INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

DOCTORADO EN SALUD PÚBLICA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS PARA LA INFECCIÓN POR VIH, EN POBLACIONES VULNERABLES, EN CUATRO CIUDADES DE COLOMBIA.

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA

Generación 2011-2014

Director de Tesis:
Dr. Rene Leyva

Asesores:
Dra. Marcela Arrivillagada
Dr. Jerry Jacobson

Comité Evaluador:

Dr. Carlos Magis
Dra. Marta Caballero
Dra. Gudelia Rangel
Mto. Sergio Bautista

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN ..... 5#
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 9#
El perfil de la epidemia del VIH en Colombía ..... 9#
El Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prevención para el VIH ..... 11#
Acceso a la prevención en el VIH ..... 13#
MARCO CONCEPTUAL ..... 17#
VULNERABILIDAD ..... 17#
VULNERABILIDAD SOCIAL ..... 18#
VULNERABILIDAD PROGRÁMATICA ..... 19#
Acceso a Servicios de Salud ..... 22#
VULNERABILIDAD INDIVIDUAL ..... 23#
Estigma y Discriminación ..... 23#
Género ..... 24#
Orientación sexual ..... 26#
OBJETIVOS ..... 27#
General: ..... 27#
Específicos: ..... 27#
HIPÓTESIS ..... 28#
MATERIALES Y MÉTODOS ..... 28#
POBLACIÓN: ..... 29#
SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL ..... 31#
VARIABLES ..... 33#
Dependiente: ..... 33#
Variables independientes: ..... 33#
Análisis estadístico ..... 36#
RESULTADOS ESPERADOS Y APORTES DEL ESTUDIO ..... 37#
LIMITACIONES DEL ESTUDIO ..... 38#
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y DE BIOSEGURIDAD ..... 38#
CRONOGRAMA ..... 40#
ANEXOS ..... 41#
A: Instrumento estudio Comportamiento sexual y prevalencia del VIH en mujeres trans ..... 41#

B: Instrumento estudio comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres ..... 55#

C: Instrumento estudio Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales ..... 80#

Referencias ..... 95#

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Afiliación al SGSSS poblaciones vulnerables 12

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión empleados para la selección de la muestra en los estudios sobre prevalencia de VIH en mujeres Trans, HSH y MTS……30

Tabla 3. Tamaños de muestra por cada población y ciudad periodo 2010-2012…… 31

Tabla 4. Diseños muéstrales y parámetros tenidos en cuenta para el cálculo de tamaños de muestra en las diferentes poblaciones……32

Tabla 5. Medidas tomadas para reducción de sesgos en los estudios sobre comportamiento sexual y prevalencia de VIH en las poblaciones de HSH, MTS y mujeres……...37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa conceptual de la investigación 21

Figura 2. Esquema de las variables ..... 34#

INTRODUCCIÓN

El curso de la epidemia del VIH/SIDA en Colombia, así como en otros países de América Latina, muestra una afectación principalmente de algunos grupos de la población, lo cual se ha denominado epidemia concentrada. La prevalencia del VIH para la población entre 15 a 59 años de edad para la región de América Latina era de 0,5% para el año 2010[1]. Esta prevalencia, que se encuentra por debajo de 1% en la población general, contrasta con las altas prevalencias en poblaciones como las de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las cuales se encuentran por encima de 10% en 12 de los 14 países de la región[1].Otra de las poblaciones con prevalencias mayores a 1% son las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), las mujeres trans y los usuarios de drogas intravenosas (UDI)[1] .

Colombia tiene un perfil epidemiológico similar al de la región de América Latina. La prevalencia en la población general de 15 a 49 años de edad es de 0,59%,[2] mientras que las prevalencias en los HSH, en las MTS, en usuarios de drogas intravenosas y en mujeres trans, se encuentran por encima de 1%, siendo los HSH la población que tiene prevalencias hasta de 25%[2] en ciudades como Cali.

Dentro de la respuesta mundial y nacional al VIH/SIDA la prevención se sitúa como una de las principales estrategias para impactar la epidemia, especialmente en los grupos de población en mayores contextos de vulnerabilidad como los HSH, las MTS y las mujeres trans, entre otros[3], ONUSIDA[3] define dos niveles de intervención en la prevención: *acciones de política fundamentales en la prevención* tendientes a reducir la vulnerabilidad social, lo que incluye derechos humanos, reducción de inequidad de género, respuestas basadas en la comunidad, estigma y discriminación, entre otros, y *acciones programáticas fundamentales en la prevención*: prevención de la transmisión sexual del VIH, promoción del acceso a asesoría y a la prueba voluntaria para el VIH, proporcionar información y educación relacionadas

con el VIH entre, otros aspectos. De igual forma, la Organización Mundial de la Salud- OMS, en la estrategia global del sector salud para el VIH/SIDA 2011-2015 señala, dentro de los ejes estratégicos,[i] el optimizar los resultados de la prevención en el VIH y reducir la vulnerabilidad, asi como remover las barreras estructurales para el acceso a los servicios[4] de salud.

A través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el país ha dispuesto una serie de medidas tendientes a garantizar la prevención y atención integral del VIH, lo cual implica la inclusión de una serie de insumos y procedimientos en el Plan Obligatorio de Salud (POS)[ii]; dentro de estas medidas se encuentran el acceso al condón masculino, la asesoría y la prueba voluntaria para el VIH y el tratamiento antirretroviral (en la perspectiva de tratamiento como prevención)[iii]. Sin embargo, la cobertura de estas acciones es muy baja, particularmente en las poblaciones consideradas en mayores contextos de vulnerabilidad para el VIH, tal como lo han evidenciado los estudios sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH en los HSH[5], en las MTS[6], en UDI[7] y en encuestas en el ámbito poblacional, como las Encuestas Nacional de Salud[8], y la de Demografía y Salud[9]. Por ejemplo, la realización de la prueba para el VIH se encuentra por debajo de 40%[5-6-7-8] para todas las poblaciones, a excepción de las MTS; respecto al uso del condón en última relación sexual éste se encuentra por debajo de 70%[-5-6-7-8,] a excepción de las MTS. Si bien no existen metas definidas dentro del Plan Nacional de Respuesta al VIH 2008-2011 para estas acciones, ONUSIDA[3] reconoce que los programas de prevención para el VIH desarrollados en la actualidad son insuficientes para detener el curso de la epidemia, por lo que se recomienda ampliar e intensificar todas las acciones de prevención, como condición para avanzar hacía el acceso

[i] Se definen dentro del plan global del sector salud para el VIH/SIDA 4 líneas estratégicas: 1) Optimizar la prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado; 2) optimizar los resultados en salud a través de la respuesta en VIH; 3) Sistemas de Salud sólidos y sostenibles, y 4) reducir la vulnerabilidad y remover las barreras estructurales para acceder a los servicios de salud.

[ii] Está definido por la Ley 100 de 1993 como *"el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho un usuario en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, SGSSS, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar"*

[iii] Según últimas recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud y ONUSIDA.

universal a la prevención y al tratamiento integral para el VIH y, de esta manera, invertir la dinámica de la epidemia.

Son varios los aspectos que pueden estar incidiendo como determinantes del acceso a los servicios preventivos por parte de estas poblaciones en contextos de vulnerabilidad. En primera instancia, los aspectos socioeconómicos y culturales, que hacen parte de la vulnerabilidad social, son elementos estructurales que determinan las condiciones de vida, la posición social, el ámbito cultural - en el cual se incluyen los aspectos de estigma y discriminación por motivos de orientación sexual y de género - , así como los contextos de violencia social, de violencia basada en género y la sexual, que afectan principalmente a ciertos grupos de población con menores recursos sociales y de protección.

En un siguiente nivel se encuentran la estructura y el funcionamiento del sistema de salud, soportado en el marco de políticas públicas en salud y en la normatividad para la prestación de los servicios de salud; en la forma como estos servicios estén previstos limitarán o facilitarán el acceso a servicios preventivos. Y, por último, el ejercicio de la sexualidad que en un plano individual estará determinado por el comportamiento sexual, que puede incluir prácticas de riesgo o protectoras respecto al VIH.

La presente investigación pretende analizar los factores anteriormente descritos, relacionados con el acceso a los servicios preventivos para el VIH, a partir de fuentes de información de estudios sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH en estas poblaciones, tomando en consideración los contextos sociales, normativos y culturales que pueden estar determinando este acceso, con el fin de brindar recomendaciones para el desarrollo de políticas y estrategias de prevención, ajustadas a las condiciones sociales de estos grupos de población y que reduzcan las prevalencias del VIH.

En el presente protocolo se realiza una presentación del problema, el marco teórico empleado en esta investigación que soporta el cumplimiento de los

objetivos y que es el marco de conceptos y premisas bajo el cual se discutirán los resultados y los objetivos a alcanzar; de igual forma se presentan los aspectos de carácter metodológico que serán empleados, así como los resultados esperados, los aspectos éticos y el correspondiente cronograma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El perfil de la epidemia del VIH en Colombía

En Colombia, la prevalencia del VIH en población general de 15 a 49 años de edad es de 0,6%[2]; en los HSH oscila entre 5,6% y 24%[2], seguida por la de los y las UDI, con cifras entre 1,9% y 3,8%[2,] y por las mujeres trabajadoras sexuales con prevalencias entre 0,6% y 3,23%[2]. En general, no se cuenta con datos históricos comparables para cada uno de estos grupos de población que permitan ver el comportamiento de la epidemia a lo largo del tiempo. La medida más empleada es la prevalencia del VIH en población de 15 a 49 años de edad , o lo que se denomina *prevalencia del VIH en población general*; sin embargo, este indicador se encuentra afectado por la ausencia de datos en estas poblaciones de mayor vulnerabilidad, por lo que el mismo podría estar subestimado.

Si bien los UDI ocupan el tercer lugar despés de los HSH y la mujeres trans en cuanto a la prevalencia de VIH en Colombia, y reconociendo que los UDI por sus practicas inyectoras, como por las dinámicas de comportamiento sexual que acompañan la consecución de las drogas o el intercambio de sexo cuando se esta bajo los efectos de ellas representan un grupo de alta vulnerabilidad para la infección por VIH; y que a su vez existen vulnerabilidades cruzadas de los UDI por genero (por ejemplo en un estudio en México se encontró que la prevalencia de VIH en mujeres UDI es mayor que en hombres UDI)[10], orientación sexual entre otros aspectos; y que dadas estas condiciones de vulnerabilidad y la conexión natural entre las distintas poblaciones las estrategias de prevención deberán considerarlas; sin embargo en esta investigación por razones de carácter metodológico y de fuentes de información (que serán explicadas con más detalle en materiales y métodos) los UDI no serán abordados.

Las ciudades Colombianas que presentan las mayores prevalencias del VIH tanto en población general, como en las poblaciones en contextos de vulnerabilidad[iv-2] son Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla, las ciudades más grandes del país, receptoras de población desplazada y migrante de muchos lugares del territorio nacional[11]. Bogotá concentra 16% de la población del país, con 8.800.000 habitantes y con 13% de la población bajo la línea de pobreza; Medellín, por su parte, es la segunda ciudad más poblada, con 2.393.011 habitantes, 40% de los cuales se encuentran bajo la línea de pobreza; por último, Cali y Barranquilla cuentan con 2.294.643 y 1.200.820 habitantes, respectivamente. Precisamente por tratarse de las cuatro ciudades con el mayor número de casos de VIH, han sido escogidas para ser abordadas en el presente estudio.

La razón hombre - mujer para casos reportados de VIH/SIDA ha cambiado de manera importante en el tiempo. Para el año 1998 ésta era de 13:1; para 2008 de 4:1 y para el año 2011 esta es de 2:1, es decir, que por cada dos hombres con VIH hay una mujer, en algunos lugares como la Costa Atlántica esta razón es de 1:1[2-12].

Al observar el comportamiento de la tendencia de los casos notificados de VIH/SIDA en el país por edad, para el periodo 1983-2010, se observa que el grupo más afectado por la epidemia del VIH es el de jóvenes de entre 25 y 29 años de edad[2]. Dentro de las posibles explicaciones de este comportamiento se señalan la baja efectividad de las estrategias de información y educación y el bajo acceso y uso de los condones, entre otros[2] No cabria aquí la hipótesis acerca de que es uno de los grupos más expuesto a pruebas para el VIH, ya que estudios realizados en jóvenes indican que entre 9,9% y 27,8%[2] se han realizado la prueba para el VIH alguna vez en su vida. Es de resaltar que en los últimos años se ha identificado un incremento en el número de casos notificados del VIH en jóvenes a partir de

[iv] Esta clasificación la realizó el Observatorio Nacional de la Gestión de VIH a partir de la información del Sistema de Vigilancia en Salud Púbica Colombiano- SIVIGILA, para el periodo de 1983 – 2010, los casos notificados de VIH/SIDA en orden de magnitud son: Bogotá (18.347 casos), Valle incluye Cali (14.488 casos) y Antioquía incluye Medellín (10.755 casos), Santander 3.297 y Barranquilla 3.209.

los 15 años de edad [2], es decir, con menor tiempo de exposición en su vida sexual.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud y la prevención para el VIH

Según lo establecido en la Ley 100 de 1993, la puerta de entrada al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por parte de la población es la afiliación al mismo. Para el año 2012 el 48,37% de la población estaba afiliada al régimen contributivo - como trabajadores asalariados o independientes que cotizan al sistema de salud - ; el 42,40% pertenecen al régimen subsidiado - aquellos pobres sin capacidad de pago, cuya afiliación es subsidiada - y 9,23%[13] que no están afiliados al sistema y que se denominan los "participantes vinculados". Cada régimen de afiliación implica rutas de atención y trámites administrativos diferentes, esto incluye el paquete de servicios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS) [v], si bien la afiliación al SGSSS no es en sentido estricto garantía de acceso[14], se considera un importante indicador que, en principio y por razón del marco normativo, garantizaría[vi] el acceso a un conjunto de servicios de prevención y atención en salud a la población afiliada.

La afiliación al SGSSS por parte de la población en contextos de vulnerabilidad, como los HSH, las MTS y las mujeres trans, se encuentra mayoritariamente en el régimen subsidiado o como participantes vinculados; si en cada caso se suman estas dos categorías superan el 50% de la

[v] La sentencia de la corte constitucional T-760 de 2008 obliga al Estado a igualar el contenido de los planes de beneficios (régimen contributivo y subsidiado), debido a que en la actualidad la población del régimen contributivo tenía mayores beneficios que la del subsidiado; Considerada esta situación como una inequidad del sistema de salud, dada las mayores necesidades que supone la población más pobre que es la subsidiada. Esta es una medida que según lo expresa la sentencia de la Corte mejoraría el acceso a los servicios de salud de los más pobres y vulnerables. Y al referirse específicamente al tema del VIH la Corte señala *"Esto es especialmente relevante en el caso de enfermedades de alto costo, como el VIH/SIDA, cuyo tratamiento es notoriamente más oneroso, tanto para el goce efectivo del derecho de la persona que padece la enfermedad, como en términos financieros. Los servicios de salud que se requieren aseguran a las personas no perder la vida, su dignidad o su integridad. He ahí su importancia. Pero son los servicios de prevención en salud los que asegurarán el pleno goce efectivo del derecho a la salud".*

[vi] Según lo señalado en los fundamentos del SGSSS (artículo 153 de la Ley 100 de 1993) "*Protección integral: El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud".*

situación de afiliación para cada población, a excepción de Bogotá para el caso de los HSH donde 52% son del régimen contributivo (tabla 1). El que la mayoría de la población en las ciudades no esté afiliada o esté en el régimen subsidiado es coherente con las condiciones de pobreza estructural presentes en el país. Es necesario identificar en qué medida esta situación está determinando el acceso a servicios de salud por parte de esta población, teniendo en cuenta que esta puerta de entrada establece el contenido del POS y la red de prestadores a la cual la población podría acceder.

Tabla 1. Afiliación al SGSSS poblaciones vulnerables

CIUDADES	HSH*			MTS**		
	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	Contributivo	Subsidiado	Vinculado
Bogotá	52%	23.1%	22.9%			
Cali	48.3%	23.9%	26.8%	12%	46,8%	16,4%
Medellín	39.2%	33%	27.3%	16.7%	65.9%	6.5%
Barranquilla	38.5%	49.8%	9.5%	14%	44.7%	10.1%

Fuente: *Ministerio de Salud –UNFPA. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en HSH en siete ciudades de Colombia. 2010.
**Ministerio de Salud –UNFPA. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en MTS en cuatro ciudades de Colombia. 200 8.

En el modelo de gestión programática en VIH/SIDA, implementado por el gobierno Colombiano bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran definidas las actividades de prevención que hacen parte del POS; sin embargo, a pesar de disponer de medidas normativas, con la subsecuente destinación de recursos y orientaciones técnicas, el acceso a estos servicios preventivos es aún muy limitado, tal como lo muestran los indicadores provenientes de diferentes encuestas y estudios de comportamiento y prevalencia, realizados en las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, con consecuencias negativas en la dinámica de la epidemia por el VIH.

En el Plan Nacional de Respuesta para el VIH 2008-2011, grupos como las MTS y los HSH están mencionados como *"poblaciones en condiciones de mayor vulnerabilidad"* dentro de los resultados relacionados con la prevención en el VIH. Sin embargo, no existen servicios de salud

diferenciados para cada población y sensibles a las características y necesidades de las mismas Las acciones de prevención se realizan en todas las instituciones de salud, principalmente en las de primer nivel de complejidad, efectuadas por un conjunto de profesionales que no siempre cuentan con las habilidades para el abordaje y orientación en temas de prevención en lo que al VIH concierne. Lo anterior es particularmente sensible dado que se trata de poblaciones en diversidad sexual, o con prácticas sexuales que pueden ser vistas por los equipos de salud como "desviadas" o "anormales", generando condiciones de no amigabilidad en la atención, de rechazo o discriminación, que se convierten en una barrera crítica para el acceso a los servicios de salud. En el Estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH en los HSH, entre 29% y 44% de los hombres informaron que ocultaban su práctica sexual con otros hombres en los servicios médicos. Entre 50% y 60% de las mujeres trabajadoras sexuales ocultaron su condición a la hora de recibir servicios médicos; indicadores que dan cuentan del temor de la población al estigma y a la discriminación por parte de prestadores de servicios de salud, lo cual se convierte en una barrera de acceso a los servicios de salud.

Acceso a la prevención en el VIH

Dentro del plan de beneficios de carácter individua del Plan Obligatorio de Salud (POS), tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado se contemplan intervenciones preventivas que a su vez se complementan con las acciones de carácter colectivo, que se realizan por parte de las entidades territoriales en salud en el Plan de Acciones Colectivas (PIC), este es el escenario normativo en el cual desde el sector salud los individuos tendrían acceso potencial a las acciones preventivas para los principales eventos en salud pública, incluida la prevención de las ITS,y del VIH/SIDA.

Dado el carácter del sistema de salud colombiano de mercado regulado, han existido preocupaciones por la equidad y la universalidad del mismo. Por esta razón se han adelantado algunos estudios relacionados con evaluación del acceso a servicios de salud, para determinar barreras, diferencias de acceso

entre los planes de beneficios, e inequidades de acceso dadas las necesidades de la población, entre otros factores.[13-15-16-17]. En un estudio realizado para evaluar el acceso a los servicios preventivos en salud en la ciudad de Cali[18] se encontró que el acceso potencial y el acceso real a los servicios preventivos estaba afectado por el tipo de aseguramiento; Respecto al acceso a servicios en salud sexual y reproductiva se observaron proporciones de uso muy bajas (no superaban el 6%) y el uso de condón y acceso a prueba para el VIH, no se reportan de manera especifica en estos resultados.

Algunos estudios permiten monitorear este acceso real o la utilización de los servicios preventivos. como la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta de Demografía y Salud y los estudios específicos en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, los sistemas regulares de información del sector salud no permiten monitorear el acceso a intervenciones preventivas del VIH. A continuación se presenta un panorama del acceso a algunas intervenciones preventivas para el VIH, empleando las fuentes de información anteriormente mencionadas.

La prueba para el VIH, es considerada una importante puerta de entrada tanto para el diagnóstico, como para las acciones de educación e información que se realizan en el escenario de la asesoría que se brinda antes y después de la prueba voluntaria para el virus. En poblaciones en mayores contextos de vulnerabilidad aún se cuenta con un acceso limitado, según lo evidencian las investigaciones: en el estudio sobre “Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en HSH”, se encontró que entre 25% y 59%[5] se habían realizado la prueba para el VIH en el último año. Por otro lado, el acceso para las gestantes se encuentra en 45,3%[9] y para jóvenes enl 27,8%[2]. Las mujeres trabajadoras sexuales son las que reportan una mayor proporción de realización de pruebas: entre 75,3% y 93,2%[6]. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud[9], 58% de las mujeres encuestadas nunca se habían hecho la prueba para el VIH, 40% se la practicó y reclamó los resultados y

2% se la practicó, pero no reclamó los resultados. En un estudio realizado en población general (18 a 69 años de edad) a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud[19], se encontró que 19,7% se realizó la prueba para el VIH en el último año. Las regiones que reportaron mayor proporción de prueba fueron la Orinoquía y la Amazonía (29,2%) y la que menor proporción de prueba mostró fue la región central con 17,7%, según los hallazgos de este estudio existe menor probabilidad de la prueba para el VIH en los hombres, en la población sin educación, en las personas no afiliadas al sistema de salud, a los que viven en zonas rurales y a los mayores de 55 años de edad. El principal motivo de la población general para no realizarse la prueba fue por no considerarse en riesgo.

En cuanto al uso de medidas preventivas, como el condón por parte de los grupos vulnerables como los HSH (entre 42% y 65% usaron condón en la última relación sexual[5]). Las mujeres trabajadoras sexuales son las que presentan un mayor uso de condón - superior a 85% en la última relación sexual con clientes -, sin embargo, con su pareja frecuente este uso es menor a 50%[6]. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS-2010 se encontró que una de cada cinco mujeres no identificaron el uso correcto del condón masculino como el método más eficaz para la prevención del VIH[9]. Respecto a jóvenes, población altamente vulnerable, la mayoría de los estudios realizados entre los años 2005 y 2008 encuentran que la proporción de uso del condón en la primera relación sexual oscila entre 33,9% y 42,1%[2]. Tal como lo evidencian los datos el acceso a esta medida de prevención es aún limitado y para algunas poblaciones desconocido.

Los estudios, a través de encuestas, han buscado obtener información primaria de la población afectada y han proporcionado elementos de orden general sobre las características del acceso, como proporciones de uso por tipo de intervención y por población; sin embargo, no se ha realizado una caracterización detallada sobre el acceso a servicios preventivos por parte de estas poblaciones ni se han explorado los motivos de este bajo acceso. Por

esta razón, la presente investigación pretende responder a la pregunta: Cuáles son los factores que están determinando el acceso a los servicios de salud preventivos para la infección por el VIH, en las poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH),en mujeres trabajadoras sexuales (MTS), y en mujeres trans (TRANS),de cuatro ciudades colombianas seleccionadas

MARCO CONCEPTUAL

Para abordar la comprensión de la epidemia del VIH y dar recomendaciones que impacten su curso, particularmente en los grupos en mayores contextos de vulnerabilidad, en la actualidad son varios los estudios que reconocen la necesidad de contar con un enfoque conceptual amplio y comprensivo de las condiciones de vida de la población, que incluyan elementos estructurales de la sociedad, como las característica sociales, económicas, culturales, de género, la orientación sexual y la provisión de servicios de salud con un enfoque diferencial[20], ya que se reconoce que la interacción de estas condiciones sitúan a los individuos en mayor o menor vulnerabilidad frente a la infección por el VIH.

Por lo anterior, en el presente apartado se desarrollarán dos conceptos centrales que soportan los objetivos propuestos en esta investigación: 1) el de vulnerabilidad, que permite situar el porqué de la consideración de las poblaciones en contextos de *vulnerabilidad* para el VIH -: los HSH, las MTS y las mujeres trans - y 2) el de *acceso a los servicios de salud*, que está relacionado con la manera como se disponen y utilizan los servicios de salud y que está contemplado en la vulnerabilidad programática. (figura 1)

VULNERABILIDAD

La vulnerabilidad se define como todas aquellas condiciones sociales, económicas y culturales que fragilizan a individuos y poblaciones para la garantía de los derechos ciudadanos.[21-22.] Este enfoque tiene implícito una perspectiva orientada a reducir las brechas de inequidades sociales que ponen en profundas desventajas sociales a ciertos grupos para acceder a servicios de salud, a información, a medidas preventivas, entre otros aspectos[11].

Una de las ventajas que se señala de esta aproximación teórica para el análisis de la situación del VIH es la flexibilidad del concepto en la medida

en que no presupone que un comportamiento o una situación local específica es un principio universal de desventaja, sino que brinda la oportunidad de analizar cada contexto teniendo en cuenta los elementos sociales, culturales, económicos, políticos, entre otros[20]. Se entiende que la probabilidad de infectarse por el VIH es la resultante tanto de aspectos individuales, como de las condiciones colectivas[11] que producen una mayor susceptibilidad en ciertos grupos de población, quienes por su contexto podrían carecer de recursos para reducir esa probabilidad.

Las vulnerabilidades pueden agruparse en diferentes categorías que dan cuenta de la determinación del VIH/SIDA en relación con sus contextos y dotaciones individuales. Delor[23] señala tres dimensiones de la vulnerabilidad: 1) las trayectorias sociales, que hacen referencia a las fases del curso de la vida en un nivel individual; 2) las interacciones, que dan cuenta de la forma cómo se dan los encuentros entre las individualidades, y 3) el contexto social que determina las condiciones del individuo y la manera de relacionarse con los otros.

Producto de las adaptaciones de estos niveles de vulnerabilidad al contexto latinoamericano y, particularmente, al colombiano[11] se han empleado las siguientes categorías para operacionalizar el concepto. Ayres[24] sugiere la siguiente categorización: una vulnerabilidad colectiva que abarcaría los aspectos de la vulnerabilidad social y de la programática, y la vulnerabilidad individual. A continuación se hace una breve revisión de cada una de estas categorías.

VULNERABILIDAD SOCIAL

Hace referencia a las carencias en los aspectos estructurales de la sociedad - económicos, culturales y políticos[25-26], que crean contextos en los cuales los individuos tienen precarias condiciones de vida o limitación para el ejercicio de sus derechos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, lo cual les restringe las posibilidades de proteger su salud. Existen grupos en vulnerabilidad social,[23] como la población en diversidad sexual, que ven muy

restringido el ejercicio de sus derechos, ya que el contexto político y cultural no reconoce su condición y estigmatiza su orientación sexual, con la consiguiente exclusión de los beneficios colectivos de la sociedad como, por ejemplo, la educación. Los factores del ámbito contextual como la pobreza crean un ambiente social desfavorable[27] de segregación de las comunidades[22] y distantes de la oferta de servicios de salud y educación, entre otros. Lo anterior supone unas condiciones que incrementan la vulnerabilidad de las poblaciones al VIH. Las recomendaciones de varios estudios en el campo de la prevención sugieren la necesidad de incorporar este enfoque dentro de los planes, con el fin de garantizar éxito y afectar los determinantes asociados a la epidemia del VIH, para hacer más eficiente la prevención y la atención integral[24].

En un análisis de experiencias de prevención del VIH en mujeres de países de bajo y medio ingreso[28], se encontró que no sólo son efectivas medidas, como el uso del condón y los tratamiento de las ITS, sino medidas de políticas públicas que aborden elementos estructurales del VIH y promuevan el empoderamiento de las mujeres[23]. El reto de la prevención en el VIH está centrado en la realización de programas desde la perspectiva de la vulnerabilidad, que aborden las dimensiones anteriormente descritas, dado que esta dimensión estructural de la vulnerabilidad al VIH supone un efecto negativo directo sobre la familia y las comunidades que, a su vez, puede incrementar la vulnerabilidad individual[24].

VULNERABILIDAD PROGRÁMATICA

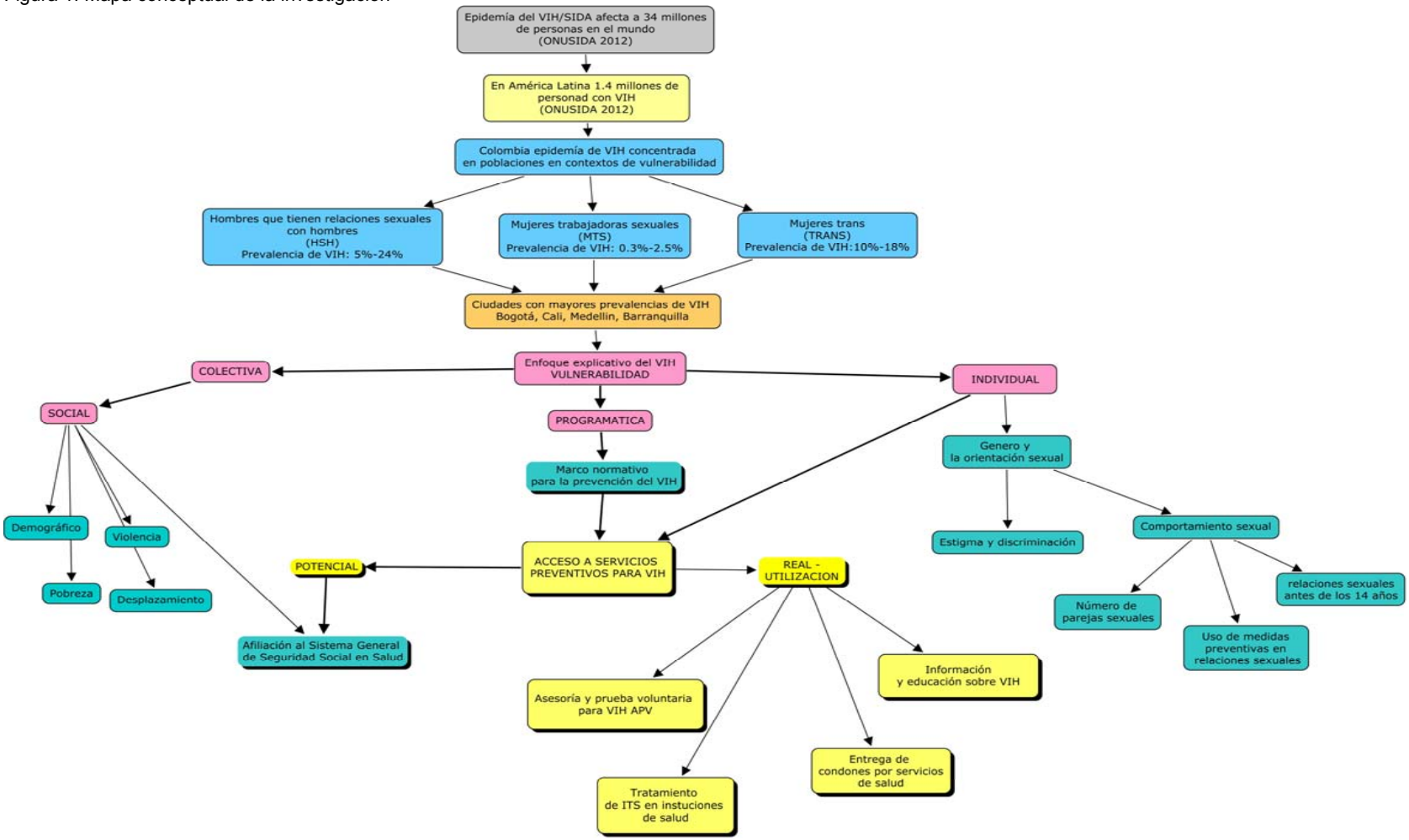
Está relacionada con el despliegue de las políticas públicas, planes y programas para dar una respuesta al VIH en términos de prevención y atención integral, ajustada a las necesidades y situación de las diferentes poblaciones, lo cual incluye el acceso a los servicios de salud. Este es un aspecto central de la vulnerabilidad colectiva referida por Ayres, debido a que determina las probabilidades que los sujetos tienen de ser “leídos” o “cobijados” por las políticas y los servicios. Estas exclusiones pueden obedecer a varios factores, entre ellos, a la ausencia de políticas y

programas ajustados a las características y necesidades de las poblaciones, estructuras de los sistemas de salud que no favorecen la prevención, deficiencia en la aplicación de las normas o lineamientos técnicos, limitadas capacidades de los equipos de salud, entre otros aspectos.

Dada las características de la epidemia de VIH/SIDA es importante señalar que el estigma y la discriminación de la cual son sujeto las poblaciones en diversidad sexual, o las trabajadoras sexuales, o las poblaciones desplazadas o migrantes, por parte de la sociedad en su conjunto, pero especialmente por parte de las entidades garantes de sus derechos, los ha puesto en desventaja social para acceder a cierto tipo de servicios de protección social, incluidos los de salud; situación que dificulta el acceso a los servicios de salud. Lo anterior puede estar explicado por el paradigma de "grupos de riesgo" con los que se catalogó en la década de los ochenta a las personas con el VIH, esta clasificación acentuó la estigmatización que algunos grupos de población tenían e indujo a relacionar ciertas características de las personas con la condición de VIH[29]; por ejemplo, de acuerdo con el tipo de orientación sexual se solicita la prueba para el VIH. Esta práctica de los equipos de salud aún frecuente deja de lado en muchas ocasiones la atención de mujeres que según estos paradigmas estarían excluidas de estos "grupos de riesgo", razón por la cual presentan bajo acceso a información, a medidas de prevención y a pruebas para el VIH[28].

Para el presente estudio se relevará el acceso a servicios de salud dentro de la categoría de vulnerabilidad programática, bajo el marco teórico que se presenta a continuación.

Figura 1. Mapa conceptual de la investigación



Acceso a Servicios de Salud

El acceso a los servicios de salud es la traducción más próxima a la realización del derecho a la salud en lo que a la asistencia sanitaria se refiere, y abarca una gran complejidad de procesos desde la formulación de la política hasta el resultado final de atención y satisfacción de los usuarios. Andersen y Aday[30] definen la equidad en la distribución de los cuidados de salud como aquella en la cual se garantiza a través de la utilización efectiva de los servicios de salud, la respuesta a las necesidades sentidas de los usuarios; es decir, no median obstáculos relativos al sexo, ingreso, edad, lugar de residencia, entre otros.

Para analizar las dimensiones del acceso a los servicios de salud Andersen y Aday plantean dos categorías de acceso: el potencial y el real; El primero hace referencia a la oferta de los servicios de salud disponible expresado en tipo, cantidad y formas de organización de las estructuras institucionales, así como su dotación tanto en tecnología, como en talento humano; de igual forma contempla las características de la demanda potencial en cuanto a educación, información, creencias y necesidades de la población, lo cual denominan variables de proceso que recoge las características tanto de la política sanitaria, como de la población. El segundo aborda el uso efectivo de los servicios de salud, la satisfacción de la población y la resolución de sus necesidades en salud a lo que denominan variables de resultado.

Respecto al acceso a servicios de salud se entiende que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es un aspecto nodular de la política de salud del país, basada en el aseguramiento. Si bien no garantiza el acceso real a los servicios de salud, constituye una puerta de entrada al sistema. Desde el modelo propuesto por Andersen y Aday la afiliación se ubica como el acceso potencial a los servicios de salud, además de esta variable, se examinará a manera de contexto la oferta de servicios de prevención en VIH en cada una de las ciudades, especialmente los programas dirigidos a las poblaciones de MTS, HSH y mujeres trans.

Según el modelo conceptual de Andersen y Aday en la presente investigación se tomará la dimensión de *acceso real* que será evaluado a través del uso efectivo de servicios de salud y específicamente, el *acceso a servicios de salud preventivos para el VIH* el cual se define operacionalmente como todas aquella personas que se hayan realizado una prueba para el VIH, hayan recibido condones gratuitos en los servicios de salud, que en caso de ITS (incluido el VIH) éstas hayan recibido tratamiento médico y que hubiesen recibido información por parte de los servicios de salud de cómo prevenir las ITS/VIH/SIDA.

VULNERABILIDAD INDIVIDUAL

Esta categoría hace referencia a la información, a los comportamientos, habilidades, disposición y uso de recursos para la protección frente al VIH/SIDA, en el marco del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos[11-23]. En este nivel individual es donde convergen todos los dispositivos, capacidades y actitudes, para que el ejercicio de la sexualidad no se convierta en un riesgo para la salud. Y, por lo tanto, las características de los individuos en cuanto a edad, sexo, género, orientación sexual, etnia, condición social son determinantes en esta vulnerabilidad.

Un componente central de la vulnerabilidad individual está relacionado con el estigma y la discriminación, lo que, a su vez, está relacionado con género y con la orientación sexual por la cual este concepto orientará el desarrollo en esta categoría.

Estigma y Discriminación

El estigma se ha descrito como un proceso dinámico de devaluación que «desacredita significativamente" a una persona ante los ojos de otros[31], y la discriminación son las acciones que se ejercen sobre los individuos estigmatizados[30]. Como lo señalan Parker y Aggleton[32], para entender el origen del estigma y de la discriminación relacionados con el VIH/SIDA, es

necesario identificar el estigma y la discriminación previos o que subyacen al VIH, asociado con la sexualidad, el género, raza o condición étnica, condiciones que incrementan la vulnerabilidad a la infección por el VIH; a su vez la personas con el VIH son vistas como "promiscuas", desviadas "drogadictas", a lo que Parker y Aggleton[31] han denominado el circulo vicioso del estigma y la discriminación. Es decir, el VIH, ha acentuado el estigma y la discriminación de las cuales son sujeto las personas por su género, etnia, condición social u orientación sexual. El estigma y la discriminación se manifiestan en diferentes niveles de la sociedad: contexto político y legal, contexto institucional que incluye el ámbito educativo, los lugares de trabajo, los sistemas de salud, los programas para el VIH y las instituciones religiosas. Y en el contexto comunitario, familiar e individual[31].

Género

El género es una construcción social que denota los atributos masculinos y femeninos que le otorgan la cultura y la sociedad al hecho de ser mujer (feminidad) y de ser hombre (masculinidad); es un "deber ser" que cambia de acuerdo con la condición social, étnica, la edad, entre otros, y se transforma en el tiempo. Esta categoría de análisis además permite establecer una mirada relacional entre hombres y mujeres.

En primera instancia es importante reconocer que algunas condiciones de orden biológico incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH[33], es más eficiente la transmisión del virus del hombre a la mujer (de dos a ocho veces mayor) que de la mujer al hombre, debido a las características anatómicas de la vagina, ya que existe una mayor área de mucosa epitelial que puede estar expuesta a fluidos potencialmente infectantes como el semen el cual a su vez es recibido en un mayor volumen comparado con los fluidos vaginales, algunos estudios también han descrito un aumento del riesgo a la infección por VIH en mujeres gestantes o lactantes. Lo anterior atribuido a cambios en los niveles de estrógenos y progesterona[34] que a su vez inducen cambios en el epitelio vaginal y en el sistema inmunológico. Las ITS, como el herpes

también se describen como mecanismos biológicos que incrementan el riesgo de infección por VIH tanto en hombres como en mujeres, sin embargo en esta últimas se ha identificado un riesgo mayor[31]. Todos estos factores biológicos sumados a las condiciones propias de la identidad de genero que serán examinadas más adelante incrementan la vulnerabilidad de las mujeres al VIH.

En el marco de sociedades patriarcales es reconocida la condición de inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres; esta inequidad en el plano sexual se ve reflejada por el dominio y control que se hace sobre el cuerpo femenino, situación que ha limitado el ejercicio de los derechos sexuales de las mujeres, restringiendo su capacidad a decidir respecto al momento y uso de medidas de protección en las relaciones sexuales; esto explica, por ejemplo, situaciones de violencia sexual y bajo uso del condón en las relaciones sexuales, prácticas relacionadas con el riesgo de infección por el VIH [35-36-37]. Esta forma de expresión de la sexualidad femenina, tiene su profundas raíces en la cultura, y las instituciones y los equipos de salud, reproducen en su práctica cotidiana estas inequidades[11-28].

En los procesos emergentes de la construcción de género se encuentra la situación de las personas trans, cuya identidad de género diverge de su sexo biológico de nacimiento, lo anterior se traduce para el caso de las mujeres trans, en sexo biológico masculino con una identidad de género femenina. Proceso que considera un continuo que transita en todos sus matices entre el sexo biológico y la identidad de género, por lo anterior para el caso de las mujeres trans esta diversidad puede denominarse: travesti, transgenerista, o transexual. Dado el carácter transgresor de la condición de género de las personas trans, son una de las poblaciones con mayor estigma y discriminación y, por lo tanto, vulneración de derechos, con importantes consecuencias en sus condiciones de vida, por la exclusión social, que las lleva, por ejemplo, a hacer del trabajo sexual una de las principales espacios de trabajo y fuentes de subsistencia, siendo éste un contexto importante que

determinará el tipo de acceso a los servicios que tenga y las características y condiciones del comportamiento sexual.

Orientación sexual

Se define como la atracción erótica y afectiva hacia una persona; esta atracción puede ser hacia personas del mismo sexo: homosexual, o del sexo opuesto heterosexual, o de los dos sexos bisexual. En la epidemia del VIH, los comportamientos sexuales que se derivan de la orientación sexual han estado en el centro de las estrategias de prevención, dado que desde inicios de la epidemia y hasta la actualidad en países con perfiles de epidemias concentradas, uno de los grupos más afectados es el de los HSH, aunque las investigaciones han logrado identificar que esta denominación da cuenta de un comportamiento sexual, más no necesariamente de la orientación sexual. En el estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH en HSH[5], 28% de los participantes del estudio, en la ciudad de Cartagena, mencionaron ser heterosexuales, y en Barranquilla 49,9% ser bisexuales. Por esta razón las recomendaciones en el campo de la prevención sugieren el desarrollo de estrategias dirigidas a hombres homosexuales y a los otros HSH[38]. Este tipo de prácticas son censuradas en general por la sociedad manifestándose a través de la homofobía[31], generando estigma y discriminación, situación que incrementa la vulnerabilidad hacía el VIH, ya que muchas de estas relaciones se efectúan bajo condiciones de clandestinidad sin las medidas de protección necesarias o bajo el consumo de sustancias psicoactivas, vulnerabilidad que para el caso de los hombres bisexuales se traslada a sus parejas femeninas también[32], fenómeno que explica en parte la “feminización” de la epidemia del VIH en la costa Atlántica Colombiana donde existe una alta proporción de hombres bisexuales la razón del VIH por sexo es 1:1[2-11]. Adicionalmente, muchos HSH ocultan su orientación sexual a los equipos de salud, por temor al estigma y la discriminación, convirtiéndose esta situación en una clara barrera de acceso a los servicios de salud[5].

OBJETIVOS

General:

Analizar los factores sociodemográficos, políticos, económicos y de comportamiento sexual relacionados con el acceso a los servicios de salud preventivos para la infección por el VIH, en las poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres trabajadoras sexuales (MTS), y mujeres trans (TRANS), de cuatro ciudades seleccionadas de Colombia para definir estrategias de prevención, que respondan a las dinámicas de vulnerabilidad de estas poblaciones e impacten la epidemia de VIH.

Específicos:

1. Identificar los factores del contexto social, político y económico que puedan funcionar como condicionantes del acceso a los servicios de salud preventivos en estos grupos de población.

2. Analizar la relación entre las características sociodemográficas y el acceso a servicios preventivos del VIH por los diferentes grupos de población HSH, MTS, TRANS.

3. Analizar el acceso a servicios preventivos y su relación con la afiliación al SGSSS como un mecanismo de oferta diferencial.

4. Analizar los perfiles de comportamiento sexual, y su vínculo con el acceso a servicios de salud preventivos para el VIH, según grupos de población en las diferentes ciudades.

5. Establecer la relación entre el estigma y la discriminación y su relación con el acceso a servicios de salud preventivos para el VIH, según grupos de población en las diferentes ciudades.

HIPÓTESIS

H_1: Se espera que haya acceso diferencial a los servicios preventivos de salud para el VIH, según las condiciones del contexto social, las características sociodemográficas, los comportamientos sexuales y la afiliación al SGSSS, ya que estos factores pueden condicionar el acceso y funcionar como barreras.

H_2: Dentro de las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, el estigma y la discriminación es diferencial, se esperaría que las poblaciones con mayor estigma y discriminación tengan menor acceso a los servicios preventivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizará un estudio cuantitativo de corte transversal, que propone el uso de diferentes fuentes de información secundarías, y técnicas de análisis de los datos que permitan establecer la relación en forma simultánea de las variables contextuales y de los datos de carácter individual [39-40].

Se tomarán en cuenta las siguientes fuentes de información secundarias, para el marco contextual:

- Estadísticas del Departamento Nacional de Estadística DANE, sobre indicadores de condiciones sociales de las ciudades, a través de esta fuente se medirán variables como pobreza, peso de la población joven por ciudad, acceso al SGSSS.
- Marco normativo nacional sobre la prevención en el VIH: esta fuente de información permitirá dar un contexto de lo reglamentado por el Sistema de Salud Colombiano en temas de prevención.
- Información de cada una de las ciudades sobre programas de prevención en VIH específicos para las poblaciones de MTS, HSH y mujeres trans.

Teniendo en cuenta que el país dispone de estudios realizados recientemente sobre prevalencia de VIH y comportamiento sexual en estas poblaciones, y que los mismos cuentan con información sobre contexto sociodemográfico, acceso a aservicios preventivos y comportamientos sexuales entre otros, se decide emplear estas bases de datos, como fuente de información secundaria para la medición de las variables dependientes y las independientes en el nivel individual, los estudios transversales que serán utilizados son:

- Comportamiento sexual y prevalencia del VIH en hombres que se relacionan sexualmente con hombres, en siete ciudades del país. Bogotá. 2010.
- Comportamiento sexual y prevalencia del VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia. Bogotá. 2012.
- Estudio de vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en Mujeres Trans en Colombia. Cuatro ciudades. 2012.

POBLACIÓN:

Se seleccionaron las poblaciones de mujeres trabajadoras sexuales, de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y de mujeres trans para la presente investigación, ya que son las poblaciones que tienen las mayores prevalencias del VIH[vii], obedeciendo este comportamiento al perfil de las epidemias concentradas, como es el caso de Colombía.

Respecto a las ciudades seleccionadas: Cali, Barranquilla, Bogotá y Medellín, son las ciudades con mayor población del país y en las que se

[vii] Aunque los UDIS presentan prevalencias por encima del 1,5%, en esta investigación no serán contemplados por razones de carácter metodológico teniendo en cuenta que la estructura de las encuestas realizadas sobre comportamiento sexual y prevalencia de VIH en UDI, no guarda homogeneidad con la estructura de las encuestas sobre comportamiento sexual y prevalencia de VIH en HSH, MTS y TRANS en cuanto a categorías y variables contempladas. Y de las ciudades seleccionadas para la presente investigación, tan sólo se cuenta con estudio de prevalencia de VIH en UDI para Medellín, otro aspecto que limita la consideración de esta población en el presente estudio.

encuentra el mayor número de casos del VIH[2]. Para cada una de las cuatro ciudades se contará con información de las tres poblaciones.

En la tabla 2 se presentan los criterios de inclusión y exclusión que fueron utilizados por los diferentes estudios de comportamiento sexual y prevalencia de VIH que serán empleados como fuentes secundarias en la presente investigación.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión empleados para la selección de la muestra en los estudios sobre prevalencia del VIH en mujeres Trans, HSH y MTS

POBLACIÓN CRITERIOS/	MUJERES TRANS	HSH	MTS
Inclusión	Sexo masculino asignado al nacer Reportar su autoidentificación como mujer, una persona trans, travesti, transformista, transgénero, o transexual. Vivir o trabajar en el área metropolitana de la ciudad del estudio. Dar voluntariamente el consentimiento informado. Ser igual o mayor a 18 años de edad	Ser mayor de edad (18 años o más). Presentar un documento que permita verificar su edad. Haber tenido relaciones sexuales manuales, orales, anales o genitales con otro hombre en los doce [12] meses previos al momento de la entrevista y recolección de la muestra de sangre. Vivir en: Medellín, Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, La Estrella, o Sabaneta. Cali, Jamundi, Yumbo, Candelaria o Palmira. Barranquilla, Soledad, Malambo, Puerto Colombia o Galapa. Cúcuta, Los Patios, Puerto Santander, San Cayetano, Villa del Rosario o el Zulia. Pereira, Dosquebradas, La Virginia. Cartagena, Turbaco, Santa Rosa o Arjona. Haber sido reclutado por una persona conocida.	Ser mayor de edad (18 años o más). Ejercer el trabajo sexual en las ciudades seleccionadas. Aceptar y firmar el consentimiento informado del estudio.
Exclusión	Persona que a juicio del entrevistador, no comprenda la información que se suministra para el desarrollo de la encuesta debido a que están bajo los efectos de drogas psicoactivas. Persona que posee una condición mental o psiquiátrica que compromete su habilidad para firmar el consentimiento informado	Persona que a juicio del encuestador, no comprenda la información que se suministra para el desarrollo de la encuesta debido a que está bajo los efectos de alcohol o sustancias psicoactivas, que alteran el estado de conciencia e impidan el desarrollo normal de la entrevista. Que se presente con un cupón ilegible o falsificado.	Estar bajo los efectos del alcohol o drogas.

Fuente: *Protocolo del estudio de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia.*
Protocolo e instructivo para la recolección de la información del estudio de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombía.
Protocolo del estudio de Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia.

SELECCIÓN Y TAMAÑO MUESTRAL

En la tabla 3 se presentan los tamaños de muestra que fueron definidos para cada una de las poblaciones y ciudades, a partir de la información disponible de los estudios transversales realizados sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH.

.Tabla 3 Tamaños de muestra por cada población y ciudad periodo 2010-2012

CIUDADES	TRANS	HSH	MTS
Bogotá	316	485	706
Cali	225	333	342
Medellín	250	349	582
Barranquilla	200	350	521

A continuación, en la tabla 4 se presentan los diseños muéstrales empleados por cada uno de los estudios sobre comportamiento sexual y prevalencia del VIH para las diferentes poblaciones usados para la selección de la muestra, así como los parámetros y demás datos empleados para el cálculo del tamaño de la muestra respectivo, es importante mencionar que los datos consignados en esta tabla son extraidos de los respectivos protocolos de investigación de manera textual. Al final de la tabla se presentan los tamaños calculados para el conjunto de ciudades que harán parte de la presente investigación.

Tabla 4 Diseños muestrales y parámetros tenidos en cuenta para el cálculo de tamaños de muestra en las diferentes poblaciones

POBLACION	MUJERES TRANS	HSH	MTS
Diseño muestral	Muestreo bietápico por conglomerados, dado la mayor concentración de mujeres en sitios como peluquerías y calles para lo cual se efectuará en primera instancia un censo de las UPM (sitios de trabajo sexual y peluquerías) posteriormente se hará una selección de las mujeres trans dentro de cada UPM, se utilizará un muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño.	Respondent driven Sampling RDS, muestreo por referidos, método empleado para acceder a poblaciones de difícil acceso y que consiste en un muestreo con referencia en cadena, e incorpora teorías de redes sociales para obtener una muestra que se aproxime a la población estudiada. En cada una de las siete ciudades se inicio la cadena de referidos con tres semillas, y en total 37 semillas fueron las que completaron la cadena referidos hasta completar los tamaños de muestra definidos.	Muestreo bietápico por conglomerados, en primera instancia se hizo un muestreo de zonas de trabajo sexual, las UPM o unidades primarias de muestreo fueron las calles y establecimientos donde se encontraban las MTS, a partir de este marco muestral se hizo una selección de las UPM por muestreo sistemático con probabilidad proporcional al tamaño. Posteriormente en cada UPM seleccionada se hizo una selección de las MTS por muestreo sistemático que cumplieran los criterios de inclusión definidos, se seleccionaron 30 MTS por cada UPM.
Tipo de fórmula empleada	Se empleó la fórmula para estimación de proporción en población infinita	Se emplearon fórmulas para el cálculo de tamaño de muestra para población infinita (desconocida), y ajustada para encuestas de vigilancia del comportamiento	Se emplearon fórmulas para el cálculo de tamaño de muestra para población infinita, ya que aunque se conoce un número aproximado de mujeres no se conoce con exactitud la población.
Población	Desconocida	Desconocida	Desconocida
Prevalencia empleada	20% referencia internacional, ya que no existe un dato nacional disponible	0,5%	1%
Nivel de confianza 1-α	95%	95%	95%
Efecto de diseño	2	2	1 Teniendo en cuenta el tipo de diseño muestral empleado era deseable haber trabajado con un efecto de diseño de 2
Muestra obtenida	991 para cuatro ciudades	1517 para cuatro ciudades del estudio 2562 para siete ciudades	2151 para cuatro ciudades

Fuente: *Protocolo del estudio de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia.*
Protocolo e instructivo para la recolección de la información del estudio de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombía.
Protocolo del estudio de Vulnerabilidad al VIH y prevalencia de VIH en mujeres trans en Colombia.

VARIABLES

Dependiente:

Acceso a servicios preventivos para el VIH, que estará integrado por las siguiente variables:

- Prueba para el VIH en los últimos 12 meses en instituciones de salud
- Tratamiento de ITS recibido en institución de salud (incluye atención integral para el VIH).
- Entrega de condones en instituciones de salud
- Información recibida sobre prevención del VIH en instituciones de salud

Variables independientes:

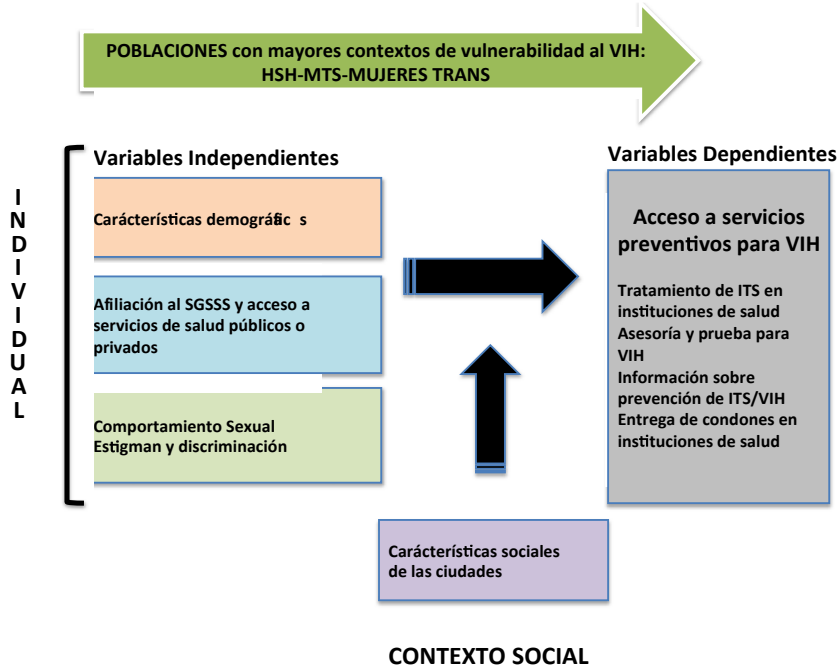
Nivel contextual

- Ciudad
- Proporción de población joven
- Línea de pobreza por ciudad
- Proporción de población desplazada
- Proporción de población afiliada al SGSSS

Nivel individual

- Afiliación al SGSSS
- Edad
- Nivel educativo
- Principal fuente de ingresos
- Razones para no acudir a buscar atención médica
- Orientación sexual
- Uso de condón en la última relación sexual
- Recibo dinero a cambio de sexo
- Discriminación por parte del personal de salud

Figura 2. Esquema de las variables



PLAN DE ANÁLISIS

Las diferentes encuestas empleadas en los estudios de prevalencias del VIH tienen estructuras que pueden diferir en algunos aspectos, de acuerdo con el tipo de población; sin embargo, es posible llegar a una unidad de criterio en esta agrupación. A continuación se presentan algunas categorías "tipo" contempladas en estas encuestas[viii]: Características sociodemográficas; salud y acceso al sistema general de seguridad social en salud. SGSSS; historia sexual y reproductiva; última relación sexual; pareja estable; parejas ocasionales o contactos casuales; trabajo sexual; conocimiento y actitudes frente al condón; infecciones de transmisión sexual (ITS);conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH-SIDA / pruebas de detección del VIH; estigma y discriminación; redes sociales; consumo de sustancias psicoactivas.

[viii] *En los anexos A, B y C se muestran los instrumentos empleados para la recolección de la información en los estudios sobre Comportamiento sexual y prevalencia de VIH empleados en esta investigación, en los cuales aparecen las categorías de preguntas mencionadas.*

De este conjunto de categorías se llevará a cabo una selección de las variables por cada bloque de información, de tal manera que las mismas respondan al planteamiento del marco conceptual; inicialmente se realizará una exploración descriptiva de los datos para cada bloque de variables las cuales se agrupan en categorías; interesarán de manera particular aquellas variables que den cuenta del acceso de la población a medidas preventivas, aquí es importante tener en cuenta que sólo se seleccionaran aquellas variables que puedan ser comparables entre los diferentes estudios en cuanto a forma de medición de la misma y parámetro de tiempo utilizado, por ejemplo, uso de condón en la última relación sexual, y posteriormente, dado el enfoque planteado en el estudio, y la relación que suponen los distintos niveles de vulnerabilidad, se propone desarrollar técnicas para un análisis multinivel, el cual permitirá recurrir a métodos estadísticos que posibiliten la inclusión de varios niveles de determinantes en un mismo modelo [41].

Lo anterior implica ubicar cada categoría en una jerarquía de relaciones de acuerdo con el modelo conceptual empleado; esto permitirá hacer análisis contextual que es la combinación analítica dentro de un modelo de la simultaneidad de relaciones entre las variables individuales y las variables grupales o que dan cuenta de condiciones colectivas[36]

	correcta y desde el principio hasta el final **de cada una y en todas** las relaciones sexuales? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)*	
804	¿Puede una persona de aspecto saludable tener el VIH o SIDA? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)*	☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 999 No sabe
805	¿Se puede transmitir el VIH por picaduras de mosquito? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)*	☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 999 No sabe
806	¿Se puede transmitir el VIH por compartir alimentos con una persona infectada? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)*	☐ 1 Sí ☐ 2 No ☐ 999 No sabe

IX.EXPOSICION A INTERVENCIONES y LA PRUEBA DE VIH

901 La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por:
(INDUCIDA, MÚLTIPLE LEER OPCIONES) NOTA: En la PDA las opciones deben rotar aleatoriamente cada vez que se aplica una encuesta. Con excepción del otro cuál

Televisión, radio o prensa	1 ☐	Alcaldía o Secretarías	7 ☐
Clinica, hospital u otra institucion de salud	2 ☐	Lugar de trabajo	8 ☐
Establecimiento educativo	3 ☐	Fundaciones, asociaciones, u organizaciones no gubernamental	9 ☐
Familia	4 ☐	Campañas promovidas por alguna entidad	10 ☐
Amigos o amigas	5 ☐	Otro ¿cuál? _____	☐
Iglesias	6 ☐		

902 ¿Ha participado en los **ÚLTIMOS 12 MESES** en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA?
(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)
Sí 1 ☐ No 2 ☐ ➔ **903**
NOTA: SI EN LA PREGUNTA 801 CONTESTA OPCION 2 "NO" EN 902 NO PUEDE SELECCIONAR OPCION 1 "SI"

ENCUESTADORA *Lea al encuestado*: A continuación le realizaré algunas preguntas relacionadas con la prueba del VIH.

903 **EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES,** ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?
(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)
Sí 1 ☐ No 2 ☐➔***911***
NOTA: SI EN LA PREGUNTA 801 CONTESTA OPCION 2 "NO" EN 903 NO PUEDE SELECCIONAR OPCION 1 "SI"

904 ¿Por qué se hizo la prueba para detectar el VIH…? *(ESPONTÁNEA, MÚLTIPLE RESPUESTA)*

Por su propia iniciativa	1 ☐	La solicitó el personal de salud	7 ☐
Solicitud de trabajo	2 ☐	Se la realizaron por donación de sangre	8 ☐
Se la realizaron en algún estudio, investigación o campaña	3 ☐	Tenía síntomas de ITS	9 ☐
Alguien la convenció	4 ☐	Por tramites de EPS, medicina prepagada, seguros de vida, visas, pasaportes, etc.	10 ☐
Porque tuvo sexo desprotegido u otro comportamiento de riesgo	5 ☐	Un conocido o familiar murió de SIDA	11 ☐
a. Una de mis parejas sexuales vive con el VIH	6 ☐	Otro ¿cuál? _____	☐

905 Cuando se hizo la prueba, ¿recibió una asesoria sobre VIH?
(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)
Sí 1 ☐ No 2 ☐ No recuerda 998 ☐
NOTA: SI EN LA PREGUNTA 801 CONTESTA OPCION 2 "NO" EN 905 NO PUEDE SELECCIONAR OPCION 1 "SI"

906 ¿Conoció usted los resultados de esa **última vez** que se hizo la prueba de VIH?
(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)
Sí 1 ☐ No 2 ☐➔**912**

907 ¿Cuál fue el resultado de esa prueba?
(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)

Positivo o reactivo	1 ☐	No sabe	999 ☐➔**912**
Negativo o no reactivo	2 ☐➔**912**	No responde	998 ☐➔**912**
Indeterminado	3 ☐➔**912**		

908	¿Usted recibe atención integral para el VIH? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)* **NOTA: SI EN LA PREGUNTA 801 CONTESTA OPCION 2 "NO" EN 908 NO PUEDE SELECCIONAR OPCION 1 "SI"**			
	Sí	1 ☐	No responde	998 ☐ ➔**912**
	No	2 ☐ ➔**912**		
909	¿Cuáles servicios le brindan como parte de esta atención? *(INDUCIDA, MÚLTIPLE RESPUESTA) NOTA: En la PDA las opciones deben rotar aleatoriamente cada vez que se aplica una encuesta.*			
	Información sobre prevención	1 ☐	Seguimiento médico	4 ☐
	Entrega de condones	2 ☐	Seguimiento con ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio)	5 ☐
	Tratamiento antirretroviral	3 ☐	Apoyo sicológico	6 ☐
910	Esa última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la realizo? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)*			
	Laboratorio particular/privado	1 ☐	Banco de sangre	4 ☐
	Clínica u hospital	2 ☐	En un estudio, investigación o campaña	5 ☐
	Fundación, asociación, u organización no gubernamental	3 ☐	**NOTA: DESPUES DE CONTESTAR 910 PASE A ➔912**	
911	¿Por qué se no realizó la prueba de VIH en los últimos 12 meses? *(ESPONTÁNEA–MÚLTIPLE RESPUESTA)*			
	No tenía tiempo	1 ☐	Por vergüenza, ansia o temor sobre cómo le iban a recibir	5 ☐
	El costo	2 ☐	No sabía a donde ir	6 ☐
	No tenía aseguramiento	3 ☐	Temor a tener VIH y no saber qué hacer después	7 ☐
	Tuvo una mala experiencia previamente	4 ☐	Otro ¿cuál?_____	☐
912	¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH? *(INDUCIDA–ÚNICA RESPUESTA)*			
	Alto	1 ☐	Ninguno	997 ☐
	Medio	2 ☐	No sabe	999☐
	Bajo	3 ☐	No responde	998☐

X. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1001	¿En los **ÚLTIMOS 6 MESES**, ¿ha consumido alcohol? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)* Sí 1 ☐ No 2 ☐ ➔***1004***			
1002	En los últimos 30 días, ¿Con qué frecuencia ha consumido alcohol? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)*			
	Todos los días	1 ☐	Una vez la semana	3 ☐
	Más de una vez la semana	2 ☐	Menos de una vez a la semana	4 ☐
1003	¿Con quién ha consumido alcohol en los últimos 30 días? *(ESPONTÁNEA–MÚLTIPLE LEER OPCIONES)*			
	Amigas/amigos	1 ☐	Clientes (que le pagaron por sexo) **(NOTA SI EN 602 CONTESTA COD 2 "NO" NO PUEDE SELECCIONAR ESTA OPCIÓN)**	3 ☐
	Parejas sexuales no comerciales	2 ☐	Sola	4 ☐
			Familia	5 ☐
1004	¿En los últimos 6 meses, ha….? *(INDUCIDA–MÚLTIPLE LEER OPCIONES) NOTA: En la PDA las opciones deben rotar aleatoriamente cada vez que se aplica una encuesta.*			
	a. ¿Fumado marihuana?	Si 1 ☐ No 2 ☐	f. ¿Inhalado thinner o pegante, sacol?	Si 1 ☐ No 2 ☐
	b. ¿Fumado o inhalado pipa, crack o bazuco?	Si 1 ☐ No 2 ☐	g. ¿Consumido popper o éxtasis?	Si 1 ☐ No 2 ☐
	c. ¿Inhalado cocaína?	Si 1 ☐ No 2 ☐	h. ¿Consumido pepas roches (rivotril, rohipnol)	Si 1 ☐ No 2 ☐
	d. ¿Fumado heroína?	Si 1 ☐ No 2 ☐	i. Inyectado Cocaína	Si 1 ☐ No 2 ☐
	e. ¿Inyectado heroína?	Si 1 ☐ No 2 ☐	Inyectado Bazuco	Si 1 ☐ No 2 ☐
			¿Otras drogas? ¿Cuáles?_____	☐
	NOTA: SI EL ENCUESTADO MENCIONÓ "SI" EN AL MENOS UNO DE LOS LITERALES E, I J ENTONCES HAGA 1005 Y 1006, DE LO CONTRARIO PASE A 1007.			

1005	¿Hace cuánto tiempo se inyectó drogas por **ÚLTIMA VEZ**? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)*			
	Meses	1 ☐➔ |__|__|		
	Semanas	2 ☐➔ |__|__|		
	Días	3 ☐➔ |__|__|		
1006	¿Generalmente **CON QUIÉN** se inyecta las drogas? *(ESPONTÁNEA–MÚLTIPLE RESPUESTA)*			
	Nadie / Inyecta solo	1 ☐ ➔**1207**	Pareja ocasional	5 ☐
	Trabajadores sexuales	2 ☐	Desconocido	6 ☐
	Clientes	3 ☐	Amigos	7 ☐
	Pareja estable	4 ☐	Otros	8 ☐
1007	**ENCUESTADORA**: Revisar la respuesta a pregunta **602** (trabajo sexual en los últimos 6 meses): Sí 1 ☐ No 2 ☐ ➔***1101*** NR 998 ☐ ➔***1101*** **NOTA: LA INFORMACION PARA ESTA PREGUNTA ES IGUAL A LA CAPTURADA EN 602, ES DECIR, SI EN 602 = COD 2 "NO" O COD 3 "NR" PASE A 1101.**			
1008	¿En el lugar donde usted consigue clientes (que le pagan por tener sexo), las personas que manejan el sitio le obligan a usted a consumir alcohol o drogas? *(INDUCIDA–ÚNICA RESPUESTA)*			
	Sí, alcohol	1 ☐	Sí, alcohol y drogas	3 ☐
	Sí, drogas	2 ☐	No, ni alcohol ni drogas	4 ☐

XI.ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

1101	¿En los últimos 12 meses, por su género o por ser una persona trans a Ud. le han…? *(INDUCIDA–ÚNICA POR OPCIÓN LEER PCIONES) PDA: RESPUESTA SI/NO POR OPCION.*			
	Mostrado desprecio o rechazo	1 ☐	Negaron atención en alguna tienda o restaurante	10 ☐
	Excluido de actividades laborales	2 ☐	Negaron acceso a un hospedaje temporal (hotel, motel)	11 ☐
	Excluido de actividades religiosas o espirituales	3 ☐	Negaron atención en algún servicio de salud	12 ☐
	Solicitado la renuncia o despedido	4 ☐	Agredido o atacado (violencia física)	13 ☐
	Negaron un ascenso laboral	5 ☐	Insultado o agredido verbalmente	14 ☐
	Negaron comprar o arrendar una vivienda	6 ☐	Negado acceso o permanencia en alguna institución educativa (escuela, universidad)	15 ☐
	Negaron acceso a justicia	7 ☐	Otro ¿Cuál? _____	☐
	Excluido de espacios de participación ciudadana	8 ☐	Ninguna de las opciones anteriores	997 ☐ ➔1104
	Negaron entrada a una actividad de diversión o recreación	9 ☐		
1102	¿Quién o quiénes le han tratado así a causa de su género? *(ESPONTÁNEA–MÚLTIPLE RESPUESTA)*			
	Familiares	1 ☐	Personal de centros educativos	7 ☐
	Fuerzas armadas (policía o militares)	2 ☐	Funcionarios públicos	8 ☐
	Religiosos	3 ☐	Compañero de estudio	9 ☐
	Personal de salud	4 ☐	Otras personas conocidas	10 ☐
	Amigos	5 ☐	Desconocidos	11 ☐
	Personal del lugar de trabajo	6 ☐	Otro, ¿cuál? _____	☐
1103	¿Alguna vez alguien la obligó a tener relaciones sexuales? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)* Sí 1 ☐ No 2 ☐ ➔***1106*** NR 998 ☐ ➔***1106***			
1104	Durante los **últimos 12 meses**, ¿alguien la obligó a tener relaciones sexuales? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)* Sí 1 ☐ No 2 ☐ ➔***1106*** NR 998 ☐ ➔***1106***			
1105	¿Quién la obligó a tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses? *(ESPONTÁNEA–MÚLTIPLE RESPUESTA)*			
	Desconocido	1 ☐	Un conocido, no amigo, no familiar	7 ☐
	Cliente (una persona de quien a veces recibe pago por relaciones sexuales) **(NOTA SI EN 602 CONTESTA COD 2 "NO" NO PUEDE SELECCIONAR ESTA OPCIÓN)**	2 ☐	Jefe o superior de trabajo	8 ☐

	Pareja	3 ☐	Compañero/a de trabajo	9 ☐
	Familiar	4 ☐	Profesor o docente de estudio	10 ☐
	Amigo	5 ☐	Compañero/a de estudio	11 ☐
	Policía o militar	6 ☐	Otro, ¿cuál? _____	☐
1106	**ENCUESTADORA:** Respondió alguna opción de 1 a 15 a la pregunta 1101 **o** respondió SI a pregunta 1104? Sí 1 ☐ No 2 ☐ ➔***1109*** **NOTA: LA PDA REALIZA LA VALIDACION Y VA A LA PREGUNTA 1109**			
1107	¿Solicitó apoyo o acudió a denunciar porque le discriminaron u obligaron a tener sexo? *(ESPONTÁNEA–ÚNICA RESPUESTA)* Sí 1 ☐ No 2 ☐ ➔**1109** NR 998 ☐ ➔**1109**			
1108	¿A dónde acudió? *(ESPONTÁNEA–MÚLTIPLE RESPUESTA)*			
	Policía, fiscalía, comisarías, personaría, procuraduría 1 ☐		Las universidades	7 ☐
	Comisión de Derechos Humanos	2 ☐	Asociaciones cívicas y comunitarias que trabajan en su barrio o localidad	8 ☐
	Organización LGBT	3 ☐	Fundación, asociación u organización no gubernamental	9 ☐
	Los medios de comúnicación	4 ☐	Empresa privada / empresarios	10 ☐
	JAC de su barrio o localidad	5 ☐	Organizaciones religiosas	11 ☐
	Las iglesias	6 ☐	Otro, ¿cuál? _____	☐

1109	***ENCUESTADOR(A):*** *transcriba la siguiente información del* ***consentimiento informado para la toma de muestra de sangre***: a. Resultado: Sí aceptó y firmó 1 ☐ No aceptó 2 ☐ b. Número de identificación muestral (Digite número del filtro del Laboratorio): |___|___| |___| |___|___|___| **NOTA**: **PDA Solicitar doble digitación de la pregunta 1109 ocultando los datos digitados la primera vez. En caso de que los datos no coincidan deberá volver a digitarlos 2 veces hasta que coincidan. Adicional la PDA solo debe recibir valores dados en la tabla asociada a la ciudad y que será proporcionada por YanHaas.**

NOTA: AL LLEGAR A ESTE PUNTO SE MARCA LA ENCUESTA COMO COMPLETA SI EN 1109 RESPONDIÓ CÓDIGO 1.

Resultado final de la encuesta	
Completa	*1* ☐
Incompleta	*2* ☐

B: Instrumento estudio comportamiento sexual y prevalencia de VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

COMPORTAMIENTO SEXUAL Y PREVALENCIA DE VIH EN HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

CONTROL OPERATIVO

Día Mes Año ***Fecha de encuesta*** ___ |___ | |___ |___ | | **2 | 0 | 1 | 0** |	***Resultado final de la encuesta*** *Completa* 1 ☐ *Incompleta* 2 ☐	*Otro ¿cuál?*_____ 3 ☐
Encuestador(a): *Identificación:* |___|___| |___|___|___| |___|___|___|___|___|	*Supervisor(a):* *Identificación* |___|___| |___|___|___| |___|___|___|___|___|	
¿Qué tipo de supervisiones hizo? *Acompañamiento* 1 ☐ *Ninguna* 2 ☐	*¿Se revisó este formulario?* Sí 1 ☐ No 2 ☐	

T1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

T102	¿Tiene el cupón correctamente diligenciado por el personal encuestador del estudio?	SI 1 ☐ No 2 ☐➔ ***Agradezca y termine***
T103	¿Usted conoce a la persona que lo invitó a participar en esta investigación y le entregó este cupón?	SI 1 ☐ No 2 ☐➔ ***Agradezca y termine***
T104	¿La relación que usted tiene con la persona que le entregó el cupón es cercana? Sí 1 ☐ No 2 ☐	
T105	¿Cuánto tiempo hace que usted conoce a la persona que le entregó el cupón? Meses 1 ☐➔ |___|___| Años 2 ☐➔ |___|___| Toda la vida 3 ☐	
T106	***Entrevistador(a):*** Transcriba la siguiente información del participante en el estudio Código de identificación: _____	
T107	¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día |__|__| Mes |__|__| Año |__|__|__|__|	
T108	Cuál es su edad (*en años cumplidos*): |___|___| ***Entrevistador(a):*** *Si la persona reporta tener menos de 18 años* ***Agradezca y termine la entrevista***	
T109	***Entrevistador(a):*** En el espacio en blanco registre la ciudad en donde se esta adelantando el estudio. ¿Vive en el área urbana (o metropolitana) de_____? Sí 1☐ No 2☐➔**Agradezca y *termine la encuesta***	

T109a	***¿Cuál es su sexo de nacimiento?***	Macho 1☐ Hembra 2☐➔Agradezca y termine la encuesta
T110	¿Usted ha tenido relaciones sexuales con otro/otros hombre/hombres en los **últimos 12 meses contados hasta ayer**?	Sí 1☐ No 2☐➔**Agradezca y *termine la encuesta***

T111. ***ENTREVISTADOR(A):*** *Haga introducción para el consentimiento informado, para evidenciar la participación del informante en la investigación.*

XII. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

101	***ENCUESTADOR(A)****: Transcriba la siguiente información del* ***consentimiento informado para el estudio***: a. Número del formulario |___|___|___|___| b. Número de identificación muestral (rótulo) |___|___|___|___|___|___|___|___| c. *Resultado:* 1 Sí aceptó y firmó ☐ 2 No aceptó ☐➔***TERMINE***
102	
103	¿En qué municipio nació? Municipio _____ Departamento _____ País _____ Código DANE|__|__|__|__|__|
104	¿Actualmente, vive usted, aquí en _____? Sí 1 ☐➔***106*** No 2 ☐
105	¿En qué municipio vive usted? Municipio _ _____ Departamento _____ Código DANE|___|___|___|___|___|
106	¿Cuál es el estrato que aparece en el recibo de la luz de la vivienda que habita? 0☐ 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐ 6☐ NS/NR 7☐
107	¿Cuánto tiempo seguido lleva viviendo en la ciudad? Meses 1☐➔ |__|__| Años 2☐➔ |__|__| Toda la vida 3☐ ➔**110**
108	¿En qué municipio, ciudad o país vivía antes? **1. LUGAR**: País 1☐➔**2**, Municipio 2☐➔**3** **2. NOMBRE DEL PAIS** ➔ **109**: _____ **3. NOMBRE DEL MUNICIPIO** ➔: _____ **4. NOMBRE DEL DEPARTAMENTO** ➔ **109**: _____
109	¿Cuál fue la **principal** causa por la que Usted se trasladó al municipio en el que vive actualmente? **(Esperar respuesta)** Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia 1☐ Riesgo de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) o como consecuencia de este 2☐ Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia 3☐ Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por un motivo diferente a la violencia 4☐ Necesidades de educación 5☐ Motivos de salud 6☐ Razones familiares 7☐ Miembro pueblo nómada 8☐ Mejorar la calidad de vida 9☐

	Otro ¿cuál? _____	10 ☐

110	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted y cuál es el último año **APROBADO** en ese nivel?								
	Ninguno	1 ☐ ➔	***112***						
	Pre-escolar	2 ☐➔	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐			
	Primaria	3 ☐➔	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	
	Secundaria	4 ☐➔	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	6 ☐
	Técnico	5 ☐➔	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐			
	Tecnológico	6 ☐➔	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐		
	Universitario	7 ☐➔	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	
	Postgrado	8 ☐➔	0 ☐	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐	

111	¿Ha estado casado o ha vivido alguna vez con una mujer?	Sí 1 ☐	No 2 ☐	NR ☐

112	¿Actualmente cuál es su estado civil?			
	Soltero	1 ☐	Separado/Divorciado	4 ☐
	Casado	2 ☐	Viudo	5 ☐
	Unión libre	3 ☐		

113	**a. ¿Con quiénes vive actualmente? (Esperar respuesta)**		**b. ¿Con cuántos _____ vive usted actualmente?**
	a. Solo	☐ ➔ **114**	
	b. Hijos	☐ ➔	|___|___|
	c. Compañero	☐	
	d. Esposa/compañera	☐	
	e. Padre	☐	
	f. Madre	☐	
	g. Otros familiares	☐ ➔	|___|___|
	h. Otros **no** familiares	☐ ➔	|___|___|

114	En los **últimos 7 días,** contados hasta hoy ¿usted se dedicó a...?		***(Leer opciones)***	
	Trabajar como empleado	1 ☐	Estudiar y trabajar	7 ☐
	Trabajar Independiente	2 ☐	No trabajar porque es pensionado, jubilado o rentista	8 ☐
	No trabajar pero tenía trabajo	3 ☐	Actividades del hogar	9 ☐
	Buscar trabajo	4 ☐	Está incapacitado para trabajar	10 ☐
	No trabajo ni busco trabajo	5 ☐	Otro ¿cuál?_____	11 ☐
	Estudiar	6 ☐		

115	De acuerdo con su CULTURA, PUEBLO o RASGOS FÍSICOS, ¿usted se reconoce como?: ***(Leer opciones)***			
	Indígena	1 ☐	Palanquero de San Basilio	4 ☐➔201
	Rom	2 ☐ ➔201	Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente	5 ☐➔201
	Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	3 ☐➔201	Ninguna de las anteriores	6 ☐➔201

116	¿A cuál PUEBLO INDÍGENA pertenece? _____	

XIII. SALUD Y ACCESO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

201	**En los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER** la **última vez** que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud, ¿a dónde consultó? **(*Esperar respuesta*)**			
	No tuvo ningún problema de salud	☐ ➔204	En el hogar, ayuda familiar o de un amigo (remedio casero)	7 ☐
	Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (Estatal)	2 ☐	En una droguería o farmacia	8 ☐
	Centro de atención de una EPS/ARS	3 ☐	Sitio acupunturista, bioenergético, naturista o similar	9 ☐
	Hospital o clínica privada	4 ☐	Sitio de curandero, tegua o similar	10 ☐
	Consultorio médico particular / Medicina Prepagada	5 ☐	Organización no gubernamental (ONG)	11 ☐
	En el trabajo, estudio u otro espacio	6 ☐	Internet	12 ☐
202	En los **ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER** la **última vez** que usted buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿tuvo que pagar por el servicio?			
	Sí, pago total de los servicios	1 ☐	Sí, pago parcial de los servicios	3 ☐
	Sí, pago cuota moderadora	2 ☐	No pago nada	4 ☐
203	¿Quién cubrió los costos (parciales o totales) de los servicios de salud?			
	Usted	1 ☐	Secretaría de salud /Alcaldía	4 ☐
	Entidad de seguridad social a la cual está afiliado	2 ☐	Otro ¿Cuál? _____	5 ☐
	Seguro médico, medicina pre pagada plan complementario	3 ☐	No sabe	6 ☐
204	Recibe atención en salud a través de:			
	Carta de vinculado	1☐	Carné de las fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPETROL (régimen especial)	4 ☐
	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	2 ☐	Carné del resguardo indígena	5 ☐
	Carné de Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs)	3 ☐	No está afiliado (Sin carta)	6 ☐

III. HISTORIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

301	En términos de género ¿usted con cual género se identifica?		
	Masculino	1 ☐	
	Femenino	2 ☐	
	Transgénero	3 ☐ ➔ **TERMINA**	
302	En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica?		
	Homosexual	1 ☐	
	Heterosexual	2 ☐	Otro ¿cuál? _____ 4 ☐
	Bisexual	3 ☐	
303	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal **con o sin su consentimiento**?		|__|__| Años
304	¿Esa primera relación sexual fue con un hombre, una mujer o un(a) transgénero?		Hombre 1 ☐ Mujer 2 ☐ Transgénero 3 ☐
305	¿Aproximadamente qué edad tenía la persona con la que tuvo su primera relación sexual?		|__|__| NS/NR 3 ☐
306	En esa primera relación sexual ¿usaron condón?		Sí 1 ☐➔**308** No 2 ☐

307	¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón **la primera vez** que tuvo relaciones sexuales ? ***(Esperar respuesta)***

a. A la pareja no le gustaba	☐	l. Eran caros	☐
b. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo			