locales para revisar el listado e identificar sitios adicionales. Este proceso de identificación fue realizado por la empresa experta en recolección de información contratada para tal fin.

Técnica de reclutamiento

Con el apoyo de las mujeres trans líderes locales de la población, se realizaron visitas a los lugares identificados durante el mapeo social para presentar el estudio a las personas presentes.

Según las posibilidades para habilitar un espacio con condiciones adecuadas de confidencialidad y privacidad en los lugares identificados, y las preferencias de las mujeres trans contactadas por las líderes, se establecieron citas para realizar el proceso de enrolamiento y recolección de datos en la misma localización y/o en sedes del estudio ajenas a los lugares mapeados.

Las sedes del estudio que se establecieron fueron casas y apartamentos alquilados para fines del estudio, fundaciones y ONG que trabajaban con la población, y/o casas o establecimientos de líderes trans. Estas variaban según la disponibilidad de opciones en cada ciudad.

Previa recepción de las participantes, se adecuaron los lugares identificados y las sedes para asegurar condiciones de privacidad y confidencialidad. En muchos casos las sedes se establecieron durante un periodo corto —algunos días o semanas— en función del número de posibles participantes en la zona correspondiente de la ciudad.

Los horarios de las visitas de reclutamiento y de las sedes se establecieron según la disponibilidad de la población y variaban entre las 09:00 y las 23:00 horas.

Capacitación

El personal del estudio —las encuestadoras, supervisoras y coordinadores de campo de las cuatro ciudades— recibieron durante una semana en Bogotá una capacitación en temas de la epidemia de VIH, asesoría y prueba voluntaria, vigilancia epidemiológica, identidades y contextos de vulnerabilidad que enfrentan las mujeres trans, metodología y procedimientos del estudio, y recolección de datos con énfasis en los procedimientos para asegurar la confidencialidad de la información proporcionada por las participantes.

5.4 Selección de participantes

La metodología definida en el protocolo del estudio para la selección de participantes consistió en una etapa preliminar de "mapeo social", en la que, en conjunto con miembros de la comunidad, se identificaron los sitios visibles de reunión de mujeres trans —establecimientos, locales, calles y otros sitios públicos—; luego, en la realización de visitas a cada uno de los sitios identificados para verificar su existencia y ubicación, entrevistar informantes clave para determinar el número de mujeres trans que típicamente se encuentran en cada lugar así como variación en aquel número por diferentes días y horarios. En esta primera etapa se definió un listado integral de todos los sitios identificados, cada uno con un código asignado y con los datos recolectados durante las visitas de verificación. Posteriormente, se programaron dos visitas a cada uno de los sitios identificados, durante los dos horarios de mayor presencia de la población. Durante ambas visitas se entró en diálogo con cada una de las personas presentes para invitarlas a participar en el estudio (estrategia denominada "toma todos").

No obstante, este informe no da cuenta del número estimado de mujeres trans que típicamente se encuentran en cada sitio, ni de la tasa de participación en el estudio, puesto que esta información no fue recolectada durante el mapeo social. De otro lado, los equipos de campo no identificaron los horarios de mayor presencia para la programación de las visitas y posiblemente algunas de las participantes fueron referidas directamente al estudio por las líderes trans, y no a través del proceso descrito anteriormente.

Además del mapeo de sitios visibles y la aplicación en los mismos de la estrategia "toma todos", el protocolo definió un mapeo virtual de las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual a través de Internet y por avisos en los diarios. Este proceso no siguió debido a que en un ensayo previo realizado por la empresa de recolección de información el listado de sitios de Internet fue extenso y variable, y al tratar de realizar una búsqueda específica hubo menos probabilidad de éxito, pues implicaba más tiempo del estipulado, por lo cual se decidió, con aprobación de la coordinación de los estudios, no implementar esta metodología.

Número de participantes

Si bien la metodología planteada para la selección de participantes no era por muestreo aleatorio, no se fijó un tamaño de muestra sino un número anticipado de personas que se encontraría presente en los sitios identificados por el mapeo social preliminar. Este número anticipado de participantes fijado en el protocolo se basó en la revisión del alcance de estudios e iniciativas anteriores en cada una de las ciudades. En total, se anticipaba identificar 890 mujeres trans en las cuatro ciudades. Durante el transcurso del estudio se contó con la participación de 972 mujeres trans, cifra que superó el número anticipado en Bogotá, Medellín y Barranquilla, con excepción de Cali.



Tabla 1. Número de participantes y fechas de reclutamiento

	N.º de participantes Anticipado	Muestra obtenida	Fechas de reclutamiento (2012)
Bogotá	300	316	29 de junio a 9 de agosto
Cali	230	207	4 de julio a 17 de agosto
Medellín	230	250	4 de julio a 3 de agosto
Barranquilla	130	199	28 de junio a 17 de agosto
Total	890	972	28 de junio a 17 de agosto

Aunque la muestra obtenida a partir del estudio es una muestra a conveniencia, es importante señalar, como punto de referencia, el nivel de precisión que correspondería a una muestra aleatoria del mismo tamaño. La precisión para estimaciones de prevalencia de entre doscientas y trescientas participantes por ciudad estaría entre el 5% y el 6% y menor al 3% para el total¹.

El proceso de reclutamiento de participantes y recolección de información se llevó a cabo entre el 28 de junio y el 17 de agosto de 2012 y tuvo una duración total de 49 días calendario —aproximadamente 1,5 meses— con una variación de 29 días en Medellín, 40–43 días en Bogotá y Cali, y 49 días en Barranquilla.

5.5 Ruta de participación en el estudio

Las personas invitadas a participar en el estudio por los distintos mecanismos de reclutamiento que llegaron a presentarse en los sitios establecidos para recibir a las participantes pasaron por la ruta que se detalla a continuación:

1. Se le explicó a la posible participante el propósito del estudio, los objetivos y los procedimientos del estudio en general
2. Se aplicó el formulario criterios de elegibilidad cara a cara para evaluar los mismos
3. A las personas que no cumplieron con los criterios se les agradeció y no continuaron con el proceso
4. Se revisó en conjunto con la posible participante el formato de consentimiento informado (ver Anexo 10.1), el cual detallaba los riesgos que podrían presentarse y los beneficios para la participante y para la comunidad, y aclaraba que la participación era voluntaria y confidencial.
5. Las personas que estaban de acuerdo en participar firmaron el formato de consentimiento y procedieron con los siguientes pasos. Personas que no podían leer o escribir pusieron una huella indicando su acuerdo con el proceso. A las personas que

¹ Este cálculo asume una prevalencia de VIH de 20%, un tamaño poblacional de 1.000 personas para la corrección por poblaciones finitas y un efecto de diseño de 1.5 para el muestreo por conglomerados. Es conservadora en el sentido de que el tamaño poblacional probablemente sea menor frente al alcance de iniciativas anteriores en las ciudades del estudio y la prevalencias encontradas en algunas de las ciudades también fueron menores, lo que reduce el nivel de error.

no estuvieron de acuerdo en participar se les agradeció su colaboración y no siguieron en el proceso.

6. Se aplicó la encuesta cara a cara acerca de conocimientos, conductas, factores de vulnerabilidad y acceso a servicios de salud.
7. Se aplicó el formato de consentimiento para la prueba de VIH brindando asesoría para la prueba voluntaria que consistió en el suministro de información acerca de la infección por el VIH, mecanismos de transmisión y prevención, procedimientos de diagnóstico voluntario, entre otros.
8. A las personas que indicaron su acuerdo al poner su firma y huella, según el caso, se les recolectó la muestra de sangre y se les proporcionó información acerca de la entrega de resultados.
9. Después de la recolección de la muestra, en un periodo de entre ocho y veinte días se entregaron los resultados con su respectiva asesoría post-prueba, entrega de bono de compensación por el tiempo dedicado a la recolección de la información (\$40.000) y condones.
10. A las participantes que obtuvieron resultados positivos de infección por VIH, se les brindó orientación para enlace con la EPS o IPS correspondiente a su condición de afiliación al SGSSS. Así mismo, se les ofreció acompañamiento durante el proceso de ingreso al programa de VIH de la EPS respectiva, por lo cual se les solicitaron números de teléfono de contacto.

5.6 Encuesta sobre conocimientos, conductas, vulnerabilidad y acceso a servicios

Seguido el primer proceso de consentimiento informado, una de las encuestadoras aplicó la encuesta por modalidad cara a cara para recolectar información de la participante acerca de distintos temas relacionados a la epidemia del VIH, entre ellos:

- Características sociales y demográficas
- Salud y acceso a servicios
- Transformaciones del cuerpo
- Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- Parejas sexuales comerciales y no comerciales
- Ejercicio del trabajo sexual/trabajo sexual
- Uso y actitudes con relación al condón y lubricantes
- Conocimientos sobre VIH y Sida
- Exposición a intervenciones de prevención y la prueba de VIH
- Consumo de sustancias psicoactivas
- Experiencias de estigma y discriminación

El registro de la información se realizó con dispositivos móviles de captura de datos. La captura incluía un código consecutivo que permitiera la vinculación de los datos de la encuesta con los resultados de las pruebas biológicas.

Las encuestadoras fueron de sexo femenino y no mujeres trans, de acuerdo con las preferencias expresadas por la población durante el estudio exploratorio que se realizó para fines del desarrollo del protocolo del estudio.

La encuesta se construyó a partir de un instrumento estándar recomendado por lineamientos internacionales para encuestas de vigilancia epidemiológica del VIH²⁷. El instrumento fue revisado y ajustado por el comité técnico del estudio. Previo al inicio del estudio, se realizó una prueba piloto del instrumento con veinte mujeres trans en Villavicencio, ciudad no incluida en el estudio, con el fin de mejorar su estructura y redacción.

5.7 Muestras biológicas y procedimientos de laboratorio

Al finalizar la encuesta cara a cara con las participantes que dieron voluntariamente su consentimiento para la prueba de VIH, la encuestadora, previamente capacitada en el procedimiento, realizó la recolección de muestra sanguínea en papel filtro por medio de punción capilar.

Durante el transcurso del estudio, semanalmente se enviaron las muestras sanguíneas al Centro de Análisis Molecular (CAM) ubicado en Bogotá para su procesamiento según el algoritmo nacional: realización de dos pruebas ELISA de tercera generación para determinar la presencia de anticuerpos seguidas, en caso de que ambas resultaran reactivas, por la prueba confirmatoria *Western Blot* (Anexo 10.2).

Como se indicó a las participantes en el momento de la recolección de la muestra de sangre, la entrega de resultados se realizó a los veinte días posteriores a la toma. En algunos casos se contactó a las personas por teléfono o celular para acordar el sitio de entrega del resultado con su respectiva asesoría post-prueba; en otros, las encuestadoras y las líderes realizaban un recorrido por los sitios en los cuales se realizaron las encuestas para indicarle a las participantes que los resultados se encontraban listos. Es importante resaltar que en todos los casos entre la participante y la encuestadora se acordó el sitio de entrega, que según la preferencia de la participante podía realizarse en una de las oficinas de YanHaas o uno de los establecimientos de reclutamiento. En todo caso, en un área específica designada que aseguraba las condiciones adecuadas de privacidad y confidencialidad. Adicionalmente, en algunas de las ciudades se ofreció la opción de entrega de resultado en un apartamento o casa alquilada para este fin, casas de las líderes mujeres trans, y/o en fundaciones y ONG que trabajaban con la población. No se logró contactar al 4% de las mujeres trans para hacer la entrega del resultado con su respectiva asesorías post-prueba.

Junto con la entrega del resultado, se realizó una asesoría post-prueba, se proporcionó una cantidad de tres a seis preservativos, se orientó en el adecuado uso de los mismos, y se suministró un bono por valor de \$40.000 pesos a manera de agradecimiento y reconocimiento del tiempo destinado al estudio. El bono podía cambiarse en almacenes de cadena por productos diferentes a cigarrillos y alcohol.

La asesoría post-prueba se realizó por parte del personal previamente capacitado y entrenado en asesoría y prueba voluntaria.

A las personas que obtuvieron resultados positivos para infección por el VIH se les proporcionó información acerca de la entidad promotora de servicios de salud (EPS) correspondiente a su condición de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Así mismo, se les indicó que si deseaban acompañamiento de profesionales con experiencia en APV durante el acceso a los servicios de salud era necesario que proporcionaran un número de teléfono de contacto. Esta autorización se registró con firma de la participante en el documento "Guía de las asesorías pre-post prueba". A las mujeres trans que suministraron un número telefónico se les realizaron diferentes llamadas telefónicas por parte de dos profesionales del equipo de investigación; cuando por medio de la llamada se logró comunicación con la participante, el profesional dio seguimiento y acompañamiento que se registró en el Formato 14.4 "Seguimiento a pacientes", en el que se consignaron las observaciones pertinentes que se resumen en el anexo 10.3. Sin embargo, en algunas ocasiones las llamadas no fueron exitosas debido a motivos como: la persona que responde no es a quien se busca, el número telefónico estaba fuera de servicio, la persona no responde la llamada y pasa a buzón de voz, el número telefónico es de un(a) amigo(a) o familiar, o el teléfono se encuentra apagado. No se logró contactar al 10% de las mujeres que obtuvo resultado positivo para entregar el resultado de la prueba con su respectiva asesoría post-prueba.

En el anexo 10.3 se encuentra el número de encuestas, asesorías pre-prueba voluntaria de VIH, muestras recolectadas, asesorías post-prueba voluntaria de VIH, bonos de compensación entregados, número de mujeres trans con descripción del seguimiento realizado y número de mujeres trans incluidas en el análisis de los datos que se presentan en este documento.

5.8 Análisis de datos

A continuación se presentan los resultados del estudio para cada una de las ciudades y se realiza un análisis conjunto de los mismos.

Para las variables categóricas se presentan las frecuencias absolutas y las proporciones para cada respuesta. Las proporciones son acompañadas de intervalos

de confianza del 95%, calculados con el método exacto para la distribución binomial. Para las variables continuas se calculó la mediana y rango intercuartil (50% central de la distribución entre el primer y tercer cuartil), agrupándolas también en categorías y obteniendo las frecuencias absolutas y porcentajes correspondientes.

Se excluyen de los cálculos respuestas que corresponden a datos faltantes (por ejemplo: "no responde"). Con excepción de las estimaciones acerca de conocimiento, en seis preguntas que se recopilan en el capítulo VIII de la encuesta "Conocimientos sobre VIH/Sida" en las que se indaga por ejemplo ¿puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o Sida?, se excluyen del análisis las respuestas "no sabe". Para la estimación de la prevalencia de infección por el VIH, se excluyen los resultados indeterminados de las pruebas realizadas, que fueron mínimos (0,8%, 8 de 972 participantes).

Varias preguntas del cuestionario eran de opción múltiple. Para facilitar la interpretación de los hallazgos y la precisión estadística de las estimaciones, en algunos casos se agruparon categorías conceptualmente parecidas. Así mismo, cuando el número de participantes que eligió la opción de respuesta era baja (menor del 5%) se agruparon bajo la denominación "otro", salvo que se considerase particularmente relevante y por ello, a pesar de la baja frecuencia, se mantuvo de manera independiente en el reporte. La presentación de resultados se hace mediante tablas y gráficos. Para cada pregunta o grupo de preguntas se presentan dos tablas, una con los resultados de Bogotá y Medellín, y otra con los resultados de Barranquilla y Cali.

En las tablas, las razones denominadas "n/N" se refieren el número de participantes en la categoría correspondiente (n), sobre el número total de participantes para quienes se cuenta con el dato (N).

Además del análisis univariado, en la Sección 6.15 se presenta la relación entre el resultado de la prueba del VIH durante el estudio y el resultado de la última prueba que se realizó la participante en los últimos doce meses. No se contó con información suficiente para estimar el porcentaje de participantes con infección no previamente diagnosticada.

El análisis se realizó empleando el programa STATA 12.0, y los gráficos estadísticos se elaboraron en Microsoft Office Excel 2007.

6. Resultados

6.1. Muestra de participantes

Verificación de elegibilidad

En el estudio participaron 991 personas. Aunque todas ellas pasaron por un filtro para asegurar su elegibilidad, durante el análisis se identificaron 19 personas (1,9%) que reportaron vivir fuera de las áreas metropolitanas de las ciudades del estudio o ser menores de edad, por lo cual se obtuvo una muestra efectiva de 972 participantes incluidos en el análisis. Todas las participantes reportaron identificarse con el género femenino (Sección 6.4).

6.2. Características sociales y demográficas

La mediana de la edad de las participantes en el estudio fue 25,5 años (rango intercuartil 21 a 33). Las participantes de Bogotá presentaron la menor mediana de edad (24 años), mientras que en Cali se encontró la mayor mediana de edad (27 años). En general, las participantes tenían entre 18 y 24 años. Por ciudad, las participantes entre 18 y 24 años representaron el 43,6% de la muestra en Medellín, el 44,2% en Barranquilla, el 50,9% en Bogotá y el 43,0% en Cali. La mayor proporción de participantes tuvo un nivel educativo de secundaria, con variaciones entre ciudades (64,4% en Medellín, 57,3% en Barranquilla, 68,7% en Bogotá y 69,6% en Cali). La gran mayoría de participantes consideró que le era fácil leer y entender un texto, siendo Bogotá la ciudad donde se registró el mayor porcentaje para este indicador (95,6%), mientras que en Medellín se obtuvo la menor frecuencia (89,6%). Mayoritariamente las participantes son solteras (85,0%), mientras que el 12,2% declararon tener una unión libre. En Cali (16,9%) y Bogotá (14,2%) fueron las ciudades donde se registraron las mayores frecuencias de unión libre. En la Tabla 2 y la Tabla 3 se presentan en detalle estos hallazgos.

Tabla 2. Características demográficas de las participantes, Bogotá y Medellín

Característica	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Edad						
Mediana	24			26		
[Rango intercuartil]	[20 – 31]			[21 – 33]		
Grupo etario						
18 a 24	161/316	50.9	(45.3-56.6)	109/250	43.6	(37.4-50.0)
25 a 29	54/316	17.1	(13.1-21.7)	54/250	21.6	(16.7-27.2)
30 a 39	76/316	24.1	(19.4-29.2)	53/250	21.2	(16.3-26.8)
40 y más	25/316	7.9	(5.2-11.5)	34/250	13.6	(9.6-18.5)
Nivel educativo						
Ninguno	3/316	0.9	(0.2-2.7)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Primaria	21/316	6.6	(4.2-10.0)	39/250	15.6	(11.3-20.7)
Secundaria	217/316	68.7	(63.2-73.7)	161/250	64.4	(58.1-70.3)
Técnico/Tecnológico	40/316	12.7	(9.2-16.8)	40/250	16.0	(11.7-21.1)
Universitario/Postgrado	35/316	11.1	(7.8-15.1)	6/250	2.4	(0.9-5.2)
Leer y entender un texto es:						
Fácil	302/316	95.6	(92.7-97.6)	224/250	89.6	(85.1-93.1)
Difícil/Imposible	14/316	4.4	(2.4-7.3)	26/250	10.4	(6.9-14.9)
Estado civil						
Soltera	259/316	82.0	(77.3-86.0)	222/250	88.8	(84.2-92.4)
Unión libre	45/316	14.2	(10.6-18.6)	21/250	8.4	(5.3-12.6)
Casada	6/316	1.9	(0.7-4.1)	3/250	1.2	(0.2-3.5)
Separada/divorciada/viuda	6/316	1.9	(0.7-4.1)	4/250	1.6	(0.4-4.0)

Tabla 3. Características demográficas de las participantes, Barranquilla y Cali

Característica	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Edad						
Mediana		26			27	
[Rango intercuartil]		[31 – 36]			[21 – 37]	
Grupo etario						
18 a 24	88/199	44.2	(37.2-51.4)	89/207	43.0	(36.2-50.0)
25 a 29	39/199	19.6	(14.3-25.8)	32/207	15.5	(10.8-21.1)
30 a 39	42/199	21.1	(15.7-27.4)	48/207	23.2	(17.6-29.5)
40 y más	30/199	15.1	(10.4-20.8)	38/207	18.4	(13.3-24.3)
Nivel educativo						
Ninguno	0/199	0.0	(0.0-1.8)	0/207	0.0	(0.0-1.8)
Primaria	8/199	4.0	(1.8-7.8)	37/207	17.9	(12.9-23.8)
Secundaria	114/199	57.3	(50.1-64.3)	144/207	69.6	(62.8-75.8)
Técnico/Tecnológico	48/199	24.1	(18.4-30.7)	19/207	9.2	(5.6-14.0)
Universitario/Postgrado	29/199	14.6	(10.0-20.3)	7/207	3.4	(1.4-6.8)
Leer y entender un texto es:						
Fácil	188/199	94.5	(90.3-97.2)	193/207	93.2	(88.9-96.3)
Difícil/Imposible	11/199	5.5	(2.8-9.7)	14/207	6.8	(3.7-11.1)
Estado civil						
Soltera	179/199	89.9	(84.9-93.8)	166/207	80.2	(74.1-85.4)
Unión libre	18/199	9.0	(5.4-13.9)	35/207	16.9	(12.1-22.7)
Casada	1/199	0.5	(0.0-2.8)	4/207	1.9	(0.5-4.9)
Separada/divorciada/viuda	1/199	0.5	(0.0-2.8)	2/207	1.0	(0.1-3.4)

Al analizar las fuentes de ingreso económico, en general se tiene que el primer lugar lo ocupa el trabajar en una peluquería (estilista, estética, belleza), seguido del trabajo sexual. Estos resultados varían según ciudad, así: en Medellín la principal fuente de ingresos es el trabajo sexual (44,4%), mientras que a la peluquería se dedica el 30%; en Barranquilla es donde más se hace referencia a la peluquería (50,8%) y menos al trabajo sexual (solo 4%); en Bogotá ambas actividades presentan frecuencias similares (25,9% peluquería y 24,7% prostitución), y en Cali el 44% declaró como fuente de ingresos principal la peluquería, seguida del trabajo sexual (19,3%). La proporción de mujeres que no tiene ingreso alguno, varió entre el 9,2% en Cali hasta 22,2% en Bogotá. Cuando se analiza el ingreso mensual según el salario mínimo, un poco menos de la mitad de las entrevistadas tiene un ingreso mensual promedio de un salario mínimo o más pero menor que dos, mientras que una quinta parte tiene un ingreso mensual menor a un salario mínimo (Tabla 4 y Tabla 5).

Tabla 4. Actividad económica principal e ingresos mensuales, Bogotá y Medellín

Variable	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ocupación principal						
Peluquería, estilista, estética, o belleza	82/316	25.9	(21.2-31.2)	75/250	30.0	(24.4-36.1)
Trabajo sexual	78/316	24.7	(20.0-29.8)	111/250	44.4	(38.1-50.8)
Empleada	47/316	14.9	(11.1-19.3)	6/250	2.4	(0.9-5.2)
Shows, espectáculos, striptease	5/316	1.6	(0.5-3.7)	3/250	1.2	(0.2-3.5)
Modista, diseñadora	3/316	0.9	(0.2-2.7)	10/250	4.0	(1.9-7.2)
Otro	31/316	9.8	(6.8-13.6)	15/250	6.0	(3.4-9.7)
Sin ingresos	70/316	22.2	(17.7-27.1)	30/250	12.0	(8.2-16.7)
Ingresos mensuales						
Mediana		80 000			80 000	
[Rango intercuartil]		[56 000 – 1 200 000]			[60 000 – 1 000 000]	
Ingresos mensuales						
Sin ingresos	70/310	22.6	(18.0-27.6)	30/246	12.2	(8.4-16.9)
< 1 salario mínimo (SM)	57/310	18.4	(14.2-23.2)	46/246	18.7	(14.0-24.1)
1 a < 2 SM	120/310	38.7	(33.3-44.4)	134/246	54.5	(48.0-60.8)
2 a < 3 SM	29/310	9.4	(6.4-13.2)	22/246	8.9	(5.7-13.2)
≥ 3 SM	34/310	11.0	(7.7-15.0)	14/246	5.7	(3.1-9.4)

Tabla 5. Actividad económica principal e ingresos mensuales, Barranquilla y Cali

Característica	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ocupación principal						
Peluquería, estilista, estética, o belleza	101/199	50.8	(43.6-57.9)	91/207	44.0	(37.1-51.0)
Trabajo sexual	8/199	4.0	(1.8-7.8)	40/207	19.3	(14.2-25.4)
Empleada	22/199	11.1	(7.1-16.3)	6/207	2.9	(1.1-6.2)
Shows, espectáculos, striptease	9/199	4.5	(2.1-8.4)	13/207	6.3	(3.4-10.5)
Modista, diseñadora	1/199	0.5	(0.0-2.8)	1/207	0.5	(0.0-2.7)
Otro	32/199	16.1	(11.3-21.9)	37/207	17.9	(12.9-23.8)
Sin ingresos	26/199	13.1	(8.7-18.6)	19/207	9.2	(5.6-14.0)
Ingresos mensuales						
Mediana	60 000			65 000		
[Rango intercuartil]	[40 000 – 1 000 000]			[40 000 – 1 000 000]		
Ingresos mensuales						
Sin ingresos	26/192	13.5	(9.0-19.2)	19/190	10.0	(6.1-15.2)
< 1 salario mínimo (SM)	70/192	36.5	(29.6-43.7)	55/190	28.9	(22.6-36.0)
1 a < 2 SM	71/192	37.0	(30.1-44.2)	79/190	41.6	(34.5-48.9)
2 a < 3 SM	17/192	8.9	(5.2-13.8)	21/190	11.1	(7.0-16.4)
≥ 3 SM	8/192	4.2	(1.8-8.0)	16/190	8.4	(4.9-13.3)

6.3. Transformaciones del cuerpo

Una tercera parte de las entrevistadas se ha practicado al menos un procedimiento de transformación de su cuerpo, siendo Medellín la ciudad donde con mayor frecuencia se han realizado estos procedimientos (44,8%), mientras que en Barranquilla solo el 18,6% reportó este antecedente. El procedimiento más empleado fue el consumo de hormonas, seguido de la cirugía de glúteos y cirugía de senos. Este orden (pero con diferentes frecuencias) se observa en todas las ciudades (Tabla 6 y Tabla 7).

Tabla 6. Procedimientos de transformación corporal alguna vez en su vida, Bogotá y Medellín

Procedimiento	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ninguno	217/316	68.7	(63.2-73.7)	138/250	55.2	(48.8-61.5)
Consumo de hormonas	47/316	14.9	(11.1-19.3)	76/250	30.4	(24.8-36.5)
Cirugía	52/316	16.5	(12.5-21.0)	44/250	17.6	(13.1-22.9)
Glúteos	36/316	11.4	(8.1-15.4)	31/250	12.4	(8.6-17.1)
Senos	23/316	7.3	(4.7-10.7)	24/250	9.6	(6.2-13.9)
Liposucción, lipectomía o rinoplastia	9/316	2.8	(1.3-5.3)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Mutilación del pene, testículos o castración	2/316	0.6	(0.1-2.3)	1/250	0.4	(0.0-2.2)
Otro procedimiento	11/316	3.5	(1.8-6.1)	1/250	0.4	(0.0-2.2)

Tabla 7. Procedimientos de transformación corporal alguna vez en su vida, Barranquilla y Cali

Procedimiento	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ninguno	162/199	81.4	(75.3-86.6)	130/207	62.8	(55.8-69.4)
Consumo de hormonas	25/199	12.6	(8.3-18.0)	43/207	20.8	(15.5-26.9)
Cirugía	16/199	8.0	(4.7-12.7)	46/207	22.2	(16.8-28.5)
Glúteos	13/199	6.5	(3.5-10.9)	35/207	16.9	(12.1-22.7)
Senos	6/199	3.0	(1.1-6.4)	19/207	9.2	(5.6-14.0)
Liposucción, lipectomía o rinoplastia	8/199	4.0	(1.8-7.8)	16/207	7.7	(4.5-12.2)
Mutilación del pene, testículos o castración	0/199	0.0	(0.0-1.8)	0/207	0.0	(0.0-1.8)
Otro procedimiento	2/199	1.0	(0.1-3.6)	0/207	0.0	(0.0-1.8)

Entre las entrevistadas que declararon haberse realizado procedimientos de transformación, solo una tercera parte de las mujeres declaró haber realizado al menos un procedimiento en un establecimiento de salud, mientras que las dos terceras partes lo ha hecho en lugares que no lo son. En Cali (49,4%) es donde en mayor frecuencia se ha acudido a establecimientos de salud, mientras que Medellín es la ciudad donde con mayor frecuencia se hicieron los procedimientos de transformación en lugares que no son establecimientos de salud (75,2%). Al analizar los establecimientos de salud, ha sido mucho más frecuente hacerse los procedimientos en establecimientos privados que públicos, siendo en todas las ciudades esta diferencia bastante marcada, aunque con frecuencias diferentes en cada una. Respecto a los lugares que no son establecimientos de salud, los dos más frecuentes fueron la propia casa de la entrevistada (sola) y una droguería o farmacia. Por ciudades, el orden es diferente. En Medellín y Barranquilla, lo más frecuentemente reportado fue la propia casa de la entrevistada (sola) (51,3% y 35,1%, respectivamente), mientras que en Bogotá y Cali el lugar más frecuente fue una droguería o farmacia (27,3% en cada ciudad) (Tabla 8 y Tabla 9).

Tabla 8. Lugar donde se realizó procedimientos de transformación corporal, Bogotá y Medellín

Lugar	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Establecimiento de salud	38/99	38.4	(28.8-48.7)	32/113	28.3	(20.2-37.6)
Privado	33/99	33.3	(24.2-43.5)	27/113	23.9	(16.4-32.8)
Estatad	6/99	6.1	(2.3-12.7)	5/113	4.4	(1.5-10.0)
No es establecimiento de salud	64/99	64.6	(54.4-74.0)	85/113	75.2	(66.2-82.9)
Sola, en mi hogar	10/99	10.1	(5.0-17.8)	58/113	51.3	(41.7-60.8)
Droguería o farmacia	27/99	27.3	(18.8-37.1)	39/113	34.5	(25.8-44.0)
Hogar de una amiga	14/99	14.1	(8.0-22.6)	10/113	8.8	(4.3-15.7)
Peluquería, salón de belleza	13/99	13.1	(7.2-21.4)	9/113	8.0	(3.7-14.6)
Otro	1/99	1.0	(0.0-5.5)	2/113	1.8	(0.2-6.2)

Tabla 9. Lugar donde se realizó procedimientos de transformación corporal, Barranquilla y Cali

Lugar	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Establecimiento de salud	12/37	32.4	(18.0-49.8)	38/77	49.4	(37.8-61.0)
Privado	12/37	32.4	(18.0-49.8)	31/77	40.3	(29.2-52.1)
Estatad	0/37	0.0	(0.0-9.5)	7/77	9.1	(3.7-17.8)
No es establecimiento de salud	26/37	70.3	(53.0-84.1)	40/77	51.9	(40.3-63.5)
Sola, en mi hogar	13/37	35.1	(20.2-52.5)	11/77	14.3	(7.4-24.1)
Droguería o farmacia	3/37	8.1	(1.7-21.9)	21/77	27.3	(17.7-38.6)
Hogar de una amiga	6/37	16.2	(6.2-32.0)	6/77	7.8	(2.9-16.2)
Peluquería, salón de belleza	6/37	16.2	(6.2-32.0)	3/77	3.9	(0.8-11.0)
Otro	0/37	0.0	(0.0-9.5)	0/77	0.0	(0.0-4.7)

Respecto al uso de inyecciones los doce meses previos a la encuesta, la tercera parte de las entrevistadas declaró haberse inyectado al menos un tipo de sustancia. En Medellín se registró la mayor frecuencia de esta práctica (56,4%), mientras que en Barranquilla (30,2%) y Bogotá (31,6%) registraron las menores frecuencias. Entre las sustancias inyectadas, las más frecuentes en todas las ciudades fueron las hormonas. Entre las otras sustancias inyectadas se tiene silicona, vitaminas, colágeno, botox, ácido hialurónico, biogel o polímeros, plasma de sangre, aceites vegetales y aceites minerales. La mayoría de las entrevistadas que se inyectaron sustancias los doce meses previos a la entrevista nunca usaron una jeringa ya empleada por una persona diferente, el 2,3% algunas veces las usaron y el 0,5% (dos entrevistadas) siempre usaban jeringas usadas. En Barranquilla y Cali el 100% de las entrevistadas nunca usaron jeringas ya utilizadas. En Medellín el 97,9% nunca usó jeringas ya utilizadas, el 1,4% las usó algunas veces y el 0,7% (una entrevistada) siempre. En Bogotá el 92% nunca usó jeringas ya utilizadas, el 7% las usó algunas veces y el 1% (una entrevistada) siempre (Tabla 10, Tabla 11).

Tabla 10. Inyección de sustancias los últimos doce meses, Bogotá y Medellín

Inyección de sustancias	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
No	216/316	68.4	(62.9-73.4)	109/250	43.6	(37.4-50.0)
Sí	100/316	31.6	(26.6-37.1)	141/250	56.4	(50.0-62.6)
Hormonas	68/316	21.5	(17.1-26.5)	108/250	43.2	(37.0-49.6)
Vitaminas	8/316	2.5	(1.1-4.9)	49/250	19.6	(14.9-25.1)
Silicona fluida	36/316	11.4	(8.1-15.4)	18/250	7.2	(4.3-11.1)
Otro	10/316	3.2	(1.5-5.7)	26/250	10.4	(6.9-14.9)
Usó jeringas ya utilizadas						
Siempre	1/100	1.0	(0.0-5.4)	1/141	0.7	(0.0-3.9)
Algunas veces	7/100	7.0	(2.9-13.9)	2/141	1.4	(0.2-5.0)
Nunca	92/100	92.0	(84.8-96.5)	138/141	97.9	(93.9-99.6)

Tabla 11. Inyección de sustancias los últimos doce meses, Barranquilla y Cali

Inyección de sustancias	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
No	139/199	69.8	(63.0-76.1)	124/207	59.9	(52.9-66.6)
Sí	60/199	30.2	(23.9-37.0)	83/207	40.1	(33.4-47.1)
Hormonas	39/199	19.6	(14.3-25.8)	69/207	33.3	(27.0-40.2)
Vitaminas	15/199	7.5	(4.3-12.1)	9/207	4.3	(2.0-8.1)
Silicona fluida	16/199	8.0	(4.7-12.7)	16/207	7.7	(4.5-12.2)
Otro	12/199	6.0	(3.2-10.3)	7/207	3.4	(1.4-6.8)
Usó jeringas ya utilizadas						
Siempre	0/60	0.0	(0.0-6.0)	0/83	0.0	(0.0-4.3)
Algunas veces	0/60	0.0	(0.0-6.0)	0/83	0.0	(0.0-4.3)
Nunca	60/60	100.0	(94-100)	83/83	100.0	(95.7-100)

6.4. Autoidentificación de género

Al indagar sobre la autoidentificación de género, casi la totalidad de las entrevistadas optó por una sola opción, siendo la más frecuente mujer trans, seguida de transformista y travesti. Si bien en todas las ciudades el identificarse como mujer trans fue lo más frecuente, las frecuencias fueron diferentes y para las otras categorías el orden también fue distinto. En Medellín, el 37,2% se identificó como mujer trans, mientras que las otras categorías que siguen en frecuencia fueron travesti (23,6%) y mujer (13,2%). En Barranquilla, la identificación como mujer trans (35,2%) tuvo una frecuencia similar a transformista (34,2%), seguidas de mujer (16,6%). Bogotá fue la ciudad con la mayor proporción de entrevistadas que se identificaron como mujer trans (40,2%), seguido de transformista (23,4%) y travesti (15,2%). En Cali, el

considerarse mujer trans (32,4%) fue seguido de persona trans (23,7%), travesti (18,4%) y transformista (17,9%) (Tabla 12, Tabla 13, Gráfica 1).

Vale la pena destacar, que como su nombre lo indica, estos resultados hacen referencia a la autoidentificación de género, es decir con qué género se identifica cada participante, y esta autoidentificación hacía parte de los criterios de inclusión, cuya única manera de verificación durante el trabajo de campo fue por medio de la formulación de preguntas que se encontraban plasmadas en el formulario de criterios de elegibilidad que se encuentra en el protocolo de estudio. De ahí que ninguna participante incluida en el estudio mencionó ser hombre, puesto que si así hubiese ocurrido, como se enfatizó en la capacitación de encuestadoras y lideresas y como lo indicaba el formulario, se le agradecía al participante y no continuaba en el proceso de selección para ingresar al estudio, y por ende esta información no quedaba registrada en la tabla de datos que se analiza.

Tabla 12. Autoidentificación de género, Bogotá y Medellín

Autoidentificación	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Solo una opción	312/316	98.7	(96.8-99.7)	243/250	97.2	(94.3-98.9)
Mujer trans	127/316	40.2	(34.7-45.8)	93/250	37.2	(31.2-43.5)
Transformista	74/316	23.4	(18.9-28.5)	16/250	6.4	(3.7-10.2)
Travesti	48/316	15.2	(11.4-19.6)	59/250	23.6	(18.5-29.4)
Persona trans	32/316	10.1	(7.0-14.0)	19/250	7.6	(4.6-11.6)
Mujer	13/316	4.1	(2.2-6.9)	33/250	13.2	(9.3-18.0)
Transexual	11/316	3.5	(1.8-6.1)	16/250	6.4	(3.7-10.2)
Otro* (Transgénero)	7/316	2.2	(0.9-4.5)	7/250	2.8	(1.1-5.7)
Dos opciones	4/316	1.3	(0.3-3.2)	7/250	2.8	(1.1-5.7)

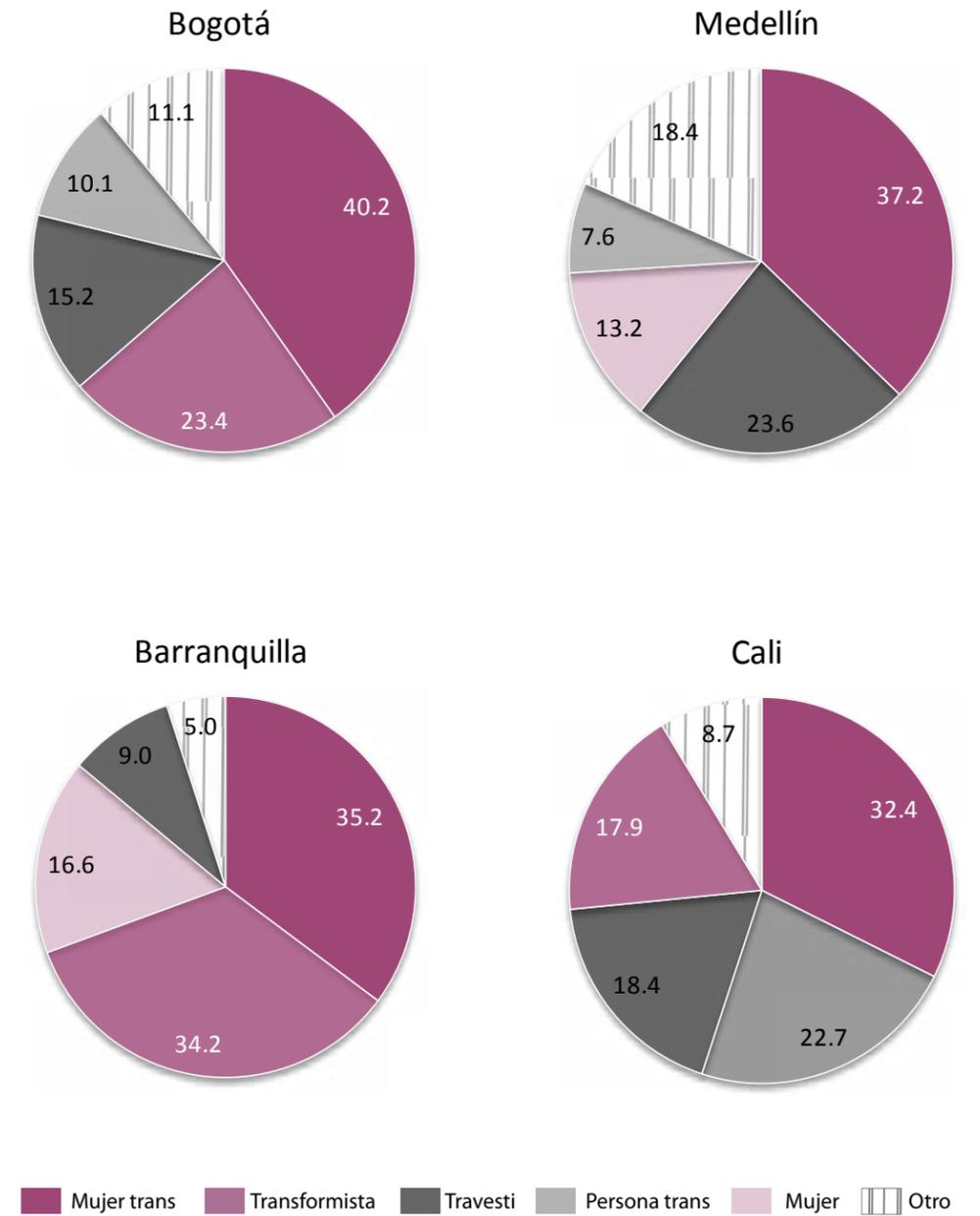
* La categoría otro corresponde a las mujeres transgénero que respondieron a esta pregunta con la opción transgénero. En la ciudad de Bogotá a este grupo se le sumó una mujer que respondió con la opción otro y manifestó ser intersexual.

Tabla 13. Autoidentificación de género, Barranquilla y Cali

Autoidentificación	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Solo una opción	199/199	100.0	(98.2-100)	205/207	99.0	(96.6-99.9)
Mujer trans	70/199	35.2	(28.6-42.2)	67/207	32.4	(26.0-39.2)
Transformista	68/199	34.2	(27.6-41.2)	37/207	17.9	(12.9-23.8)
Travesti	18/199	9.0	(5.4-13.9)	38/207	18.4	(13.3-24.3)
Persona trans	7/199	3.5	(1.4-7.1)	47/207	22.7	(17.2-29.0)
Mujer	33/199	16.6	(11.7-22.5)	11/207	5.3	(2.7-9.3)
Transexual	2/199	1.0	(0.1-3.6)	4/207	1.9	(0.5-4.9)
Otro* (Transgénero)	1/199	0.5	(0.0-2.8)	1/207	0.5	(0.0-2.7)
Dos opciones	0/199	0.0	(0.0-1.8)	2/207	1.0	(0.1-3.4)

* La categoría otro corresponde a las mujeres transgénero que respondieron a esta pregunta con la opción transgénero.

Gráfica 1. Autoidentificación de género según ciudad



6.5. Relaciones sexuales con parejas estables y ocasionales

En los últimos seis meses, la mediana del número de parejas sexuales masculinas, de las cuales no se recibe ninguna clase de retribución monetaria, fue de dos [con un rango intercuartil (RIQ) de una a cinco]. Este indicador presentó diferencias por ciudad. En Medellín la mediana de parejas masculinas fue solo de una (RIQ una a tres), en Barranquilla de tres (RIQ una a seis), en Bogotá dos (RIQ una a cuatro) y en Cali cuatro (RIQ una a diez). Al categorizar el número de parejas, se tiene que menos del 20% no ha tenido relaciones sexuales con hombres en los últimos seis meses, mientras que una cuarta parte solo tuvo una pareja masculina y otra cuarta parte de dos a tres. Por ciudad, en Medellín el 23,6% no ha tenido relaciones sexuales con hombres en los últimos seis meses, el 28,8% solo tuvo una pareja masculina y el 26% de dos a tres. En Barranquilla, solo el 5% no había tenido relaciones sexuales con hombres en los últimos seis meses, mientras que el 28,6% tuvo una sola pareja masculina y el 21,6% entre dos y tres. En Bogotá, el 17,4% no ha tenido relaciones sexuales con hombres los últimos seis meses, mientras que el 25,9% solo tuvo una pareja masculina y el 27,2% de dos a tres. Finalmente, en Cali, el 10,6% no ha tenido relaciones sexuales con hombres los últimos seis meses, mientras que el 18,8% solo tuvo una pareja masculina, y el 17,9% de dos a tres. Respecto al número de parejas sexuales femeninas en los últimos seis meses, sin intercambio de dinero, la mayoría no tuvo relaciones sexuales con mujeres (99,6% en Medellín, 96,5% en Barranquilla, 94,3% en Bogotá y 98,1% en Cali). Y sobre el número de parejas sexuales trans en los últimos seis meses, sin intercambio de dinero, también casi la totalidad de entrevistadas no tuvo relaciones sexuales con trans (99,6% en Medellín, 98% en Barranquilla, 94,9% en Bogotá y 96,1% en Cali) (Tabla 14 y Tabla 15).

Tabla 14. Número de parejas sexuales no comerciales los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Número de parejas	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Parejas masculinas						
Mediana	2			1		
[Rango intercuartil]	[1 – 4]			[1 – 3]		
Número						
0	55/316	17.4	(13.4-22.0)	59/250	23.6	(18.5-29.4)
1	82/316	25.9	(21.2-31.2)	72/250	28.8	(23.3-34.8)
2-3	86/316	27.2	(22.4-32.5)	65/250	26.0	(20.7-31.9)
4-10	76/316	24.1	(19.4-29.2)	47/250	18.8	(14.2-24.2)
≥11	17/316	5.4	(3.2-8.5)	7/250	2.8	(1.1-5.7)
Parejas femeninas						
0	298/316	94.3	(91.1-96.6)	249/250	99.6	(97.8-100)
≥1	18/316	5.7	(3.4-8.9)	1/250	0.4	(0.0-2.2)
Parejas trans						
0	300/316	94.9	(91.9-97.1)	249/250	99.6	(97.8-100)
≥1	16/316	5.1	(2.9-8.1)	1/250	0.4	(0.0-2.2)

Tabla 15. Número de parejas sexuales no comerciales los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Número de parejas	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Parejas masculinas						
Mediana	3			4		
[Rango intercuartil]	[1 – 6]			[1 – 10]		
Número						
0	10/199	5.0	(2.4-9.0)	22/207	10.6	(6.8-15.6)
1	57/199	28.6	(22.5-35.5)	39/207	18.8	(13.8-24.8)
2-3	43/199	21.6	(16.1-28.0)	37/207	17.9	(12.9-23.8)
4-10	55/199	27.6	(21.5-34.4)	72/207	34.8	(28.3-41.7)
≥11	34/199	17.1	(12.1-23.0)	37/207	17.9	(12.9-23.8)
Parejas femeninas						
0	192/199	96.5	(92.9-98.6)	203/207	98.1	(95.1-99.5)
≥1	7/199	3.5	(1.4-7.1)	4/207	1.9	(0.5-4.9)
Parejas trans						
0	195/199	98.0	(94.9-99.4)	199/207	96.1	(92.5-98.3)
≥1	4/199	2.0	(0.6-5.1)	8/207	3.9	(1.7-7.5)

Teniendo en cuenta que se puede tener más de un compañero estable, se indagó entre las 833 entrevistadas que tuvieron al menos una pareja sexual ocasional o estable en los últimos seis meses sobre aquella persona que es más significativa porque existe un vínculo sentimental —persona a quien generalmente le han denominado pareja amorosa, novio, marido, entre otros— encontrando que la mitad refirió tener una pareja amorosa, la cual es principalmente un hombre. Medellín es la ciudad en la que más entrevistadas afirmaron tener una pareja amorosa en el momento de la entrevista (69,3%), seguida de Bogotá (48,7%) y Barranquilla (48,1%), mientras que en Cali solo el 36,6% presentaba este tipo de relación sentimental (Tabla 16 y Tabla 17).

Tabla 16. Entrevistadas con parejas amorosas, Bogotá y Medellín

Actualmente tiene una pareja amorosa	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Hombre	123/316	38.9	(33.5-44.5)	132/250	52.8	(46.4-59.1)
Mujer	1/316	0.3	(0.0-1.8)	0/250	0.0	(0.0-1.5)
Trans	6/316	1.9	(0.7-4.1)	1/250	0.4	(0.0-2.2)
Ninguna	186/316	58.9	(53.2-64.3)	117/250	46.8	(40.5-53.2)

Tabla 17. Entrevistadas con parejas amorosas, Barranquilla y Cali

Actualmente tiene una pareja amorosa	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Hombre	88/199	44.2	(37.2-51.4)	66/207	31.9	(25.6-38.7)
Mujer	1/199	0.5	(0.0-2.8)	0/207	0.0	(0.0-1.8)
Trans	2/199	1.0	(0.1-3.6)	2/207	1.0	(0.1-3.4)
Ninguna	108/199	54.3	(47.1-61.3)	139/207	67.1	(60.3-73.5)

De las entrevistadas cuya pareja amorosa más significativa es hombre, 395 mencionaron haber practicado sexo oral en los últimos seis meses. En Bogotá se observa la frecuencia más alta con el 24,5%. El sexo anal fue practicado con sus parejas amorosas hombres por 395 entrevistadas, una tercera parte de ellas usó siempre condón en este tipo de relación, con diferencias entre las ciudades (en Medellín solo el 26,7% lo usó siempre, mientras que en Barranquilla lo hizo el 43%). En la última relación sexual anal un poco más de la mitad no usó condón (Medellín 60,3%, Barranquilla 53,5%, Bogotá 50,4% y Cali 53,8%) (Tabla 18 y Tabla 19).

Tabla 18. Uso de condón con la pareja amorosa hombre más significativa, Bogotá y Medellín

Tipo de relación sexual	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Uso de condón en sexo oral						
Siempre	27/110	24.5	(16.8-33.7)	20/132	15.2	(9.5-22.4)
Algunas veces/Nunca	83/110	75.5	(66.3-83.2)	112/132	84.8	(77.6-90.5)
Uso de condón en sexo anal						
Siempre	46/113	40.7	(31.6-50.4)	35/131	26.7	(19.4-35.2)
Algunas veces/Nunca	67/113	59.3	(49.6-68.4)	96/131	73.3	(64.8-80.6)
Uso de condón en la última relación anal						
Sí	56/113	49.6	(40.0-59.1)	52/131	39.7	(31.3-48.6)
No	57/113	50.4	(40.9-60.0)	79/131	60.3	(51.4-68.7)

Tabla 19. Uso de condón con la pareja amorosa hombre más significativa, Barranquilla y Cali

Tipo de relación sexual	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Uso de condón en sexo oral						
Siempre	9/87	10.3	(4.8-18.7)	13/66	19.7	(10.9-31.3)
Algunas veces/Nunca	78/87	89.7	(81.3-95.2)	53/66	80.3	(68.7-89.1)
Uso de condón en sexo anal						
Siempre	37/86	43.0	(32.4-54.2)	22/65	33.8	(22.6-46.6)
Algunas veces/Nunca	49/86	57.0	(45.8-67.6)	43/65	66.2	(53.4-77.4)
Uso de condón en la última relación anal						
Sí	40/86	46.5	(35.7-57.6)	30/65	46.2	(33.7-59.0)
No	46/86	53.5	(42.4-64.3)	35/65	53.8	(41.0-66.3)

Del total de entrevistadas, más de la mitad tuvo relaciones sexuales con parejas ocasionales hombres o trans, es decir con personas con las cuales no existe ningún vínculo sentimental, no es una pareja amorosa y no hubo intercambio de dinero. Las frecuencias según ciudad fueron: Medellín 51%, Barranquilla 65%, Cali 60% y Bogotá 53%. Los lugares o formas más frecuentes de contacto con parejas ocasionales son los bares, discotecas y tabernas, seguido por los lugares públicos (parques, plazas y calles) y las peluquerías y los salones de belleza.

Los otros lugares o formas de contacto explorados, presentaron una frecuencia menor al 10%. Sin embargo, existen diferencias por ciudades. Los tres lugares o formas de contacto más frecuentes con parejas sexuales ocasionales en Medellín fueron los bares, discotecas y tabernas (36,7%), los lugares públicos (parques, plazas y calles) (35,9%) y las peluquerías y salones de belleza (11,7%). En Barranquilla, los lugares de contacto más frecuentes fueron también los bares, discotecas y tabernas (35,7%), seguidos de las peluquerías y salones de belleza (24,8%) y los lugares públicos (parques, plazas y calles) (22,5%); en esta ciudad presenta también una frecuencia importante el contacto través de otras personas (19,4%). En Bogotá los lugares o formas más frecuentes de contacto con parejas ocasionales fueron los bares, discotecas y tabernas (29,5%), los lugares públicos (parques, plazas y calles) (27,1%) y las peluquerías y salones de belleza (22,9%); llama la atención también la frecuencia de las páginas de internet y chat (13,3%). Finalmente, en Cali son los lugares públicos (parques, plazas y calles) donde con mayor frecuencia se contacta a parejas ocasionales (35%), seguidos de las peluquerías y salones de belleza (33,3%) y los bares, discotecas y tabernas (27,6%) (Tabla 20 y Tabla 21).

Tabla 20. Relaciones sexuales con parejas ocasionales hombres/trans no comerciales los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Relaciones sexuales con parejas ocasionales	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Sí	166/316	52.5	(46.9-58.1)	128/250	51.2	(44.8-57.5)
No	150/316	47.5	(41.9-53.1)	122/250	48.8	(42.5-55.2)
Lugar o forma de contacto						
Bar/Discooteca/Taberna	49/166	29.5	(22.7-37.1)	47/128	36.7	(28.4-45.7)
Lugares públicos (parques, plazas, calles)	45/166	27.1	(20.5-34.5)	46/128	35.9	(27.7-44.9)
Peluquería/salón de belleza	38/166	22.9	(16.7-30.0)	15/128	11.7	(6.7-18.6)
Páginas de internet/chat	22/166	13.3	(8.5-19.4)	8/128	6.3	(2.7-11.9)
Cabinas de internet	7/166	4.2	(1.7-8.5)	5/128	3.9	(1.3-8.9)
Centros comerciales	14/166	8.4	(4.7-13.7)	6/128	4.7	(1.7-9.9)
Hotel/motel/residencia	9/166	5.4	(2.5-10.0)	6/128	4.7	(1.7-9.9)
Otro	30/166	18.1	(12.5-24.8)	22/128	17.2	(11.1-24.9)

Tabla 21. Relaciones sexuales con parejas ocasionales hombres/trans no comerciales los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Relaciones sexuales con parejas ocasionales	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Sí	129/199	64.8	(57.8-71.4)	123/205	60.0	(52.9-66.8)
No	70/199	35.2	(28.6-42.2)	82/205	40.0	(33.2-47.1)
Lugar o forma de contacto						
Bar/Discooteca/Taberna	46/129	35.7	(27.4-44.6)	34/123	27.6	(20.0-36.4)
Lugares públicos (parques, plazas, calles)	29/129	22.5	(15.6-30.7)	43/123	35.0	(26.6-44.1)
Peluquería/salón de belleza	32/129	24.8	(17.6-33.2)	41/123	33.3	(25.1-42.4)
Páginas de internet/chat	16/129	12.4	(7.3-19.4)	3/123	2.4	(0.5-7.0)
Cabinas de internet	7/129	5.4	(2.2-10.9)	6/123	4.9	(1.8-10.3)
Centros comerciales	1/129	0.8	(0.0-4.2)	0/123	0.0	(0.0-3.0)
Hotel/motel/residencia	3/129	2.3	(0.5-6.6)	0/123	0.0	(0.0-3.0)
Otro	46/129	35.7	(27.4-44.6)	15/123	12.2	(7.0-19.3)

Con relación al rol asumido por las participantes durante las relaciones sexuales anales, se encuentra que la respuesta más frecuente fue tanto de activa como pasiva (versátil), seguida del rol pasivo, y menos del 5% declaró tener un rol activo; los resultados se observan en la Tabla 22 y Tabla 23. Se debe tener en cuenta que estos resultados no representan al total de la muestra entrevistada, puesto que las participantes que no tuvieron parejas ocasionales en los últimos seis meses no respondieron esta pregunta.

Tabla 22. Rol en las relaciones sexuales anales no comerciales con hombres en los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Rol en las relaciones sexuales	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Activa (penetra)	6/166	3.6	(1.3-7.7)	9/127	7.1	(3.3-13.0)
Pasiva (es penetrada)	57/166	34.3	(27.2-42.1)	38/127	29.9	(22.1-38.7)
Ambas (versátil)	103/166	62.0	(54.2-69.5)	80/127	63.0	(54.0-71.4)

Nota: por un error en un salto aplicado en el cuestionario, las entrevistadas que no tuvieron parejas ocasionales los últimos seis meses no respondieron esta pregunta.

Tabla 23. Rol en las relaciones sexuales anales no comerciales con hombres en los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Rol en las relaciones sexuales	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Activa (penetra)	2/129	1.6	(0.2-5.5)	5/123	4.1	(1.3-9.2)
Pasiva (es penetrada)	46/129	35.7	(27.4-44.6)	47/123	38.2	(29.6-47.4)
Ambas (versátil)	81/129	62.8	(53.8-71.1)	71/123	57.7	(48.5-66.6)

Nota: por un error en un salto aplicado en el cuestionario, las entrevistadas que no tuvieron parejas ocasionales los últimos seis meses no respondieron esta pregunta.

De las 546 entrevistadas que declararon tener parejas ocasionales no comerciales, 544 mencionaron haber practicado sexo anal los últimos seis meses. El uso del condón siempre en este tipo de relación se encontró con variaciones desde el 57% en Bogotá hasta el 71,1% en Barranquilla.

En la última relación sexual anal, el 81,1% usó condón (Medellín 82,8%, Barranquilla 89,1%, Bogotá 76,5% y Cali 77,2%). Las relaciones sexuales orales con parejas ocasionales fueron practicadas por 532 entrevistadas, en este tipo de relación la tercera parte siempre usó condón. En Barranquilla, el 81,3% de las entrevistadas no siempre usó condón cuando tuvo sexo oral, mientras que en Cali el 46,5% siempre lo usó (Tabla 24 y Tabla 25).

Tabla 24. Uso de condón con parejas ocasionales hombres/trans no comerciales en los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Tipo de relación sexual	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Uso de condón en sexo anal						
Siempre	94/165	57.0	(49.0-64.6)	85/128	66.4	(57.5-74.5)
No siempre	71/165	43.0	(35.4-51.0)	43/128	33.6	(25.5-42.5)
Uso de condón en la última relación anal						
Sí	127/166	76.5	(69.3-82.7)	106/128	82.8	(75.1-88.9)
No	39/166	23.5	(17.3-30.7)	22/128	17.2	(11.1-24.9)
Uso de condón en sexo oral						
Siempre	67/160	41.9	(34.1-49.9)	51/127	40.2	(31.6-49.2)
Algunas veces/Nunca	93/160	58.1	(50.1-65.9)	76/127	59.8	(50.8-68.4)

Tabla 25. Uso de condón con parejas ocasionales hombres/trans no comerciales en los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Tipo de relación sexual	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Uso de condón en sexo anal						
Siempre	91/128	71.1	(62.4-78.8)	74/123	60.2	(50.9-68.9)
No siempre	37/128	28.9	(21.2-37.6)	49/123	39.8	(31.1-49.1)
Uso de condón en la última relación anal						
Sí	115/129	89.1	(82.5-93.9)	95/123	77.2	(68.8-84.3)
No	14/129	10.9	(6.1-17.5)	28/123	22.8	(15.7-31.2)
Uso de condón en sexo oral						
Siempre	23/123	18.7	(12.2-26.7)	58/122	47.5	(38.4-56.8)
Algunas veces/Nunca	100/123	81.3	(73.3-87.8)	64/122	52.5	(43.2-61.6)

6.6. Trabajo sexual

Cerca del 70% de las entrevistadas declaró haber recibido dinero u otro tipo de prebenda a cambio de tener sexo alguna vez; en Bogotá y Barranquilla se registró con menos frecuencia esta actividad (61,1% y 62,3%, respectivamente) seguidas de Medellín (68%), y en Cali llegó hasta el 82,1%. Cuando se indagó sobre el trabajo sexual en los últimos seis meses, aproximadamente la mitad de las participantes lo había ejercido (Medellín 47,2%, Barranquilla 25,1%, Bogotá 39,6% y Cali 49%). A las entrevistadas que manifestaron haber ejercido el trabajo sexual en los últimos seis meses se les preguntó por la edad de inicio de esta actividad. El inicio del trabajo sexual tuvo una mediana de 16 años (RIQ 14-19), siendo Cali la ciudad con la menor mediana de edad de inicio de trabajo sexual (15 años, RIQ 14-17), seguida de Medellín (16 años, RIQ 14-19), mientras que Barranquilla y Bogotá presentaron similares medianas y RIQ

(17 años, RIQ 14-19). El 49,4% se inició en el trabajo sexual entre los 15 y 19 años, siendo preocupante que el 31,4% lo hiciera antes de los 15 años; en Cali esta respuesta ascendió a 36,7% (Tabla 26 y Tabla 27).

Tabla 26. Trabajo sexual, Bogotá y Medellín

Trabajo sexual	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alguna vez						
Sí	193/316	61.1	(55.5-66.5)	170/250	68.0	(61.8-73.7)
No	123/316	38.9	(33.5-44.5)	80/250	32.0	(26.3-38.2)
Los últimos seis meses						
Sí	125/316	39.6	(34.1-45.2)	118/250	47.2	(40.9-53.6)
No	191/316	60.4	(54.8-65.9)	132/250	52.8	(46.4-59.1)
Edad de inicio en años						
Mediana			17			16
[Rango intercuartil]			[14 – 19]			[14 – 19]
Edad de inicio en años						
≤14	35/125	28.0	(20.3-36.7)	36/116	31.0	(22.8-40.3)
15-19	65/125	52.0	(42.9-61.0)	54/116	46.6	(37.2-56.0)
20-24	20/125	16.0	(10.1-23.6)	22/116	19.0	(12.3-27.3)
≥ 25	5/125	4.0	(1.3-9.1)	4/116	3.4	(0.9-8.6)

Tabla 27. Trabajo sexual, Barranquilla y Cali

Trabajo sexual	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alguna vez						
Sí	124/199	62.3	(55.2-69.1)	170/207	82.1	(76.2-87.1)
No	75/199	37.7	(30.9-44.8)	37/207	17.9	(12.9-23.8)
Los últimos seis meses						
Sí	50/199	25.1	(19.3-31.7)	100/204	49.0	(42.0-56.1)
No	149/199	74.9	(68.3-80.7)	104/204	51.0	(43.9-58.0)
Edad de inicio en años						
Mediana			17			15
[Rango intercuartil]			[14 – 19]			[14 – 17]
Edad de inicio en años						
≤14	15/50	30.0	(17.9-44.6)	36/98	36.7	(27.2-47.1)
15-19	23/50	46.0	(31.8-60.7)	52/98	53.1	(42.7-63.2)
20-24	10/50	20.0	(10.0-33.7)	5/98	5.1	(1.7-11.5)
≥ 25	2/50	4.0	(0.5-13.7)	5/98	5.1	(1.7-11.5)



Todas las participantes declararon haber tenido clientes hombres, menos del 5% tuvo clientes mujeres y trans. Cali fue la ciudad donde se reportó en mayor frecuencia como clientes mujeres (8%), y en Bogotá trans (2,4%). El lugar más común para conseguir clientes fueron los lugares públicos, seguido de los bares, discotecas y tabernas, los hoteles, moteles y residencias, y las peluquerías y salones de belleza. Por ciudad se presentan resultados muy diferentes. En Medellín, los lugares más frecuentes fueron los lugares públicos (87,3%), seguido de los hoteles, moteles y residencias (11,9%), y los bares, discotecas y tabernas (11%). En Barranquilla, los lugares públicos fueron los más frecuentes (46%), seguidos de los bares, discotecas y tabernas (24%) y las páginas de Internet y chat (22%). En Bogotá, el lugar más comúnmente reportado para conseguir clientes fueron los lugares públicos (60%), seguido de los bares, discotecas y tabernas (25,6%), y los hoteles, moteles y residencias (18,4%). Finalmente, en Cali las respuestas más frecuentes fueron los lugares públicos (48%), seguidos de los bares, discotecas y tabernas (21%), y las peluquerías y salones de belleza (19%) (Tabla 28 y Tabla 29).

Tabla 28. Clientes de trabajo sexual en los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Tipo de cliente y lugares de encuentro	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Sexo de los clientes						
Hombres	125/125	100.0	(97.1-100)	118/118	100.0	(96.9-100)
Mujeres	8/125	6.4	(2.8-12.2)	3/118	2.5	(0.5-7.3)
Trans	3/125	2.4	(0.5-6.9)	0/118	0.0	(0.0-3.1)
Lugar o forma de conseguir clientes						
Lugares públicos (parques, plazas, calles)	75/125	60.0	(50.9-68.7)	103/118	87.3	(79.9-92.7)
Bar/Discoteca/Taberna	32/125	25.6	(18.2-34.2)	13/118	11.0	(6.0-18.1)
Hotel/Motel/Residencia	23/125	18.4	(12.0-26.3)	14/118	11.9	(6.6-19.1)
Peluquería o salones de belleza	11/125	8.8	(4.5-15.2)	0/118	0.0	(0.0-3.1)
Páginas de internet/chat	5/125	4.0	(1.3-9.1)	4/118	3.4	(0.9-8.5)
Teléfono/celular	5/125	4.0	(1.3-9.1)	2/118	1.7	(0.2-6.0)
Cabinas de Internet	3/125	2.4	(0.5-6.9)	0/118	0.0	(0.0-3.1)
Otros*	10/125	8.0	(3.9-14.2)	2/118	1.7	(0.2-6.0)

*Otros: saunas/baños turcos, centros comerciales, videos xxx, cantinas, a través de otras personas, transporte público, fiestas para tener sexo, avisos por radio/periódicos/televisión, casa de citas/coreográficos/whiskerías/prostíbulo, baños públicos.

Tabla 29. Clientes de trabajo sexual en los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Tipo de cliente y lugares de encuentro	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Sexo de los clientes						
Hombres	50/50	100.0	(92.9-100)	100/100	100.0	(96.4-100)
Mujeres	1/50	2.0	(0.1-10.6)	8/100	8.0	(3.5-15.2)
Trans	1/50	2.0	(0.1-10.6)	0/100	0.0	(0.0-3.6)
Lugar o forma de conseguir clientes						
Lugares públicos (parques, plazas, calles)	23/50	46.0	(31.8-60.7)	48/100	48.0	(37.9-58.2)
Bar/Discoteca/Taberna	12/50	24.0	(13.1-38.2)	21/100	21.0	(13.5-30.3)
Hotel/Motel/Residencia	2/50	4.0	(0.5-13.7)	0/100	0.0	(0.0-3.6)
Peluquería o salones de belleza	8/50	16.0	(7.2-29.1)	19/100	19.0	(11.8-28.1)
Páginas de internet/chat	11/50	22.0	(11.5-36.0)	8/100	8.0	(3.5-15.2)
Teléfono/celular	3/50	6.0	(1.3-16.5)	5/100	5.0	(1.6-11.3)
Cabinas de Internet	7/50	14.0	(5.8-26.7)	3/100	3.0	(0.6-8.5)
Otros	6/50	12.0	(4.5-24.3)	8/100	8.0	(3.5-15.2)

*Otros: saunas/baños turcos, centros comerciales, videos xxx, cantinas, a través de otras personas, transporte público, fiestas para tener sexo, avisos por radio/periódicos/televisión, casa de citas/coreográficos/whiskerías/prostíbulo, baños públicos.

La mediana del número de clientes el último mes fue de 20 (RIQ 5-40), habiendo marcadas diferencias entre las ciudades. Barranquilla es la ciudad con la menor mediana de número de clientes (4, RIQ 2-8), seguida de Cali (9,5, RIQ 4-20), Bogotá (25, RIQ 5-60); Medellín fue la ciudad en la que mediana fue mayor (30, RIQ 20-50) (Tabla 30 y Tabla 31). La tercera parte de las participantes que ejerció el trabajo sexual el último mes tuvo entre uno y diez clientes, mientras que el 20,6% tuvo entre once y veinte. Por ciudad, en Barranquilla la mayoría tuvo de uno a diez clientes (72%), al igual que en Cali (56%). En Medellín, el 23,7% tuvo entre once y veinte clientes, y el 17,8% entre treinta y uno y cuarenta. En Bogotá, el 23,2% tuvo entre uno y diez clientes, y otro 23,2% tuvo más de sesenta clientes.

Tabla 30. Número de clientes sexuales los últimos treinta días, Bogotá y Medellín

Número de clientes	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Mediana		25			30	
[Rango intercuartil]		[5 – 60]			[20 – 50]	
0	12/125	9.6	(5.1-16.2)	2/118	1.7	(0.2-6.0)
1-5	20/125	16.0	(10.1-23.6)	5/118	4.2	(1.4-9.6)
6-19	19/125	15.2	(9.4-22.7)	19/118	16.1	(10.0-24.0)
20-49	30/125	24.0	(16.8-32.5)	61/118	51.7	(42.3-61.0)
≥ 50	44/125	35.2	(26.9-44.2)	31/118	26.3	(18.6-35.2)

Nota: entre participantes que reportaron el ejercicio de trabajo sexual en los últimos seis meses.

Tabla 31. Número de clientes sexuales los últimos treinta días, Barranquilla y Cali

Número de clientes	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Mediana		4			9.5	
[Rango intercuartil]		[2 – 8]			[4 – 20]	
0	4/50	8.0	(2.2-19.2)	3/100	3.0	(0.6-8.5)
1-5	28/50	56.0	(41.3-70.0)	41/100	41.0	(31.3-51.3)
6-19	14/50	28.0	(16.2-42.5)	29/100	29.0	(20.4-38.9)
20-49	2/50	4.0	(0.5-13.7)	20/100	20.0	(12.7-29.2)
≥ 50	2/50	4.0	(0.5-13.7)	7/100	7.0	(2.9-13.9)

Nota: entre participantes que reportaron el ejercicio de trabajo sexual en los últimos seis meses.

El uso de condón de forma consistente en las relaciones sexuales orales con los clientes se reportó con mayor frecuencia en Bogotá (71.2%), mientras que en Barranquilla el 64% nunca lo usó. En el caso de las relaciones anales, en Medellín es donde más frecuentemente se reportó el uso de condón siempre que se tuvieron relaciones anales con clientes, mientras que en Cali es donde con mayor frecuencia se usó solo algunas veces (30%). En la última relación sexual anal con un cliente, el uso del condón tuvo variaciones que van desde el 88% en Cali, hasta el 98% en Barranquilla (Tabla 32 y Tabla 33).

Tabla 32. Uso de condón con clientes en los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Uso de condón	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Relaciones sexuales orales						
Siempre	89/125	71.2	(62.4-78.9)	85/118	72.0	(63.0-79.9)
Algunas veces/nunca	36/125	28.8	(21.1-37.6)	33/118	28.0	(20.1-37.0)
Relaciones sexuales anales						
Siempre	103/125	82.4	(74.6-88.6)	102/118	86.4	(78.9-92.0)
Algunas veces/nunca	22/125	17.6	(11.4-25.4)	16/118	13.6	(8.0-21.1)
Última relación sexual anal						
Sí	118/125	94.4	(88.8-97.7)	113/118	95.8	(90.4-98.6)
No	7/125	5.6	(2.3-11.2)	5/118	4.2	(1.4-9.6)

Tabla 33. Uso de condón con clientes en los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Uso de condón	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Relaciones sexuales orales						
Siempre	18/50	36.0	(22.9-50.8)	59/100	59.0	(48.7-68.7)
Algunas veces/nunca	32/50	64.0	(49.2-77.1)	41/100	41.0	(31.3-51.3)
Relaciones sexuales anales						
Siempre	40/50	80.0	(66.3-90.0)	69/100	69.0	(59.0-77.9)
Algunas veces/nunca	10/50	20.0	(10.0-33.7)	31/100	31.0	(22.1-41.0)
Última relación sexual anal						
Sí	49/50	98.0	(89.4-99.9)	88/100	88.0	(80.0-93.6)
No	1/50	2.0	(0.1-10.6)	12/100	12.0	(6.4-20.0)

6.7. Consumo de sustancias psicoactivas

Las bebidas alcohólicas fueron las sustancias más consumidas, seguidas de la marihuana y la inhalación de cocaína o el fumar o inhalar pipa, crack o bazuco. En el caso del consumo de bebidas alcohólicas, fue referido por el 88,8% en Medellín; 91,5% en Barranquilla; 91,1% en Bogotá; y 73,4% en Cali. Entre las 844 participantes que consumieron bebidas alcohólicas en los últimos seis meses, el consumo en orden descendente de frecuencia fue de una vez a la semana, seguido de menos de una vez a la semana. Los resultados varían por

ciudad. En Medellín fue donde más se consumió todos los días (7,7%) y más de una vez a la semana (23,4%); Barranquilla es la ciudad donde la respuesta una vez a la semana fue la más frecuente (54,4%), y Cali la ciudad donde fue más frecuente la respuesta menos de una vez a la semana (42,1%). Los amigos, con una amplia diferencia, son la compañía más frecuente para consumir bebidas alcohólicas, seguidos de las parejas sexuales no comerciales; las frecuencias para ambos fue similar entre las ciudades. En el caso del consumo de alcohol con clientes sí es notoria la diferencia entre ciudades, desde un 1,6% en Barranquilla hasta un 21,6% en Medellín (Tabla 34 y Tabla 35).

Tabla 34. Consumo de alcohol, Bogotá y Medellín

Consumo de alcohol	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Consumo de alcohol los últimos seis meses	288/316	91.1	(87.4-94.0)	222/250	88.8	(84.2-92.4)
Frecuencia los últimos treinta días						
Todos los días	10/288	3.5	(1.7-6.3)	17/222	7.7	(4.5-12.0)
1 a 6 días por semana	184/288	63.9	(58.0-69.4)	143/222	64.4	(57.7-70.7)
<1 vez por semana	94/288	32.6	(27.3-38.4)	62/222	27.9	(22.1-34.3)
Con quien ha consumido alcohol los últimos treinta días						
Amigos/as	267/288	92.7	(89.1-95.4)	203/222	91.4	(87.0-94.8)
Parejas sexuales no comerciales	64/288	22.2	(17.6-27.5)	55/222	24.8	(19.2-31.0)
Clientes de trabajo sexual	28/288	9.7	(6.6-13.7)	48/222	21.6	(16.4-27.6)
Familiares	13/288	4.5	(2.4-7.6)	6/222	2.7	(1.0-5.8)
Sola	12/288	4.2	(2.2-7.2)	8/222	3.6	(1.6-7.0)

Tabla 35. Consumo de alcohol, Barranquilla y Cali

Consumo de alcohol	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Consumo de alcohol los últimos seis meses	182/199	91.5	(86.7-94.9)	152/207	73.4	(66.9-79.3)
Frecuencia los últimos treinta días						
Todos los días	0/182	0.0	(0.0-2.0)	2/152	1.3	(0.2-4.7)
1 a 6 días por semana	122/182	67.0	(59.7-73.8)	86/152	56.6	(48.3-64.6)
<1 vez por semana	60/182	33.0	(26.2-40.3)	64/152	42.1	(34.2-50.4)
Con quien ha consumido alcohol los últimos treinta días						
Amigos/as	176/182	96.7	(93.0-98.8)	150/152	98.7	(95.3-99.8)
Parejas sexuales no comerciales	45/182	24.7	(18.6-31.7)	32/152	21.1	(14.9-28.4)
Clientes de trabajo sexual	3/182	1.6	(0.3-4.7)	15/152	9.9	(5.6-15.8)
Familiares	0/182	0.0	(0.0-2.0)	8/152	5.3	(2.3-10.1)
Sola	9/182	4.9	(2.3-9.2)	4/152	2.6	(0.7-6.6)

Respecto a la marihuana, su consumo se reportó en el 56% de las entrevistadas de Medellín; 27,1% en Barranquilla, 43% en Bogotá y 52,7% en Cali. La inhalación de cocaína o el fumar o inhalar pipa, crack o bazuco se dio en un 33,2% en Medellín, 25,6% en Barranquilla, 25,35% en Bogotá y 20,8% en Cali (Tabla 36 y Tabla 37).

Tabla 36. Consumo de drogas ilegales durante los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Consumo de drogas ilegales	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Fumado marihuana	136/316	43.0	(37.5-48.7)	140/250	56.0	(49.6-62.2)
Inhalado cocaína, fumado o inhalado pipa, crack o bazuco	80/316	25.3	(20.6-30.5)	83/250	33.2	(27.4-39.4)
Consumido popper o éxtasis	32/316	10.1	(7.0-14.0)	35/250	14.0	(9.9-18.9)
Consumido pepas roches (rivotril, rohipnol)	34/316	10.8	(7.6-14.7)	43/250	17.2	(12.7-22.5)
Inhalado thinner o pegante, sacol	15/316	4.7	(2.7-7.7)	33/250	13.2	(9.3-18.0)
Inyectado cocaína, bazuco o heroína	2/316	0.6	(0.1-2.3)	1/250	0.4	(0.0-2.2)
Otras drogas	10/316	3.2	(1.5-5.7)	23/250	9.2	(5.9-13.5)

Tabla 37. Consumo de drogas ilegales durante los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Consumo de alcohol	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Fumado marihuana	54/199	27.1	(21.1-33.9)	109/207	52.7	(45.6-59.6)
Inhalado cocaína, fumado o inhalado pipa, crack o bazuco	51/199	25.6	(19.7-32.3)	43/207	20.8	(15.5-26.9)
Consumido popper o éxtasis	11/199	5.5	(2.8-9.7)	19/207	9.2	(5.6-14.0)
Consumido pepas roches (rivotril, rohipnol)	4/199	2.0	(0.6-5.1)	14/207	6.8	(3.7-11.1)
Inhalado thinner o pegante, sacol	1/199	0.5	(0.0-2.8)	15/207	7.2	(4.1-11.7)
Inyectado cocaína, bazuco o heroína	--	--	--	1/207	0.5	(0.0-2.7)
Otras drogas	1/199	0.5	(0.0-2.8)	12/207	5.8	(3.0-9.9)

Entre las cuatro entrevistadas que declararon haber usado drogas inyectables, una manifestó haberlo hecho hace ocho meses (Bogotá), una hace un mes (Bogotá), una hace cuatro días (Cali) y una hace tres días (Medellín). Las dos participantes de Bogotá que usaron drogas inyectables lo hicieron solas, la participante de Cali con su pareja estable y la de Medellín con amigos.

Cuando se preguntó a las participantes que practican el trabajo sexual si las personas que manejan el sitio las obligan a consumir alcohol o drogas, la mayoría negó tal situación (96,6% en Medellín, 90% en Barranquilla, 94,4% en Bogotá y 86% en Cali). Frente a la presión por obligarlas a consumir alcohol, menos del 20% afirmó este hecho, siendo Cali la ciudad en la que más se presenta esta situación (14%), mientras que en Medellín el 3,4% manifestó vivirla. Respecto a la obligación de consumo de drogas, menos del 5% lo refirió (Tabla 38 y Tabla 39).

Tabla 38. Consumo obligado de sustancias en el lugar donde consigue clientes, Bogotá y Medellín

Consumo obligado	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alcohol	6/125	4.8	(1.8-10.2)	4/118	3.4	(0.9-8.5)
Drogas	5/125	4.0	(1.3-9.1)	3/118	2.5	(0.5-7.3)
Ninguno	118/125	94.4	(88.8-97.7)	114/118	96.6	(91.5-99.1)

Tabla 39. Consumo obligado de sustancias en el lugar donde consigue clientes, Barranquilla y Cali

Consumo obligado	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alcohol	5/50	10.0	(3.3-21.8)	14/100	14.0	(7.9-22.4)
Drogas	2/50	4.0	(0.5-13.7)	3/100	3.0	(0.6-8.5)
Ninguno	45/50	90.0	(78.2-96.7)	86/100	86.0	(77.6-92.1)

6.8. Conocimiento y actitudes frente al condón y lubricantes

Más del 80% de las participantes fueron informadas o instruidas sobre el uso adecuado del condón, siendo Bogotá la ciudad con la mayor frecuencia (92,4%), seguida de Cali (86,5%), Barranquilla (84,9%) y la que tuvo menor frecuencia Medellín (82,8%). Todas las participantes conocían al menos un lugar donde comprar o conseguir condones. El lugar más frecuentemente mencionado para comprar o conseguir condones fueron las farmacias y droguerías, seguidos con menor frecuencia de los supermercados, las tiendas y cigarrerías. En cada ciudad la respuesta más frecuente también fue las farmacias y droguerías, pero los siguientes lugares tuvieron diferencias. Así, en Medellín el 90,4% mencionó las farmacias y droguerías, seguido del supermercado (44,4%) y de los hoteles, moteles y residencias (25,2%). En Barranquilla el lugar más frecuentemente mencionado para comprar o conseguir condones fue las farmacias y droguerías (95%), seguido de los supermercados (44,2%) y las tiendas y cigarrerías (32,2%). Para Bogotá, la respuesta más frecuente fue las farmacias y

droguerías (94,3%), seguido de las tiendas y cigarrerías (25%) y los supermercados (24,4%). En Cali, luego de las farmacias y droguerías (85,5%), se reportó los supermercados (39,6%) y las fundaciones, asociaciones u ONG (28%).

Sobre las personas que conocen como posible forma de conseguir condones, en general las respuestas más frecuentes fueron trabajador de salud, amigos y promotor de fundación, asociación u ONG. Por ciudades hubo diferencias en estas respuestas. En Medellín, las personas más frecuentemente mencionadas fueron los amigos (48%), los trabajadores de salud (44,4%) y la familia (17,6%). En Barranquilla fueron los amigos (44,2%) y los promotores de fundaciones, asociaciones u ONG (20,1%). En el caso de Bogotá, la gran mayoría mencionó a los trabajadores de salud (85,8%), seguidos de los amigos (27,2%) y los promotores de fundaciones, asociaciones u ONG (25,3%). Mientras que en Cali, los amigos fueron los más mencionados (60,4%), seguidos de los trabajadores de salud (47,8%), los promotores de fundaciones, asociaciones u ONG (27,5%) y la familia (24,6%). El 12,1% refirió no conocer a persona alguna que le pudiera proporcionar condones llegando este porcentaje al 30,7% en Barranquilla y al 16,4% en Medellín, por el contrario en Bogotá fue solo el 3,5% y en Cali el 2,4% (Tabla 40, Tabla 41).

Tabla 40. Información sobre condones y su obtención, Bogotá y Medellín

Condomes	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ha recibido información sobre el uso adecuado	292/316	92.4	(88.9-95.1)	207/250	82.8	(77.5-87.3)
Lugares que conoce para comprar o conseguir						
Farmacia/droguería	298/316	94.3	(91.1-96.6)	226/250	90.4	(86.1-93.8)
Supermercado	77/316	24.4	(19.7-29.5)	111/250	44.4	(38.1-50.8)
Tienda/cigarrería	79/316	25.0	(20.3-30.2)	36/250	14.4	(10.3-19.4)
Fundaciones, asociaciones u ONG	47/316	14.9	(11.1-19.3)	27/250	10.8	(7.2-15.3)
Hotel/motel/residencias	25/316	7.9	(5.2-11.5)	63/250	25.2	(19.9-31.1)
Centro de salud/hospital	23/316	7.3	(4.7-10.7)	26/250	10.4	(6.9-14.9)
Bar/discoteca/taberna	10/316	3.2	(1.5-5.7)	23/250	9.2	(5.9-13.5)
Otro	21/316	6.6	(4.2-10.0)	37/250	14.8	(10.6-19.8)
Personas para conseguir						
Trabajador de salud	271/316	85.8	(81.4-89.4)	111/250	44.4	(38.1-50.8)
Amigos	86/316	27.2	(22.4-32.5)	120/250	48.0	(41.7-54.4)
Promotor de fundación, asociación u ONG	80/316	25.3	(20.6-30.5)	39/250	15.6	(11.3-20.7)
Familia	2/316	0.6	(0.1-2.3)	44/250	17.6	(13.1-22.9)
Vendedor ambulante	29/316	9.2	(6.2-12.9)	28/250	11.2	(7.6-15.8)
Trabajador(a) sexual	7/316	2.2	(0.9-4.5)	26/250	10.4	(6.9-14.9)
Otro	3/316	0.9	(0.2-2.7)	3/250	1.2	(0.2-3.5)
No conoce	11/316	3.5	(1.8-6.1)	41/250	16.4	(12.0-21.6)

Tabla 41. Información sobre condones y su obtención, Barranquilla y Cali

Condones	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ha recibido información sobre el uso adecuado	169/199	84.9	(79.2-89.6)	179/207	86.5	(81.0-90.8)
Lugares que conoce para comprar o conseguir						
Farmacia/droguería	189/199	95.0	(91.0-97.6)	177/207	85.5	(80.0-90.0)
Supermercado	88/199	44.2	(37.2-51.4)	82/207	39.6	(32.9-46.6)
Tienda/cigarrería	64/199	32.2	(25.7-39.1)	33/207	15.9	(11.2-21.7)
Fundaciones, asociaciones u ONG	19/199	9.5	(5.8-14.5)	58/207	28.0	(22.0-34.7)
Hotel/motel/residencias	22/199	11.1	(7.1-16.3)	14/207	6.8	(3.7-11.1)
Centro de salud/hospital	9/199	4.5	(2.1-8.4)	17/207	8.2	(4.9-12.8)
Bar/discoteca/taberna	15/199	7.5	(4.3-12.1)	5/207	2.4	(0.8-5.5)
Otro	20/199	10.1	(6.2-15.1)	31/207	15.0	(10.4-20.6)
Personas para conseguir						
Trabajador de salud	11/199	5.5	(2.8-9.7)	99/207	47.8	(40.9-54.9)
Amigos	88/199	44.2	(37.2-51.4)	125/207	60.4	(53.4-67.1)
Promotor de fundación, asociación u ONG	40/199	20.1	(14.8-26.3)	57/207	27.5	(21.6-34.2)
Familia	9/199	4.5	(2.1-8.4)	51/207	24.6	(18.9-31.1)
Vendedor ambulante	1/199	0.5	(0.0-2.8)	25/207	12.1	(8.0-17.3)
Trabajador(a) sexual	1/199	0.5	(0.0-2.8)	17/207	8.2	(4.9-12.8)
Otro	25/199	12.6	(8.3-18.0)	0/207	0.0	(0.0-1.8)
No conoce	61/199	30.7	(24.3-37.6)	5/207	2.4	(0.8-5.5)

Entre el total de entrevistadas, el principal motivo de uso del condón es la prevención de ITS/VIH, seguido del autocuidado. En todas las ciudades ambos motivos son los más frecuentemente mencionados (Medellín 77,2% y 36,8%, Barranquilla 67,8% y 44,2%, Bogotá 75,6% y 44,3%, Cali 75,8% y 21,3%, respectivamente).

En las situaciones en las cuales las participantes no usaron condón, el caso más frecuentemente reportado es cuando tuvieron relaciones sexuales con su pareja amorosa, seguido con menos frecuencia de situaciones como la de excitación o erotismo, o en las cuales ha estado bajo los efectos de alcohol o drogas. Si bien en todas las ciudades la principal situación en la que no se usa condón es la misma, las situaciones que siguen en frecuencia varían. En Medellín, luego de las relaciones con la pareja amorosa como situación en la que no se usó condón (64,8%), sigue por excitación o erotismo (16%) y luego cuando ha estado bajo los efectos de alcohol o drogas (10,8%). En Barranquilla, lo más frecuente es cuando tuvieron relaciones sexuales con su pareja amorosa (41,2%), seguido del sexo oral (21,1%). En Bogotá, después de las relaciones con la pareja amorosa (52,2%), sigue como situación de no uso de condón cuando estuvo bajo los efectos de alcohol o drogas (12%). Y en Cali,

luego de las relaciones sexuales con su pareja amorosa (59,9%), la segunda situación en la cual no se usó condón fue la práctica de sexo oral (8,7%) (Tabla 42, Tabla 43).

Tabla 42. Motivos de uso y situaciones de no uso del condón, Bogotá y Medellín

Uso de condón	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Usa condón	303/316	95.9	(93.1-97.8)	242/250	96.8	(93.8-98.6)
Motivos de uso						
Prevención de ITS/VIH	239/316	75.6	(70.5-80.3)	193/250	77.2	(71.5-82.3)
Por mi cuidado	140/316	44.3	(38.7-50.0)	92/250	36.8	(30.8-43.1)
Por higiene	11/316	3.5	(1.8-6.1)	58/250	23.2	(18.1-28.9)
Costumbre	10/316	3.2	(1.5-5.7)	29/250	11.6	(7.9-16.2)
Comodidad	8/316	2.5	(1.1-4.9)	33/250	13.2	(9.3-18.0)
Por cuidar a mi pareja	11/316	3.5	(1.8-6.1)	10/250	4.0	(1.9-7.2)
Otro	9/316	2.8	(1.3-5.3)	2/250	0.8	(0.1-2.9)
Situaciones de no uso						
Con la pareja amorosa	165/316	52.2	(46.6-57.8)	162/250	64.8	(58.5-70.7)
Por excitación/erotismo	31/316	9.8	(6.8-13.6)	40/250	16.0	(11.7-21.1)
Bajo los efectos del alcohol o drogas	38/316	12.0	(8.7-16.1)	27/250	10.8	(7.2-15.3)
Cuando hace sexo oral	17/316	5.4	(3.2-8.5)	9/250	3.6	(1.7-6.7)
Con parejas ocasionales o casuales	14/316	4.4	(2.4-7.3)	2/250	0.8	(0.1-2.9)
Cuando no ha conseguido	24/316	7.6	(4.9-11.1)	8/250	3.2	(1.4-6.2)
Cuando la pareja no quiere	13/316	4.1	(2.2-6.9)	9/250	3.6	(1.7-6.7)
Otro	35/316	11.0	(7.4-14.6)	19/250	7.6	(4.1-11.0)

*Otro: cuando hay un extra por no usarlo, cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS, cuando siente vergüenza de pedir el condón, cuando la pareja está bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas, el cliente es atractivo, el cliente es joven, con parejas comerciales, cuando la pareja está tomando tratamiento antirretroviral, cuando la relación ha sido sin su consentimiento, cuando le gusta correr riesgos, cuando esta con los amigos, cuando ha querido tener hijos, nunca usa condón.

Tabla 43. Motivos de uso y situaciones de no uso del condón, Barranquilla y Cali

Uso de condón	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Usa condón	187/199	94.0	(89.7-96.8)	200/207	96.6	(93.2-98.6)
Motivos de uso						
Prevención de ITS/VIH	135/199	67.8	(60.9-74.3)	157/207	75.8	(69.4-81.5)
Por mi cuidado	88/199	44.2	(37.2-51.4)	44/207	21.3	(15.9-27.5)
Por higiene	7/199	3.5	(1.4-7.1)	29/207	14.0	(9.6-19.5)
Costumbre	0/199	0.0	(0.0-1.8)	20/207	9.7	(6.0-14.5)
Comodidad	0/199	0.0	(0.0-1.8)	9/207	4.3	(2.0-8.1)
Por cuidar a mi pareja	9/199	4.5	(2.1-8.4)	9/207	4.3	(2.0-8.1)
Otro	2/199	1.0	(0.1-3.6)	12/207	5.8	(3.0-9.9)
Situaciones de no uso						
Con la pareja amorosa	82/199	41.2	(34.3-48.4)	124/207	59.9	(52.9-66.6)
Por excitación/erotismo	10/199	5.0	(2.4-9.0)	14/207	6.8	(3.7-11.1)
Bajo los efectos del alcohol o drogas	14/199	7.0	(3.9-11.5)	13/207	6.3	(3.4-10.5)
Cuando hace sexo oral	42/199	21.1	(15.7-27.4)	18/207	8.7	(5.2-13.4)
Con parejas ocasionales o casuales	21/199	10.6	(6.7-15.7)	8/207	3.9	(1.7-7.5)
Cuando no ha conseguido condones	5/199	2.5	(0.8-5.8)	5/207	2.4	(0.8-5.5)
Cuando la pareja no quiere	6/199	3.0	(1.1-6.4)	13/207	6.3	(3.4-10.5)
Otro	16/199	8.0	(4.0-12.0)	8/207	3.8	(0.9-6.7)

*Otro: cuando hay un extra por no usarlo, cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS, cuando siente vergüenza de pedir el condón, cuando la pareja está bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas, el cliente es atractivo, el cliente es joven, con parejas comerciales, cuando la pareja está tomando tratamiento antirretroviral, cuando la relación ha sido sin su consentimiento, cuando le gusta correr riesgos, cuando esta con los amigos, cuando ha querido tener hijos, nunca usa condón.

Entre las entrevistadas que usaron condón los últimos seis meses, alrededor del 50% manifestó que nunca se les rompió el condón. Medellín es la ciudad donde con mayor frecuencia se reportó ruptura del condón algunas veces en los últimos seis meses (52,2%), seguida de Bogotá (45,6%), Cali (44,9%) y luego Barranquilla (40,2%) (Tabla 44 y Tabla 45).

Tabla 44. Ruptura del condón los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Ruptura de condones	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Sí	5/316	1.5	(0.5-3.6)	2/249	0.8	(0.0-2.8)
Algunas veces	144/316	45.5	(39.9-51.2)	130/249	52.2	(45.8-58.6)
Nunca	167/316	52.8	(47.2-58.5)	117/249	47.0	(40.7-53.4)

Nota: entre las personas que reportaron haber usado condón en los últimos seis meses.

Tabla 45. Ruptura del condón los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Ruptura de condones	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Siempre	0	NA	NA	2/207	0.9	(0.1-3.4)
Algunas veces	80/199	40.2	(33.3-47.4)	93/207	44.9	(37.9-51.9)
Nunca	119/199	59.8	(52.6-66.7)	112/207	54.1	(47.1-61.0)

Nota: Entre las personas que reportaron haber usado condón en los últimos seis meses.

La mediana del número de condones recibidos gratuitamente los últimos seis meses fue de 12 (rango RIQ 0 a 35). En Medellín fue donde menos condones se recibieron gratuitamente (mediana 5, RIQ 0-20), mientras que las medianas fueron similares en Bogotá (mediana 15, RIQ 0-40) y Cali (mediana 15, RIQ 7-30). Barranquilla fue la ciudad en la que se recibieron más condones de forma gratuita (mediana 20, RIQ 8-50). Cuando se analiza la frecuencia de entrevistadas que no recibieron ningún condón gratis, la cuarta parte refirió esta situación, siendo menor en Barranquilla (solo 9,5%) y llegando hasta el 46,4% en Medellín (Tabla 46, Tabla 47).

Tabla 46. Condones recibidos gratuitamente los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Número de condones que recibió gratis	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Mediana		15			5	
[Rango intercuartil]		[0 - 40]			[0 - 20]	
0	86/316	27.2	(22.4-32.5)	116/250	46.4	(40.1-52.8)
1-10	54/316	17.1	(13.1-21.7)	37/250	14.8	(10.6-19.8)
11-30	89/316	28.2	(23.3-33.5)	55/250	22.0	(17.0-27.7)
≥30	87/316	27.5	(22.7-32.8)	42/250	16.8	(12.4-22.0)

Tabla 47. Condones recibidos gratuitamente los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Número de condones que recibió gratis	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Mediana		20			15	
[Rango intercuartil]		[8 - 50]			[7 - 30]	
0	19/199	9.5	(5.8-14.5)	28/206	13.6	(9.2-19.0)
1-10	51/199	25.6	(19.7-32.3)	64/206	31.1	(24.8-37.9)
11-30	60/199	30.2	(23.9-37.0)	67/206	32.5	(26.2-39.4)
≥30	69/199	34.7	(28.1-41.7)	47/206	22.8	(17.3-29.2)



Entre las entrevistadas que recibieron condones gratuitamente, el lugar de recepción más frecuentemente mencionado fueron las fundaciones, asociaciones u ONG, seguidas de los amigos y compañeros y de los establecimientos de salud estatales. En Medellín, los tres lugares más frecuentes fueron las fundaciones, asociaciones u ONG (70,9%), los hoteles, moteles y residencias (17,2%) y los amigos y compañeros (12,7%). En Barranquilla, las fundaciones, asociaciones u ONG (52,2%) tuvieron una frecuencia levemente superior a los amigos y compañeros (51,7%), mencionando con menor frecuencia los bares, discotecas y tabernas (15,6%). En Bogotá, el lugar más frecuentemente fue las fundaciones, asociaciones u ONG (60,6%), seguidas de los establecimientos de salud estatales (22,9%) y de los bares, discotecas y tabernas (10,4%). Mientras que en Cali el lugar de recepción más frecuente fue las fundaciones, asociaciones u ONG (66,5%), seguidas de los amigos y compañeros (27,4%) y de los establecimientos de salud estatales (7,8%) (Tabla 48, Tabla 49).

Tabla 48. Lugar donde ha recibido condones gratis los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Lugar	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Fundaciones, asociaciones u ONG	140/231	60.6	(54.0-67.0)	95/134	70.9	(62.4-78.4)
Amigos/as	18/231	7.8	(4.7-12.0)	17/134	12.7	(7.6-19.5)
Establecimiento de salud o EPS	74/231	32.0	(26.1-38.5)	16/134	11.9	(7.0-18.7)
EESS estatal	53/231	22.9	(17.7-28.9)	11/134	8.2	(4.2-14.2)
Hospital o clínica privada	11/231	4.8	(2.4-8.4)	4/134	3.0	(0.8-7.5)
EPS	15/231	6.5	(3.7-10.5)	1/134	0.7	(0.0-4.1)
Bar/discoteca/taberna	24/231	10.4	(6.8-15.1)	3/134	2.2	(0.5-6.4)
Otro	35/231	15.2	(10.8-20.4)	7/134	5.2	(2.1-10.5)

Tabla 49. Lugar donde ha recibido condones gratis los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Lugar	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Fundaciones, asociaciones u ONG	94/180	52.2	(44.7-59.7)	119/179	66.5	(59.1-73.3)
Amigos/as	93/180	51.7	(44.1-59.2)	49/179	27.4	(21.0-34.5)
Establecimiento de salud o EPS	24/180	13.3	(8.7-19.2)	25/179	14.0	(9.2-19.9)
EESS estatal	20/180	11.1	(6.9-16.6)	14/179	7.8	(4.3-12.8)
Hospital o clínica privada	4/180	2.2	(0.6-5.6)	10/179	5.6	(2.7-10.0)
EPS	5/180	2.8	(0.9-6.4)	2/179	1.1	(0.1-4.0)
Bar/discoteca/taberna	28/180	15.6	(10.6-21.7)	5/179	2.8	(0.9-6.4)
Otro	7/180	3.9	(1.6-7.8)	11/179	6.1	(3.1-10.7)

En relación con el uso regular de lubricante entre las entrevistadas que declararon haber tenido relaciones sexuales anales los últimos seis meses, la ciudad donde con mayor frecuencia siempre se usó lubricante fue en Barranquilla (46,1%), seguida de Medellín (45,9%), Bogotá (35,6). Cali registró la menor frecuencia (32,7%) (Tabla 50 y Tabla 51).

Tabla 50. Uso de lubricantes en el sexo anal los últimos seis meses, Bogotá y Medellín

Uso de lubricantes	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Siempre	108/237	45.6	(39.1-52.1)	90/196	45.9	(38.8-53.2)
Algunas veces	79/237	33.3	(27.4-39.7)	78/196	39.8	(32.9-47.0)
Nunca	50/237	21.1	(16.1-26.8)	28/196	14.3	(9.7-20.0)

Tabla 51. Uso de lubricantes en el sexo anal los últimos seis meses, Barranquilla y Cali

Uso de lubricantes	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Siempre	70/152	46.1	(37.9-54.3)	54/165	32.7	(25.6-40.5)
Algunas veces	64/152	42.1	(34.2-50.4)	62/165	37.6	(30.2-45.4)
Nunca	18/152	11.8	(7.2-18.1)	49/165	29.7	(22.8-37.3)

Los lubricantes más empleados son aquellos a base de agua, en segundo lugar la saliva, luego las cremas y la vaselina. En Medellín se usan con mayor frecuencia los lubricantes a base de agua (55,1%), seguidos de la saliva (53,6%) y cremas (46,9%). En Barranquilla, lo más empleado como lubricante fue la saliva (63,2%), seguido de los lubricantes a base de agua (48,7%) y cremas (39,5%). En Bogotá los lubricantes a base de agua son los más usados (54%), seguidos de las cremas (32,1%) y saliva (30%). En Cali las cremas son la sustancias más comúnmente empleadas como lubricante (40,6%), luego los lubricantes a base de agua (35,8%) y la saliva (35,2%) (Tabla 52 y Tabla 53).

Tabla 52. Sustancia usada comúnmente como lubricante en el sexo anal, Bogotá y Medellín

Lubricante	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Lubricante a base de agua	128/237	54.0	(47.4-60.5)	108/196	55.1	(47.9-62.2)
Saliva	71/237	30.0	(24.2-36.2)	105/196	53.6	(46.3-60.7)
Cremas	76/237	32.1	(26.2-38.4)	92/196	46.9	(39.8-54.2)
Vaselina	38/237	16.0	(11.6-21.3)	42/196	21.4	(15.9-27.8)
Aceite de bebé	25/237	10.5	(6.9-15.2)	40/196	20.4	(15.0-26.7)
Gel vaginal	17/237	7.2	(4.2-11.2)	6/196	3.1	(1.1-6.5)
Otra	16/237	6.8	(3.9-10.7)	11/196	5.6	(2.8-9.8)

Nota: en los últimos seis meses; otro lubricante incluye mantequilla, aceite de cocina, miel y aceite mineral.

Tabla 53. Sustancia usada comúnmente como lubricante en el sexo anal, Barranquilla y Cali

Lubricante	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Lubricante a base de agua	74/152	48.7	(40.5-56.9)	59/165	35.8	(28.5-43.6)
Saliva	96/152	63.2	(55.0-70.8)	58/165	35.2	(27.9-43.0)
Cremas	60/152	39.5	(31.6-47.7)	67/165	40.6	(33.0-48.5)
Vaselina	34/152	22.4	(16.0-29.8)	39/165	23.6	(17.4-30.9)
Aceite de bebé	14/152	9.2	(5.1-15.0)	27/165	16.4	(11.1-22.9)
Gel vaginal	25/152	16.4	(10.9-23.3)	16/165	9.7	(5.6-15.3)
Otra	23/152	15.1	(9.8-21.8)	17/165	10.3	(6.1-16.0)

Nota: en los últimos seis meses; otro lubricante incluye mantequilla, aceite de cocina, miel y aceite mineral.

6.9. Conocimiento y actitudes frente al VIH

La gran mayoría de entrevistadas ha oído hablar de VIH o Sida; solo cuatro respondieron que no haber oído hablar del tema (una de Medellín, dos de Bogotá y una de Cali). Por ciudad han oído hablar de VIH o sida el 99,6% (IC 95% 97.8-99.9) en Medellín, 100% (IC97.5% unilateral 98.2-99.9) en Barranquilla, 99,4% (IC 95% 97.7-99.9) en Bogotá y 99,5% (IC 95% 97.3-99.9) en Cali.

Se evaluaron cinco situaciones para establecer el conocimiento sobre el VIH. La mayor frecuencia de respuestas correctas la tuvo la afirmación "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", seguida de "Puede una persona de aspecto saludable

tener el VIH o Sida". En tercer y cuarto lugar se tiene la situación "Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada", "Puede reducirse el riesgo de transmisión de VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada". Finalmente, la afirmación "Se puede transmitir el VIH por picaduras de mosquito". El orden de las situaciones con respuestas correctas en las diferentes ciudades, en general, fue similar a lo encontrado para toda la muestra.

Solo se invirtió el orden de la primera y segunda situación más contestada de manera correcta en Bogotá y Cali. En estas dos ciudades la situación con mayor frecuencia de respuestas correctas fue "Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o Sida" y en segundo lugar estuvo "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". Se considera como conocimiento adecuado sobre el VIH cuando se responden correctamente las cinco preguntas planteadas. En ese sentido, en Medellín el conocimiento adecuado fue del 25%, en Barranquilla del 44%, en Bogotá del 35% y en Cali del 61% (Tabla 54, Tabla 54, Gráfica 2).

Tabla 54. Conocimiento sobre el VIH, Bogotá y Medellín

Conocimiento	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Conocimiento adecuado sobre el VIH/Sida, indicador UNGASS	112/316	35.4	(30.2-41.0)	62/250	24.8	(19.6-30.6)
¿Puede reducirse el riesgo de transmisión de VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?	218/316	69.0	(63.6-74.0)	179/250	71.6	(65.6-77.1)
¿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?	291/316	92.1	(88.5-94.8)	241/250	96.4	(93.3-98.3)
¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o Sida?	294/316	93.0	(89.6-95.6)	219/250	87.6	(82.9-91.4)
¿Se puede transmitir el VIH por picaduras de mosquito?	196/316	62.0	(56.4-67.4)	114/250	45.6	(39.3-52.0)
¿Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?	284/316	89.9	(86.0-93.0)	182/250	72.8	(66.8-78.2)

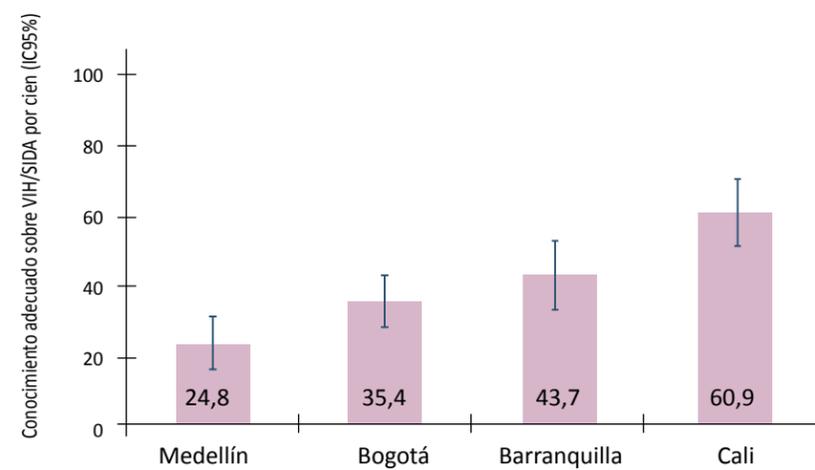
Nota: se presentan las estimaciones correspondientes a las respuestas correctas. El análisis clasifica como no correcta respuestas de "no sabe".

Tabla 55. Conocimiento sobre el VIH, Barranquilla y Cali

Lubricante	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Conocimiento adecuado sobre el VIH/Sida (respuesta correcta a las cinco situaciones planteadas, indicador UNGASS)	87/199	43.7	(36.7-50.9)	126/207	60.9	(53.9-67.6)
¿Puede reducirse el riesgo de transmisión de VIH manteniendo relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada?	161/199	80.9	(74.7-86.1)	183/207	88.4	(83.2-92.4)
¿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?	187/199	94.0	(89.7-96.8)	191/207	92.3	(87.8-95.5)
¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o Sida?	180/199	90.5	(85.5-94.2)	196/207	94.7	(90.7-97.3)
¿Se puede transmitir el VIH por picaduras de mosquito?	116/199	58.3	(51.1-65.2)	152/207	73.4	(66.9-79.3)
¿Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada?	179/199	89.9	(84.9-93.8)	188/207	90.8	(86.0-94.4)

Nota: se presentan las estimaciones correspondientes a las respuestas correctas. El análisis clasifica como no correcta respuestas de "no sabe".

Gráfica 2. Proporción de participantes con conocimiento adecuado sobre VIH/Sida



Nota: Indicador UNGASS de conocimiento del VIH/Sida

Las fuentes de información sobre VIH/Sida o ITS reportadas por el total de entrevistadas son diversas, siendo las principales las fundaciones, asociaciones u ONG, los amigos o amigas y los establecimientos educativos. Sin embargo, en cada ciudad se presentan frecuencias distintas. Así, en Medellín las fuentes más frecuentes de información sobre VIH/Sida o ITS son los amigos o amigas (47,2%), seguidos de las fundaciones, asociaciones u ONG (26%), y la televisión, radio o prensa (20,8%). En Barranquilla la fuente de información más común son las campañas promovidas por alguna entidad (46,7%), luego las fundaciones, asociaciones u ONG (33,7%) y los amigos o amigas (28,6%). En Bogotá, las fundaciones, asociaciones u ONG (50%) y los establecimientos educativos (35,8%), y las campañas promovidas por alguna entidad (25,3%). Por último, en Cali la fuente más frecuentemente reportada fue las clínicas, hospitales u otras instituciones de salud (37,7%), seguidas de las fundaciones, asociaciones u ONG (36,2%) y los amigos y amigas (31,4%) (Tabla 56, Tabla 57).

Tabla 56. Fuente de la información sobre VIH, Sida o las ITS, Bogotá y Medellín

Fuente	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Fundaciones, asociaciones, u ONG	158/316	50.0	(44.4-55.6)	65/250	26.0	(20.7-31.9)
Amigos/as	45/316	14.2	(10.6-18.6)	118/250	47.2	(40.9-53.6)
Establecimiento educativo	113/316	35.8	(30.5-41.3)	47/250	18.8	(14.2-24.2)
Campañas	80/316	25.3	(20.6-30.5)	39/250	15.6	(11.3-20.7)
Clínica, hospital u otra institución de salud	48/316	15.2	(11.4-19.6)	47/250	18.8	(14.2-24.2)
Televisión, radio o prensa	35/316	11.1	(7.8-15.1)	52/250	20.8	(15.9-26.4)
Familia	6/316	1.9	(0.7-4.1)	40/250	16.0	(11.7-21.1)
Lugar de trabajo	4/316	1.3	(0.3-3.2)	37/250	14.8	(10.6-19.8)
Alcaldía o secretarías	19/316	6.0	(3.7-9.2)	30/250	12.0	(8.2-16.7)
Otro	28/316	8.9	(6.0-12.6)	12/250	4.8	(2.5-8.2)

Tabla 57. Fuente de la información sobre VIH, Sida o las ITS, Barranquilla y Cali

Fuente	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Fundaciones, asociaciones, u ONG	67/199	33.7	(27.1-40.7)	75/207	36.2	(29.7-43.2)
Amigos/as	57/199	28.6	(22.5-35.5)	65/207	31.4	(25.1-38.2)
Establecimiento educativo	40/199	20.1	(14.8-26.3)	46/207	22.2	(16.8-28.5)
Campañas	93/199	46.7	(39.6-53.9)	15/207	7.2	(4.1-11.7)
Clínica, hospital u otra institución de salud	31/199	15.6	(10.8-21.4)	78/207	37.7	(31.1-44.7)
Televisión, radio o prensa	76/199	38.2	(31.4-45.3)	38/207	18.4	(13.3-24.3)
Familia	12/199	6.0	(3.2-10.3)	49/207	23.7	(18.1-30.1)
Lugar de trabajo	13/199	6.5	(3.5-10.9)	7/207	3.4	(1.4-6.8)
Alcaldía o secretarías	7/199	3.5	(1.4-7.1)	3/207	1.4	(0.3-4.2)
Otro	11/199	5.5	(2.8-9.7)	7/207	3.4	(1.4-6.8)

Menos de la mitad de las entrevistadas ha participado en los últimos doce meses en actividades de información o educación sobre VIH/Sida, habiendo tenido mayor participación las encuestadas de Bogotá (46,2%, IC 95% 40.6-51.9), seguidas de Cali (34,8%, IC 95% 28.3-41.7), Barranquilla (32,7%, IC 95% 26.2-39.7) y en Medellín solo el 19,2% (IC 95% 14.5-24.6).

La valoración del grado de vulnerabilidad o de riesgo de infectarse de VIH por parte de las entrevistadas se analizó solo entre aquellas que manifestaron no haberse realizado pruebas para detectar el VIH, o que habiéndosela realizado, no conocen el resultado de la prueba (684 personas). El 31,9% consideró tener un alto riesgo, el 36,4% un riesgo medio, el 31,7% ninguno o bajo riesgo. Por ciudades, las respuestas más frecuentes varían. Así, en Medellín la valoración más frecuente fue riesgo medio (41,6%), en Barranquilla fue bajo/ningún riesgo (42,3%), en Bogotá riesgo medio (41,1%) y en Cali bajo/ningún riesgo (35%) (Tabla 58, Tabla 59).

Tabla 58. Valoración del grado de vulnerabilidad o riesgo de infectarse de VIH, Bogotá y Medellín

Valoración del grado de vulnerabilidad o riesgo	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alto	58/197	29.4	(23.2-36.3)	69/202	34.2	(27.6-41.1)
Medio	81/197	41.1	(34.2-48.3)	84/202	41.6	(34.7-48.7)
Bajo/ninguno	58/197	29.4	(23.2-36.3)	49/202	24.3	(18.5-30.8)

Nota: se ha excluido del análisis a las personas que se hicieron la prueba de VIH en los últimos doce meses y recibieron su resultado.

Tabla 59. Valoración del grado de vulnerabilidad o riesgo de infectarse de VIH, Barranquilla y Cali

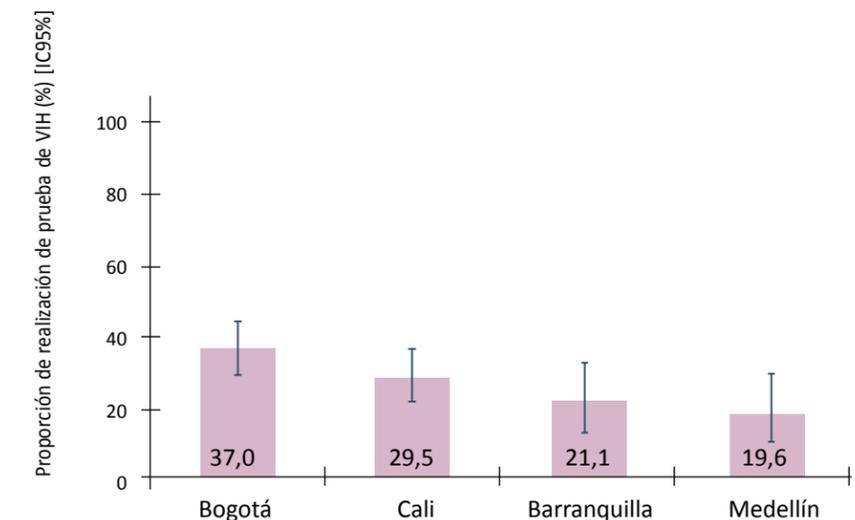
Valoración del grado de vulnerabilidad o riesgo	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alto	43/142	30.3	(22.9-38.5)	48/143	33.6	(25.9-41.9)
Medio	39/142	27.5	(20.3-35.6)	45/143	31.5	(24.0-39.8)
Bajo/ninguno	60/142	42.3	(34.0-50.8)	50/143	35.0	(27.2-43.4)

Nota: se ha excluido del análisis a las personas que se hicieron la prueba de VIH en los últimos doce meses y recibieron su resultado.

6.10. Conocimiento y acceso a la prueba del VIH

Menos del 40% de las entrevistadas manifestó haberse hecho una prueba para detectar el VIH en los últimos doce meses. Bogotá es la ciudad en la que fue más frecuente el haberse hecho una prueba (37%), seguida de Cali (29,5%), Barranquilla (21,1%) y Medellín (19,6%) (Gráfica 3).

Gráfica 3. Proporción de realización de prueba para detectar el VIH los últimos doce meses



Entre las 269 entrevistadas que se realizaron la prueba el último año, la mayoría lo hizo por propia iniciativa, siendo este motivo en Bogotá el 86,3%, el Barranquilla el 81%, en Cali el 62,3% y en Medellín el 61,2%. En segundo motivo de realización de la prueba fue por solicitud de un personal de salud. En las cuatro ciudades, después de la propia iniciativa, los dos motivos siguientes más frecuentes fueron: Medellín, por solicitud de personal de salud (18,4%) y porque alguien la convenció

(10,2%); en Barranquilla por solicitud de personal de salud (14,3%) y por haber tenido relaciones sexuales sin protección u otro comportamiento de riesgo (9,5%); en Bogotá por solicitud de personal de salud (6,8%) y participar en un estudio, investigación o campaña (4,3%); y en Cali por solicitud de trabajo (13,1%) y solicitud de personal de salud (8,2%). De la proporción de mujeres que se hizo la prueba en los últimos doce meses, entre el 64% y el 82% recibió asesoría sobre la prueba, variando en las ciudades así: 82,9% en Bogotá, 79,6% en Medellín, 72,1% en Cali, y solo 64,3% en Barranquilla. Respecto al conocimiento de los resultados, la gran mayoría los conoció (89,8% en Medellín, 97,6% en Barranquilla, 90,6% en Bogotá y 98,4% en Cali). Con relación al resultado de esa prueba se encontró que en Medellín ninguna mujer tuvo un resultado positivo, en contraste con Cali en donde el 13,1% tuvo resultado positivo (Tabla 60 y Tabla 61).

Tabla 60. Prueba de VIH, consejería y resultados, Bogotá y Medellín

Realización de la prueba de VIH	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Se realizó la prueba los últimos doce meses						
Sí	117/316	37.0	(31.7-42.6)	49/250	19.6	(14.9-25.1)
No	199/316	63.0	(57.4-68.3)	201/250	80.4	(74.9-85.1)
Motivo de realización						
Propia iniciativa	101/117	86.3	(78.7-92.0)	30/49	61.2	(46.2-74.8)
Solicitud de personal de salud	8/117	6.8	(3.0-13.0)	9/49	18.4	(8.8-32.0)
Solicitud de trabajo	1/117	0.9	(0.0-4.7)	1/49	2.0	(0.1-10.9)
Sexo desprotegido u otro comportamiento de riesgo	1/117	0.9	(0.0-4.7)	2/49	4.1	(0.5-14.0)
Participación en estudio, investigación o campaña	5/117	4.3	(1.4-9.7)	3/49	6.1	(1.3-16.9)
Otro	7/117	6.0	(2.4-11.9)	8/49	16.3	(7.3-29.7)
Conoció los resultados						
Sí	106/117	90.6	(83.8-95.2)	44/49	89.8	(77.8-96.6)
No	11/117	9.4	(4.8-16.2)	5/49	10.2	(3.4-22.2)
Recibió asesoría sobre la prueba						
Sí	97/115	84.3	(76.4-90.5)	39/45	86.7	(73.2-94.9)
No	18/115	15.7	(9.5-23.6)	6/45	13.3	(5.1-26.8)
Resultados						
Positivo o reactivo	5/104	4.8	(1.6-10.9)	0/43	0.0	(0.0-8.2)
Negativo	101/104	95.2	(89.1-98.4)	43/43	100.0	(91.8-100)

Tabla 61. Prueba de VIH, consejería y resultados, Barranquilla y Cali

Realización de la prueba de VIH	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Se realizó la prueba los últimos doce meses						
Sí	42/199	21.1	(15.7-27.4)	61/207	29.5	(23.4-36.2)
No	157/199	78.9	(72.6-84.3)	146/207	70.5	(63.8-76.6)
Motivo de realización						
Propia iniciativa	34/42	81.0	(65.9-91.4)	38/61	62.3	(49.0-74.4)
Solicitud de personal de salud	6/42	14.3	(5.4-28.5)	5/61	8.2	(2.7-18.1)
Solicitud de trabajo	1/42	2.4	(0.1-12.6)	8/61	13.1	(5.8-24.2)
Sexo desprotegido u otro comportamiento de riesgo	4/42	9.5	(2.7-22.6)	3/61	4.9	(1.0-13.7)
Participación en estudio, investigación o campaña	1/42	2.4	(0.1-12.6)	0/61	0.0	(0.0-5.9)
Otro	1/42	2.4	(0.1-12.6)	11/61	18.0	(9.4-30.0)
Conoció los resultados						
Sí	41/42	97.6	(87.4-99.9)	60/61	98.4	(91.2-100.0)
No	1/42	2.4	(0.1-12.6)	1/61	1.6	(0.0-8.8)
Recibió asesoría sobre la prueba						
Sí	27/42	64.3	(48.0-78.4)	44/56	78.6	(65.6-88.4)
No	15/42	35.7	(21.6-52.0)	12/56	21.4	(11.6-34.4)
Resultados						
Positivo o reactivo	2/41	4.9	(0.6-16.5)	8/60	13.3	(5.9-24.6)
Negativo	39/41	95.1	(83.5-99.4)	52/60	86.7	(75.4-94.1)

De las quince participantes con resultado positivo (dos de Barranquilla, cinco de Bogotá y ocho de Cali), trece de ellas (86,7%) manifestó recibir atención integral para el VIH (dos de Barranquilla, cuatro de Bogotá y siete de Cali). De las trece que afirmaron recibir atención integral, once manifestaron recibir información sobre prevención, seguimiento médico y seguimiento con exámenes de laboratorio; diez reportaron recepción de condones, tratamiento antirretroviral y apoyo psicológico. Entre estas trece participantes, la última vez que se realizaron una prueba de VIH, nueve lo hicieron en una clínica u hospital, dos en un laboratorio privado y dos en una fundación, asociación u ONG.

De las 703 entrevistadas que no se hicieron una prueba de VIH los últimos doce meses, los motivos variaron entre las ciudades. En Medellín, las razones más frecuentes fueron el temor a tener VIH y no saber qué hacer después (40,8%), el no tener tiempo (24,9%) y el no saber a dónde ir (23,9%). En Barranquilla el motivo más frecuente fue no tener tiempo (36,3%), seguido del temor a tener VIH y no saber qué hacer después (33,8%). En Bogotá los motivos más frecuentes fueron el temor a tener VIH y no saber qué hacer después (32,2%), el no tener tiempo (31,7%) y el no saber a dónde ir (11,6%). Finalmente, en Cali lo más frecuente fue el costo (30,8%), no tener tiempo (29,5%), temor a tener VIH y no saber qué hacer después (20,5%) y la vergüenza, ansia o temor de saber cómo la iban a recibir (20,5%) (Tabla 62, Tabla 63, Gráfica 4).

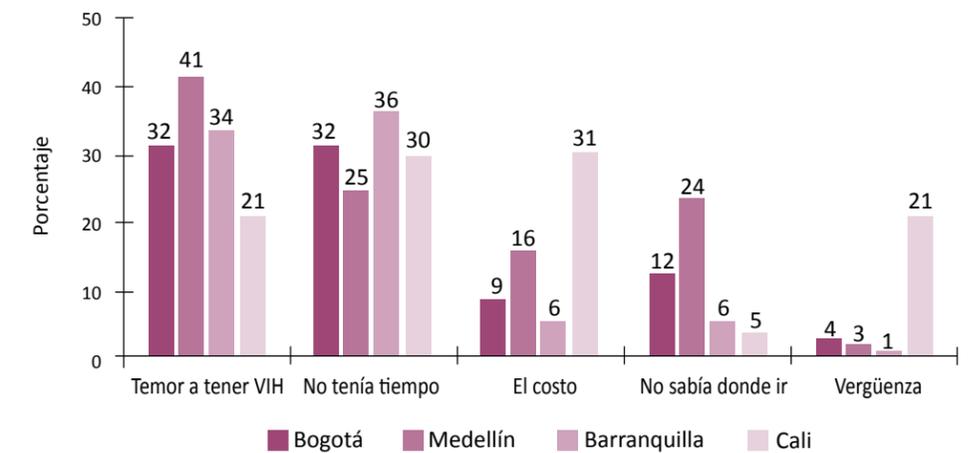
Tabla 62. Motivos para no realizar la prueba de VIH en los últimos doce meses, Bogotá y Medellín

Motivo	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Temor a tener VIH y no saber qué hacer después	64/199	32.2	(25.7-39.1)	82/201	40.8	(33.9-47.9)
No tenía tiempo	63/199	31.7	(25.3-38.6)	50/201	24.9	(19.1-31.4)
El costo	18/199	9.0	(5.4-13.9)	32/201	15.9	(11.2-21.7)
No sabía a dónde ir	23/199	11.6	(7.5-16.8)	48/201	23.9	(18.2-30.4)
Por vergüenza, ansia o temor sobre cómo le iban a recibir	8/199	4.0	(1.8-7.8)	5/201	2.5	(0.8-5.7)
No tenía aseguramiento	7/199	3.5	(1.4-7.1)	10/201	5.0	(2.4-9.0)
Otro	28/199	14.1	(9.6-19.7)	13/201	6.5	(3.5-10.8)

Tabla 63. Motivos por no realizar la prueba de VIH en los últimos doce meses, Barranquilla y Cali

Motivo	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Temor a tener VIH y no saber qué hacer después	53/157	33.8	(26.4-41.7)	30/146	20.5	(14.3-28.0)
No tenía tiempo	57/157	36.3	(28.8-44.3)	43/146	29.5	(22.2-37.6)
El costo	10/157	6.4	(3.1-11.4)	45/146	30.8	(23.5-39.0)
No sabía a dónde ir	10/157	6.4	(3.1-11.4)	7/146	4.8	(1.9-9.6)
Por vergüenza, ansia o temor sobre cómo le iban a recibir	2/157	1.3	(0.2-4.5)	30/146	20.5	(14.3-28.0)
No tenía aseguramiento	0/157	0.0	(0.0-2.3)	4/146	2.7	(0.8-6.9)
Otro	40/157	25.5	(18.9-33.0)	19/146	13.0	(8.0-19.6)

Gráfica 4. Motivos para no realizarse la prueba de VIH en los últimos doce meses



6.11. Infecciones de transmisión sexual

Las participantes que refirieron haber presentado síntomas y signos de ITS durante los últimos seis meses fueron: Medellín 10,8%, Barranquilla 15,6%, Bogotá 14,6% y Cali 14%. Las molestias más frecuentes fueron el dolor abdominal, el dolor y ardor al orinar, el ardor o comezón en el área genital o ano y las úlceras, llagas o granos en la boca. En Medellín los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal (4,8%), seguidos del dolor o ardor al orinar (3,6%) y de las úlceras, llagas o granos en la boca (2,4%). En Barranquilla, el dolor y ardor al orinar se presentó en el 5,5% de las entrevistadas y el dolor abdominal en el 5%. En Bogotá, lo más frecuente fue el dolor abdominal y el dolor y ardor al orinar (4,1% cada uno), seguidos del ardor o comezón en el área genital o ano, las úlceras, llagas o granos en la boca y las úlceras, llagas o granos en zona genital o anal (2,5% cada una). Mientras que en Cali, el síntoma más frecuente fue el dolor y ardor al orinar (4,8%), seguido del dolor abdominal (3,9%) y del ardor o comezón en el área genital o ano y ganglios inguinales inflamados (2,4% cada uno). Entre el 5% y el 20% mencionó haber sido diagnosticada de una ITS por un profesional de la salud, siendo las más frecuentes la gonorrea y la sífilis. Según ciudad, en Medellín el 11,2% fue diagnosticada de alguna ITS (6% gonorrea y 5,2% sífilis). En Barranquilla el 7,5% fue diagnosticada de alguna ITS, siendo la más frecuente la gonorrea (4,5%). En Bogotá el 14,2% refirió haber sido diagnosticada de una ITS, siendo las más frecuentes la gonorrea (5,1%) y la sífilis (3,8%). Cali fue la ciudad con la mayor frecuencia de antecedente de diagnóstico de ITS (20,3%), siendo las más frecuentes la sífilis (8,2%) y el VIH (4,3%) (Tabla 64, Tabla 65).

Tabla 64. Signos, síntomas y diagnósticos previos de ITS, Bogotá y Medellín

ITS	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Signos y/o síntomas de ITS en los últimos seis meses						
Sí	46/316	14.6	(10.9-18.9)	27/250	10.8	(7.2-15.3)
No	270/316	85.4	(81.1-89.1)	223/250	89.2	(84.7-92.8)
Signos y/o síntomas reportados en los últimos seis meses						
Dolor abdominal	13/316	4.1	(2.2-6.9)	12/250	4.8	(2.5-8.2)
Dolor o ardor al orinar	13/316	4.1	(2.2-6.9)	9/250	3.6	(1.7-6.7)
Ardor o comezón en el área genital o ano	8/316	2.5	(1.1-4.9)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Úlceras, llagas, granos, verrugas, condilomas, cresta de gallo en zona genital o anal	9/316	2.8	(1.3-5.3)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Úlceras, llagas, granos en la boca	8/316	2.5	(1.1-4.9)	6/250	2.4	(0.9-5.2)
Ganglios inguinales inflamados	4/316	1.3	(0.3-3.2)	1/250	0.4	(0.0-2.2)
Secreción genital (con o sin mal olor)	--	--	--	1/250	0.4	(0.0-2.2)
ITS diagnosticada por profesional de salud						
Sí	45/316	14.2	(10.6-18.6)	28/250	11.2	(7.6-15.8)
No	271/316	85.8	(81.4-89.4)	222/250	88.8	(84.2-92.4)
ITS diagnosticada						
Gonorrea	16/316	5.1	(2.9-8.1)	15/250	6.0	(3.4-9.7)
Sífilis	12/316	3.8	(2.0-6.5)	13/250	5.2	(2.8-8.7)
VIH	6/316	1.9	(0.7-4.1)	--	--	--
Herpes	7/316	2.2	(0.9-4.5)	--	--	--
Hepatitis B o C	5/316	1.6	(0.5-3.7)	--	--	--

Nota: no se presentan ITS reportadas por <1% del total de las participantes en el estudio.

Tabla 65. Signos, síntomas y diagnósticos previos de ITS, Barranquilla y Cali

ITS	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Signos y/o síntomas de ITS en los últimos seis meses						
Sí	31/199	15.6	(10.8-21.4)	29/207	14.0	(9.6-19.5)
No	168/199	84.4	(78.6-89.2)	178/207	86.0	(80.5-90.4)
Signos y/o síntomas reportados en los últimos seis meses						
Dolor abdominal	10/199	5.0	(2.4-9.0)	8/207	3.9	(1.7-7.5)
Dolor o ardor al orinar	11/199	5.5	(2.8-9.7)	10/207	4.8	(2.3-8.7)
Ardor o comezón en el área genital o ano	4/199	2.0	(0.6-5.1)	5/207	2.4	(0.8-5.5)
Úlceras, llagas, granos, verrugas, condilomas, cresta de gallo en zona genital o anal	4 / 199	2.0	(0.6-5.1)	4 / 207	1.9	(0.5-4.9)
Úlceras, llagas, granos en la boca	3/199	1.5	(0.3-4.3)	3/207	1.4	(0.3-4.2)
Ganglios inguinales inflamados	1/199	0.5	(0.0-2.8)	5/207	2.4	(0.8-5.5)
Secreción genital (con o sin mal olor)	2/199	1.0	(0.1-3.6)	2/207	1.0	(0.1-3.4)
ITS diagnosticada por profesional de salud						
Sí	15/199	7.5	(4.3-12.1)	42/207	20.3	(15.0-26.4)
No	184/199	92.5	(87.9-95.7)	165/207	79.7	(73.6-85.0)
ITS diagnosticada						
Gonorrea	9/199	4.5	(2.1-8.4)	7/207	3.4	(1.4-6.8)
Sífilis	2/199	1.0	(0.1-3.6)	17/207	8.2	(4.9-12.8)
VIH	--	--	--	9/207	4.3	(2.0-8.1)
Herpes	2/199	1.0	(0.1-3.6)	3/207	1.4	(0.3-4.2)
Hepatitis B o C	--	--	--	2/207	1.0	(0.1-3.4)

Nota: no se presentan ITS reportadas por <1% del total de las participantes en el estudio.

De las 133 participantes con algún signo o síntoma de ITS reciente, menos del 50% recibió tratamiento en todos los casos. Medellín fue la ciudad que registró menor cantidad de mujeres con tratamiento completo (lo recibió solo 22,2%), hasta el 51,6% en Barranquilla (Tabla 66 y Tabla 67).



Tabla 66. Tratamiento médico para los síntomas y signos de ITS, Bogotá y Medellín

Recibió tratamiento médico	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Sí, para todos	17/46	37.0	(23.2-52.5)	6/27	22.2	(8.6-42.3)
Sí, pero solo para algunos	1/46	2.2	(0.1-11.5)	1/27	3.7	(0.1-19.0)
No	28/46	60.9	(45.4-74.9)	20/27	74.1	(53.7-88.9)

Tabla 67. Tratamiento médico para los síntomas y signos de ITS, Barranquilla y Cali

Recibió tratamiento médico	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Sí, para todos	16/31	51.6	(33.1-69.8)	11/29	37.9	(20.7-57.7)
Sí, pero solo para algunos	0/31	0.0	(0.0-11.2)	0/29	0.0	(0.0-11.9)
No	15/31	48.4	(30.2-66.9)	18/29	62.1	(42.3-79.3)

A la mayoría de mujeres trans que no recibieron tratamiento o lo recibieron parcialmente, se les recordó que se podían remitir a su EPS por estos problemas de salud, logrando hacer la referencia al 100% de participantes que lo necesitaban en Medellín, al 94,4% en Cali, al 86,7% en Barranquilla y al 86,2% en Bogotá.

De las 422 participantes que declararon tener una pareja amorosa, el porcentaje que ha conversado alguna vez con su pareja sobre las ITS, VIH o Sida fue: Medellín 80,5% (IC 95% 72.7-86.8), Barranquilla 75,8% (IC 95% 65.7-84.2), Bogotá 81,5% (IC 95% 73.8-87.8) y Cali 82,4% (71.2-90.5).

6.12. Problemas de salud en general

Cuando se preguntó a las mujeres trans sobre las molestias o problemas de salud en general los últimos doce meses, el 21,4% de las entrevistadas respondió afirmativamente, siendo los más frecuentes los problemas respiratorios, los digestivos, el dolor de cabeza, las alergias y las molestias urinarias. En Medellín el 13,2% tuvo alguna molestia, siendo las más frecuentes las respiratorias y el dolor de cabeza (2,8% cada uno). En Barranquilla el 29,1% refirió alguna molestia, las más frecuentes fueron las digestivas (6,5%) y respiratorias (5,5% cada uno). En Bogotá el 24,1% de entrevistadas tuvo molestias o problemas de salud generales, siendo los más frecuentes los problemas respiratorios (7,3%) y el dolor de cabeza (3,8%). Y en Cali, la frecuencia de alguna molestia o problema fue 19,8%, siendo las principales las digestivas (4,8%) y el dolor de cabeza (4,3%) (Tabla 68, Tabla 69).

Tabla 68. Molestias o problemas de salud en general los últimos doce meses, Bogotá y Medellín

	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ninguna molestia o problema de salud general	240/316	75.9	(70.8-80.6)	217/250	86.8	(82.0-90.7)
Sí	76/316	24.1	(19.4-29.2)	33/250	13.2	(9.3-18.0)
Respiratorios	23/316	7.3	(4.7-10.7)	7/250	2.8	(1.1-5.7)
Digestivos, diarrea, vómitos	11/316	3.5	(1.8-6.1)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Dolor de cabeza	12/316	3.8	(2.0-6.5)	7/250	2.8	(1.1-5.7)
Alergias	8/316	2.5	(1.1-4.9)	3/250	1.2	(0.2-3.5)
Molestias urinarias	4/316	1.3	(0.3-3.2)	6/250	2.4	(0.9-5.2)
Fiebre	5/316	1.6	(0.5-3.7)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Falta de energía, cansancio	4/316	1.3	(0.3-3.2)	1/250	0.4	(0.0-2.2)
Musculares, articulaciones, huesos	5/316	1.6	(0.5-3.7)	0/250	0.0	(0.0-1.5)
Piel	3/316	0.9	(0.2-2.7)	3/250	1.2	(0.2-3.5)
Otros	20/316	6.3	(3.9-9.6)	9/250	3.6	(1.7-6.7)

Tabla 69. Molestias o problemas de salud en general los últimos doce meses, Barranquilla y Cali

	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Ninguna molestia o problema de salud general	141/199	70.9	(64.0-77.1)	166/207	80.2	(74.1-85.4)
Sí	58/199	29.1	(22.9-36.0)	41/207	19.8	(14.6-25.9)
Respiratorios	11/199	5.5	(2.8-9.7)	8/207	3.9	(1.7-7.5)
Digestivos, diarrea, vómitos	13/199	6.5	(3.5-10.9)	10/207	4.8	(2.3-8.7)
Dolor de cabeza	8/199	4.0	(1.8-7.8)	9/207	4.3	(2.0-8.1)
Alergias	10/199	5.0	(2.4-9.0)	2/207	1.0	(0.1-3.4)
Molestias urinarias	6/199	3.0	(1.1-6.4)	5/207	2.4	(0.8-5.5)
Fiebre	8/199	4.0	(1.8-7.8)	1/207	0.5	(0.0-2.7)
Falta de energía, cansancio	5/199	2.5	(0.8-5.8)	4/207	1.9	(0.5-4.9)
Musculares, articulaciones, huesos	4/199	2.0	(0.6-5.1)	2/207	1.0	(0.1-3.4)
Piel	3/199	1.5	(0.3-4.3)	1/207	0.5	(0.0-2.7)
Otros	14/199	7.0	(3.9-11.5)	8/207	3.9	(1.7-7.5)

Entre las 208 participantes que refirieron al menos una molestia o problema de salud general los últimos doce meses, se consideró como los más graves los problemas respiratorios, seguidos de los digestivos, el dolor de cabeza y los problemas urinarios.

6.13. Acceso a servicios de salud

Respecto al modo de atención, lo más frecuente es mediante el carné de EPS del régimen subsidiado, siendo la forma más frecuente en todas las ciudades (Medellín 55,2%, Barranquilla 54,8%, Bogotá 40,8% Cali 51,2%). En Medellín y Barranquilla se encontró que el 15,6% y el 17,6% de las mujeres no está afiliado al SGSS, y en Bogotá y Cali la cuarta parte. Los lugares más frecuentes a los que acuden las participantes por problemas de salud son los establecimientos públicos, las IPS/EPS y las droguerías o farmacias. En Medellín, los lugares de atención más frecuentemente mencionados fueron son los establecimientos públicos (48,8%), las IPS/EPS (25,6%) y las droguerías y farmacias (25,2%). En Barranquilla acudieron a los establecimientos públicos (37,7%), las IPS/EPS (22,6%) y los hospitales o clínicas privadas (16,6%). En Bogotá se acudió con mayor frecuencia a las IPS/EPS (33,2%) y las droguerías y farmacias (30,4%), seguidas de los establecimientos públicos (22,8%). En Cali los lugares de atención más frecuentes fueron los establecimientos públicos (37,7%), las IPS/EPS (26,6%) y los hospitales o clínicas privadas (17,4%) (Tabla 70 y Tabla 71).

Tabla 70. Afiliación al SGSS y servicios a los que acude generalmente, Bogotá y Medellín

Afiliación al SGSS y servicios	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Afiliación al SGSS:						
Sí	238/316	75.3	(70.2-80.0)	211/250	84.4	(79.3-88.7)
No	78/316	24.7	(20.0-29.8)	39/250	15.6	(11.3-20.7)
Tipo de afiliación						
Régimen subsidiado	129/316	40.8	(35.4-46.5)	138/250	55.2	(48.8-61.5)
Régimen contributivo	62/316	19.6	(15.4-24.4)	37/250	14.8	(10.6-19.8)
Carta de vinculada	37/316	11.7	(8.4-15.8)	36/250	14.4	(10.3-19.4)
Población especial	8/316	2.5	(1.1-4.9)	--	--	--
Medicina prepagada	1/316	0.3	(0.0-1.8)	--	--	--
Régimen especial (militares, policía, magisterio, ECOPEPOTOL)	1/316	0.3	(0.0-1.8)	--	--	--
Servicio al que acude						
Establecimiento de salud público	72/316	22.8	(18.3-27.8)	122/250	48.8	(42.5-55.2)
IPS/EPS	105/316	33.2	(28.1-38.7)	64/250	25.6	(20.3-31.5)
Droguería o farmacia	96/316	30.4	(25.4-35.8)	63/250	25.2	(19.9-31.1)
Hospital o clínica privada	20/316	6.3	(3.9-9.6)	1/250	0.4	(0.0-2.2)
Otro	26/316	8.2	(5.4-11.8)	14/250	5.6	(3.1-9.2)
A ningún sitio	18/316	5.7	(3.4-8.9)	7/250	2.8	(1.1-5.7)

Tabla 71. Afiliación al SGSS y servicios a los que acude generalmente, Barranquilla y Cali

Afiliación al SGSS y servicios	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Afiliación al SGSS:						
Sí	164/199	82.4	(76.4-87.4)	155/207	74.9	(68.4-80.6)
No	35/199	17.6	(12.6-23.6)	52/207	25.1	(19.4-31.6)
Tipo de afiliación						
Régimen subsidiado	109/199	54.8	(47.6-61.8)	106/207	51.2	(44.2-58.2)
Régimen contributivo	29/199	14.6	(10.0-20.3)	32/207	15.5	(10.8-21.1)
Carta de vinculada	24/199	12.1	(7.9-17.4)	11/207	5.3	(2.7-9.3)
Población especial	--	--	--	--	--	--
Medicina prepagada	--	--	--	4/207	1.9	(0.5-4.9)
Régimen especial (militares, policía, magisterio, ECOPEPOTOL)	2/199	1.0	(0.1-3.6)	2/207	1.0	(0.1-3.4)
Servicio al que acude						
Establecimiento de salud público	75/199	37.7	(30.9-44.8)	78/207	37.7	(31.1-44.7)
IPS/EPS	45/199	22.6	(17.0-29.1)	55/207	26.6	(20.7-33.1)
Droguería o farmacia	10/199	5.0	(2.4-9.0)	28/207	13.5	(9.2-19.0)
Hospital o clínica privada	33/199	16.6	(11.7-22.5)	36/207	17.4	(12.5-23.3)
Otro	16/199	8.0	(4.7-12.7)	11/207	5.3	(2.7-9.3)
A ningún sitio	20/199	10.1	(6.2-15.1)	11/207	5.3	(2.7-9.3)

Entre las 208 entrevistadas que tuvieron un problema de salud general los últimos doce meses, las tres cuartas partes aproximadamente buscaron atención médica por el problema que consideraron el más grave. En Medellín la búsqueda de atención fue del 66,7% (IC 95% 48.2-82), en Barranquilla 82,8% (IC 95% 70.6-91.4), en Bogotá 76,3% (IC 95% 65.2-85.3) y en Cali 70,7% (IC 95% 54.4-83.9).

Es importante resaltar que de las mujeres trans incluidas en el estudio que refirieron buscar atención médica, la gran mayoría expresó que la recibió. En Medellín el 100% recibió atención (IC 95% 84.6-100), en Barranquilla el 97,9% (IC 95% 88.9-99.9), en Bogotá el 94,7% (IC 95% 85.4-98.9) y en Cali el 96,8% (IC 95% 83.3-99.9).

Entre las cinco participantes que no recibieron atención (una de Barranquilla, tres de Bogotá y una de Cali), la participante de Barranquilla refirió que fue porque el costo del servicio era demasiado alto, una participante de Bogotá porque surgió otra cosa y tuvo que salir, otra participante de la misma ciudad porque no tenía carné y una de Bogotá y una de Cali por otros motivos.

Entre las 51 participantes que no buscaron atención por el problema de salud considerado grave, los principales motivos fueron no tener tiempo, no tener carné de aseguramiento y porque el costo hubiera sido demasiado alto. Los principales motivos varían entre ciudades: en Medellín fue porque creía que no la atenderían (27,3%), en Barranquilla porque no tenía tiempo, no tenía carné y no sabía a dónde ir (20% cada uno), en Bogotá y Cali porque no tenían tiempo (38,9% y 50% respectivamente).

6.14. Estigma, discriminación y violencia sexual por ser mujer trans

Poco más de la mitad de participantes refirieron haber sufrido actos de estigma y discriminación los últimos doce meses. En donde más se reportaron estos actos fue en Barranquilla (58,8%), luego en Bogotá (52,5%) y finalmente Cali y Medellín con frecuencias similares (50,7% y 50,4%, respectivamente). Las formas de estigma y discriminación más frecuentes fueron la agresión verbal, el desprecio o rechazo y la violencia física. En todas las ciudades se presentó el mismo orden en la frecuencia de actos de estigma y discriminación, aunque con valores diferentes. En Medellín la agresión verbal se reportó por el 42,8%, el desprecio o rechazo por el 29,2% y la violencia física por el 18,8%. En Barranquilla las frecuencias fueron: agresión verbal (28,6%), desprecio o rechazo (28,1%) y violencia física (7%). En Bogotá la agresión verbal tuvo una frecuencia de 28,8%, el desprecio o rechazo 20,3% y la violencia física 15,8%. En Cali la agresión verbal tuvo una frecuencia de 41,1%, el desprecio o rechazo 23,7% y la violencia física 11,6% (Tabla 72 y Tabla 73).

Tabla 72. Actos de estigma y discriminación sufridos por su género, Bogotá y Medellín

Ha sufrido actos de estigma y discriminación	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
No	150/316	47.5	(41.9-53.1)	124/250	49.6	(43.2-56.0)
Sí	166/316	52.5	(46.9-58.1)	126/250	50.4	(44.0-56.8)
Agresión verbal	91/316	28.8	(23.9-34.1)	107/250	42.8	(36.6-49.2)
Mostrado desprecio o rechazo	64/316	20.3	(16.0-25.1)	73/250	29.2	(23.6-35.3)
Violencia física	50/316	15.8	(12.0-20.3)	47/250	18.8	(14.2-24.2)
Excluido de actividades laborales ¹	25/316	7.9	(5.2-11.5)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Negaron atención en tienda, restaurante u hospedaje	23/316	7.3	(4.7-10.7)	6/250	2.4	(0.9-5.2)
Excluido de actividad religiosa o espiritual	12/316	3.8	(2.0-6.5)	7/250	2.8	(1.1-5.7)
Negaron entrada a actividad de diversión	20/316	6.3	(3.9-9.6)	2/250	0.8	(0.1-2.9)
Negaron comprar o arrendar una vivienda	11/316	3.5	(1.8-6.1)	6/250	2.4	(0.9-5.2)
Excluido de espacios de participación ciudadana	11/316	3.5	(1.8-6.1)	3/250	1.2	(0.2-3.5)
Negaron atención en servicio de salud	11/316	3.5	(1.8-6.1)	4/250	1.6	(0.4-4.0)
Otro	11/316	3.5	(1.8-6.1)	2/250	0.8	(0.1-2.9)

Nota: en los últimos doce meses; ¹Incluye negación de ascenso laboral y solicitud de renuncia o despedido.

Tabla 73. Actos de estigma y discriminación sufridos por su género, Barranquilla y Cali

Ha sufrido actos de estigma y discriminación	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
No	82/199	41.2	(34.3-48.4)	102/207	49.3	(42.3-56.3)
Sí	117/199	58.8	(51.6-65.7)	105/207	50.7	(43.7-57.7)
Agresión verbal	57/199	28.6	(22.5-35.5)	85/207	41.1	(34.3-48.1)
Mostrado desprecio o rechazo	56/199	28.1	(22.0-34.9)	49/207	23.7	(18.1-30.1)
Violencia física	14/199	7.0	(3.9-11.5)	24/207	11.6	(7.6-16.8)
Excluido de actividades laborales ¹	14/199	7.0	(3.9-11.5)	8/207	3.9	(1.7-7.5)
Negaron atención en tienda, restaurante u hospedaje	14/199	7.0	(3.9-11.5)	8/207	3.9	(1.7-7.5)
Excluido de actividad religiosa o espiritual	8/199	4.0	(1.8-7.8)	4/207	1.9	(0.5-4.9)
Negaron entrada a actividad de diversión	7/199	3.5	(1.4-7.1)	2/207	1.0	(0.1-3.4)
Negaron comprar o arrendar una vivienda	3/199	1.5	(0.3-4.3)	10/207	4.8	(2.3-8.7)
Excluido de espacios de participación ciudadana	9/199	4.5	(2.1-8.4)	5/207	2.4	(0.8-5.5)
Negaron atención en servicio de salud	0/199	0.0	(0.0-1.8)	3/207	1.4	(0.3-4.2)
Otro	7/199	3.5	(1.4-7.1)	7/207	3.4	(1.4-6.8)

Nota: en los últimos doce meses; ¹Incluye negación de ascenso laboral y solicitud de renuncia o despedido.

Al indagar por los principales agresores, se encontró que eran personas desconocidas (80,2% en Medellín, 84,6% en Barranquilla, 83,1% en Bogotá, 91,4% en Cali); seguidos de otras personas conocidas (no amigos ni familiares), y por último los familiares y los amigos. Después de los desconocidos, en Medellín los familiares (17,5%) y los amigos (15,9%) son quienes con más frecuencia discriminaron y estigmatizaron. En Barranquilla, luego de los desconocidos, fueron personas conocidas que no son amigos ni familiares (17,1%) y los familiares (12,8%). En Bogotá también fueron personas conocidas que no son amigos ni familiares (19,9%), y los familiares (10,8%) quienes discriminaron y estigmatizaron con mayor frecuencia luego de los desconocidos. Finalmente, en Cali se refirieron principalmente los amigos (12,4%) y otras personas conocidas que no son amigos ni familiares los que discriminaron y estigmatizaron con mayor frecuencia luego de los desconocidos (10,5%) (Tabla 74, Tabla 75).

Tabla 74. Personas que han perpetrado estigma y discriminación a causa del género, Bogotá y Medellín

Persona que le ha tratado así a causa de su género	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Desconocidos	138/166	83.1	(76.6-88.5)	101/126	80.2	(72.1-86.7)
Otras personas conocidas	33/166	19.9	(14.1-26.8)	14/126	11.1	(6.2-17.9)
Familiares	18/166	10.8	(6.6-16.6)	22/126	17.5	(11.3-25.2)
Amigos	8/166	4.8	(2.1-9.3)	20/126	15.9	(10.0-23.4)
Policías o militares	9/166	5.4	(2.5-10.0)	5/126	4.0	(1.3-9.0)
Personal del lugar de trabajo	5/166	3.0	(1.0-6.9)	7/126	5.6	(2.3-11.1)
Personal de salud	6/166	3.6	(1.3-7.7)	11/126	8.7	(4.4-15.1)
Otro ¹	17/166	10.2	(6.1-15.9)	9/126	7.1	(3.3-13.1)

¹ Incluye religiosos, personal de centros educativos, funcionarios públicos, compañeros de estudio.

Tabla 75. Personas que han perpetrado estigma y discriminación a causa del género, Barranquilla y Cali

Persona que le ha tratado así a causa de su género	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Desconocidos	99/117	84.6	(76.8-90.6)	96/105	91.4	(84.4-96.0)
Otras personas conocidas	20/117	17.1	(10.8-25.2)	11/105	10.5	(5.3-18.0)
Familiares	15/117	12.8	(7.4-20.3)	10/105	9.5	(4.7-16.8)
Amigos	10/117	8.5	(4.2-15.2)	13/105	12.4	(6.8-20.2)
Policías o militares	8/117	6.8	(3.0-13.0)	5/105	4.8	(1.6-10.8)
Personal del lugar de trabajo	5/117	4.3	(1.4-9.7)	3/105	2.9	(0.6-8.1)
Personal de salud	1/117	0.9	(0.0-4.7)	1/105	1.0	(0.0-5.2)
Otro ¹	8/117	6.8	(3.0-13.0)	3/105	2.9	(0.6-8.1)

¹ Incluye religiosos, personal de centros educativos, funcionarios públicos, compañeros de estudio.

Entre el 10% y el 20% de las mujeres trans participantes manifestó que alguna vez en la vida la han obligado a tener relaciones sexuales; en Bogotá se registró la menor frecuencia (12%), mientras que en Medellín la mayor (17,6%). Al indagar por este hecho durante los últimos doce meses, las frecuencias oscilan entre 1,3% en Bogotá hasta 7% en Barranquilla (Tabla 76 y Tabla 77).

Tabla 76. Antecedente de violencia sexual, Bogotá y Medellín

Antecedente de violencia sexual	Bogotá			Medellín		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alguna vez en la vida	38/316	12.0	(8.7-16.1)	44/250	17.6	(13.1-22.9)
Los últimos doce meses	4/316	1.3	(0.3-3.2)	11/250	4.4	(2.2-7.7)

Tabla 77. Antecedente de violencia sexual, Barranquilla y Cali

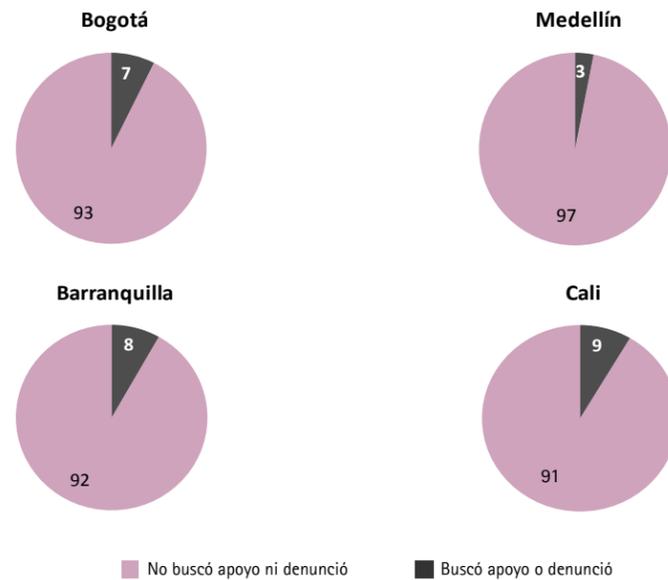
Antecedente de violencia sexual	Barranquilla			Cali		
	n/N	%	(IC 95%)	n/N	%	(IC 95%)
Alguna vez en la vida	29/199	14.6	(10.0-20.3)	36/207	17.4	(12.5-23.3)
Los últimos doce meses	14/199	7.0	(3.9-11.5)	7/207	3.4	(1.4-6.8)

Respecto al agresor sexual, entre las 36 entrevistadas que refirieron haber sido víctimas, el 61,1% señaló que fue un desconocido, seguido de un conocido que no es amigo ni familiar (13,9%) y de un amigo (11,1%).

Entre quienes han sufrido de estigma y discriminación o agresiones sexuales, menos del 10% solicitó apoyo o acudió a denunciar estos actos. En Medellín la búsqueda de ayuda o denuncia fue hecha solo por el 3,1% (IC 95% 0.8-7.6) de las víctimas, en Barranquilla por el 8,2% (IC 95% 4-14.6), en Bogotá por el 7,4% (IC 95% 3.9-12.6) y en Cali por el 8,5% (IC 95% 4-15.5) (Gráfica 5).

Entre las 35 víctimas de estigma, discriminación o violencia sexual que buscaron apoyo o denunciaron el hecho, la mayoría acudió a la policía o fiscalía (68,6%). En segundo lugar, en general, estuvieron las organizaciones LGBT y fundaciones, asociaciones u ONG (17,1%).

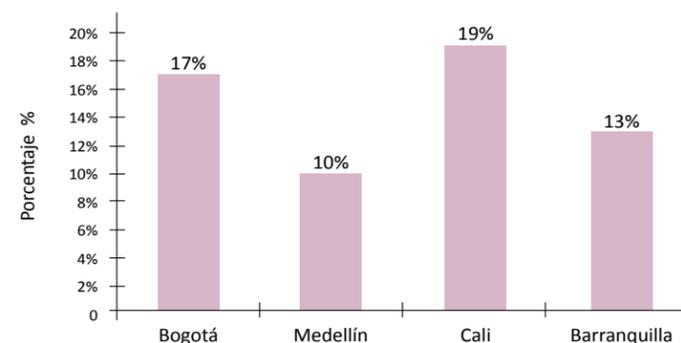
Gráfica 5. Búsqueda de apoyo o denuncia ante actos de estigma, discriminación o agresiones sexuales



6.15. Prevalencia de infección por el VIH

Como se mencionó anteriormente en el apartado de metodología, a las 972 mujeres trans participantes en el estudio se les realizó la prueba diagnóstica de VIH, con la respectiva asesoría y prueba voluntaria, según lo establecido en la normatividad nacional y lo especificado en el protocolo. De estas 972 pruebas realizadas, la mediana de prevalencia de infección por VIH fue de 15,1%. Estos resultados, por ciudad, fueron los siguientes: 25 mujeres trans en Medellín, lo que equivale al 10% (IC 95% 6.6-14.4); 26 mujeres en Barranquilla equivalentes a un 13,1% (IC 95% 8.8-18.7); en Bogotá se estimó el 17,1% (IC 95% 13.2-21.8) que corresponde a 54 mujeres trans, y en Cali se encontraron 39 mujeres trans que equivalen al 18,8% (IC 95% 14.0-25.3) (Gráfica 6).

Gráfica 6. Prevalencia de infección por el VIH



Al comparar el resultado de las pruebas para VIH del estudio según el antecedente de infección declarado por las participantes (según pruebas realizadas los últimos doce meses), se observa que en Bogotá de las 54 mujeres con un resultado positivo, el 22% había tenido un resultado negativo en una prueba realizada en los doce meses previos (Tabla 78).

En Medellín, de las 25 mujeres que tuvieron un resultado positivo en la prueba diagnóstica de VIH el 17% había tenido una prueba previa con resultado negativo en los doce meses previos a la realización de este estudio (Tabla 79).

Tabla 78. Relación entre estado actual de infección por el VIH y resultados de pruebas recientes previas al estudio en la muestra de mujeres trans en Bogotá, 2012

Resultado de la última prueba (últimos doce meses)	Infección por VIH según el estudio							
	Negativo		Indeterminado		Positivo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativo	87	33%	0	0%	12	22%	99	31%
Indeterminado	0	0%	0	0%	2	4%	2	1%
Positivo	0	0%	0	0%	5	9%	5	2%
Sin prueba	173	67%	2	100%	35	65%	210	66%

Tabla 79. Relación entre estado actual de infección por el VIH y resultados de pruebas recientes previas al estudio en la muestra de mujeres trans en Medellín, 2012

Resultado de la última prueba (últimos doce meses)	Infección por VIH según el estudio					
	Negativo		Positivo		Total	
	n	porcentaje	n	porcentaje	n	porcentaje
Negativo	40	18%	3	12%	43	17%
Positivo	0	0%	0	0%	0	0%
Sin prueba	184	82%	22	88%	206	83%

En Barranquilla y Cali, al comparar el resultado de las pruebas para VIH del estudio según el antecedente de infección declarado por las participantes (pruebas realizadas los últimos doce meses), se observa que en Cali de las 39 mujeres con un resultado positivo el 10% había tenido un resultado negativo en una prueba realizada en los doce meses previos (Tabla 80); en tanto que en Barranquilla, de las 26 mujeres que tuvieron un resultado positivo en la prueba diagnóstica de VIH, el 27% había tenido una prueba previa con resultado negativo en los doce meses previos a la realización de este estudio (Tabla 79).

Tabla 80. Relación entre estado actual de infección por el VIH y resultados de pruebas recientes previas al estudio en la muestra de mujeres trans en Cali, 2012

Resultado de la última prueba (últimos doce meses)	Infección por VIH según el estudio							
	Negativo		Indeterminado		Positivo		Total	
	n	porcentaje	n	porcentaje	n	porcentaje	n	porcentaje
Negativo	47	29%	1	25%	4	10%	51	25%
Positivo	0	0%	0	0%	8	23%	8	5%
Sin prueba	117	71%	3	75%	27	69%	144	71%

Tabla 81. Relación entre estado actual de infección por el VIH y resultados de pruebas recientes previas al estudio en la muestra de mujeres trans en Barranquilla, 2012

Resultado de la última prueba (últimos doce meses)	Infección por VIH según el estudio							
	Negativo		Indeterminado		Positivo		Total	
	n	porcentaje	n	porcentaje	n	porcentaje	n	porcentaje
Negativo	31	18%	1	50%	7	27%	39	20%
Positivo	0	0%	0	0%	2	8%	2	1%
Sin prueba	140	82%	1	50%	17	65%	158	79%

7. Limitaciones

Muestra

Es importante señalar que en el trabajo de campo no se realizó una enumeración de la población en los sitios identificados y, por tanto, no se cuenta con el número total de mujeres trans, es decir un *marco muestral*. En ese sentido, en términos estadísticos la muestra obtenida se caracteriza por ser una muestra *a conveniencia*, aunque vale la pena indicar, como se expresó previamente, que el nivel de precisión por ciudad que correspondería a una muestra aleatoria del mismo tamaño estaría entre el 5% y el 6% para muestras entre 200 y 300 participantes por ciudad.

Sin olvidar que la precisión presentada anteriormente asume una prevalencia de VIH de 20%, un tamaño poblacional de mil personas para la corrección por poblaciones finitas y un efecto de diseño de 1.5 para el muestreo por conglomerados, se consideran conservadores en el sentido de que el tamaño poblacional probablemente sea menor con base en el alcance de iniciativas anteriores en las ciudades del estudio y, dado que las prevalencias encontradas en algunas de las ciudades también fueron menores, se disminuye el nivel de error. Esto significa que las características de las personas que participaron en el estudio no necesariamente son iguales a las de la totalidad de la población de mujeres trans en las ciudades del estudio (*el universo*); por tanto, durante el análisis siempre se hace referencia exclusivamente a las participantes. No obstante, es importante resaltar que el tamaño de muestra obtenido es útil para brindar información instructiva y estratégica para la orientación de iniciativas de salud pública.

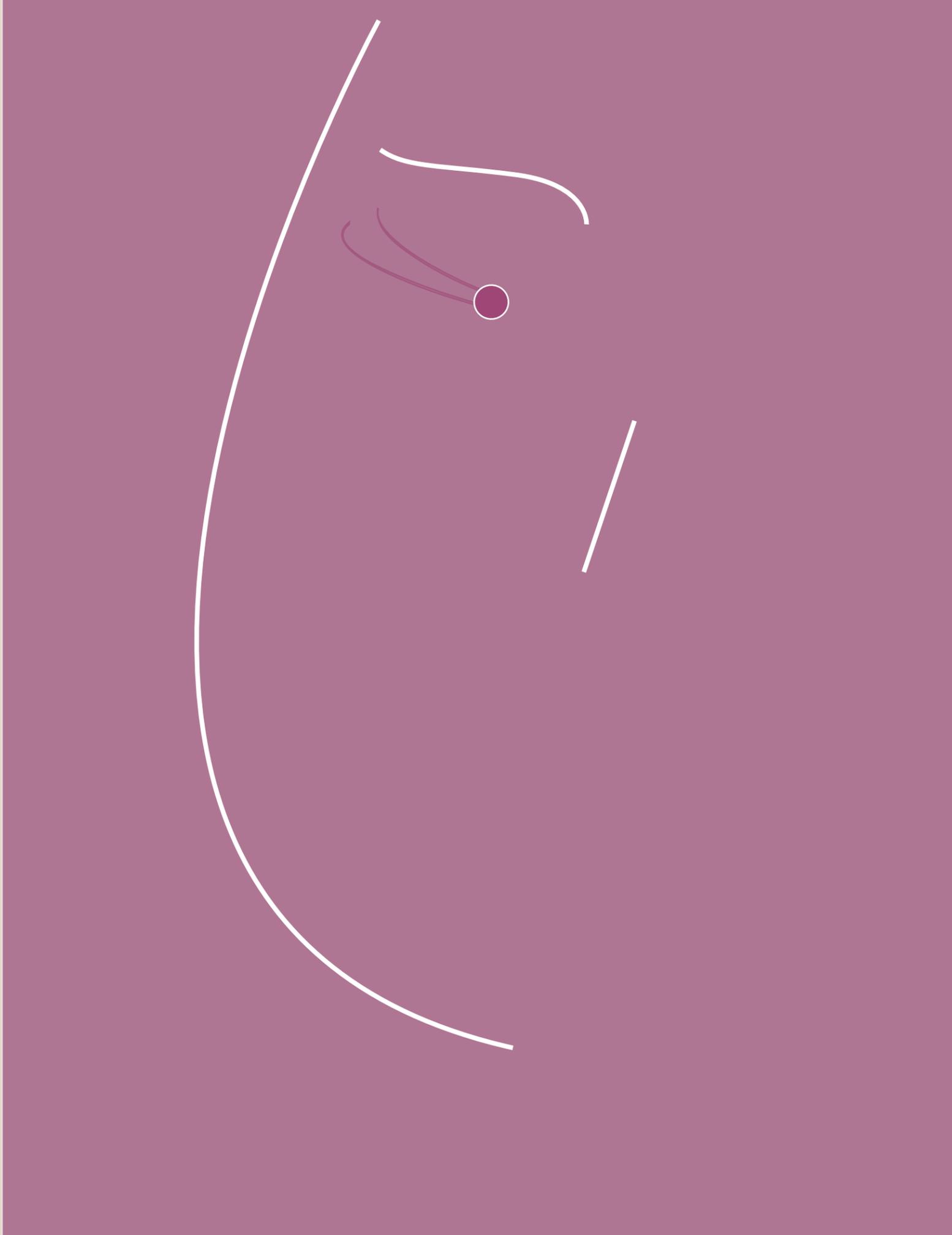
Diferencias entre el protocolo y el trabajo en terreno

Los procedimientos del estudio que se aplicaron en el terreno difieren en algunos aspectos de lo planteado en el protocolo. Se considera importante señalar estas diferencias así como profundizar en cuanto a su impacto en la calidad y validez de los resultados obtenidos. Tales aspectos se detallan a continuación.

El protocolo define una etapa previa al inicio de reclutamiento de mapeo geográfico de sitios "visibles" y un mapeo virtual de mujeres trans. Luego, se aplicaría un formato estándar a tres informantes clave de cada uno de los sitios identificados para producir un conteo —una enumeración— del número de mujeres trans en cada ciudad. En la práctica, el equipo de recolección de información aplicó el formato en algunos sitios más no en todos, y no se realizó la enumeración. Como consecuencia, no se logró una estimación del universo en cada ciudad. Por tanto, no se sabe en qué medida la muestra se acerca a la población, y si esta fracción varía entre ciudades. No se sabe en cuáles de los diferentes segmentos de la

población (ej. calle vs. peluquerías vs. sitios nocturnos vs. Internet/diarios) se logró una mejor aceptación del estudio y reclutamiento, aunque es importante anotar que esta situación es la más común en estudios de poblaciones "ocultas" como mujeres trans.

1. Uno de los criterios de elegibilidad es ser igual o mayor a 18 años de edad. El protocolo indicaba verificación por autorreporte, mientras que en el trabajo en terreno se exigió la cédula. Las personas que no presentaron su cédula no podían participar, teniendo como consecuencia que algunas personas sin cédula, o que no deseaban presentarla no se incluyeron en el estudio, por lo cual se tuvo seguridad de que el criterio de edad se cumplió.
2. Del proceso de análisis de resultados del presente estudio se excluyeron los participantes que no vivían o trabajaban en el área metropolitana de las respectivas ciudades incluidas en el estudio, como lo indican los criterios de inclusión.
3. El protocolo indica que las participantes en el estudio que reportaron haber experimentado signos o síntomas de ITS durante los últimos doce meses se deben canalizar hacia los servicios de salud adecuados para seguimiento y atención. El equipo de estudio apoyó a las participantes con diagnóstico confirmado de la presencia de infección por el VIH pero no para signos y síntomas de otras ITS. De esa manera, participantes con síntomas recientes no fueron vinculadas a servicios, lo que representa oportunidades perdidas para la detección y control de ITS.





8. Conclusiones

8.1. Niveles de infección por el VIH

Los niveles de infección por el VIH estimados a partir de este estudio son altos —entre el 10% y el 19%— lo cual indica una alta carga de enfermedad de las mujeres trans de las ciudades estudiadas si se comparan con los resultados obtenidos en estudios de otras poblaciones vulnerables como los habitantes de calle de cuatro ciudades de Colombia, cuya prevalencia mediana fue 4,4%; en las mujeres trabajadoras sexuales de cinco ciudades de Colombia, de 1,15%; y en la población privada de la libertad de ocho establecimientos penitenciarios, cuya prevalencia mediana se calculó en 0,5%.

Los resultados arrojados por este estudio son similares a las prevalencias a nivel mundial, en promedio del 19% (IC 95% 17.4–20.7)⁶. En América Latina, estudios de mujeres trans en El Salvador y Uruguay han encontrado prevalencias entre el 18% y 19%, y estudios en Argentina, Brasil y el Perú han sido más altas, entre el 29% y 34%⁶, lo que sugiere que la epidemia en mujeres trans en Colombia podría aumentar más si no se fortalecen las acciones preventivas de manera inmediata.

Las prevalencias del VIH en Barranquilla, Bogotá y Cali son parecidas y mayores comparadas con la prevalencia en Medellín (con base en los intervalos de confianza).

8.2 . Identidad, características sociodemográficas y transformaciones del cuerpo

- El nivel educativo más común es secundaria o mayor, y el analfabetismo es menor al 10%.
- El nivel de ingresos es relativamente bajo, puesto que las mujeres trans que participaron en el estudio reciben menos de un salario mínimo; sin olvidar que en Bogotá, una mayor proporción se encuentra sin ingresos (22%) con respecto a otras ciudades.
- La mayor parte de las mujeres trans no se ha realizado procedimientos de transformación corporal (81% en Barranquilla).

8.3. Condiciones de vulnerabilidad a la infección

Parejas sexuales, roles versátiles y pasivos, y sexo desprotegido

1. La gran mayoría de las mujeres trans que participaron en el estudio reportaron ser solteras. Pocas se encuentran en uniones libres o matrimonio.
2. De igual manera, las mujeres trans manifestaron tener múltiples parejas sexuales



no comerciales con hombres, particularmente en Barranquilla y Cali (35% reportan más de tres y 10% más de once).

3. Pocas reportaron haber sostenido relaciones sexuales con mujeres y con otras mujeres trans.
4. En relaciones anales, lo más común es el rol versátil (activo y pasivo) con parejas no comerciales y la tercera parte son exclusivamente pasivas, lo que aumenta las probabilidades de adquirir VIH si se tienen relaciones desprotegidas.

Uso de condón y lubricantes

Frente a este ítem se encontró que:

- El uso inconsistente de condón en relaciones anales con parejas comerciales es moderado (más común en Barranquilla y Cali), con parejas ocasionales es considerable (>30%) y mayor con parejas amorosas (entre 50% y 75%).
- El uso inconsistente de condón en relaciones orales es mayor con todo tipo de pareja.
- El motivo para el uso de condón es principalmente para la prevención de VIH e ITS.
- Las razones y situaciones para el no uso son principalmente con la pareja amorosa, sexo oral (particularmente en Barranquilla), erotismo y el efecto de alcohol o drogas.
- Menos del 15% de las mujeres trans no ha recibido información sobre el uso adecuado del condón. Cerca del 50% manifestó que algunas veces ha experimentado recientemente la ruptura del condón.
- Entre el 27% al 46% de las mujeres trans no había recibido condones gratuitamente durante los últimos seis meses en Bogotá y Medellín (menor en Barranquilla y Cali, 10%-14%). Las fundaciones, asociaciones y ONG son los lugares más reportados para la suministro de condones (62%).
- Menos de la mitad manifestó siempre utilizar lubricante durante sexo anal. De ellas, solo la mitad reportó usar lubricantes a base de agua, seguido por saliva, cremas y vaselina lo que en gran parte explica la falla de protección del condón por inadecuada utilización.

Trabajo sexual

- Cerca del 70% de las mujeres trans han realizado sostuvo relaciones sexuales a cambio de dinero alguna vez en la vida. Haber cambiado sexo por dinero en los últimos seis meses se presentó entre el 25% y el 50% de las mujeres en las cuatro ciudades.
- Sin embargo, menos del 25% consideraron dedicarse al trabajo sexual (mayor en Medellín, 44%).
- Entre las que ejercen el trabajo sexual, la mediana del número de clientes es de veinte en el último mes, mayor en Bogotá y Medellín.

Consumo de alcohol y drogas

- La cuarta parte de las mujeres manifestó el consumo reciente de cocaína, crack o bazuco, en tanto que el consumo de sustancias psicoactivas inyectables es mínima ($\leq 0.6\%$).
- El consumo de alcohol con clientes sexuales es bajo (<10%) en todas las ciudades, excepto en Medellín en donde el 22% de las mujeres trans reportó el consumo de alcohol con los clientes.

Conocimiento y percepción de vulnerabilidad frente el VIH

- El conocimiento integral sobre el VIH es bajo: desde el 25% en Medellín, Bogotá (35%) y Barranquilla (44%) hasta el 61% en Cali.
- La mayor cobertura de información sobre el VIH/ITS es agenciada por las ONG, seguidas de los establecimientos educativos, campañas y medios masivos.
- La tercera parte de las personas consideró tener baja o ninguna vulnerabilidad frente al VIH, y esto no varía de forma importante según las conductas de sexo desprotegido.

8.4. La prueba del VIH y acceso a servicios de salud

La prueba del VIH

- La utilización de la prueba en el último año es baja: entre el 20% (Medellín) y 37% (Bogotá). Aproximadamente el 10% de las mujeres de Medellín y Bogotá que se realizaron la prueba no conocían los resultados. El 10% se realizó la prueba por solicitud de personal de salud, lo que podría indicar una etapa avanzada de la infección y el poco acceso o la baja utilización de las mujeres trans de los servicios de salud.
- Los motivos más comunes para no realizarse la prueba son temor a tener VIH y no saber qué hacer después, así como no tener tiempo. La vergüenza y temor son comunes en Cali (21%) y desconocimiento de dónde realizarse la prueba en Medellín (24%). El costo también resultó ser un impedimento, mayor en Cali, 31%.
- La mayor parte de las infecciones detectadas en el estudio no se habían diagnosticado antes: el 2% había sido diagnosticado previamente con el VIH, comparado con una prevalencia del 15%.
- A las mujeres que tuvieron un resultado positivo durante la asesoría post se les indicó la posibilidad de ser acompañadas y tener un seguimiento para el ingreso a los servicios de salud que requerían; sin embargo, la mayoría no suministró información de contacto efectiva.



Procedimientos de transformación sin supervisión médica

- Alrededor del 30% de las mujeres trans se inyectan hormonas; sin embargo, el uso de agujas utilizadas es poco frecuente.
- Los procedimientos se realizan principalmente fuera de establecimientos de salud y muchas veces son practicados por ellas mismas.
- Realizar los procedimientos en el sector privado es mucho más común que en el estatal.

ITS

- El problema de salud general más comúnmente reportado fueron las molestias o problemas respiratorios. Las razones más referidas para no buscar atención fueron la falta de tiempo y la falta de aseguramiento, a pesar de que el 79,5% en promedio se encontraban afiliadas al sistema
- Una parte importante de las participantes habían sido diagnosticadas previamente con alguna ITS en Cali (20%). Entre el 10% y el 20% reportó signos y/o síntomas recientes. De estas, la mayor parte no había recibido tratamiento médico.

Afiliación al SGSSS

- La quinta parte (21,5%) de las participantes no estaba afiliada al SGSSS. Del total de la muestra, la mitad estaba afiliada al régimen subsidiado y menos del 20% al contributivo.
- De otra parte, al indagar sobre los motivos por los cuales las mujeres trans no acudieron a buscar atención médica cuando presentaron un problema de salud, el 10% manifestó que no creía que no le atenderían.

8.5. Estigma y discriminación a causa de género y violencia sexual

- Un número considerable de mujeres trans (51,6%) ha sufrido la violencia sexual en la vida, y en menor proporción en el último año, la mayor se presentó en Barranquilla (7%). Menos del 10% en cada ciudad había buscado apoyo o denunció el acto.
- Más de la mitad de las mujeres trans entrevistadas había sufrido algún acto de estigma o discriminación por su género, principalmente agresión verbal y desprecio/rechazo. La violencia física también era común. De las que sufrieron actos estigmatizadores/discriminatorios, relativamente pocas indicaron al personal de salud como los perpetradores.



9. Recomendaciones

- Con relación a los servicios de salud se recomienda:
 - ❖ Fortalecer el acceso y utilización de la prueba, con difusión masiva sobre los procedimientos de acceso a la prueba, los lugares de realización de la misma, los beneficios de realizársela, las garantías, los costos, entre otros. Esta divulgación no debería ser focalizada a las poblaciones vulnerables sino la población general, de esta manera se podría disminuir el estigma y la discriminación que los medios de comunicación generan frente a unas poblaciones más vulnerables que otras.
 - ❖ Junto con la difusión de la prueba voluntaria de VIH se debe enfatizar que siempre debe haber una asesoría pre y post prueba que le ayude a la persona a comprender y asimilar los resultados de la prueba de VIH.
 - ❖ Los servicios de salud deberían ser especializados para atender con calidad y pertinencia a las diferentes poblaciones y de esta manera brindar una atención integral.
 - ❖ Alinear estrategias para facilitar acceso a la supervisión médica para procedimientos de transformaciones corporales, particularmente de inyecciones.
 - ❖ Deben ser divulgadas de manera general las rutas de atención que se han implementado en cada ciudad para que las mujeres trans conozcan la manera de acceder a los servicios de salud.
 - ❖ Se deben generar estrategias para vincular de manera ágil y oportuna a las poblaciones más vulnerables frente a la infección por VIH.
 - ❖ Se deben generar estrategias para brindar un acompañamiento efectivo que logre, si es el caso, un tratamiento oportuno a las mujeres trans que reciben un resultado positivo de VIH o acceso al programa de VIH.
 - ❖ Fortalecer el uso oportuno de servicios de diagnóstico y tratamiento para las ITS.
 - ❖ Las entidades territoriales deben hacer entrega masiva de condones como una estrategia preventiva.
- Con relación a la Educación se recomienda:
 - ❖ Fortalecer a las organizaciones no gubernamentales para que puedan abordar con las mujeres trans las barreras de vergüenza y temor frente al VIH.
 - ❖ Intensificar las intervenciones de educación e información sobre uso correcto de condones y lubricantes, impulsar el sexo protegido con parejas comerciales y no comerciales en relaciones anales y orales, y aumentar la oferta gratuita de condones y lubricantes a base de agua.



- ❖ Fortalecer el conocimiento sobre el VIH y mayor comprensión de la vulnerabilidad de esta población.
- ❖ Fortalecer en los programas de prevención el abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, especialmente cocaína, crack y bazuco; facilitar el vínculo con programas de calidad para el tratamiento a las adicciones.
- ❖ Hacer disponible mecanismos ágiles de apoyo y denuncia después de la violencia sexual, así como de actos de estigma y discriminación a causa de género.
- ❖ Fortalecer a las organizaciones no gubernamentales para disminuir el estigma y la discriminación de la cual es objeto la población de mujeres trans.

10. Anexos

10.1 Formato de consentimiento informado

Número papel filtro

CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESTUDIO DE VULNERABILIDAD AL VIH Y PREVALENCIA DE VIH EN MUJERES TRANS
EN COLOMBIA, 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

Introducción

Usted está siendo invitada a participar en este estudio sobre VIH que está llevando a cabo Cooperative Housing Foundation (CHF International) y el Mecanismo Coordinador de País; en el marco del Convenio n.º COL-911-G04-H suscrito entre CHF y el Fondo Mundial como receptor principal del Proyecto de Novena Ronda del 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".

El objetivo de este consentimiento es brindarle información sobre el estudio, las actividades a realizar y proporcionarle un espacio para que usted pueda realizar las preguntas que considere necesarias; con el fin de que todo sea completamente claro y de esta manera pueda decidir si desea participar o no en el estudio.

Propósito del estudio

El propósito del estudio consiste en determinar en cuatro (4) ciudades de Colombia la cantidad de mujeres trans que viven con el VIH y los comportamientos asociados a las prácticas sexuales, para orientar programas nacionales que controlen o reduzcan la presencia del virus en la población colombiana.

Procedimientos

Si usted acepta participar en el estudio, un encuestador capacitado realizará los siguientes procedimientos:

1. Lectura y firma del consentimiento informado para el estudio.
2. Diligenciamiento de una encuesta con unas preguntas acerca de su salud y sus comportamientos, actitudes y prácticas sexuales.
3. Asesoría pre-prueba para VIH.
4. Lectura y firma del consentimiento informado para la recolección y procesamiento de la prueba de VIH.



5. Recolección de la muestra de sangre.
6. Entrega del resultado.
7. Asesoría pos prueba para VIH.
8. Entrega del bono.

La asesoría previa para la recolección de una muestra de sangre para la prueba de VIH, en donde se le explicará en qué consiste el virus, las formas de prevención, el apoyo que recibirá si ésta llegase a salir positiva, y demás temas que usted considere convenientes. Luego se procederá a recolectar la muestra de sangre pinchándola en un dedo con una lanceta desechable de forma que se obtengan cuatro gotas de sangre con las que se realizarán los exámenes pertinentes en un laboratorio clínico especializado localizado en la ciudad de Bogotá. La participación dentro del estudio no tiene ningún costo. Finalmente se programará con usted una fecha en la cual recibirá una asesoría post-prueba y su resultado. Las asesorías que usted recibirá, serán realizadas por personal capacitado y especializado en el tema.

El tiempo promedio de duración de todo el proceso en el que usted participará, será de una (1) hora y (30) treinta minutos aproximadamente.

Riesgos e incomodidades

No existe ningún riesgo para usted en este estudio, pues no se le aplicarán medicamentos para la realización del mismo. Solo se recolectará una muestra de gotas de sangre mediante la punción en un dedo; situación que puede causar leve dolor en el lugar donde se tome la muestra. Esta muestra se recolectará exclusivamente para el examen del VIH.

Es posible también que usted pueda sentirse un poco incómoda con algunas preguntas de naturaleza privada que le hará el encuestador; sin embargo, estas se realizarán en un lugar privado y bajo total confidencialidad.

Beneficios

La prueba para la detección de VIH será gratuita y usted recibirá un bono por \$40.000 pesos por su participación, este bono se le suministrará al momento de la entrega del resultado de las pruebas de laboratorio, y lo podrá cambiar por artículos en almacenes de cadena de la ciudad.

De acuerdo con el resultado de la prueba, la persona que le realice la asesoría post-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.

Si usted llegara a ser diagnosticada con la infección, el proyecto le ofrecerá las pruebas de laboratorio para cuantificar carga viral y conteo de linfocitos. Si usted no tiene

ningún tipo de aseguramiento en salud, se le ofrecerá atención en la red pública y el proyecto le suministrará el tratamiento antirretroviral y las pruebas de seguimiento requeridas durante máximo 8 meses. El profesional de enlace del departamento del proyecto de novena ronda la apoyará y acompañará en las gestiones necesarias para lograr la afiliación a la seguridad social.

Con su colaboración usted ayudará a que se conozca la cantidad de mujeres trans que viven con VIH en varias ciudades del país, y de esta manera establecer medidas para controlar o reducir el crecimiento de la epidemia de VIH.

Las personas que se encuentran desarrollando esta encuesta no tienen responsabilidad frente a los tratamientos o seguimientos clínicos que puedan ser sugeridos como consecuencia de los resultados de los exámenes realizados.

Almacenamiento de muestras para estudios a futuro

La muestra de sangre que será recolectada para la prueba de VIH, podrá ser utilizada para realizar otras pruebas adicionales de interés en salud pública. Solicitamos su permiso para almacenar estas muestras.

Sus muestras podrían ser usadas para estimar niveles de diferentes formas de infección con VIH y/u otras infecciones o enfermedades y factores asociados como parte de otros estudios al futuro.

Si se llegasen a utilizar muestras suyas tomadas durante este estudio, para otro diferente en el futuro no se le contactará en ningún momento ya que su participación en este estudio es anónima y el equipo de investigación no tendrá acceso a su nombre o datos de contacto.

Sus muestras no serán vendidas o usadas directamente para la producción de derivados comerciales. Sus muestras estarán almacenadas indefinidamente, de forma anónima con un código y sin ninguna información personal que le identifique (ej. nombre, teléfono, dirección).

Al dar su permiso para el uso de sus muestras en estudios al futuro, usted no disfrutará de ningún beneficio directo; sin embargo, su permiso posibilitará posibles avances en la prevención de enfermedades y/o mejorías en los servicios de salud a la población.

La decisión de que sus muestras se almacenen es completamente voluntaria y no afectará su participación en el resto del estudio.

¿A quién acudir en caso de que necesite ayuda profesional?

Si usted tiene alguna duda o pregunta sobre el estudio, presenta alguna dificultad, o si usted decide dejar el estudio, sírvase comunicarse con la Coordinadora de los estudios de VIH, Clara Ángela Sierra Alarcón, al teléfono celular 300 2 66 60 21 o al correo electrónico clara77angela@yahoo.com y/o Natalia Calderón, al teléfono celular 3144789500 o al correo electrónico nataliamarcelaunal@yahoo.com

Confidencialidad

Toda la información que usted brinde y el resultado de su examen de laboratorio se mantendrán completamente confidenciales, su nombre no aparecerá en el cuestionario, ni en los resultados finales de la investigación.

Su participación en el estudio es completamente voluntaria y usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento.

Usted puede preguntar al supervisor(a) local del proyecto, cualquier duda que tenga, él atenderá sus inquietudes o sugerencias.

Aceptación del participante

Si usted tiene alguna pregunta, por favor hágala en este momento y se le dará solución. Usted recibirá una copia de este consentimiento diligenciado a su solicitud. Antes de firmar 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 firme a continuación y marque la casilla correspondiente:

- Sí, acepto participar en este estudio, incluyendo la prueba para VIH, y el almacenamiento de mi muestra para estudios futuros.
- Sí, acepto participar en este estudio, incluyendo la prueba para VIH, pero no el almacenamiento de mi muestra para estudios futuros.
- Sí, acepto participar en este estudio, pero no la prueba para VIH, ni en el almacenamiento de mi muestra para estudios futuros.
- NO, acepto participar en este estudio.

Participante del estudio

Facilitador del estudio

Firma: _____

Firma: _____

Cédula No.

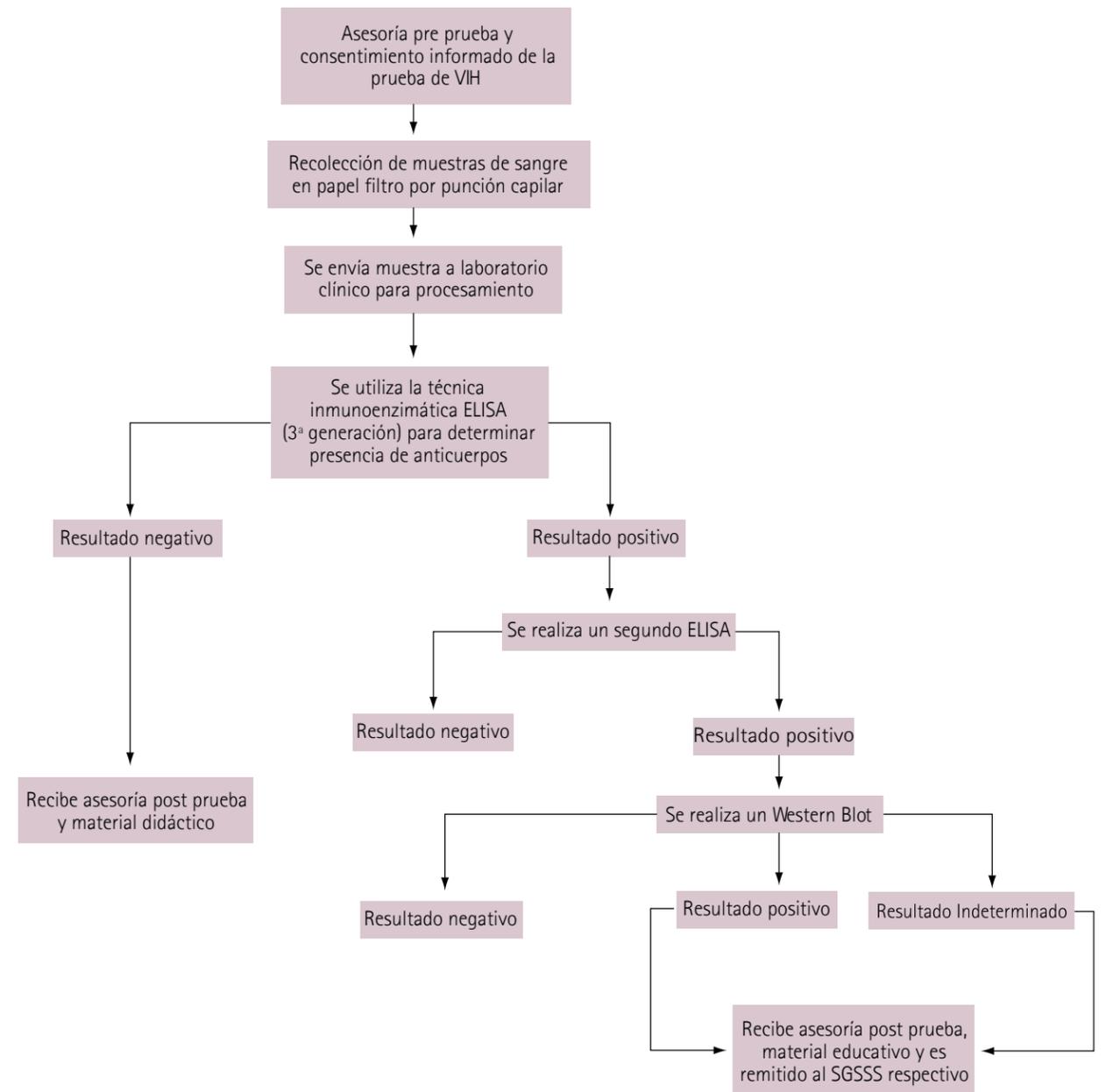
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Cédula No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

10.2 Algoritmo de diagnóstico de infección por el VIH



10.3 Estado de Recolección de Información

Ciudad	Mujeres trans entrevistadas	Mujeres trans con APV Pre	Mujeres trans con muestra de sangre	Mujeres trans con APV post	Mujeres trans con bono de compensación	Mujeres trans con resultado positivo	Descripción del seguimiento a las mujeres trans con resultado positivo	Mujeres trans incluidas en el análisis de estudio
Bogotá	316	316	316	300	300	54	En control con especialistas No ha podido solicitar cita médica Número telefónico de una amiga, familiar Sin número de contacto Afilación a EPS de otra ciudad Número equivocado, fuera de servicio, buzón de voz. Tenía cita programada Otro (no podía hablar, no quiso seguir hablando con el profesional, no quería aceptar el resultado, no quiere ir al Hospital de Kennedy, etc.) No se logró entregar el resultado	12 4 6 2 5 8 3
Medellín	250	250	250	245	245	25	En control con especialistas Tenía cita programada Otro no ha querido solicitar cita médica Número equivocado, fuera de servicio, buzón de voz, no contestan.	3 2 1 16
Cali	225	225	225	221	221	41	No se logró entregar el resultado Número equivocado, fuera de servicio, buzón de voz, no contestan.	3 32
Barranquilla	200	200	200	189	189	26	En control con especialistas Otro, apáticas, no dan información No se logró entregar el resultado Sin información, el seguimiento lo realizaría el Profesional de Enlace en esta ciudad	6 2 1 24
TOTAL	991	991	991	955	955	146	No se logró entregar el resultado	2
								146
								972



11. Referencias

1. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. The pre-surveillance assessment guidelines for planning serosurveillance of HIV, prevalence of sexually transmitted infections and the behavioural components of second generation surveillance of HIV; 2005.
2. Calleja JM, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region. *AIDS* 2002;16:S3-12.
3. Ministerio de la Protección Social (MPS), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cúcuta, Pereira y Cartagena; 2012.
4. Ministerio de la Protección Social (MPS), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia; sin año.
5. Ministerio de la Protección Social (MPS), Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD), Universidad CES. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira: Informe final; 2011.
6. Baral SD, Poteat T, Stromdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2013;13:214-22.
7. Toibaro JJ, Ebersrtejin J, Parlante A, et al. Sexually transmitted infections among transgender individuals and other sexual identities]. *Medicina* 2009;69:327.
8. Silva-Santisteban A, Raymond HF, Salazar X, et al. Understanding the HIV/AIDS Epidemic in Transgender Women of Lima, Peru: Results from a Sero-Epidemiologic Study Using Respondent Driven Sampling. *AIDS and Behavior* 2011:1-10.
9. 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. *American journal of public health* 2001;91:915.
10. Nemoto T, Operario D, Keatley J, Villegas D. Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *AIDS Care* 2004;16:724-35.
11. De Santis JP. HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC* 2009;20:362.
12. Ministerio de la Protección Social (MPS), UNFPA. Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH/Sida, población en contexto de vulnerabilidad, Colombia, 2011; 2011.
13. Stryker S, Whittle S, eds. *Transgender studies reader*. New York: Routledge; 2006.
14. García A. Tacones, siliconas, hormonas. Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
15. García A. Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo género. *Revista Colombiana de Antropología* 2009;45:119-46.
16. Butler J. *El Género en Disputa*. México: Paidós-PUEG; 2001.

17. Universidad de Antioquia-Instituto de Estudios Públicos. Texto descriptivo fuentes secundarias. Diseño y formulación de una Política Pública para el reconocimiento, atención y garantía de derechos de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas (LGBT) del Municipio de Medellín. Medellín; 2009.
18. Alcaldía de Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación. Por una ciudad de derechos: Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de de los derechos de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas –LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital. Bogotá; 2008.
19. Rodríguez S. Género trans: transitando por las zonas grises. San Juan, Puerto Rico: Terranova Editores; 2009.
20. Mafía D. Sexualidades migrantes: Género y transgénero. Buenos Aires, Argentina: Feminaria; 2003.
21. Santamaría Fundación. Mujeres trans en el sistema educativo de Santiago de Cali: Evaluación de la implementación del proyecto 'Caracterización de la Población de Mujeres Trans en Santiago de Cali con Énfasis en Educación'. Cali, Colombia; 2010.
22. Santamaría Fundación. Derechos en salud para mujeres trans. Cali, Colombia: Secretaría de Salud Departamental, Gobernación del Valle del Cauca; 2009.
23. Santamaría Fundación. Identidades Trans: Ciudadanía plena; Cartilla de derechos humanos. Cali: Secretaría de Equidad y Género, Gobernación del Valle del Cauca; 2008.
24. Salazar X. Las personas trans y la epidemia del VIH/Sida en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológicos. Lima, Perú: IESSDEH. Universidad Peruana Cayetano Heredia. ONUSIDA. AMFAR; 2010.
25. Salazar X, Villayzán J. Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/Sida. Lima, Perú: IESSDEH. Red LacTrans. UNFPA; 2009.
26. Ministerio de la Protección Social (MPS), Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Guía de Prevención de VIH/Sida para Mujeres Trans. Bogotá, Colombia; 2010.
27. Family Health International (FHI). Behavioral surveillance surveys (BSS) guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. Arlington, VA. USA; 2000.

