



El futuro  
es de todos

DNP  
Departamento  
Nacional de Planeación

# Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

SEPARACIÓN DE GÉNEROS



NOS  
QUEREMOS,  
RESPECTAMOS Y  
CUIDAMOS.



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



**enterritorio**  
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial



---

# Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019

---



**UNIVERSIDAD CES**  
Un compromiso con la excelencia  
1968



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



**enterritorio**  
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial



---

# Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019

---



**UNIVERSIDAD CES**  
Un compromiso con la excelencia  
1960



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



**enterritorio**  
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

Berbersi Fernández, Dedsy Yajaira

Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019. / Dedsy Yajaira Berbersi Fernández, Ángela Segura Cardona, Alejandra Martínez Rocha, Amanda Molina Estrada, Sara Milena Ramos Jaraba, Sebastian Bedoya Mejía, [otros más]. - Medellín: Universidad CES. Editorial CES, 2019.

ISBN: 978-958-5101-09-8

292 páginas

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

Catalogación: Biblioteca Fundadores, Universidad CES

CDD : 616.9792

**Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia : Bogotá, Medellín y Santiago de Cali, 2019**

ISBN 978-958-5101-09-8

ISBNe 978-958-5101-10-4

Primera edición: diciembre de 2019

© enterritorio

ENTerritorio - Empresa Nacional  
Promotora del Desarrollo Territorial

Calle 26 No. 13 - 19 Piso 29

Teléfono. 5940407, ext. 12982

Bogotá, Colombia

[www.enterritorio.gov.co](http://www.enterritorio.gov.co)

© Universidad CES

Calle 10 A No 22-04,  
Telefono 4440555, ext. 1154-1641

<https://editorial.ces.edu.co/>

[editorial@ces.edu.co](mailto:editorial@ces.edu.co)

Medellin Colombia

Impresión: Impresos Begón SAS

Impreso y hecho en Colombia

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

**Mecanismo Coordinador de País (MCP) - Colombia**  
**Instituciones miembros**

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

**Mecanismo Coordinador de País**

Ricardo Luque  
Presidente  
Oswaldo Rada  
Vicepresidente

**Receptor Principal Gobierno**

Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial -ENTerritorio

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



Andres Mauricio Oyola  
**Gerente del Convenio**

Carlos Alberto González  
**Coordinador Nacional Técnico**

Maribel Ramírez Rincón  
**Coordinadora Nacional Monitoreo y Evaluación**

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

Clara Angela Sierra  
**Supervisora del estudio**



**UNIVERSIDAD CES**  
Un compromiso con la excelencia

Dedys Yajaira Berbesi Fernández  
**Investigadora Principal**

Angela Maria Segura Cardona  
**Coinvestigadora-Estadística**

Amanda Patricia Molina Estrada  
**Coinvestigadora-Coordinadora Cali**

Alejandra Martínez Rocha  
**Coinvestigadora-Coordinadora Bogotá**

Sara Ramos Jaraba  
**Coinvestigadora-Coordinadora Medellín**

Sebastian Bedoya Mejia  
**Coinvestigador-Coordinador de Calidad**



## Equipo de trabajo

### Bogotá

María Julia Meneses Posada  
Lida Yurani Quitian Ariza

### Cali

Mónica Espinosa Arana  
Alexandra Montoya Espinosa

### Medellín

Andrés Felipe Cardona González  
Diana Sorely Torres Alvarez



**UNIVERSIDAD CES**  
Un compromiso con la excelencia

SEGLADAMINISTERIOCIEN

## Supervisores de los estudios

Jesús David Vergara Narvárez  
Jaime Humberto Echeverrú Victoria  
Fabian Betancourt Rodríguez

## Encuestadores

Fabiola Usquiano Gallón  
Carolina Zuleta Gómez  
María Alejandra González Escobar  
Luis Alberto Sáenz Pinilla  
Roosevelt Diaz Sarmiento  
Héctor Fabio Gómez Gómez  
Javier Eduardo Castañeda Arcos  
Gera Marley Mina Guarnizo

## Auxiliares

Estefanía Zapata Giraldo  
Ivon Alejandra Zamudio Garcia  
Paola Andrea Mazuera Sanchez



---

# Reconocimientos

Al Comité Institucional de Ética en Investigaciones de la Universidad del CES por la revisión del “Protocolo del estudio Comportamiento Sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín, Cali) 2019.



---

# Agradecimientos

A todos los hombres que aceptaron participar en el estudio, puesto que con su valiosa colaboración e información ha sido viable caracterizar la epidemia de VIH en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. A las personas que participaron como “semillas” que con su sentido de pertenencia con el estudio fue posible alcanzar la muestra estimada en cada una de las ciudades del estudio.

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



---

# Mecanismo coordinador de país

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

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

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

## Misión

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

## Visión

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

## Antecedentes

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

## Principios

### Autonomía nacional

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

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

## Ámbito de actuación

El MCP puede articularse con otras instancias institucionales para la redacción e implementación de propuestas, a partir de programas nacionales para enfermedades específicas (por ejemplo, los Consejos Nacionales de SIDA, la iniciativa Hacer Retroceder la Malaria y los Comités Nacionales de Dirección sobre el Control de la T-13), y de las estrategias nacionales de salud, y trabaja en forma coordinada junto con otras iniciativas nacionales más amplias, que incluyen, por ejemplo, las Estrategias para Reducir la Pobreza (ERP) y para el cumplimiento de las metas del milenio establecidas para el país.

## Equidad

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

## Participación

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

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

## Transparencia

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

## Diálogo

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

## Integridad

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

## Son funciones del MCP:

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

7. Enviar al Fondo Mundial las solicitudes para reprogramar o dar continuidad a la financiación de las propuestas en curso.
8. Establecer los lineamientos generales que regulen las relaciones entre las entidades ejecutoras que se seleccionen para la implementación de los proyectos aprobados.
9. Facilitar la participación equitativa de los sectores representados en el MCP. Dentro del criterio de facilitar los procesos de coordinación y toma de decisiones, el MCP limitará la participación en la asamblea al número de miembros definidos en el presente reglamento y ampliará la representatividad de estos a través de procesos democráticos y transparentes de selección.
10. Cumplir con las responsabilidades y funciones que se definan en el presente reglamento.
11. Desarrollar, modificar e implementar el presente reglamento.
12. Gestionar los recursos económicos y técnicos para garantizar su funcionamiento.
13. Velar por que las propuestas tengan un enfoque diferencial, que garantice que las acciones propuestas lleguen a los sectores más vulnerables.

## Representatividad y conformación del MCP Colombia

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

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

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

Cada organización de la sociedad civil cuenta, para su representatividad, con una organización suplente, elegida entre las mesas de trabajo, que apoya y a la vez pide rendición de cuentas a la organización principal. Igualmente, se procura que participen personas expertas en manejo contable y financiero, manejo de programas y de recursos humanos, y desarrollo de propuestas.

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

- El derecho a ser tratada como un aliado en igualdad de condiciones, con derecho a expresarse.
- El derecho a participar en todas las discusiones y actividades del MCP.
- El derecho a nominar y a ser nominado para las posiciones sujetas a elección dentro del MCP.
- El derecho a votar en cualquier tema puesto a votación.

Igual, cada organización está sujeta a los siguientes deberes:

- Respetar y adherir al presente reglamento y a las políticas y procedimientos que adopte el MCP.
- Asumir su membresía responsablemente, asistiendo a las reuniones a tiempo, participando con criterio de solidaridad social y no solo de defensa de los intereses de su sector.
- Compartir experiencias e información que sean de interés de otros miembros del MCP.
- Respetar y adherir a las decisiones del MCP.
- Regularmente, realizar reuniones formales para compartir experiencias y puntos de vista con otras organizaciones del sector al que pertenece.
- Dentro del MCP, en forma imparcial y con exactitud, compartir los puntos de vista de las otras organizaciones y no solamente los de la organización que representa.
- Cuando el MCP discuta un tema que puede representar una ventaja financiera o de cualquier otro tipo para la persona o la organización que representa, abiertamente declarar el conflicto de interés y ofrecer dejar la reunión.

---

# Contenido

Reconocimientos.....	9
Agradecimientos.....	11
Mecanismo coordinador de país .....	13
Misión .....	14
Visión .....	14
Antecedentes.....	14
Principios.....	14
Son funciones del MCP: .....	16
Representatividad y conformación del MCP Colombia.....	17
Lista de tablas.....	22
Lista de figuras .....	25
1 Resumen .....	27
2 Introducción .....	31
3 Marco teórico.....	35
3.1 Situación de la población .....	37
3.2 Comportamientos y prácticas sexuales .....	42
3.3 Acceso a servicios de salud: La meta 90-90-90 y el “continuo de la atención” .....	49
3.4 Marco conceptual .....	51
3.5 Marco político y legal.....	54
4 Objetivos .....	61
4.1 Objetivo general .....	63
4.2 Objetivos específicos .....	63

5	Metodología.....	65
5.1	Tipo de estudio y Muestreo.....	67
5.2	Población y muestra.....	67
5.3	Fases para el Desarrollo del Estudio.....	68
5.4	Criterios de Inclusión.....	70
5.5	Técnica de recolección de la información .....	71
5.6	Técnica de recolección de la muestra de sangre y Diagnóstico de VIH.....	71
5.7	Definición de variables.....	74
5.8	Procesamiento y análisis de la información.....	75
5.9	Aspectos éticos.....	75
5.10	Reclutamiento, muestras y características de las redes sociales.....	76
6	Resultados.....	79
6.1	Análisis univariado.....	81
6.2	Factores asociados a la infección por VIH .....	137
6.3	Modelo explicativo VIH .....	183
7	Estimación de la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombre, en tres ciudades de Colombia 2019.....	189
7.1	Metodología .....	191
7.2	Pasos realizados en la técnica de captura-recaptura .....	193
7.3	Procedimiento realizado.....	193
7.4	Estimación de la población .....	193
8	Indicadores en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, Colombia 2019 .....	195
8.1	Indicador 1. Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres .....	197
8.2	Indicador 2. Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años.....	198
8.3	Indicador 3. Pruebas de VIH que se han realizado en los últimos 12 meses en hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas.....	200
8.4	Indicador 4. Cobertura terapia antirretroviral en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas .....	201
8.5	Indicador 5. Comparativo del uso del condón en la última relación sexual en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas.....	202

8.6	Indicador 6. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas. ..	203
8.7	Indicador 7. Comparativo de circuncisión en los hombres que tienen sexo con otros hombres por grupos de edad en tres ciudades colombianas.....	204
8.8	Indicador 8. Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas.....	205
8.9	Indicador 9. Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y son menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas.....	207
9	Discusión .....	211
10	Conclusiones y recomendaciones .....	215
11	Lecciones aprendidas.....	221
11.1	Rol de los actores .....	224
11.2	Prueba piloto .....	229
11.3	Capacitación.....	231
11.4	Recolección de información.....	232
12	Referencias .....	235
13	Anexos .....	249
13.1	Anexo 1. Encuesta que se aplicó a los participantes en cada una de las ciudades. ....	251
13.2	Anexo 2. Criterios de inclusión del estudio .....	285
13.3	Anexo 3. Consentimiento informado del estudio .....	286
13.4	Anexo 4. Redes por semilla por cada una de las ciudades según VIH.....	290

---

# Lista de tablas

Tabla 1. Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad. HSH, Colombia – 2019.....	76
Tabla 2. Número de semillas y olas en tres ciudades. HSH, Colombia - 2019 .....	77
Tabla 3. Características sociales y demográficas en HSH en Medellín, Bogotá y Cali Colombia – 2019.....	84
Tabla 4. Acceso a servicios de salud en HSH en Medellín, Bogotá, Cali – 2019.....	87
Tabla 5. Autoidentificación de género en tres ciudades de Colombia. 2019 .....	87
Tabla 6. Autoreporte de circuncisión en tres ciudades de Colombia. Colombia – 2015.....	88
Tabla 7. Primera relación sexual en HSH en Medellín, Bogotá, Cali. Colombia – 2019.....	90
Tabla 8. Comportamiento sexual en HSH en Medellín, Bogotá y Cali – 2019 .....	95
Tabla 9. Pareja Estable hombre en HSH en Medellín, Bogotá y Cali - 2019.....	96
Tabla 10. Sexo anal con la pareja estable en HSH de tres ciudades de Colombia. 2019 .....	97
Tabla 11. Parejas ocasionales y características HSH Medellín, Bogotá y Cali, 2019... ..	98
Tabla 12. Relaciones con mujeres y mujer estable en HSH, Colombia 2019.....	99
Tabla 13. Relación con mujeres ocasionales HSH de Medellín, Bogotá y Cali, 2019..	100
Tabla 14. Pago por relaciones sexuales en HSH en Medellín, Bogotá y Cali. 2019..	101
Tabla 15. Trabajo sexual en HSH en Medellín, Bogotá y Cali. 2019.....	102
Tabla 16. Acceso, actitudes y uso del condón en HSH en Medellín, Bogotá, Cali Colombia – 2019 .....	107

Tabla 17. Acceso, actitudes y uso de lubricantes en HSH de tres ciudades de Colombia. 2019 .....	110
Tabla 18. Conocimientos sobre el VIH en HSH en Medellín, Bogotá y Cali. Colombia - 2019. ....	114
Tabla 19. Conocimientos, opiniones y actitudes hacia las pruebas de detección del VIH en Medellín, Bogotá y Cali. Colombia – 2019 .....	119
Tabla 20. Percepciones frente a la Prep y Pep en tres ciudades de Colombia (Medellín, Bogotá y Cali) 2019.....	122
Tabla 21. Infecciones de Transmisión Sexual en HSH en Medellín, Bogotá, Cali. Colombia – 2019.....	124
Tabla 22. Estigma y discriminación en HSH en Medellín, Bogotá y Cali. Colombia - 2019. ....	127
Tabla 23. Consumo de Sustancias psicoactivas en HSH en Medellín, Bogotá, Cali - 2019. ....	134
Tabla 24. Prevalencia de VIH en HSH en las ciudades de Medellín, Bogotá, Cali - 2019. ....	136
Tabla 25. Características sociales y demográficas comparadas con la infección por VIH en las tres ciudades del estudio.....	141
Tabla 26. Acceso a los servicios de salud comparado con la infección por VIH .....	145
Tabla 27. Comportamiento sexual y parejas comparativo con la infección de VIH en las tres ciudades del estudio .....	149
Tabla 28. Trabajo sexual y pago por relaciones comparativo con la infección por VIH.....	154
Tabla 29. Conocimientos /concepción del VIH y acceso a pruebas comparado con la infección de VIH.....	160
Tabla 30. Profilaxis Pre- exposición y Profilaxis post exposición comparado con la infección de VIH en las tres ciudades. ....	165
Tabla 31. Infección de transmisión sexual comparado con la infección de VIH .....	167
Tabla 32. Uso del condón y lubricante comparado con la infección de VIH.....	170
Tabla 33. Discriminación comparado con la infección de VIH.....	176
Tabla 34. Consumo de sustancias psicoactivas comparado con la infección de VIH	181
Tabla 35. Factores asociados al VIH en HSH de la ciudad de Medellín. 2019 .....	183
Tabla 36. Factores asociados al VIH en HSH en la ciudad de Bogotá. 2019 .....	185
Tabla 37. Factores asociados al VIH en HSH de la ciudad de Cali. 2019.....	187

Tabla 38 Estimación del tamaño de muestra requerido para entrega de objeto único. ....	192
Tabla 39. Resultados estimación de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, 2019 .....	194
Tabla 40. Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en tres ciudades de Colombia 2010, 2015 y 2019 .....	198
Tabla 41. Indicadores de prevalencia de VIH y comportamientos de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres de tres ciudades de Colombia, 2010,2016 y 2019.....	209

---

# Lista de figuras

Figura 1. Cupón de invitación para el estudio.....	70
Figura 2. Algoritmo de pruebas para la detección de la infección por VIH – Ministerio de Salud y Protección Social.....	73
Figura 3. Orientación sexual autopercebida por los HSH en tres ciudades de Colombia. 2019.....	88
Figura 4. Acceso a prueba de VIH en el último año/consejería/conocimiento resultados y Resultado. Medellín 2019.....	116
Figura 5. Acceso a prueba de VIH en el último año/consejería/conocimiento resultados y Resultado. Bogotá 2019.....	117
Figura 6. Acceso a prueba de VIH en el último año/Consejería/Conocimiento resultados y Resultado. Cali 2019.....	118
Figura 7. Uso de la prueba de VIH en los últimos 12 meses Medellín/Bogotá/Cali 2019.....	119
Figura 8. Distribución porcentual del tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Medellín, 2019.....	131
Figura 9. Distribución porcentual de la frecuencia del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Medellín, 2019.....	131
Figura 10. Distribución porcentual del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Bogotá, 2019.....	132
Figura 11. Distribución porcentual de la frecuencia del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Bogotá, 2019.....	133
Figura 12. Distribución porcentual del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Cali, 2019.....	133
Figura 13. Distribución porcentual de la frecuencia del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Cali, 2019.....	134

Figura 14. Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en tres ciudades de Colombia 2010, 2015 y 2019....	198
Figura 15. Comparativo de la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas, 2010,2016 y 2019.....	199
Figura 16. Pruebas de VIH que se han realizado en los últimos 12 meses en hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas. ....	201
Figura 17. Comparativo de la cobertura terapia antirretroviral en los hombres que tienen sexo con otros hombres mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas .....	202
Figura 18. Distribución porcentual del uso del condón en la última relación sexual en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas .....	203
Figura 19. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas. ....	204
Figura 20. Comparativo de circuncisión en los hombres que tienen sexo con otros hombres por grupos de edad en tres ciudades colombianas.....	205
Figura 21. Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas..	206
Figura 22. Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y son menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas .....	208
Figura 23. Red de la ciudad de Medellín de HSH que tienen infección por VIH, 2019. ....	290
Figura 24. Red de la ciudad de Bogotá de HSH que tienen infección por VIH, 2019. ....	290
Figura 25. Red de la ciudad de Cali de HSH que tienen infección por VIH, 2019. ....	291

1.

Resumen

---



---

# 1.

## Resumen

Para medir el efecto de las estrategias del proyecto “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión–VIH-SIDA y el Modelo Integrado de Atención en Salud en departamentos y ciudades priorizadas” que fue implementado por ENTerritorio, se estableció el tercer estudio transversal de prevalencia y comportamiento sexual en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en Bogotá, Medellín y Cali durante el año 2019. A su vez se estimó el tamaño de población HSH en estas tres ciudades.

El objetivo de esta investigación era establecer la magnitud de la epidemia de VIH, los comportamientos sexuales asociados y estimar la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) de 18 años y más en tres (3) ciudades colombianas: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali. Se realizó un estudio de seroprevalencia (corte o transversal) anónimo-ligado, con un muestreo probabilístico utilizando el método de muestreo basado en el entrevistador conocido en inglés como Respondent Driving Sampling e identificado con las siglas (RDS). La seroprevalencia de la infección por VIH de cada ciudad se realizó inicialmente con pruebas rápidas y se confirmó con Elisa utilizando muestras residuales de sangre seca en un laboratorio clínico certificado, de acuerdo con la Resolución 2338 de 2013 y la Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida de diciembre 2014, del Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia. La muestra total estuvo conformada por 1301 HSH. El análisis de datos se efectuó utilizando principalmente el software RDSAT, paquete estadístico específicamente diseñado para ajustar las proporciones estimadas con base en el tamaño de las redes sociales y los patrones de reclutamiento en cada una de las ciudades. Adicionalmente se condujeron análisis multivariados con la herramienta SPSS para enriquecer los hallazgos encontrados en relación con tener o no la infección de VIH.

En términos generales, los resultados mostraron las siguientes prevalencias de VIH: Bogotá 26,4%, Cali 23,4%, Medellín 11,4%, respecto al estudio de 2015, Bogotá y Cali

presentaron aumento en la prevalencia, por el contrario, en Medellín se encontró una menor prevalencia. En todas las ciudades la prevalencia de VIH se distribuyó a lo largo de todos los rangos de edad.

Se debe continuar el esfuerzo de prevención de la transmisión del VIH/SIDA entre los HSH, con acciones integrales en salud pública, involucrando instituciones de salud, entidades territoriales y organizaciones no gubernamentales, así como mantener las estrategias combinadas como objetivo conjunto para la respuesta nacional ante la epidemia.

Este informe realizado con los resultados de la investigación va dirigido a una amplia audiencia, conformada por las agencias nacionales e internacionales. Asimismo, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Direcciones Territoriales de Salud (DTS), gremios, entidades de carácter académico-científico y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC). La investigación contó con el apoyo y asesoramiento del Mecanismo Coordinador de País, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, y de ENTerritorio.



2.

# Introducción

---



---

## 2.

# Introducción

Luego de los estudios realizados en Colombia en los años 2010 y 2015 sobre el comportamiento sexual y la prevalencia de VIH/SIDA en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), este informe presenta el tercer estudio nacional de seroprevalencia, para dar continuidad a la vigilancia de segunda generación, esta vez, las ciudades priorizadas fueron Bogotá, Santiago de Cali y Medellín.

Para la construcción del informe, se tomó como punto de partida los informes ya construidos anteriormente implementando el muestreo dirigido por el entrevistado; adicionalmente se incluyeron nuevos análisis e información de gran interés para los lectores. Se consultó la literatura disponible entre los años 2010 y 2019, esta revisión implicó una pesquisa bibliográfica en las bases de datos EBSCO, Science Direct y Scielo, realizando el marco teórico que presenta el panorama general del VIH/SIDA en cifras, se muestra en detalle la normatividad que ampara a la población de HSH, brindando un marco amplio de los determinantes sociales que inciden en su vida y en su salud.

Posteriormente se muestran los resultados, iniciando con los datos socio demográficos de la población y el análisis descriptivos del acceso a los servicios de salud, comportamientos sexuales, circuncisión, relaciones sexuales, orientación sexual, uso del condón, seroselección, trabajo sexual, infecciones de transmisión sexual (ITS), conocimientos de VIH, utilización de profilaxis preexposición (PrEp), consumo de sustancias psicoactivos, entre otros. Luego se pueden encontrar análisis (factores de riesgo), modelo multivariado explicativo, análisis de indicadores GAM, análisis de tendencias con los resultados más importantes para el país de las tres mediciones con las que ya cuenta el país. Así mismo se presenta una estimación poblacional, indicadores y finalmente un apartado de discusión, conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas.

Con esta investigación se buscaba contar con conocimiento actualizado sobre el comportamiento de la situación de VIH, bajo los requerimientos metodológicos y el rigor necesarios para la adecuada validez del conocimiento. La vigilancia en salud

pública de segunda generación como una de las herramientas globales necesarias para la prevención del VIH, ha planteado la necesidad de realizar estudios de seroprevalencia de VIH en los países cuya epidemia está clasificada concentrada, la cual presupone que los subgrupos de población de alto riesgo de adquirir o transmitir el VIH son conocidos. En esos grupos se recomienda llevar a cabo estudios transversales repetidos. Este es el caso de Colombia, país que le ha apostado a tener cifras de seguimiento a los indicadores de VIH en poblaciones claves.

Adicionalmente con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en su componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, se ha propuesto la formulación de políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde los enfoques de género y diferencial, teniendo en cuenta los determinantes sociales para erradicar las violencias de género y violencias sexuales, prevenir las ITS-VIH/Sida y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género.

El tener esta información de manera periódica permite la articulación intersectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, buscando garantizar el acceso a prevención y a la atención integral en salud y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación en VIH/Sida.

Por tal razón se parte de referentes teóricos y conceptuales presentando la situación general de los HSH, aproximaciones que contribuyen a entender su relación con el VIH, a través de las estadísticas mundiales y nacionales, para posteriormente introducir la revisión de los comportamientos y prácticas sexuales de los HSH, que contribuyen al riesgo de infección por VIH y generan mayor vulnerabilidad, se abordan las principales características del muestreo RDS, a través del cual se recolectó la información del presente estudio.



3.

# Marco teórico

---



---

# 3.

## Marco teórico

### 3.1 Situación de la población

La concepción del término hombres que tienen sexo con otro(s) hombre(s) HSH o MSM (men who have sex with men), por sus siglas en inglés, surge por iniciativa del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta a mediados de la década de los años 90, debido a la necesidad de priorizar fondos dirigidos a poblaciones de alta vulnerabilidad a adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular el VIH <sup>(1)</sup>. Esta categoría reúne al grupo de hombres que independientemente de su orientación sexual, realizan prácticas sexuales con otros hombres. De esta forma incluyen hombres heterosexuales, bisexuales, gay, entre otros, que en algunas situaciones o de manera frecuente tengan relaciones sexuales con otros hombres. Esta categoría ha tenido bastante acogida entre los sectores académicos y sociales, por la capacidad de incluir a diferentes subgrupos, ya que si bien entre los HSH existe un grupo particular de hombres gay, quienes generalmente admiten su orientación sexual, sus deseos y actitudes, hay otros que no tienen una apertura a la revelación pública de esta práctica, y son llamados “ocultos”, muchas veces son hombres casados con mujeres o se definen como heterosexuales, pero que tienen prácticas sexuales con otros hombres <sup>(2)</sup>. Esta situación hace que las estrategias de prevención y atención en salud sean complejas y que requieren una cobertura y alcance extramural, pues además hay otras características y rasgos como la etnia, la clase social, la edad y el idioma que son importantes en el marco de las experiencias y comportamientos sexuales <sup>(3,4)</sup>.

Hace dos décadas aproximadamente, se ha reconocido a los HSH, como un grupo vulnerable que requiere atención y servicios que reflejen apropiadamente sus necesidades particulares, especialmente en América Latina y el Caribe a través de la “Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH)”, se define esta, como una “población meta” <sup>(2)</sup>, no solo porque presentan un riesgo 33 veces mayor de infectarse por VIH/Sida respecto de la población general, sino también porque los afecta desmedidamente otros problemas de salud como son: los trastornos de salud mental, el abuso de drogas y alcohol, la ansiedad y el estrés <sup>(2)</sup>.

Estudios realizados con HSH indican que tienen una salud mental deficiente y que además las tasas de infección por VIH se asocian con altas tasas de trastornos mentales comunes, entre los cuales se destacan la depresión, las tendencias suicidas, los trastornos de la personalidad, homonegatividad internalizada y el consumo de alcohol y drogas <sup>(5)</sup>. Entre los factores que pueden afectar su salud mental, se encuentran principalmente el estigma y la discriminación, el antecedente de maltrato, el rechazo de la familia, los amigos y el antecedente de un familiar con problemas psicológicos <sup>(6)</sup>, situación que ha traído consecuencias graves, pues los problemas de salud mental y el consumo de drogas inyectables, aunados a las prácticas sexuales y la marginación, aumentan la probabilidad de tener coinfecciones con el virus de la hepatitis B, hepatitis C y la Sífilis <sup>(7)</sup>, además de verse afectada la adherencia al tratamiento (TAR) entre los HSH que viven con el VIH <sup>(8)</sup>. A partir de lo anterior, surge la teoría de la sindemia como una nueva perspectiva que busca entender la disparidad de la situación del VIH en los HSH, pues existen dos o más factores o enfermedades que al interactuar crean mayor vulnerabilidad a adquirir la infección y además diversos subgrupos que pueden estar más expuestos, como los afroamericanos, los trabajadores sexuales, y los HSH adultos mayores <sup>(9,10)</sup>.

En América Latina y Colombia, los estudios realizados con la población HSH han estado enfocados en los comportamientos sexuales, las prácticas sexuales de riesgo, las ITS y el VIH. Los estudios por lo general cuantitativos, se han encargado de abordar las prevalencias del VIH <sup>(11-13)</sup>, los factores asociados a la infección <sup>(12)</sup>, las percepciones y conductas de riesgo <sup>(14,15)</sup> y los conocimientos frente al VIH. Los resultados de las investigaciones muestran prácticas sexuales de riesgo <sup>(16)</sup>, bajo o moderado uso del condón <sup>(17,18)</sup>, alto consumo de drogas recreativas y alcohol <sup>(19)</sup>, mayor riesgo de infección entre los que tienen sexo transaccional <sup>(20)</sup>, ITS <sup>(21)</sup>”container-title”:”Nova”,”page”:”17”,”volume”:”14”,”issue”:”26”,”source”:”DOI.org (Crossref, VPH, múltiples parejas sexuales, e inicio temprano de las relaciones sexuales <sup>(12)</sup>.

En 2010 y 2015 se desarrollaron en Colombia los estudios de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El primero se realizó en convenio entre el Ministerio de Protección Social y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas UNFPA y el segundo con el Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el VIH <sup>(20,22)</sup>. Estos estudios están en consonancia con la vigilancia epidemiológica de segunda generación como una de las herramientas globales necesarias para la prevención del VIH, con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en su componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, se ha propuesto la formulación de políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde los enfoques de género y diferencial, teniendo en cuenta los determinantes sociales para erradicar las violencias de género y violencias sexuales, prevenir las ITS-VIH/Sida y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género. A su vez, promover la articulación intersectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden

en la epidemia de ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a prevención y a la atención integral en salud y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.

Pese a lo anterior, las tasas de VIH en los HSH, han permanecido altas en el país, lo cual exige la creación de una agenda de políticas e intervenciones específicas, en la cual se priorice la población y se mitiguen los problemas en salud que más los afectan, necesidades que deben trascender el abordaje exclusivo del VIH <sup>(2)</sup>. Como un requisito indispensable para facilitar la planeación y distribución del gasto público, es necesario realizar estimaciones del tamaño de la población de HSH, que si bien ha sido principalmente calculada a través de los estudios de comportamientos sexuales, aún presentan dificultades al no existir un consenso sobre un método exacto y estandarizado que guíe este proceso. Por otro lado, es necesario crear programas o acciones eficaces que promuevan la eliminación del estigma y discriminación en la sociedad y en los proveedores de salud, pues los estereotipos sociales afectan desmedidamente el autorreconocimiento, trayendo como consecuencia un subregistro importante en las estadísticas en salud <sup>(2)</sup>.

### 3.1.1 Estadísticas globales del VIH/Sida

Según el último reporte de ONUSIDA – 2019, con los datos de 2018, hay 37,9 millones [32,7 millones–44,0 millones] de personas que vivían con el VIH en todo el mundo. En cifras mundiales por regiones, según ONUSIDA para el año 2018 vivían con VIH en África Oriental y Meridional de 20,6 millones [18,2 millones– 23,2 millones], Asia y el Pacífico 5,9 millones [5,1 millones– 7,1 millones], África Occidental y Central 5,0 millones [4,0 millones– 6,3 millones], América Latina 1,9 millones [1,6 millones– 2,4 millones], El Caribe 340 000 [290 000– 390 000], Oriente Medio y África Septentrional 240 000 [160 000– 390 000], Europa Oriental y Asia Central 1,7 millones [1,5 millones– 1,9 millones], Europa Occidental y Central, y América del Norte 2,2 millones [1,9 millones– 2,4 millones] <sup>(23)</sup>. Para el 2018 hubo 1,7 millones [1,4 millones–2,3 millones] de personas que adquirieron la infección por el VIH. Según este mismo reporte 770.000 [570.000–1,1 millones] de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida.

Desde el comienzo de la epidemia 74,9 millones [58,3 millones–98,1 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH. Es importante también identificar que el 79% [67–92%] de las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico y alrededor de 8.1 millones de personas no lo sabían. Han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia 32,0 millones [23,6 millones–43,8 millones] de personas <sup>(23)</sup>.

Con relación al tema de la terapia antirretroviral, las últimas cifras reportadas en 2018 fueron de 23,3 millones [20,5 millones–24,3 millones] de personas que tenían acceso a la terapia antirretroviral. Adentrándonos más en la población objeto de este estudio, la

evidencia demuestra que los grupos de población clave y sus parejas sexuales representan el 54 % de las nuevas infecciones por VIH a nivel mundial, el riesgo de adquirir el VIH es 22 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, igual que el riesgo entre las personas que se inyectan drogas. Para los/las trabajadores/as sexuales este riesgo es 21 veces mayor y para las personas transgénero es 12 veces. Lo que refleja la vulnerabilidad y la desigualdad frente a la infección del VIH <sup>(23)</sup>.

ONUSIDA estima que las nuevas infecciones van en aumento en unos 50 países y a escala mundial, solo han disminuido un 18% durante los últimos siete años, al pasar de 2,2 millones en 2010 a 1,8 millones en 2017. Aunque esta cifra representa casi la mitad del nivel máximo de nuevas infecciones registrado en 1996 (3,4 millones), la reducción no es lo suficientemente rápida para alcanzar el objetivo de menos de 500.000 de aquí a 2020 <sup>(24)</sup>.

Respecto al panorama mundial, el último informe de ONUSIDA revela, que los grupos de población clave y sus parejas sexuales representan el 54% de las nuevas infecciones por el VIH, de estas más del 95% están en Europa del Este y Asia Central, el 95% ocurren en Oriente Medio y África del Norte, el 88% de en Europa Occidental, central y Norteamérica, el 78% en Asia y el Pacífico, el 65% de en América Latina, el 64% en África Occidental y Central, el 47 % en el Caribe y el 25 % de las nuevas infecciones por VIH en África Oriental y Sudáfrica <sup>(23)</sup>.

### 3.1.2 Estadísticas nacionales del VIH/Sida en HSH

En Colombia, al igual que en otros países, el comportamiento de la epidemia del VIH es variable, y afecta de forma diferencial a los distintos grupos de población <sup>(22)</sup>. La mayor prevalencia de VIH se ha documentado en grupos de mayor vulnerabilidad, como son los HSH y la población transgénero, los cuales se enfrentan a determinantes de género, y a otras condiciones sociales como pobreza, baja cohesión social y altos niveles de estigma y discriminación <sup>(25)</sup>. Según el boletín epidemiológico del INS la incidencia de VIH/Sida en Colombia ha presentado un aumento progresivo a través del tiempo, ya que para el año 2008 fue de 13,7 casos por 100000 habitantes y en 2018, se encuentra en 28,1 casos por 100000 habitantes. Por grupos de edad, desde el año 2008 a 2018, la mayor proporción de incidencia se observa en el grupo de 25 a 34 años, seguido por los grupos de 15 a 24 años y de 35 a 44 años <sup>(26)</sup>.

Por departamento de procedencia, la proporción de incidencia a semana 47 está en 26,6 casos por 100000 habitantes. Los departamentos que se encuentran por encima de la incidencia nacional son Quindío 43,9, Barranquilla 41,4 y Risaralda 40,9 por cada 100.000 habitantes. En el análisis de otras variables como las características sociales y demográficas a la semana 47, se encuentra que el sexo masculino aporta el 81,4% (10906 casos) <sup>(26)</sup>.

Adicionalmente los dos estudios de prevalencias y comportamientos sexuales han mostrado cambios importantes, pues en 2010 se encontró: en Barranquilla 13,6%,

Cartagena 10,0%, Medellín 9,1%, Pereira 5,6%, Bogotá 15,0%, Cali 24,1% y Cúcuta 10,9%<sup>(22)</sup>. Para el 2015 los datos mostraron las siguientes prevalencias: Medellín 20,7%, Cali 18,6%, Bogotá 17,2%, Pereira 14,8%, Barranquilla 11,3%, Cúcuta 10%, Cartagena, 7,2%<sup>(20)</sup>.

### 3.1.3 Estigma y VIH

El estigma se entiende como un “conjunto de elementos subjetivos que marcan y descalifican lo diferente y se manifiesta principalmente a través de la discriminación”<sup>(27)</sup>. El estigma y la discriminación relacionados con el VIH continúan manifestándose en todas las regiones del mundo, creando obstáculos importantes que dificultan su prevención. El consenso mundial sobre la importancia de afrontar el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA queda patente en la Declaración de compromiso, adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en junio de 2001. En la Declaración se señala que la lucha contra el estigma y la discriminación es un requisito previo para una prevención y asistencia eficaces, y reafirma que la discriminación de una persona por razón de su estado serológico del VIH es una violación de los derechos humanos<sup>(28,29)</sup>.

El estigma y la discriminación por motivo de enfermedad no es un fenómeno nuevo, sin embargo, se encuentra menos visibilizado en la sociedad, y así mismo, en las infecciones y enfermedades infecciosas como el VIH y el SIDA, que es donde más se han producido procesos y dinámicas de estigmatización y discriminación en todos los ámbitos sociales de la vida de las personas<sup>(27)</sup>. Este problema social tiene como consecuencia efectos negativos en la salud tanto individual como social lo cual puede conllevar a que las personas que viven con VIH/SIDA vean reducidas y limitadas sus redes sociales y de apoyo, así como sus vías de participación social o puede tener mayores dificultades en el acceso al mercado laboral, etc. Por ello, las personas seropositivas desarrollan y utilizan estrategias de afrontamiento frente a las experiencias y situaciones de discriminación<sup>(30)</sup>.

Desde el principio de la epidemia, las poderosas metáforas que asocian el VIH con muerte, culpa y castigo, delincuencia, horror, han tendido a legitimar y agravar la estigmatización. Este tipo de lenguaje desencadena miedo, el cual puede atribuirse a las consecuencias de la infección por el VIH: en particular, las altas tasas de mortalidad (sobre todo cuando no se puede acceder de forma general a tratamiento), el miedo relacionado con la transmisión o aquel derivado de corroborar la clara debilitación que acompaña a las etapas avanzadas del SIDA<sup>(28)</sup>.

La discriminación por parte de los trabajadores sanitarios, el personal encargado de hacer cumplir la ley, los profesores, los empleadores, los padres, los líderes religiosos y los miembros de las comunidades impide que los jóvenes, las personas que viven con el VIH y las poblaciones clave accedan a la prevención, al diagnóstico oportuno y al tratamiento del VIH, además crea barreras sociales y culturales en los servicios de salud sexual y reproductiva<sup>(24,31,32)</sup>.

## 3.2 Comportamientos y prácticas sexuales

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología (AMS), el comportamiento sexual es una expresión conductual de la sexualidad personal, siendo el componente erótico de la sexualidad el más evidente, mientras que las prácticas se entienden como patrones de la actividad sexual, presentados por los individuos con una consistencia suficiente como para ser predecibles; en ocasiones estas aumentan el riesgo de adquirir y transmitir ITS, en particular el VIH <sup>(33)</sup>. Los comportamientos y prácticas sexuales de los HSH, han sido motivo de indagación alrededor del mundo, en especial porque constituye un grupo con prácticas sexuales de riesgo, que biológica y conductualmente los hacen más vulnerables a adquirir ITS, entre estas el VIH <sup>(10)</sup>. Los estudios han mostrado diversos comportamientos sexuales de riesgo entre los HSH, como son: sexo oral y anal sin protección, múltiples parejas sexuales, tener relaciones sexuales con parejas casuales o desconocidas, la formación de redes sexuales, la edad de inicio de las relaciones, la selección de la pareja basado en la percepción del estado serológico y el consumo de alcohol y drogas previo a los encuentros sexuales <sup>(9,34,35)</sup>. Es importante mencionar que estos comportamientos, no solo pueden ser explicados a nivel individual, sino que están determinados también por un conjunto de factores sociales y culturales <sup>(10,36)</sup>.

Entre los factores personales, se encuentran los relacionados con el estilo de vida y curso de vida, como el consumo de drogas, alcohol y algunos aspectos psicológicos que pueden determinar algunas conductas y prácticas sexuales de riesgo <sup>(36)</sup>.

Una investigación realizada en España dio como resultado que las prácticas sexuales de riesgo se atribuyeron a una masculinidad asociada a una alta necesidad sexual, a determinados lugares de intercambio sexual (saunas, fiestas privadas y clubs), al consumo de drogas y al deseo de experimentar con el riesgo y la propia sexualidad <sup>(37)</sup>. Por otro lado, la asistencia a ciertos espacios de homosocialización son percibidos como lugares peligrosos, pues en estos es común el consumo de sustancias psicoactivas, el sexo sin condón, ya que existen prácticas intencionadas de penetración anal sin condón (bareback), por lo cual el riesgo de adquirir una ITS es alto <sup>(10)</sup>.

Otras investigaciones han mostrado afectaciones en la vida social, familiar y afectiva de los HSH, producto de la discriminación y el estigma, lo que lleva a una historia personal atravesada por carencias y baja autoestima, conformando el escenario ideal para la búsqueda de conexión con otros por medio del sexo, así eso implique tomar riesgos; también se ha encontrado que tener relaciones sin condón es visto como una expresión de confianza, afecto e intimidad y como una manera de fortalecer vínculos emocionales, en especial entre las parejas estables <sup>(38,39)</sup>.

Al incremento de las prácticas sexuales de riesgo se encuentran los avances en los tratamientos antirretrovirales, que ha facilitado un imaginario social de “cronicidad débil”, y el descenso de la percepción de letalidad <sup>(40)</sup>.

Los comportamientos sexuales muestran gran diversidad según la región, los patrones socioculturales y económicos, lo que contribuye a que se enfaticen las diferencias entre los HSH de acuerdo al nivel educativo, la edad, la clase social, la etnia, la ocupación, los ingresos económicos y la nacionalidad <sup>(36)</sup>. Los HSH más vulnerables a la infección por VIH son los que viven en situaciones de pobreza, marginalidad, estigmatización y discriminación o sin acceso a prevención <sup>(41)</sup>.

Existen estudios que muestran mayores comportamientos sexuales de riesgo entre los HSH migrantes latinos y los afroamericanos, <sup>(42,43)</sup> situación explicada en gran parte porque la migración tiene efectos en los actos de liberación del individuo, o porque las condiciones sociales y económicas son precarias, lo que exige sobrevivir a través del trabajo sexual. Otras razones pueden darse a nivel cultural, pues el machismo, el fatalismo o el silencio sexual, pueden impedir el uso correcto y consistente del condón, por ende aumentar el riesgo de ITS-VIH/Sida <sup>(36)</sup>. Por otro lado, estudios advierten que estar desempleado conlleva a mayores prácticas de riesgo pues se invierte mayor tiempo en sexo recreativo y en tener sexo con desconocidos <sup>(10)</sup>.

La globalización y el uso del internet también trae consigo la emergencia de nuevas prácticas sexuales, redes sociosexuales, el aumento de lugares de intercambio sexual, y mayor accesibilidad a las prácticas cruising <sup>(44-46)</sup>. A continuación, se describen algunas prácticas sexuales de la población HSH, como el Bareback, bug chaising y uso de internet, PrEp, uso de condón, Seroeleccion, consumo de sustancias psicoactivas, alcohol, chemsex, relaciones sexuales con mujeres, y trabajo sexual:

### 3.2.1 Bareback, bugchasing y uso de internet

El bareback (BB) se refiere a la práctica sexual entre HSH, en la cual no se usa condón intencionalmente en las relaciones anales, también conocido como “sexo a pelo”. El BB se ha transformado de acuerdo a los contextos y en la forma de concebir y dar significado a la práctica, ya que se ha entendido como el no uso intencional del condón o como una postura política, transgresioncita y reflexionada, sin embargo existen determinados grupos etarios (más jóvenes) y contextos en los cuales los HSH tienen sexo sin condón sin que medie una decisión intencionada o en los cuales existen otros motivos o circunstancias <sup>(47)</sup>.

Estudios afirman que algunos factores que facilitan el BB, son los cambios en el relacionamiento de la población, en especial por del aumento de lugares de intercambio sexual, como saunas, fiestas privadas, clubes, al consumo de drogas y al deseo de experimentar con el riesgo y la propia sexualidad <sup>(48)</sup>. Por otro lado, se expresa el avance de la producción de antirretrovirales y a la efectividad de los mismos, ya que cada vez hay más personas indetectables e intransmisibles <sup>(49)</sup>.

Otra de las subculturas sexuales actuales es el “bug chaising” (cazadores del bicho), práctica en la cual HSH seronegativos de manera deliberada se arriesgan a ser infectados

por el VIH, al tener relaciones sexuales sin condón con otras personas VIH positivas. De esta manera hay dos actores que median en esta práctica: las personas que buscan recibir la infección por VIH – bugchasers o buscadores del bicho y los que buscan transmitir el virus –giftgivers, los que dan el regalo <sup>(50,51)</sup>. Esta práctica rompe con el discurso biomédico, tomando el VIH una valoración positiva y un objeto de deseo, se considera también como algo intensamente erótico y un acto sexual extremo <sup>(47)</sup>.

El internet y redes sociales han jugado un rol determinante en la visibilización de las prácticas sexuales de riesgo, entre esas el BB y el bugchasing. Internet se ha convertido casi en una “estructura social” donde se encuentran parejas con gustos, y comportamientos similares, siendo una oportunidad para conocer a otras personas y tener citas. Estudios muestran que más del 60% de los HSH utilizan el internet y redes sociales para buscar pareja <sup>(49)</sup>. Otros estudios advierten que encontrar parejas por internet genera dinámicas interpersonales, como la construcción de confianza, por lo cual no se utiliza el condón en el encuentro sexual <sup>(9)</sup>.

### 3.2.2 Profilaxis preexposición (PrEP) y uso de condón

Estudios muestran que alrededor del 40% de los HSH informan hacer uso del preservativo en la última relación sexual <sup>(52,53,20)</sup>, sin embargo, existe una alta frecuencia de prácticas sexuales con un uso inconsistente del preservativo, especialmente durante las relaciones sexuales orales, seguidas por las anales receptivas y penetrativas <sup>(18,12)</sup>. A su vez, algunas características se han asociado con el no uso del condón en esta población: las sociodemográficas, como los ingresos medio-bajos y nivel de escolaridad, de comportamiento como el consumo de alcohol y drogas ilegales, los rasgos de personalidad como impulsividad, contextuales como pobreza, homofobia y discriminación, y los factores relacionados con las redes de apoyo social <sup>(18)</sup>. Sobre este aspecto, a nivel global se ha encontrado que las creencias en menos susceptibilidad a transmitir el VIH y menos motivación para usar los condones se asocian significativamente con el coito anal sin protección, en especial entre parejas ocasionales serodiscordantes y las estables <sup>(54)</sup>. También que pequeñas proporciones de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres utilizan el condón de manera consistente con sus parejas femeninas, por considerar que no es necesario.

Por otro lado, el bajo o inconsistente uso del condón, también se debe a algunos atributos negativos que se le han asignado a través del tiempo, y que hace parte de los significados y percepciones que tienen los HSH, como son: la afectación en el desempeño sexual, la percepción del condón como un producto feo, poco estético, incómodo y desagradable y como un elemento que dificulta o interrumpe el encuentro sexual <sup>(55)</sup>.

Si bien el uso sistemático del condón puede reducir la probabilidad de contraer ITS y en especial VIH, existen diversas prácticas entre los HSH que evidencian la complejidad de las conductas y la baja respuesta que se ha tenido ante los programas de prevención tradicionales que ha ofrecido la salud pública.

Estudios más recientes muestran un descenso en el uso del condón entre los HSH que usan la profilaxis preexposición (PrEP), esta consiste en administrar fármacos antirretrovirales (tenofovir y emtricitabina), a personas seronegativas para el VIH que tienen prácticas de alto riesgo, con el fin de reducir la probabilidad de adquirir la infección, y recibe el nombre de truvada <sup>(56,57)</sup>. A nivel global, la OMS ha incluido el uso de PrEP en sus recomendaciones para la prevención en parejas HSH serodiscordantes. A su vez, respalda este tipo de terapia indicando además que una persona puede reducir en más de un 70% el riesgo de adquirir la infección a través del uso de drogas inyectables <sup>(58)</sup>.

Estudios actuales han mostrado una reducción en la incidencia del VIH entre HSH que consumen la PrEP, en comparación con los que tienen un uso intermitente o ausente, ayudando a disminuir el riesgo de adquirir el VIH hasta en un 92% <sup>(59)</sup>. Además existe una alta aceptabilidad de la misma entre la población por su enorme potencial de reducir el riesgo de contraer el VIH, por ejemplo entre los HSH latinos residentes en los Estados Unidos ha habido una tendencia al aumento en el uso de la PrEP, por lo cual menos del 60% usa el condón en las relaciones sexuales anales <sup>(42)</sup>.

Pese a su aceptabilidad existen grandes brechas en su uso, pues hay países en los cuales su acceso es limitado o aún no se encuentra disponible en los sistemas nacionales de salud; en América Latina los avances son incipientes, y solo en Brasil se ha podido implementar la truvada de manera gratuita, a partir de los estudios de investigación clínica <sup>(60-62)</sup>.

### 3.2.3 Seroelección o serosorting

A partir de la década de los 90's se conoce como seroselección a la práctica mediante la cual se seleccionan las parejas, de acuerdo al estado serológico frente al VIH <sup>(63)</sup>; esta selección se realiza principalmente con base en los resultados de la última prueba realizada. A partir de esta valoración los HSH asumen una postura frente a la seropositividad como una característica ordenadora de su mundo sexual, por lo anterior para un sujeto seropositivo es más común tener relaciones sexuales y afectivas solo con otros HSH positivos, y asumir un rol receptivo en las relaciones sexuales <sup>(47)</sup>.

En una revisión sistemática se encontró que, en comparación con el uso no constante del condón, la seroselección se asoció con un mayor riesgo de VIH (3 estudios, (OR): 1.80, (IC) 1.21–2.70) e ITS bacterianas. El serosorting, en comparación con el no uso del condón, se asoció con un riesgo reducido de VIH e ITS bacterianas. Entre los HSH VIH negativos, el uso del condón parece ser más protector contra el VIH y las ITS que el serosorting, sin embargo, la clasificación serológica puede ser mejor que no usar condones como estrategia de reducción de daños <sup>(34)</sup>.

Así las cosas, si la seroselección aumenta o disminuye las tasas de VIH/ITS dependen en parte de los cambios en la frecuencia de seroselección y los comportamientos que reemplaza. Además, subsisten importantes cuestiones sobre cómo estos riesgos pueden

haber cambiado en la última década a la luz de la expansión de los esfuerzos de prevención del VIH <sup>(64)</sup>.

### 3.2.4 Consumo de sustancia psicoactivas, alcohol y chemsex

Está bien documentado que el consumo de sustancias psicoactivas es muy frecuente entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y que se correlaciona con el sexo sin protección, mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales con parejas serodiscordantes o estado desconocido al VIH, mayor probabilidad de ser infectados con el VIH u otras ITS, así como con la compulsividad sexual <sup>(65)</sup>. En España un estudio reveló que más del 55% de los participantes HSH había consumido alguna vez alguna droga recreativa en los últimos 12 meses. Las drogas más usadas fueron la marihuana (36%), el popper (35%) y la cocaína (25%) y que el 80% lo había hecho para tener relaciones sexuales <sup>(10)</sup>. En Colombia, a partir de los estudios de seroprevalencia del 2015, se encontraron hallazgos similares, en el cual más del 90% de los HSH había consumido alcohol y drogas algunas vez en la vida, siendo más común el consumo de marihuana, cocaína y Popper, además entre las situaciones en las que los HSH reportan no usar el condón se encontró el estar bajo efecto del alcohol y las drogas, en todas las ciudades en las cuales se realizó el estudio <sup>(20)</sup>.

Se denomina chemsex al consumo de sustancias de perfil estimulante asociadas a la práctica de sexo en la población HSH (combinación de la abreviatura de chemicals y sex), consiste en el consumo de drogas psicoactivas antes o durante la actividad sexual, particularmente al uso de mefedrona, hidroxibutirato (GHB), butirrolactona (GBL) y metanfetamina cristalizada <sup>(35)</sup>. A menudo se usan en combinación para facilitar las sesiones sexuales que duran varias horas o días con múltiples parejas sexuales. Se consideran estimulantes fisiológicos, pues aumentan la frecuencia cardíaca y la presión arterial, además de desencadenar euforia y excitación sexual <sup>(66)</sup>. Algunos usuarios informan que los usan para controlar los sentimientos negativos, como la falta de confianza y autoestima <sup>(47)</sup>.

El uso de drogas recreativas en HSH no es reciente. Las drogas han sido tradicionalmente utilizadas en contextos de diversión nocturna, en locales de ocio, como un elemento más de desinhibición conductual, siendo esta realidad aplicable también para la población heterosexual, sin embargo su práctica se ha venido registrando de forma creciente durante los últimos veinte años en diferentes países, presentando diferencias de acuerdo a las sustancias disponibles en cada lugar del mundo, las consecuencias que tiene esta práctica han encendido las alarmas a nivel mundial, pues los HSH que usan drogas durante el sexo, tienen mayor probabilidad de tener comportamientos de riesgo, traumatismos rectales, producto de las “maratones de sexo”, facilitando la transmisión de diversas ITS. Por otro lado, los HSH VIH positivos pueden ser menos adherentes al TAR durante el chemsex y el uso combinado de diversos medicamentos, además puede causar drogodependencia, intoxicaciones agudas y hasta la muerte <sup>(47,66-68)</sup>.

Una investigación que se realizó en España arrojó resultados alarmantes frente a esta práctica, ya que el 60% de HSH VIH + y el 63,3% de los VIH - fueron diagnosticados de diversas ITS tras comenzar a participar en sesiones de chemsex. Entre las ITS más frecuentes se encuentran: VIH, sífilis, gonorrea, VPH, Clamidia y hepatitis C. <sup>(66)</sup>. Por otro lado, entre la población se llevan a cabo prácticas como barebacking y uso de juguetes sexuales sin protección.

Coll y colaboradores mencionan que entre los factores que motivan el consumo se encuentran: la necesidad de aumentar la libido, intensificar o potenciar el placer sexual, facilitar la desinhibición, prolongar la duración de las sesiones de sexo y facilitar ciertas prácticas sexuales que podrían ser dolorosas, como el fisting <sup>(69)</sup>. Algunas de las personas que realizan este tipo de prácticas llegan a inyectarse algunas de las sustancias o son inyectadas por un tercero, lo que ha venido a llamarse slamming <sup>(70)</sup>. Estas prácticas son comúnmente realizadas en fiestas de sexo en casas privadas, como en locales comerciales de sexo (clubs de sexo, saunas). También pueden utilizarse en pareja. Estas fiestas de sexo en grupo en ocasiones son organizadas a través de aplicaciones móviles o páginas virtuales, o por invitación entre amigos o conocidos <sup>(35)</sup>.

### 3.2.5 Relaciones sexuales con mujeres

En los estudios sobre el “puente bisexual” de los HSH con pareja femeninas, los hallazgos han sido diversos. En culturas como la de México, los bisexuales tienen prácticas sexuales más seguras en comparación con los HSH, lo que hace que las mujeres sean menos propensas a adquirir el VIH <sup>(71)</sup>. En los Estados Unidos, los investigadores han sugerido que la bisexualidad es un contribuyente menor a las nuevas infecciones por el VIH, mientras que una serie de estudios publicados concluyen que existe la posibilidad de propagación del VIH de HSH a la población heterosexual <sup>(72)</sup>. Algunos investigadores reportan sólo el estado civil como evidencia de riesgo para las parejas femeninas, mientras que otros cuantifican la proporción de HSH que tienen relaciones sexuales anales no protegidas con hombres y relaciones sexuales vaginales sin protección <sup>(73)</sup>.

Un caso especial es el de China donde en 2014, la transmisión modelada del VIH basada en las tasas de uso de preservativos sugiere un gran aumento potencial en la transmisión de HSH a las parejas femeninas de HSH, lo cual representa un problema de salud pública generalizado potencialmente serio. La literatura puntualiza que China es única en el nivel de presión para casarse entre los hombres, creando así el potencial de propagación del VIH a través del comportamiento bisexual. El estudio evidenció que un 34,4% de los participantes informaron que tenían la intención de contraer matrimonio, y la mayoría de ellos informaron su razón para pretender hacerlo como presión social y familiar.

De manera adicional, un metaanálisis efectuado en este país mostró que un porcentaje mayoritario de HSH con VIH participa en conductas sexuales no protegidas con sus parejas femeninas <sup>(74)</sup>.

La revisión reciente indica que se carece de medidas que cuantifican la proporción de HSH que tienen parejas femeninas y la proporción de HSH que tienen tanto coito anal sin protección o coito vaginal sin protección. Además, no se dispone de datos sobre la cantidad de exposiciones potenciales de las mujeres al VIH a partir de HSH, como el número de actos sexuales no protegidos realizados tanto con hombres como con mujeres, según el riesgo de transmisión del acto, con un compañero HSH infectado. Además, la probabilidad de que los HSH estén infectados está relacionada con el papel que desempeña en el sexo anal con otros hombres. Los hombres que toman el papel receptivo son más propensos a ser infectados por el VIH que aquellos que sólo toman el papel de inserción. Para ser un puente eficaz entre HSH y mujeres, un HSH debería tener una alta probabilidad de adquirir infección por VIH tomando el rol receptivo durante el sexo anal con hombres y tener coitos vaginales sin protección con una pareja femenina. Sin embargo, la literatura parece no documentar la potencialidad de estas prácticas, en los HSH con parejas sexuales masculinas y femeninas <sup>(75)</sup>.

### 3.2.6 Trabajo sexual

UNAIDS define el trabajo sexual (TS) como “la acción de recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea regularmente u ocasionalmente”, define este como un grupo vulnerable pues, las personas que ejercen el TS tienen 13 veces más riesgo de contraer el VIH en comparación con la población en general, debido a una mayor probabilidad de ser económicamente vulnerables, incapaces de negociar el uso constante del condón y experimentar violencia, criminalización y marginación <sup>(76)</sup>.

Los trabajadores sexuales del sexo masculino que venden o intercambian sexo por dinero o bienes abarcan una población muy diversa en los países de todo el mundo. La información sobre sus prácticas, los contextos donde viven y sus necesidades, es limitada, ya que estos individuos generalmente se incluyen como un subconjunto de estudios más grandes enfocados en hombres gays y otros HSH o incluso trabajadoras sexuales <sup>(76)</sup>.

La prevalencia de VIH entre los trabajadores sexuales HSH es más alta en comparación con los que no practican relaciones transeccionales, en 2016 se realizó un metaanálisis en el cual se encontró que los HSH trabajadores sexuales tenían 35 veces mayor riesgo de tener VIH, en comparación con los que no ejercen el sexo transaccional. La estratificación por región geográfica indicó que América Latina y el África subsahariana eran las únicas regiones con una elevación significativa del VIH entre HSH dedicados al sexo transaccional <sup>(77)</sup>. Los resultados del análisis sugieren la presencia de una subepidemia dentro de una epidemia concentrada en HSH en América Latina. Los autores recomiendan que los HSH involucrados en sexo transaccional deben ser incluidos en las estrategias nacionales de vigilancia y prevención de VIH, particularmente en esta región.

Otro estudio realizado en Haití con HSH trabajadores sexuales, reportó una prevalencia de VIH de 2.2% (0.9%, 5.3%), de sífilis del 19%, por otro lado la

inestabilidad económica y la violencia de pareja se asociaron significativamente con el VIH entre los HSH <sup>(78)</sup>.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores sexuales masculinos tienen necesidades específicas de prevención debido al elevado número de clientes, las relaciones sexuales sin condón, la pobreza, el consumo de sustancias, la prevalencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), experiencias de violencia, dificultades para negociar los condones con los clientes, el sexo con parejas masculinas y femeninas, las bajas tasas de revelación de su comportamiento a los médicos, y dificultades para acceder a la atención médica <sup>(78)</sup>. La marginación social y el estigma exacerbaban barreras para acceder a la ayuda social, la atención médica y los servicios de prevención del VIH.

### 3.3 Acceso a servicios de salud: La meta 90-90-90 y el “continuo de la atención”

Los avances en el tratamiento antirretroviral han convertido a la infección por VIH en una enfermedad crónica, han generado una disminución en el número de muertes por sida y han contribuido a que las personas que viven con VIH (PVVIH) tengan una mayor expectativa y calidad de vida. Es por esto que hay un fuerte impulso global establecido por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS por considerar un objetivo final ambicioso, pero a la vez alcanzable, que se ha definido como la meta 90-90-90 <sup>(79,80)</sup>.

De esta manera, el acceso a los servicios de salud es un factor clave para el logro de la meta 90-90-90. Dentro de los países exitosos en el acceso a diagnóstico y tratamiento de personas con VIH, se encuentra Suecia, que reporta para el año 2017 el logro de la meta. En este país sólo el 10% de todas las personas con la infección siguen sin diagnosticar. Entre todos los pacientes diagnosticados, el 99,8% está vinculado a la atención y el 97,1% permaneció en la atención. El 31 de diciembre de 2015, 6.605 de 6.946 pacientes (95,1%) estaban en terapia ARV. Un total de 6.395 habían estado en tratamiento por lo menos seis meses y 6.053 de éstos (94,7%) tenían una carga viral <50 copias del ARN del VIH-1/ml <sup>(81)</sup>.

En otros países de ingresos altos, estudios sobre diagnóstico tardío (DT) del VIH han mostrado porcentajes cercanos al 30%. Por el contrario, lo reportado en países de bajos y medianos ingresos está entre el 55% en América Latina, 77% para África, 78% Asia. Los datos en América Latina varían entre sí, 61% en México, 44% en Brasil, 56% Argentina, 80% Chile, 76% Haití, 91% Honduras, 79% México y 86% Perú inician tardíamente la TAR <sup>(82)</sup>. En particular, un estudio realizado en Perú en el año 2016 evidenció la frecuencia y factores asociados al DT y enfermedad avanzada de infección por VIH, en pacientes atendidos en un hospital del país. Se encontró una alta frecuencia de DT en pacientes con enfermedad avanzada, que tuvieron como factores asociados sexo

masculino, mayores de 40 años, grupos sexuales de riesgo (homosexuales y bisexuales) y consumidores de drogas. Tener un DT genera un pobre pronóstico y conlleva a una mala calidad de vida. Los resultados del estudio muestran porcentajes superiores tanto de DT (82,6%), como de enfermedad avanzada (64,5%), constituyendo un problema relevante debido que los pacientes con estas condiciones acudirían a recibir atención médica, en su mayoría, con un deterioro clínico e inmunológico que no sólo repercutiría sobre la salud del individuo, sino también del colectivo, y del propio sistema de salud <sup>(82)</sup>.

En Colombia, se encontró un estudio el cual tuvo por objetivo identificar la incidencia de VIH en HSH y estimar los tiempos de diagnósticos y acceso a tratamiento en la ciudad de Bogotá <sup>(83)</sup>. Los resultados indicaron que una gran proporción de los casos recién diagnosticados fueron encontrados entre individuos con infecciones establecidas. Los hallazgos apuntan al hecho de que muchos HSH en Bogotá viven con el VIH por períodos prolongados sin ser diagnosticados y tratados. Concluyendo con esto, que la detección precoz es crucial, no sólo para evitar la transmisión resultante de la falta de tratamiento y altas cargas virales, sino también para mejorar los resultados de salud de las personas infectadas. Los autores recomiendan realizar mayores esfuerzos para detectar y tratar las infecciones no diagnosticadas con el fin de disminuir la incidencia de VIH y aumentar la eficacia máxima de la intervención médica. El estudio sugiere especificar los esfuerzos en la población HSH y mujeres transexuales, dada la alta representación de esta población en el país <sup>(83)</sup>.

Datos de 2013 reportados a ONUSIDA mostraron la cascada de tratamiento del VIH en el país para ese año indicando que del 100% de personas estimadas viviendo con VIH, el 45% han sido diagnosticadas, 38% recibían atención médica, 33% cumplían con requisitos para iniciar TAR, 33% fueron sometidas a pruebas de carga viral y 23% se encontraban en TAR con supresión viral <sup>(84)</sup>.

En todo caso, los retos de los encargados de planificar y ejecutar los programas, en colaboración con socios de la comunidad, tendrán que identificar a aquellas personas que necesitan servicios de tratamiento pero que todavía no están conectadas con ellos. Posteriormente, deberán desarrollar estrategias que se adapten a las necesidades locales y que potencien los recursos comunitarios disponibles para involucrar a las personas en la asistencia. Para lograr una reducción de la transmisión del VIH, los programas de tratamiento antirretroviral deben garantizar la efectividad y la calidad de un conjunto de servicios desde la oferta y realización de la prueba del VIH, referencia a servicios de atención y tratamiento, determinación de la elegibilidad para inicio de TAR, apoyo a la adherencia y retención de pacientes en la atención. Así, la OMS en el 2013 publicó unas directrices unificadas producto de la Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH y en consonancia con la meta 90-90-90. La propuesta de monitoreo para los programas de VIH basado en el concepto de “el continuo de la atención” que se realiza en forma de cascada a partir del diagnóstico, seguido de la vinculación a la red de atención, tratamiento, retención en atención y tratamiento, hasta la supresión de la carga viral <sup>(85)</sup>.

## 3.4 Marco conceptual

### 3.4.1 Muestreo dirigido por entrevistado

El muestreo dirigido por entrevistados (RDS, por sus siglas en inglés) es un método ampliamente utilizado para el muestreo de poblaciones “escondidas” o “difíciles de alcanzar” (73). Los datos son recolectados a través de la referencia de pares en sus redes sociales. En VIH/SIDA se ha aplicado en estudios con trabajadoras sexuales, usuarios de drogas ilícitas y HSH y ha sido adoptado por las principales organizaciones de salud pública, como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (86-88).

Este método se basa en el reconocimiento de que los compañeros son más capaces que investigadores de localizar y enrolar a sus compañeros. Mediante el uso de procedimientos operacionales y estadísticos, el RDS puede superar los sesgos de otros métodos de referencia de cadena no probabilísticos, como el muestreo de bolas de nieve, que tiende a sobre-muestrear a los participantes con redes personales más grandes (89). Al basarse en estrategias de referencia de cadenas dirigidas por pares, fundamentos teóricos y estadísticos, uso de un sistema estructurado de procedimientos de remuneración para alentar el enrolamiento y la participación, el RDS tiende a reducir los sesgos típicamente asociados al enrolamiento no aleatorio usando la ponderación posterior a la estratificación (88).

#### 3.4.1.1 Procedimiento para la aplicación de RDS

Para establecer el tamaño de la muestra debe hacerse un análisis de potencia con la variable de interés. El enfoque habitual para un análisis de potencia asume una muestra aleatoria simple que, por definición, tiene un efecto de diseño de uno (90). Debido a que RDS suele tener un efecto de diseño mayor, se supone que es 2, se recomienda hacer un análisis de potencia estándar y luego duplicar el tamaño de la muestra para calcular el tamaño de muestra deseado. Alternativamente, si ya se han realizado estudios RDS similares, es posible utilizar esos estudios para obtener una estimación más precisa del efecto de diseño.

Es necesaria una investigación formativa adecuada para caracterizar a la población. La recopilación de datos sobre el tamaño de la red y las conexiones de la población objetivo es importante porque las variables de la red afectan la capacidad de alcanzar el tamaño de muestra deseado (91)we assess the implementation of RDS to recruit female sex workers (FSWs).

RDS comienza con un pequeño número de participantes de la población objetivo denominada “semillas”. Las “semillas” son los primeros enroladores que son elegidos por el personal de investigación, de manera no aleatoria. Las semillas enrolan la primera ola

de participantes, quienes, a su vez, como enroladores, enrolan la segunda ola, que luego enrola la tercera ola, y así sucesivamente, hasta que se logra el tamaño de la muestra.

Las semillas suelen ser miembros de la población objetivo de alta motivación y bien conectados que pueden iniciar el proceso de enrolamiento y reducir el sesgo acelerando el logro del equilibrio (la etapa en la que el sesgo introducido por la selección no aleatoria de semillas por miembros del personal desaparece cuando el número de olas es grande). Los estudios generalmente comienzan con 3 o 4 semillas, aunque pueden usarse números mayores (por ejemplo, 12) cuando es prioritario completar el proceso de muestreo rápidamente. Durante el enrolamiento, la muestra RDS crece ola por ola, similar a la forma en que una bola de nieve aumenta de tamaño a medida que rueda por una colina<sup>(88)</sup>.

Los estudios que utilizan RDS dependen de la estructura de la red social de los participantes para lograr el tamaño deseado de la muestra invitando a los participantes a enrolar a sus compañeros (por lo general, un máximo de tres pares está permitido). RDS utiliza las cuotas de enrolamiento para reducir el sesgo de selección y alargar las cadenas de referencia (al menos 4-6 olas de enrolamiento) con el fin de profundizar en la población objetivo y producir estimaciones generalizables<sup>(88)</sup>. El proceso de referencia se conoce como enrolamiento impulsado por los participantes. Los participantes nominan y remiten a los compañeros de la población objetivo con quienes tienen una relación recíproca (es decir, ambos se conocen como miembros de la población objetivo), según los criterios de elegibilidad del proyecto para la participación en el estudio.

Los enroladores reciben un número predeterminado de cupones intransferibles, difíciles de duplicar, cada uno con un número de serie único, para referirse a sus compañeros. Los miembros del personal de investigación pueden utilizar una base de datos del sistema de gestión de cupones para rastrear cupones dados a los enroladores y enrolados. Sólo los enroladores pueden canjear sus cupones no transferibles. Tras la remisión de los enroladores y la llegada al lugar del estudio, los miembros del personal de investigación explican el estudio a los enrolados, evalúan si resultan elegibles y los invitan a participar en el proyecto<sup>(73)</sup>.

Generalmente se asume que las inferencias o el sesgo entre los individuos pueden recaer principalmente en la muestra inicial, en las semillas, dado que los individuos adicionales, las olas, nunca son encontrados al azar o con sesgos conocidos. Sin embargo, si se le permite al proceso de selección continuar a través de varias olas hasta alcanzar un equilibrio (se aconseja para este tipo de estudios ahondar hasta 12 olas), la composición de la muestra fue totalmente independiente de los sujetos iniciales. Es muy importante que el número de olas sea suficientemente amplio como para permitir que se cumpla esta condición y se elimine el sesgo de selección de las semillas. La selección rigurosa de las semillas y de un número amplio de las mismas también puede ser útil para reducir el número de olas que se requieren para lograr el equilibrio<sup>(92)</sup> Argentina, used convenience samples that included mainly gay identified men. To increase MSM sample representativeness, we used Respondent Driven Sampling (RDS).

La implementación de protocolos para la capacitación de semillas y participantes para que sirvan como enroladores de sus pares indicando <sup>(88,93)</sup>. También es importante la aplicación de medidas de control de calidad: Los investigadores pueden compartir información con los participantes sobre las condiciones en que no se aceptaron los cupones (por ejemplo, cuando se haya alcanzado el tamaño objetivo de la muestra, cuando se haya manipulado el cupón, cuando el titular del cupón ya haya sido entrevistado), y evalúan los datos del sistema de gestión de cupones.

El personal de investigación debe estar capacitado en las regulaciones pertinentes y las consideraciones éticas para proteger los derechos y el bienestar de los participantes y la integridad del proyecto <sup>(73)</sup>.

Para el análisis estadístico ha sido ideado el programa RDSAT, elaborado por Erik Volz de la Universidad de Cornell de los Estados Unidos y disponible en internet para libre descarga. Este software especializado ajusta el sesgo asociado a patrones diferenciales de enrolamiento y al tamaño de la red social de los participantes y se producen estimados poblacionales <sup>(94)</sup>.

Así mismo de vital importancia mencionar que este software, como una medida propia de RDSAT, calcula la homofilia en la muestra, esta medida indica la tendencia de un individuo de reclutar a otro con la misma o distinta característica. El valor de homofilia varía entre -1 y 1, siendo 1 una alta probabilidad de reclutar a otro con la misma característica y -1 los individuos que tienen más probabilidad de reclutar a alguien con una característica opuesta, es decir, heterofilia. La homofilia cercana a 0 es lo deseado, significa que el reclutamiento se produjo al azar.

Además se calcula el equilibrio que es un valor teórico, que corresponde a la proporción esperada de la muestra en cada variable en estudio. Es el punto en el cual la proporción de una categoría en la muestra se mantiene estable, aun cuando se recluten más olas de participantes. Siendo el equilibrio una proporción, la suma de los valores de equilibrio de todas las categorías de una variable debe sumar 1 <sup>(88)</sup>.

El equilibrio se calcula basado en la teoría de modelo en cadena de Markov, con ecuaciones lineales que consideran el número de categorías de sujetos y la probabilidad de que un sujeto A reclute a un sujeto B, de característica diferente <sup>(95)</sup>.

### 3.4.2 Conceptos

Dentro de este documento se estarán usando diferentes conceptos importantes sobre el tema como lo son:

**Sexo:** “características biológicas (genéticas, endócrinas y anatómicas) empleadas para agrupar a los seres humanos como miembros ya sea de una población masculina o femenina” <sup>(96)</sup>.

**Género:** construcción cultural que asigna, en ámbito público y privado, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y los hombres sobre la base de su diferenciación sexual <sup>(97)</sup>

**Sexualidad:** aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción <sup>(96)</sup> .

**Sexo asignado al nacimiento (o sexo natal):** Asignación dada al momento de nacer como hombre o mujer, basado en la apariencia de los genitales externo <sup>(98)</sup> .

**Orientación sexual:** capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. La orientación sexual de una persona es independiente del sexo que le asignaron al nacer, e independiente de su identidad de género <sup>(99)</sup> .

**Identidades de género(s):** vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, esta puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento (cisgénero, transgénero) <sup>(100)</sup> .

**Expresión de género:** es la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de le cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado (femenino, masculino, otro) <sup>(101)</sup> .

**Identidad sexual:** “es el marco de referencia interno que se forma con el correr de los años, que permite a un individuo formular un concepto de sí mismo sobre la base de su sexo, género y orientación sexual y desenvolverse socialmente conforme a la percepción que tiene de sus capacidades sexuales” <sup>(96)</sup> .

### 3.5 Marco político y legal

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 es una apuesta política por la equidad en salud (Whitehead, 1992), entendida como la “ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas”. Esto implica que la equidad en salud se logra cuando todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas <sup>(102)</sup> .

Uno de los mayores desafíos del Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021, es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida <sup>(102)</sup> .

El Plan Decenal incorpora diferentes enfoques complementarios: el enfoque de derechos; el enfoque de perspectiva de género y ciclo de vida (persona mayor, adultez, juventud y niñez); el enfoque diferencial (considerando las necesidades específicas de las poblaciones con discapacidad, de las víctimas de la violencia y de los grupos étnicos) y el enfoque de Determinantes Sociales de Salud (DSS) <sup>(102)</sup>.

Adicionalmente al plan decenal, nuestro país a partir del año 2014 cuenta con el Plan Nacional de Respuesta (PNR) que fue actualizado en el 2018 y que ahora esta vigente Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, La Coinfección TB/VIH y Las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021. Este plantea que las acciones de salud centradas en las personas constituyen el marco de la respuesta integral ante los eventos de transmisión sexual de mayores externalidades y afectación sobre la vida y la salud de individuos particulares, este plan está direccionado a la aceleración de los mecanismos de mitigación del riesgo de exposición, la detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales que permiten la conformación de los grupos prioritarios para focalizar la respuesta <sup>(103)</sup>.

Dentro de este contexto, se propuso desarrollar el tercer estudio en Colombia de comportamiento y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) en las ciudades de Bogotá, Medellín y Cali, incluyendo la estimación de tamaños de población HSH en las tres ciudades. A través de los estudios se medirá el efecto de las estrategias del proyecto en estas poblaciones y la efectividad de estas. Luego de los estudios desarrollados en los años 2010 y 2015, la información que se presenta permite además valorar si las acciones de prevención desarrolladas en este tiempo han tenido algún efecto en la población de estudio.

Día a día son más variadas las epidemias del VIH alrededor del mundo. Los sistemas actuales de vigilancia de la infección por VIH no tienen la capacidad de captar esta diversidad ni de explicar los cambios que sufren las epidemias establecidas, a lo largo del tiempo. En este momento se está tratando de reforzar los sistemas de vigilancia existentes, con el fin de darles una mayor capacidad de explicar la información y de utilizar mejor los datos generados <sup>(104)</sup>.

### 3.5.1 Política pública

La población con VIH ha atravesado un largo recorrido normativo para la garantía del derecho a la vida, la salud, la no discriminación y el goce de una vida digna. A nivel histórico, el marco de la respuesta al VIH/Sida puede rastrearse en el escenario internacional desde el programa de acción planteado hace más de veinte años y acordado en la Conferencia de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, en la que se reconoció la salud reproductiva como aspecto fundamental para el desarrollo balanceado <sup>(103)</sup>.

En el año 2000 se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los cuales orientaron en el punto número seis, el control, tratamiento y reducción de la propagación del VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades, teniendo como meta el logro de la cobertura universal para las personas con el virus. Durante ese año hasta el 2011, a nivel internacional se establecieron normas encaminadas a mejorar y/o asegurar un correcto seguimiento y tratamiento a las personas con VIH/Sida en respuesta a los ODM, los cuales dieron pie al establecimiento de metas a nivel nacional.

Una vez concluida la vigencia de los ODM, en el año 2015 en New York, los 193 Estados que conforman la Organización de las Naciones Unidas, entre ellos Colombia, firmaron el documento que contiene los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS que buscan hacer frente a la desigualdad, la pobreza y el cambio climático. La respuesta a la epidemia del SIDA hace parte integral de los ODS, puesto que si la meta es haber eliminado la epidemia en el año 2030 es necesario abordar los determinantes de la vulnerabilidad y las necesidades integrales de las personas en situación de riesgo y que viven con el VIH <sup>(105)</sup>.

En respuesta a los ODS, ONUSIDA ha establecido 10 objetivos que permitirán eliminar la epidemia a 2030 los cuales se enlistan a continuación:

1. 90% de las personas (niños, niñas, adolescentes y adultos) que viven con el VIH conocen su estado, 90% de las personas que viven con el VIH y que conocen su estado están recibiendo tratamiento, 90% de las personas en tratamiento han suprimido la carga viral.
2. Cero nuevas infecciones por el VIH entre los niños y las madres con vida y saludables.
3. 90% de los jóvenes están facultados con las habilidades, el conocimiento y la capacidad de protegerse del VIH.
4. 90% de las mujeres y los hombres, especialmente los jóvenes y los que están en entornos de alta prevalencia, tienen acceso a la prevención combinada del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva.
5. 27 millones adicionales de hombres en contextos de alta prevalencia están voluntariamente circuncidados a nivel médico, como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva integrados para los hombres.
6. 90% de las poblaciones clave, incluidos los trabajadores sexuales, los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que se inyectan drogas, las personas transgénero y los presos, así como los y las migrantes tienen acceso a servicios para la prevención combinada del VIH.
7. 90% de las mujeres y las niñas viven libres de la desigualdad de género y la violencia basada en el género para mitigar el riesgo y el impacto del VIH.
8. 90% de las personas que viven con, están en riesgo de infección y afectadas por el VIH no reportan ningún tipo de discriminación, especialmente en entornos de salud, educación y el lugar de trabajo.

9. Las inversiones financieras globales para la respuesta al sida en países de renta baja y media alcanzan al menos US \$ 30 mil millones, con un aumento continuo de los niveles actuales de fuentes públicas nacionales.
10. 75% de las personas que viven con, están en riesgo de infección y afectadas por el VIH, que están en necesidad, se benefician de protección social sensible al VIH <sup>(79)</sup>.

La Resolución 1841 de 2013 mediante la cual se establece el Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021, busca la reducción de la inequidad en salud planteando los siguientes objetivos <sup>(102)</sup>:

1. Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud
2. mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente.
3. mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Adicionalmente El Plan Decenal de Salud Pública se desarrolla a través de ocho dimensiones prioritarias y dos transversales; cada dimensión a su vez desarrolla un componente transectorial y sectoriales que incorpora un conjunto de acciones (estrategias comunes y específicas). A través de la dimensión de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, representa el marco estratégico desde el cual se fundamenta el plan nacional de respuesta al VIH.

En el componente de prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos, los objetivos específicos del plan son <sup>(102)</sup>:

- Políticas públicas sectoriales e intersectoriales que promuevan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos desde los enfoques de género y diferencial, teniendo en cuenta los determinantes sociales para erradicar las violencias de género y violencias sexuales, prevenir las ITS-VIH-Sida y la discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género, promover la salud sexual y reproductiva de adolescentes y garantizar la salud materna.
- Promover la articulación intersectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de ITS - VIH / Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a prevención y a la atención integral en salud y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.
- Al año 2022, haber mantenido la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.

En la estrategia de acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad, el PNR propone <sup>(103)</sup>:

- Coordinación intersectorial, para el impulso de políticas públicas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de determinantes de la salud.

- Articulación intersectorial para la reducción de condiciones de vulnerabilidad y prevención de la transmisión de ITS-VIH/SIDA en poblaciones mayormente afectadas o en contextos de vulnerabilidad para inclusión social y prevención de estigma y discriminación por razones de orientación sexual o identidad de género. (Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, mujeres trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas privadas de la libertad, personas en situación de calle, mujeres y jóvenes en contextos de vulnerabilidad y víctimas de violencia).
- Coordinación con sector educativo para fortalecer el “Proyecto de Educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía” en el marco del compromiso latinoamericano “Prevenir con educación”.
- Desarrollo de leyes y normas que garanticen los derechos de las poblaciones más vulnerables a las ITS VIH/ Sida o que combatan cualquier forma de estigma y discriminación.
- Desarrollo de estrategias educativas para la prevención de las ITS- VIH / SIDA y la reducción del estigma y la discriminación en el entorno laboral.
- Coordinación con el sector cultura, comunicaciones, eclesial y de fuerzas armadas para la concurrencia de acciones que apunten a reducir condiciones de vulnerabilidad en ITS - VIH / SIDA.
- Coordinación de acciones intersectoriales y sectoriales (PAI, Bancos de Sangre, Riesgos laborales y Salud Sexual y Reproductiva) para la prevención y control de la Hepatitis B.
- Fortalecimiento de capacidades de la sociedad civil frente a ITS-VIH/SIDA en acciones de tipo comunitario para la promoción de derechos, la prevención en poblaciones en contextos de vulnerabilidad, incluyendo la detección temprana y la canalización a los servicios de salud.
- Información, educación y comunicación para la reducción del estigma y discriminación hacia personas que viven con VIH/SIDA.
- Prevención de la transmisión madre hijo de la sífilis congénita y del VIH/SIDA.
- Promoción de la demanda y ampliación de la oferta de asesoría y prueba voluntaria de ITS- VIH/SIDA.
- Actualización, difusión e implementación de Guías de atención integral en ITS -VIH/ SIDA, para la detección oportuna, el tratamiento adecuado, la prevención secundaria de la infección por VIH / SIDA y la Prevención y control del riesgo biológico y bioseguridad.
- Farmacovigilancia que incluya la generación y difusión de sistemas de alertas, vigilancia activa de medicamentos de interés; vigilancia de usos no autorizados y errores de medicación; planes de gestión de riesgos.
- Vigilancia en salud pública y gestión del conocimiento que incluye el fortalecimiento del sistema de Información del Plan Nacional de Respuesta a las ITS – VIH / Sida que

incluye el sistema de reporte a través del SIVIGILA, la auditoría y análisis de información a los reportes que genera la Cuenta de Alto Costo y la investigación diagnóstica, terapéutica y operativa en salud pública, para el control de las ITS- VIH/Sida.

Derivado de lo anterior, el Plan Nacional de Respuesta (PNR) tiene cuatro ejes de trabajo:

1. Promoción y prevención, orientado a promover la salud sexual y reproductiva, incorpora el enfoque de vulnerabilidad con énfasis en poblaciones clave, frente al estigma y discriminación y la transmisión de ITS-VIH/Sida;
2. Atención Integral que recoge las acciones de mejora y desarrollo que deben darse en la prestación de servicios para ofrecer la atención integral a las personas con ITS o VIH/Sida;
3. Apoyo y Protección Social, teniendo en cuenta que las personas que viven con VIH (y de los grupos clave) ven afectadas sus condiciones de vida, no sólo por su condición de salud, sino por otras condiciones sociales relacionadas con el estigma y discriminación que generan exclusión social, lo cual puede limitar su capacidad de participación y afectan negativamente sus condiciones de vida. Este eje incluye el desarrollo de iniciativas que generen capacidades organizativas, formativas y participativas de las personas que viven con VIH (y de los grupos clave), la inclusión de estas poblaciones en la respuesta institucional, así como la facilitación de las condiciones que promuevan su inclusión como agentes de acompañamiento para otras personas que viven con VIH y otras personas de los grupos clave;
4. Seguimiento y evaluación que busca fortalecer la toma de decisiones basadas en información para optimizar la respuesta nacional en todos sus niveles.

De ahí que, para obtener un conocimiento más completo sobre la epidemia y comprender mejor su comportamiento, en el contexto de una epidemia concentrada.



4.

Objetivos

---



---

# 4.

## Objetivos

### 4.1 Objetivo general

Establecer la magnitud de la epidemia de VIH, los comportamientos sexuales asociados y estimar la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de 18 años y más en tres <sup>(3)</sup> ciudades colombianas: Bogotá, Medellín y Santiago de Cali en el año 2019.

### 4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociales y demográficas, los niveles de conocimientos sobre VIH y los comportamientos sexuales y el acceso a intervenciones recientes de prevención de VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, en las ciudades seleccionadas.
2. Describir el acceso a los servicios de salud de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, de 18 años y más, en las ciudades objeto de estudio.
3. Describir conductas de estigma y discriminación percibidas y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de las ciudades de estudio.
4. Estimar la prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en las ciudades seleccionadas.
5. Estimar el tamaño poblacional de los grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de las ciudades seleccionadas.
6. Formular recomendaciones orientadas a suministrar información útil para el diseño de políticas y programas de salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS, VIH y Sida, dirigidos a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.



5.

# Metodología

---



---

# 5.

## Metodología

### 5.1 Tipo de estudio y muestreo

Se realizó un estudio transversal, anónimo-ligado, con el fin de estimar la seroprevalencia de VIH en población de hombres de 18 años en adelante, que tienen sexo con hombres (HSH), de Bogotá, Medellín y Cali. Se empleó un muestreo basado en el encuestado, conocido por sus siglas en inglés como RDS (Respondent Driving Sampling), por considerarse la técnica de recolección de muestras más acertada y menos sesgada en poblaciones ocultas.

### 5.2 Población y muestra

En este estudio se definió como HSH a todo hombre biológico que informó haber tenido relaciones o prácticas sexuales manuales, orales, genitales o anales insertivas o receptivas con otro(s) hombre(s) durante los 12 (doce) meses previos al estudio. Estos hombres pueden o no tener una orientación homosexual, bisexual o heterosexual, lo que interesa son las prácticas homosexuales (homoeróticas).

En el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estimar prevalencias en estudios que usan RDS; se tomaron las prevalencias de VIH encontradas en cada una de las ciudades del estudio en 2015 y la población se basó en proyecciones poblacionales para 2019 divulgadas por el DANE. Se asumió un efecto de diseño de 2,5.

La fórmula aplicada para estimar el tamaño de muestra en cada ciudad fue la siguiente:

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

D = Efecto de diseño.

N = Tamaño de la población.

Z<sub>α/2</sub> = Valor de Z, correspondiente al nivel de significación deseado.

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

d = Error de estimación.

Para todas las ciudades, se alcanzaron los tamaños muestrales establecidos.

## 5.3 Fases para el Desarrollo del Estudio

Para el desarrollo de este estudio se tuvieron en cuenta dos fases que permitieron de manera organizada desarrollar la investigación. La primera, la fase exploratoria permitió la selección de personas denominadas semillas, se hizo todo un componente exploratorio en cada ciudad, se realizó la entrega de un objeto único. En la segunda fase denominada expansión, se aplicó la metodología RDS y la encuesta que también se utilizó como segunda fuente de información para la estimación de la población y para ambas se realizó el análisis de datos. A continuación, se amplía la información sobre estas fases:

### 5.3.1 Fase 1. Componente exploratorio

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

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

Los objetivos de esta fase fueron:

- Identificar las posibles semillas y el inicio del reclutamiento
- Obtener información de las redes sociales de la población y de algunos actores claves del territorio.
- Obtener información sobre aspectos logísticos sobre sitios, lugares y horarios para la atención y recolección de la información de la fase cuantitativa.
- Contar con información sobre las características socioculturales y los contextos de riesgo para VIH y tratar de indagar sobre posibilidades de respuesta por parte de la población ante programas de atención de VIH.

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

En esta primera fase también se aplicó la técnica de captura, este método supone la selección de una muestra de la población y su identificación. <sup>(106)</sup>.

Para finalizar en esta fase exploratoria, se actualizó la ruta de atención en salud para las personas que fueron diagnosticadas en el estudio, con base en la ruta establecida en cada una de las ciudades y las características de cada territorio. Logrando una articulación con los diferentes actores del sistema.

### 5.3.2 Fase 2. Expansión- Componentes cuantitativo

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

Esta limitación se resolvió con el diseño muestral de RDS, al aplicar un sistema de cupones que limitaba la posibilidad a cada informante de seleccionar a sus referidos, no más de tres futuros informantes, con el fin de anular los sesgos provocados por la presencia de reclutadores semiprofesionales o por una voluntad de súper-colaboración de algunas personas que provocará una sobre-representación de las redes de un individuo concreto. Este tipo de muestreo requiere utilizar bonos que motiven a otros referidos y ellos deban desplazarse a un lugar para realizar todo el procedimiento de recolección y toma de muestra. A continuación se describen los procedimientos generales que se usaron para la aplicación del RDS:

1. Identificación de las redes sociales entre la población de estudio.
2. Invitación de hombres (por cada una de las ciudades) interesados en participar en la investigación y que cumplieran con las características necesarias de “semilla”.
3. Evento de bienvenida y motivación a las personas que actuaron como “semillas”. En el cual se realizó presentación formal de los objetivos del estudio, de la metodología a implementar y las funciones como “semilla” del estudio.
4. Concertación de citas para la recolección de la muestra con algunas semillas.
5. Aplicación de encuesta, asesoría preprueba, realización de prueba rápida para detección de reactividad a la infección por VIH, segunda prueba de VIH en caso de reactividad y entrega de incentivo primario. Para este estudio se entregó un bono por cuarenta mil pesos, COP\$40.000 (US\$12), redimible en almacenes de cadena de la ciudad.
6. Instrucciones al encuestado sobre la forma de invitar (reclutar) a tres posibles participantes al estudio, y de esta manera seguir con las olas de reclutamiento. Ade-

más de seguir una guía de reclutamiento, a la semilla y/o posterior participante (reclutador) le fueron entregados tres cupones (Figura 1), que se codificaban para identificar de qué persona provenía.

7. Entrega de incentivo secundario por el tiempo invertido en la invitación de pares que participaron efectivamente en el estudio, por valor de treinta mil pesos, COP\$30.000 (US\$9) por tres participantes referidos que cumplieran con todo el proceso.
8. Esta secuencia de selección se continuó hasta completar el tamaño muestral requerido.

The image shows two versions of an invitation coupon form. The top version is for the supervisor, and the bottom version is for the participant. Both forms include fields for contact information and logos for the participating organizations.

**Supervisor (a):** [Form fields for name, ID, address, phone, and date]

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

Con este cupón tienes derecho a participar en:

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

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

**¡GRACIAS POR PARTICIPAR!**

**Logos:** UNIVERSIDADES, MIP, FONADE

**Participant Information:** Dirección, Barrio, Teléfonos de contacto, Contacto, Correo electrónico, Cupón válido desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Horario de atención, Código.

**Supervisor Information:** Dirección, Barrio, Teléfonos de contacto, Contacto, Correo electrónico, Cupón válido desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, Horario de atención, Código.

Figura 1. Cupón de invitación para el estudio.

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

## 5.4 Criterios de Inclusión

A continuación, se describen los criterios de inclusión que se fueron usados para definir la participación de los encuestados (Anexo 2).

- Persona que al momento de nacer le asignaron el sexo masculino
- Ser mayor de edad (18 años en adelante).
- Presentar un documento válido para 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 Encuesta.
- Vivir en: Bogotá, Medellín (Barbosa, Bello, Caldas, Copacabana, Envigado, Girardota, Itagüí, La Estrella, o Sabaneta) Cali (Jamundi, Yumbo, Candelaria o Palmira)
- Haber sido enrolado por una persona conocida, que se verifica con la presentación de un cupón de invitación.

## 5.5 Técnica de recolección de la información

La recolección de la información se realizó con una encuesta estructurada que fue originalmente elaborada con base en otras encuestas previamente aplicadas en algunos países latinoamericanos y en la encuesta sugerida por Family Health International. La cual fue ajustada tanto para los estudios del 2010, 2015, como para este estudio (Anexo 1). El proceso de recolección se hizo mediante una encuesta online, que permitía tener la base de datos en tiempo real.

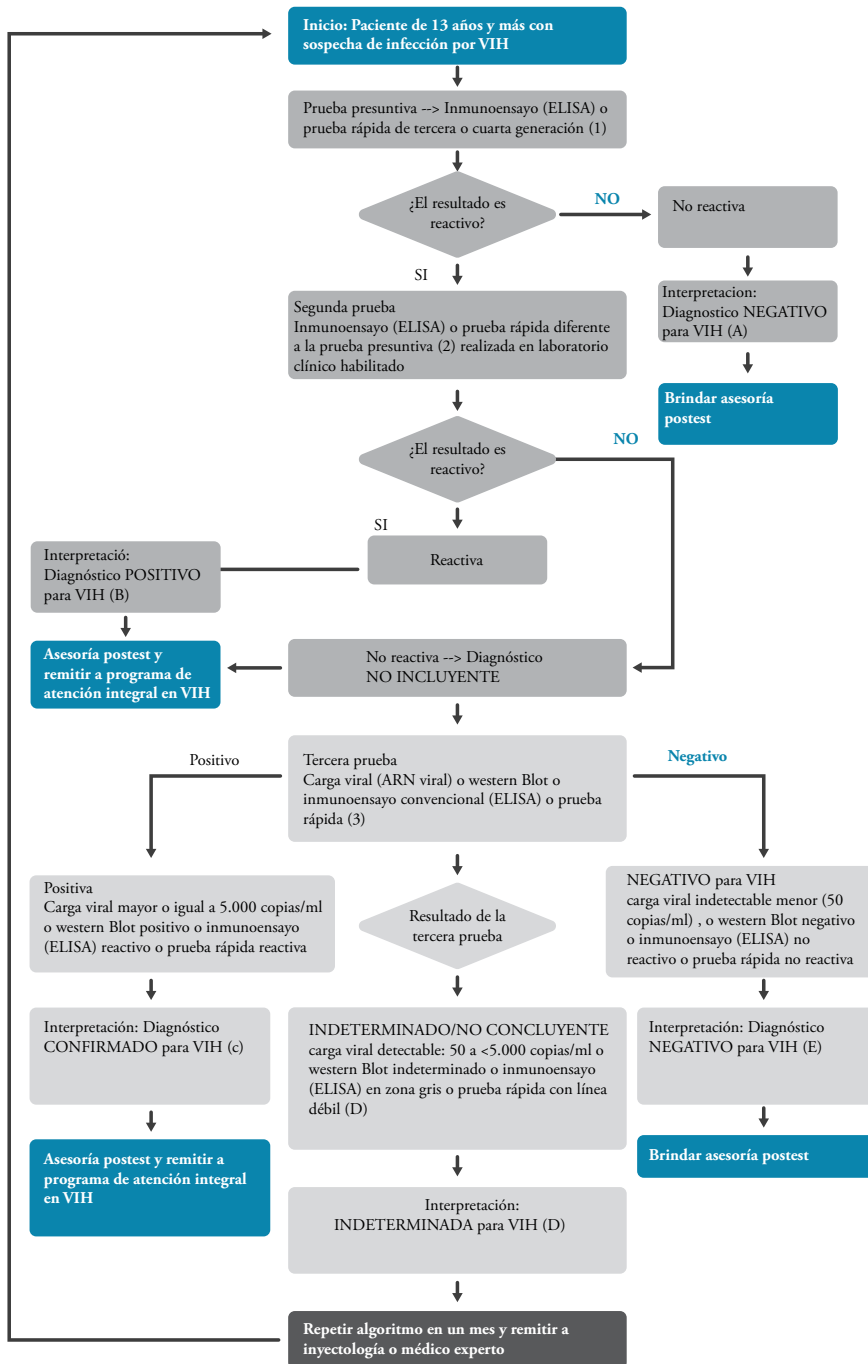
La aplicación de esta encuesta permitió conocer las características sociales y demográficas, los niveles de conocimientos sobre VIH, los comportamientos sexuales, el acceso a intervenciones recientes de prevención de VIH y el acceso a los servicios de salud en los HSH. Así mismo, permitió estimar los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

## 5.6 Técnica de recolección de la muestra de sangre y Diagnóstico de VIH

Un vez se finalizó con el diligenciamiento de la encuesta, los encuestadores realizaron la asesoría preprueba de VIH y obtuvieron el consentimiento informado (Anexo 3) para la toma de la muestra de sangre, por medio de la firma del participante. Posteriormente con una punción capilar realizada por la auxiliar de enfermería certificada para tal fin se obtenía la primera prueba presuntiva. Los casos reactivos, se les tomó una nueva muestra de sangre, en papel de filtro, las cuales fueron enviadas a la ciudad de Bogotá para ser procesadas en el laboratorio clínico especializado. Todos estos procesos cumplieron los protocolos de manejo de muestras, recepción y procesamiento de pruebas de laboratorio y la entrega de resultados.

Las muestras de sangre fueron procesadas siguiendo las pautas internacionales y el algoritmo diagnóstico definido en la Guía de práctica clínica basada en la evidencia

científica para la atención de la infección por VIH/Sida en personas mayores de 13 años del Ministerio de Salud y Protección Social (Figura 3). Se realizó una primera prueba (prueba presuntiva): Prueba rápida; si el resultado de la primera prueba era no reactivo se interpretó como “diagnóstico negativo para VIH” y se terminaba el proceso, se entregaban los resultados en el marco de la respectiva asesoría posprueba. Si el resultado era reactivo se tomaba una segunda prueba (Umelisa VIH) diferente a la presuntiva, si el resultado de la segunda prueba era reactivo se interpretaba como “diagnóstico positivo para VIH”, y se proseguía con la asesoría posprueba y remisión al programa de atención integral en VIH, según correspondiera. Para el seguimiento de los casos se utilizaron medios de comunicación necesarios (llamadas telefónicas y envío de mensajes de texto) para informarle al participante que el resultado de la prueba confirmatoria se encontraba disponible en la sede. Después de terminado el trabajo de campo, la sede estuvo abierta durante un mes más para la entrega de resultados.



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

## 5.7 Definición de variables

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

Las variables independientes fueron cada una de las preguntas que conformaron la encuesta de comportamientos y prácticas (Anexo 1) con la siguiente estructura:

- Características sociales y demográficas.
- Salud y acceso al SGSSS.
- Historia sexual y reproductiva.
- Pareja estable hombre.
- Parejas ocasionales o contactos casuales.
- Relaciones sexuales con mujeres.
- Trabajo sexual.
- Pago por relaciones sexuales.
- Conocimiento y actitudes frente al condón y lubricantes.
- Salud - Infecciones de transmisión sexual.
- Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH/SIDA / Pruebas de detección.
- Estigma y discriminación.
- Redes sociales.
- Consumo de sustancias psicoactivas.

Las variables, por la estructura de la pregunta, son de tipo cualitativo (nominal y ordinal) y cuantitativo: discreta y continua (de razón).

Para analizar los motivos por los cuales no utilizo condón se construyeron 3 variables:

**Motivos personales y de opinión para no usar el condón** estuvieron las opciones: “Usted creía que disminuiría el sentir placer”, “Usted estaba bajo los efectos del alcohol”, “Usted estaba bajo los efectos de las drogas”, “Usted estaba excitado”, “Creía que no era seguro”, “Sintió vergüenza de pedir el condón”, “Nunca lo ha pensado”, “No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos”, “No los conocía”. Esto aplica para todas las ciudades del estudio.

**Motivos relacionados con la pareja o su condición** se encontraban las opciones: “La pareja no estaba de acuerdo en usarlo”, “Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS”, “Confiaba en la fidelidad de su pareja”, “No quiso usar condón por erotismo”, “La pareja estaba bajo los efectos del alcohol”, “La pareja estaba bajo los efectos de las drogas”, “La pareja está tomando tratamiento antirretroviral”, “Había sentimientos de afecto”. Esto aplica para todas las ciudades del estudio.

**Motivos relacionados con problemas de acceso al condón** estaban las opciones: “Eran difíciles de conseguir”, “Eran caros”, “Se habían terminado”. Esto aplica para todas las ciudades del estudio.

## 5.8 Procesamiento y análisis de la información

Inicialmente se utilizó el software RDSSAT 7.1, con el cual se calcularon las prevalencias y las proporciones poblacionales por ciudad; posteriormente, con SPSS versión 25 y Epi Info versión 7.2, se generaron cuadros de salida y los respectivos análisis estadísticos.

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociales, demográficas, acceso a los servicios de salud, niveles de conocimiento sobre VIH, comportamientos sexuales, acceso a intervenciones recientes de prevención de VIH, que presentó la población participante del estudio. Estas estimaciones poblacionales se hicieron por cada una de las variables por cada una de las tres ciudades, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95%.

Además, se obtuvo la seroprevalencia de VIH por ciudad con sus intervalos de confianza y las proporciones poblacionales de acuerdo con las variables de comportamientos de riesgo asociados a la infección por VIH en el marco de un análisis de factores asociados. En este análisis se comparó la presencia de la infección de VIH de acuerdo con las variables sociales, demográficas, servicios de salud, incluidas en el estudio, a través de la prueba estadística Chi-cuadrado, con un nivel de significación estadística del 5%.

Se calcularon la homofilia y el equilibrio como unas medidas propias del RDSAT, descritos anteriormente en el marco teórico. Es de vital importancia tener en cuenta que los datos reportados son estimaciones poblacionales y están ponderados con base a los patrones de reclutamiento y el tamaño de la red social de las participantes. Con fines exploratorios se realizó un análisis multivariado para identificar las variables que mejor explicaban la presencia de infección por VIH en la población HSH.

## 5.9 Aspectos éticos

En el desarrollo de este proceso investigativo se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos por parte de los investigadores, los cuales fueron aprobados por el comité institucional de ética de humanos de la Universidad CES. Los principales aspectos éticos fueron:

- Se respetó la integridad de las personas entrevistadas, independiente del comportamiento de riesgo sobre VIH, tanto por los entrevistadores como por los investigadores.
- Se informó a los entrevistados los términos de confidencialidad en el consentimiento informado (Anexo 3). Se solicitó el consentimiento en forma escrita por parte de la

población para la realización de la entrevista y recolección de sangre. Según Resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación en seres vivos de acuerdo con el **artículo 14 de esta misma resolución** se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgo a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

- Además, según la misma Resolución, esta investigación se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, es decir, es un estudio que empleó el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: encuesta, exámenes diagnósticos, entre los que se consideran: la extracción de sangre por punción venosa.

## 5.10 Reclutamiento, muestras y características de las redes sociales

En el estudio se lograron reclutar un total de 1.314 HSH en las tres ciudades de la investigación. La tabla que se presenta a continuación describe el tamaño muestral estimado, el número de semillas por ciudad, el total de participantes incluyendo semillas y la muestra final sin semillas. Todos los participantes cumplieron con los criterios de inclusión, que fueron verificados mediante el formato diseñado para tal fin y utilizado antes de aplicar la encuesta. Puede notarse en la tabla 1 que en las tres (3) ciudades se alcanzó la muestra estimada.

**Tabla 1.** Reclutamiento y muestra obtenida por ciudad. HSH, Colombia – 2019

Característica	Medellín	Bogotá	Cali
Muestra estimada	447	439	413
Semillas	5	3	5
Total de participantes incluyendo Semillas	453	442	419
Muestra obtenida sin Semillas	448	439	414

A continuación, la tabla 2 detalla el número de semillas y el número de olas de reclutados que produjo cada semilla en las tres ciudades. En las ciudades de Cali y Medellín se contó con cinco semillas, mientras en la ciudad de Bogotá se logró alcanzar la muestra con tres semillas, por la dinámica y la experiencia previa en esta ciudad. En Medellín se había planteado tener tres (3) semillas; sin embargo, al observar el comportamiento de estas, se realizó la siembra de dos semillas más para movilizar el reclutamiento en el último mes. Sólo en la ciudad de Cali se presentó el caso de dos semillas, que solo produjeron tres participantes y menos de dos olas (Anexo 4).

**Tabla 2.** Número de semillas y olas en tres ciudades. HSH, Colombia - 2019

Ciudad	Participantes	Olas
<b>Medellín</b>		
Semilla 1	250	14
Semilla 2	31	9
Semilla 3	84	13
Semilla 4	24	4
Semilla 5	59	9
<b>Bogotá</b>		
Semilla 1	178	10
Semilla 2	19	5
Semilla 3	242	10
<b>Cali</b>		
Semilla 1	95	9
Semilla 2	271	14
Semilla 3	3	1
Semilla 4	42	8
Semilla 5	3	2





6.

Resultados

---



---

# 6.

## Resultados

### 6.1 Análisis univariado

#### 6.1.1 Características sociales y demográficas

En el siguiente apartado se describe un panorama general de las características sociales y demográficas de los participantes en cada una de las tres ciudades del estudio.

Para la ciudad de Medellín la muestra alcanzó los 448 participantes, en Bogotá se obtuvo una muestra de 439 y en Cali la muestra alcanzada fue de 414, para un total de 1.301 participantes. La edad promedio de los HSH fue de 26 años para Medellín, de 30 años para la ciudad de Bogotá y de 36 años en Cali. El nivel de escolaridad universitario/postgrado en las ciudades de Bogotá y Medellín fue el más frecuentemente reportado por los HSH (55,2% y 49,1%) comparado con la ciudad de Cali (19,1%). El estado civil más frecuente en los HSH en las tres ciudades fue ser soltero con más de un 80%.

En promedio, la ganancia mensual reportada por los participantes de la ciudad de Medellín fue de \$814.661 pesos (USD 240), en Bogotá el ingreso mensual promedio fue un poco mayor siendo de \$908.150 (USD 267), mientras que para Cali el ingreso mensual fue de \$894.558 (USD 263). A continuación se describe de manera más específica todas estas variables, teniendo en cuenta que algunas fueron recategorizadas para una mejor interpretación y comparación con los estudios anteriores y su análisis se presenta por ciudad (tabla 3).

#### *Medellín*

En cuanto a las características sociales y demográficas de los HSH de la ciudad de Medellín se encontró que la población entre 18 y 24 años representó el 58,7%, seguido de los participantes de 25 a 34 años con un 30,2% y de 35 a 44 años con 7,4% y finalmente, los de 45 años en adelante con un 3,7%.

El 88,2% de los participantes residían en viviendas de estrato socioeconómico uno, dos o tres o no tenían una vivienda, y el 11,8% residían en los estratos cuatro, cinco o seis. Con respecto, al nivel educativo el 49,1% refirió estar en grado universitario o posgrado, seguido del 30,1% en secundaria y un 18,5% en grado técnicos o tecnológicos, solo el 2,3% refirió no tener ningún nivel educativo o estudios de primaria. El estado civil de los participantes fue soltero en un 88,1%, un 11,3% reportó estar casado o en unión libre, y menos del 1% se declaró separado, divorciado o viudo.

Los HSH reportaron vivir en un 78,8% de los casos con otros familiares o no familiares, seguidos de un 10,7% que vive solo y un 9,8% vivir con un compañero. Cuando se interrogó por su ocupación en los últimos siete días, el 38,2% de los HSH se dedicó a estudiar y trabajar, seguido del 37,9% a trabajar, un 15,9% a otras ocupaciones y finalmente un 8% se dedicó a buscar trabajo. Frente a la etnia un 3,3% de los participantes se declaró negro o afrocolombiano, el porcentaje restante no se autoidentificó en ninguna etnia.

Con respecto a los ingresos percibidos, el 9,8% de los HSH recibe más de dos salarios mínimos, el 31,2% entre uno y dos salarios mínimos, y el 24,0% recibe menos de un salario mínimo, es de anotar que un 35% de los participantes no recibe ingresos.

## *Bogotá*

En los HSH de la ciudad de Bogotá se encontró que el 52,5% tenía entre 18 y 24 años, el 31,4% de 25 a 34 años, el grupo de 35 a 44 años un 6,2%, y el grupo de 45 años en adelante un 9,9%. Con respecto al estrato socioeconómico de la vivienda, se identificó que el 87,9% de la población pertenecía a los estratos uno, dos y tres, y un 12,1% a estratos cuatro, cinco y seis.

En cuanto al nivel educativo, el 55,2% de la población refirió tener educación universitaria o de postgrado, seguido de un 23% que tenía como nivel educativo secundaria, un 17,8% de la población tenía un grado técnico o tecnológico, y un 3,9% no tenía formación o no había terminado primaria.

A la pregunta del estado civil actual, el 85% de los HSH se declararon solteros, seguidos de un 14,4% casados o en unión libre, y menos del 1,0% separados, viudos o divorciados. El 65,9% de los HSH refirió vivir con otras personas familiares y no familiares, seguidos del 20,4% vive solo, y un 13,7% que vivía con un compañero. Con respecto a la etnia, el 6% de los HSH se consideró afrodescendiente, negro o mulato, un 2,6% raizal, room o palenquero y el 91,3% restante no se identificó en ninguno de los grupos étnicos.

Frente a la ocupación de los HSH en los últimos siete días, el 50,1% trabajó como empleado o independiente, el 27,9% se dedicó a estudiar y trabajar, el 11,5% a buscar trabajo y un 10,5% a realizar otras actividades. Asimismo, se encontró que el 11,5%

manifestó recibir más de dos salarios mínimos, el 28,9% recibe entre uno y dos salarios, el 35,2% recibe menos de un salario mínimo, y 24,4% refirió no tener ingresos.

## *Cali*

Las características sociodemográficas de los HSH en la ciudad de Cali fueron las siguientes: el 37,0% de los participantes se encontraban en el grupo de 18 a 24 años, el 28,8% de 25 a 34 años, el 22,3% mayores de 45 años y finalmente un 11,9% del grupo de 35 a 44 años. En el estrato socioeconómico de las viviendas de los HSH, los estratos más frecuentes fueron el uno, dos y tres con un 86%, y el restante 14% residían en los estratos cuatro, cinco y seis.

De otro lado, el 48,8% de la población refirió tener un nivel de secundaria, el 26,2% haber iniciado o terminado una formación técnica o tecnológica, y finalmente el 19,1% refirió tener una formación profesional o de posgrado, este fue el porcentaje más bajo en comparación a los hallazgos de Bogotá y Medellín. Igualmente Cali reportó el mayor porcentaje de participantes que no tenían escolaridad o estaban en un nivel de primaria (6,0%) comparado con las otras dos ciudades. En cuanto al estado civil, el 83,8% de los HSH en Cali se identifican como solteros, seguido de un 15,1% de hombres casados o en unión libre, y solo un 1,1% refirieron ser separados, divorciados o viudos.

A la pregunta de con quién vive actualmente, el 61,7% respondió que vivían con otros familiares y no familiares, seguidos del 27,1% que refirieron vivir solos, el 9,4% respondieron vivir con un compañero, y el 1,9% refirió vivir con una esposa. En cuanto a la ocupación de los últimos siete días el 57,2% refirió que se dedicó a trabajar como empleado o como independiente, el 11,9% a buscar trabajo, el 17,0% a estudiar y trabajar y un 14,0% de los HSH refirió realizar otras actividades.

El 15,6% de los HSH en Cali se autoidentificaron como negros, afrodescendientes o afrocolombianos, el 3,6% como room, raizal o palenquero, y el 80,8% restante no se reconocen en ninguna etnia. Por otra parte, se encontró que el 42,3% de los HSH recibió como ingresos mensuales menos de un salario mínimo, seguido del 35% que recibió entre uno y dos salarios mínimos, un 8,4% recibió más de dos salarios mínimos, y el 14,3% no reportó ninguno ingreso (Tabla 3).

**Tabla 3.** Características sociales y demográficas en HSH en Medellín, Bogotá y Cali Colombia – 2019

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali					
	n	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio	n	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio	n	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
<b>Edad</b>												
18 a 24 años	260	58,7 (51,9 - 61,1)	0,357	0,603	192	52,5 (42,1 - 56,7)	0,23	0,483	114	37 (32,2 - 42,8)	0,387	0,326
25 a 34 años	140	30,2 (29 - 35,8)	0,200	0,305	150	31,4 (28,8 - 38)	0,068	0,338	123	28,8 (22,6 - 32,1)	0,189	0,309
35 a 44 años	31	7,4 (3,1 - 11)	0,154	0,061	41	6,2 (3,1 - 9,2)	0,096	0,08	54	11,9 (10,5 - 13,8)	0,040	0,131
45 años en adelante	17	3,7 (3,2 - 7,3)	0,159	0,031	56	9,9 (4,8 - 12,)	0,26	0,099	123	22,3 (15,1 - 26,9)	0,378	0,234
<b>Estrato socioeconómico</b>												
Estratos 0 -1 - 2 -3	378	88,2 (84,4 - 91,8)	-0,031	0,845	372	87,9 (85,4 - 91,6)	-0,043	0,847	358	86 (80,3 - 86,9)	0,024	0,865
Estratos 4 - 5 - 6	70	11,8 (9,8 - 15,3)	0,102	0,155	67	12,1 (9,4 - 15,7)	0,006	0,153	56	14 (9,7 - 17,8)	-0,077	0,135
<b>Nivel Educativo</b>												
Ninguno / Preescolar / Primaria	5	2,3 (1,3 - 4,7)	0,181	0,013	12	3,9 (1,2 - 5,4)	0,19	0,025	29	6 (2,9 - 7,3)	0,015	0,068
Secundaria	110	30,1 (27,2 - 32,6)	0,019	0,261	87	23 (20,7 - 27,2)	0,19	0,194	202	48,8 (44 - 52,6)	0,137	0,489
Técnico / Tecnológico	87	18,5 (16,6 - 24,3)	0,163	0,203	87	17,8 (15,9 - 24,1)	0,193	0,192	108	26,2 (21,5 - 30,8)	0,175	0,255
Universitario / Postgrado	246	49,1 (44,8 - 53)	0,318	0,523	253	55,2 (47,7 - 62,9)	0,355	0,589	75	19,1 (13,2 - 21,8)	0,184	0,189
<b>Estado Civil Actual</b>												
Soltero	399	88,1 (84,9 - 90,6)	0,111	0,891	384	85 (80 - 87,6)	0,164	0,875	343	83,8 (78,1 - 85,8)	0,031	0,830
Casado / Unión Libre	46	11,3 (7,6 - 14,5)	-0,113	0,103	52	14,4 (12 - 17,8)	-0,082	0,118	66	15,1 (11 - 17)	0,091	0,158
Separado / Divorciado / Viudo	3	0,7 (0 - 1,3)	-0,999	0,006	3	0,6 (0,3 - 1,4)	-0,999	0,007	5	1,1 (0,5 - 3,2)	-1,000	0,012
<b>Con Quién Vive Actualmente</b>												
Solo	43	10,7 (6 - 10,9)	0,005	0,094	84	20,4 (14,6 - 28,6)	-0,105	0,192	120	27,1 (21,7 - 28,5)	0,223	0,280

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	n	% (IC 95%)	Homofilia Equilibrio	n	% (IC 95%)	Homofilia Equilibrio	n	% (IC 95%)	Homofilia Equilibrio
Compañero	46	9,8 (6,6 - 14,)	0,008	43	13,7 (10 - 17,8)	0,019	49	9,4 (5,9 - 13,)	0,190
Esposa / Compañera	1	0,7 (0 - 1,4)	0,245	0	--	--	6	1,9 (0,5 - 3,4)	-1,000
Otros familiares y no familiares	358	78,8 (74,1 - 82,3)	0,142	312	65,9 (57,9 - 72)	0,189	239	61,7 (54,5 - 64,6)	0,165
<b>Ocupación En Los Últimos siete días</b>									
Trabajar (Empleado o Independiente)	172	37,9 (33,1 - 41,3)	0,286	209	50,1 (47,1 - 58)	0,216	254	57,2 (47,5 - 63,1)	0,266
Buscar trabajo	28	8 (3,7 - 10,)	0,131	49	11,5 (9,7 - 14,3)	0,07	52	11,9 (9,2 - 15,6)	0,038
Estudiar y trabajar	172	38,2 (31 - 44,9)	0,167	129	27,9 (21,2 - 40,2)	0,363	54	17 (17,4 - 24)	0,187
Otro	76	15,9 (11,6 - 21)	0,057	52	10,5 (8,6 - 14,5)	0,09	54	14 (10,3 - 16,8)	0,225
<b>Etnia</b>									
Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente	17	3,3 (1,9 - 4,5)	-1,000	25	6 (2,5 - 8,3)	0,08	70	15,6 (13,6 - 21,3)	0,042
Otro (Indígena, Room, Raizal del San Andrés, Palenquero San Basilio)	4	1 (0,2 - 1,8)	-1,000	11	2,6 (1,4 - 5,8)	0,024	19	3,6 (2,3 - 4,6)	0,072
Ninguna de las anteriores	427	95,7 (93,9 - 98,8)	-0,005	403	91,3 (86,9 - 95,4)	0,184	325	80,8 (77,1 - 85,8)	-0,019
<b>Ingresos Mensuales</b>									
Sin ingresos	149	35 (27,4 - 42,3)	0,190	94	24,4 (18,7 - 31)	0,074	51	14,3 (10,2 - 16,7)	0,072
Menos de \$260.000	108	24 (18,6 - 27,4)	0,021	145	35,2 (26,2 - 37)	0,028	172	42,3 (37,7 - 46,8)	0,005
Entre \$ 826.001 y \$ 1.644.000	138	31,2 (23,6 - 38,3)	0,114	135	28,9 (23,7 - 31,7)	0,046	150	35 (31,5 - 38,5)	0,112
Más de \$ 1.644.000	53	9,8 (6,7 - 13,)	0,133	65	11,5 (7,5 - 18,8)	0,169	41	8,4 (6,7 - 11,)	0,151

\* Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.2 Acceso a servicios de salud

En este capítulo se presentan las características relacionadas con el acceso a los servicios de salud de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en cada una de las tres ciudades. Se describe la condición de aseguramiento, en particular el tipo de régimen de seguridad social en salud, así como la proporción de los HSH que se encuentra sin afiliación; se reporta además la proporción de HSH que manifestó haber presentado algún problema de salud en los 12 meses anteriores a la recolección de datos, y de ellos, en qué lugares recibieron atención y el pago realizado por estos servicios. Se destacan algunos resultados que pueden orientar a los tomadores de decisiones en materia de acceso a los servicios de salud de cada una de las tres ciudades.

En la tabla siguiente se puede observar que en las tres ciudades el tema del aseguramiento supera el 90% teniendo en cuenta que se consideran asegurados quienes están afiliados a un Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) del régimen subsidiado, contributivo o régimen especial.

Con referencia a la proporción de HSH afiliados en Medellín, el 55,6% se encontraban en el régimen contributivo y un 36,1% en el subsidiado. Así mismo, Bogotá presentó un aseguramiento de los HSH al régimen contributivo del 61,3 % y del subsidiado del 29,7%. En Cali un 46,5% de los HSH se encontraban afiliados al régimen contributivo y un 44% al régimen subsidiado. La ciudad de Medellín reportó una menor frecuencia de no afiliados con un 3,4% de los HSH, comparado con las ciudades de Bogotá y Cali, donde se observó un 5,0% y 7,4% respectivamente de proporción de no afiliados.

Con respecto, a la pregunta de: ¿A qué sitio se ha dirigido a consultar por algún problema de salud?, se obtuvieron los siguientes resultados: el 18,2% de los participantes de Medellín refirieron no presentar problemas de salud, comparado con el 20,9% de los HSH en Bogotá y un 29,6% de la ciudad de Cali. Con respecto al lugar de consulta, el 15,2% de los HSH de Medellín, el 5,1% en Bogotá y el 12,4% en Cali refirieron haber asistido a una institución pública para la atención en salud.

En cuanto, al pago por los servicios de salud, se encontró que en Medellín el 7,6% de los HSH refirió que había realizado el pago total de los servicios recibidos, en Bogotá un 4,9% y en Cali un 2,0%. Con respecto al pago de la cuota moderadora, en Medellín el 62,9% respondió que pago cuota moderadora para la atención, seguido del 51,7% que lo hicieron en la ciudad de Bogotá, y finalmente 39,5% de los HSH en Cali pagaron cuota moderadora (Tabla 4).

## 6.1.3 Parejas Sexuales, género, orientación sexual y pago por relaciones

En cuanto a la autoidentificación más del 96,6% aproximadamente se autoidentifica como masculino (Tabla 5)

**Tabla 4.** Acceso a servicios de salud en HSH en Medellín, Bogotá, Cali Colombia – 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Recibe atención de salud a través de</b>						
Entidad promotora de salud del régimen contributivo (EPSc)	274	55,6 (50,3 - 63,5)	273	61,3 (55 - 68,8)	194	46,5 (43,9 - 51,5)
Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSs) / Carné del resguardo indígena	147	36,1 (31 - 43,6)	111	29,7 (25,6 - 35,4)	180	44 (38,6 - 46,8)
No está afiliado	12	3,4 (1,5 - 6,7)	27	5 (3,6 - 6,9)	29	7,4 (5,6 - 8,1)
Otro (Carné de las fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPELROL régimen especial)	15	4,8 (2,7 - 6,9)	28	4 (2,3 - 5,4)	11	2,1 (1,1 - 4)
<b>Lugar de consulta de salud en los últimos 12 Meses</b>						
No tuvo ningún problema de salud	88	18,2 (15,6 - 21,1)	88	20,9 (16,8 - 26)	105	29,6 (22,5 - 33,4)
Institución, clínica, hospital, puesto de salud de atención pública (Estatal)	82	15,2 (14 - 17,4)	19	5,1 (2,6 - 6,8)	53	12,4 (9,7 - 14,8)
Centro de atención de una EPS/ARS	259	61,5 (58,9 - 66,2)	299	67,1 (63,7 - 71,7)	242	54,1 (50,8 - 61,5)
Otro	19	5,1 (3,2 - 7,4)	33	6,9 (4,7 - 9,1)	14	4 (2,4 - 9,3)
<b>Pagar por servicios de salud en los últimos 12 Meses</b>						
Sí, pago total de los servicios	25	7,6 (4,9 - 10,)	16	4 (0,6 - 8,2)	6	2 (0,7 - 4,9)
Sí, pago cuota moderadora o pago parcial	230	62,9 (56,1 - 68,5)	180	51,7 (46,2 - 54,1)	122	39,5 (35 - 44,5)
No pagó nada	105	29,5 (25,8 - 36,2)	155	44,2 (37,3 - 48,7)	181	58,4 (53,3 - 64,7)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

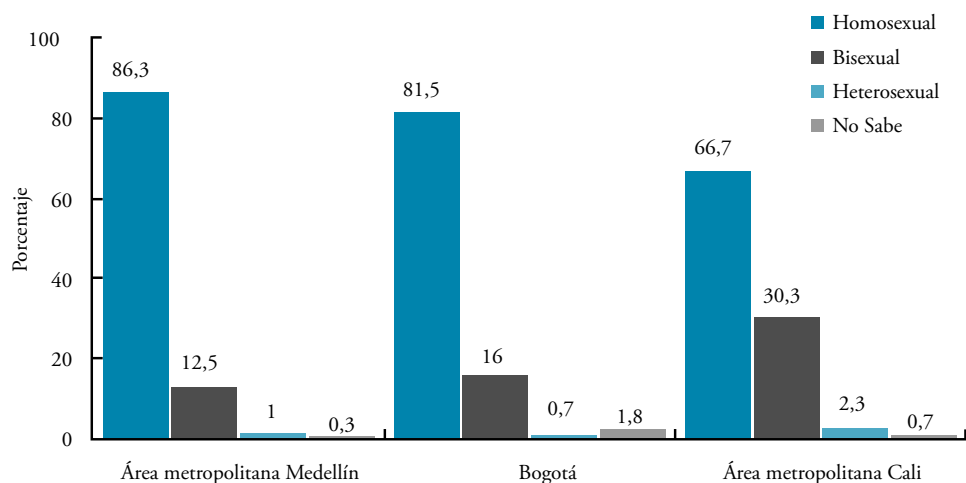
**Tabla 5.** Autoidentificación de género en tres ciudades de Colombia. 2019

Ciudad	Masculino		Femenino	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Área metropolitana Medellín	444	96,6 (96,6 - 99,4)	4	3,4 (0 - 6,8)
Bogotá	435	99,7 (99,3 - 100)	4	0,3 (0 - 0,5)
Área metropolitana Cali	399	96,9 (95,5 - 97,9)	15	3,1 (1,9 - 5,4)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

### 6.1.3.1 Orientación sexual

A continuación se observa la gráfica de barras de orientación sexual auto percibida por los HSH. En ella se identifica que en la ciudad de Medellín el 86,3% se consideró homosexual, en Bogotá el 81,5% y en Cali el 66,7%. Como bisexuales se consideraron el 12,5% en Medellín, el 16,0% en Bogotá, y el 30,3 % de Cali. También se registraron HSH que se identificaron como heterosexuales: en Medellín el 1,0% en Bogotá el 0,7% y finalmente en Cali el 2,3% (Figura 4).



**Figura 3.** Orientación sexual autopercibida por los HSH en tres ciudades de Colombia. 2019

### 6.1.3.2 Autoreporte de circuncisión

Con respecto al autoreporte de la circuncisión, la distribución mostró porcentajes similares en las tres ciudades: Medellín el 15,8%, Bogotá el 15,5% y Cali en 15,2%.

**Tabla 6.** Autoreporte de circuncisión en tres ciudades de Colombia. Colombia – 2015.

Ciudad	Circuncisión		No circuncisión	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Área metropolitana Medellín	65	15,8 (13,5 - 18,6)	383	84,2 (82,1 - 88,1)
Bogotá	70	15,5 (10,7 - 19,5)	366	83,7 (81,9 - 87,9)
Área metropolitana Cali	70	15,2 (11,5 - 17,9)	341	83,9 (79 - 87,4)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

### 6.1.3.3 Primera relación sexual

En esta sección se presentan los resultados en cuanto a las características de la primera relación sexual de los HSH de cada ciudad. Se describe la edad de la primera relación sexual, la edad de la persona con quien tuvo esta primera relación, así como el sexo de la persona, si se dio o no el consentimiento en esta primera relación, también el uso del condón en esa ocasión y los motivos para no usarlo. Adicionalmente se presenta la edad de inicio de las prácticas penetrativas anales y la edad de la persona con quien se tuvo la relación, así como las relaciones con más de un hombre simultáneamente.

En la ciudad de Medellín, el 48,6% de los HSH tuvo su primera relación sexual entre los 15 y 17 años, y un 26,6% refirió haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años, es decir que tres de cada cuatro HSH en Medellín iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años y ninguno refirió haber iniciado su vida sexual con una persona transgénero. Frente a la edad que tenía la persona con la que inicio las relaciones sexuales, los porcentajes están distribuidos de manera similar, el 35% tiene de 18 a 24 años, seguido del 33,3 % de personas de 25 o más años, y finalmente el 31,6% de estas parejas tenían 17 años o menos. Con respecto al uso de condón en la primera relación sexual, el 50,2% refirió que lo utilizó; el motivo de no uso de condón con mayor porcentaje (81,7%) fue por razones personales u opiniones. El 4,9% de los participantes refirieron que la primera relación sexual fue sin su consentimiento. En la ciudad de Medellín se identificó que el 42,1% si ha tenido estas prácticas sexuales con más de un hombre simultáneamente.

Para la ciudad de Bogotá, se encontró que el 36,7% inicio sus relaciones sexuales después de los 17 años, un 34,5% de los HSH refirió haber iniciado entre los 15 y 17 años, y el 28,8% informó haber comenzado sus relaciones sexuales antes de los 15 años. En esta misma ciudad los HSH reportaron que el 85,1% tuvo como pareja a un hombre en esta primera relación sexual y un 0,7% refirió haber iniciado su vida sexual con un transgénero. Con respecto a la edad que tenía la persona con la que inicio las relaciones sexuales los porcentajes están distribuidos así: 38,7% antes de los 18 años, un 32,7% de 18 a 24 años, y finalmente un 28,6% después de los 24 años. Con respecto al uso de condón en la primera relación sexual, el 39,7% respondió que lo usaron; los motivos personales u opiniones fueron las razones más referidas para el no uso del condón con un 85,5%. Un 7,9% de los HSH en Bogotá refirió que la primera relación sexual fue sin su consentimiento.

Para la ciudad de Cali, se encontró que un 41,4% de los HSH tuvo su primera relación antes de los 15 años, el 36,1% de 15 a 17 años, y finalmente un 22,5% refirió haber iniciado sus relaciones sexuales después de los 17 años. Adicionalmente el 77,6% tuvo como pareja a un hombre en esta primera relación sexual.

Con respecto a la edad que tiene la persona con la que inicio las relaciones sexuales el 37,8% eran menores de 18 años, un 32,8% de 18 a 24 años, y finalmente un 29,4 % tuvieron relaciones con mayores de 26 años. El 30,3% de los HSH utilizó el condón en la primera relación sexual; los motivos personales u opiniones con el 82,8% fue la razón

más referida para Cali. El 8,9% de los HSH refirieron que la primera relación sexual fue sin su consentimiento. La edad reportada para la primera relación sexual, oral o anal con un hombre fue, un 12,5% menores de 15 años, 25,6% de 15 a 17 años, un 39,7% de 18 a 24 años y finalmente la categoría de 25 años o más tuvo el 22,2%. En la ciudad de Cali se identificó que el 59,1% no ha tenido prácticas sexuales con más de un hombre a la vez.

**Tabla 7.** Primera relación sexual en HSH en Medellín, Bogotá, Cali. Colombia – 2019.

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Edad primera relación sexual</b>						
14 años o menos	143	26,6 (24,4 - 29,2)	128	28,8 (25,1 - 32,1)	189	41,4 (37,5 - 44,9)
15 a 17 años	204	48,6 (46,4 - 52,4)	168	34,5 (33,1 - 42,7)	135	36,1 (29,7 - 41,8)
18 años o más	101	24,8 (23 - 30,2)	143	36,7 (30,6 - 41,3)	90	22,5 (19,2 - 25,1)
<b>Primera relación sexual con hombre, mujer o transgénero</b>						
Hombre	367	78,8 (74,9 - 83,4)	375	85,1 (80,5 - 87,8)	331	77,6 (66,2 - 82,7)
Mujer	81	21,2 (16,3 - 25,1)	63	14,2 (11,3 - 18,8)	80	21,9 (18,9 - 27,3)
Transgénero	-	-	1	0,7 (0 - 1,3)	3	0,5 (0 - 1,2)
<b>Edad de la persona con la que tuvo primera relación sexual</b>						
17 años o menos	150	31,6 (25,3 - 37,5)	160	38,7 (32,8 - 43,1)	148	37,8 (36 - 43)
18 a 24 años	165	35,1 (30,7 - 38)	167	32,7 (26,7 - 38,8)	137	32,8 (28,1 - 37,6)
25 años o más	133	33,3 (29,1 - 34,7)	112	28,6 (24,3 - 33,4)	129	29,4 (24,8 - 33)
<b>Uso de condón en primera relación sexual</b>						
Si	215	50,2 (45,6 - 55,8)	175	39,7 (35,9 - 44,7)	106	30,3 (30,5 - 37,5)
No	233	49,8 (46,4 - 57,7)	264	60,3 (59,3 - 66)	308	69,7 (65,9 - 73,3)
<b>Motivos para NO usar condón en la primera relación sexual</b>						
Motivos personales u opinión sobre uso del condón	189	81,4 (76,6 - 89,9)	223	85,5 (79,6 - 91,2)	248	82,8 (78 - 85,9)
Motivos relacionados con la pareja y su condición	60	27,4 (16,9 - 35)	105	39,8 (31,7 - 48,7)	97	30,4 (25,8 - 33,6)
	25	8,7 (2,6 - 16,)	35	16,4 (11,8 - 22,1)	44	11,8 (7,9 - 14,9)
<b>La primera relación sexual fue con consentimiento</b>						
Si	420	94,7 (93,3 - 97)	400	92,1 (89,8 - 94,4)	369	90,8 (87,9 - 92,1)
No	25	4,9 (3,2 - 6,7)	38	7,9 (5,8 - 10)	44	8,9 (7,4 - 11,)
NS/NR	3	0,4 (0 - 0,7)	1	-	1	0,4 (0 - 1,3)
<b>Edad de primera relación sexual, oral o anal con un hombre</b>						
14 años o menos	6	7,4 (6,6 - 27,)	5	0 (0 - 0)	8	12,5 (5,6 - 16,7)
15 a 17 años	31	57,7 (22,9 - 82,9)	17	36,6 (2,7 - 75,2)	25	25,6 (13,7 - 32,9)
18 a 24 años	36	24,7 (9,6 - 100)	36	63,4 (0 - 95,3)	34	39,7 (15,7 - 71,9)
25 años o más	8	10,2 (0 - 39,8)	6	0 (0 - 0)	16	22,2 (6,2 - 52,4)
<b>Edad del hombre con el que tuvo la primera relación</b>						
17 años o menos	130	26,8 (25,8 - 33)	120	24,7 (19,1 - 34)	125	32,3 (27,9 - 35,4)
18 a 24 años	198	46,1 (41,6 - 51,7)	171	40,1 (34,5 - 50,2)	128	29,5 (25,3 - 34,7)

*Continúa*

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
25 años o más	120	27,1 (22,2 - 33)	148	35,1 (32,8 - 41,6)	161	38,1 (35,4 - 45,1)
<b>La primera relación sexual con otro hombre fue con consentimiento</b>						
Si	421	95,7 (93,8 - 96,7)	399	91,9 (87,9 - 95,8)	368	90,4 (87,7 - 91,1)
No	24	3,8 (2,1 - 4,9)	39	8,1 (5 - 12,)	44	9,1 (6,6 - 11)
NS/NR	3	0,5 (0 - 1,4)	1	-	2	0,5 (0,1 - 1,5)
<b>Prácticas sexuales con más de un hombre a la vez</b>						
Si	213	42,1 (39,3 - 47,7)	256	47,1 (37,1 - 58,4)	183	40,9 (37 - 46,2)
No	235	57,9 (49,9 - 60,1)	183	52,9 (48,2 - 59,1)	231	59,1 (52 - 64,9)
<b>Ha tenido pareja que viva con VIH o haya muerto de SIDA</b>						
Si	53	9,4 (8,1 - 15,)	140	25,9 (22,1 - 32,5)	88	17,9 (13,6 - 24,4)
No	386	89,1 (85,5 - 91,2)	297	74 (70,5 - 83,6)	312	78,7 (74,6 - 83,2)
NS/NR	9	1,5 (0,5 - 3,5)	2	0,1 (0 - 0,1)	14	3,4 (2,3 - 4,6)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

### 6.1.3.4 Comportamiento sexual por tipo de pareja

A continuación, se presentan los resultados obtenidos sobre el comportamiento sexual de los HSH según el tipo de pareja en Medellín, Bogotá y Cali. Inicialmente se describe el comportamiento sexual de los participantes con pareja estable hombre, es decir, aquella pareja con quien han tenido una relación por más de seis meses, de la cual no ha recibido dinero y a quien tampoco le han pagado por tener relaciones sexuales. Posteriormente se describen las características del comportamiento sexual de los HSH que manifestaron tener parejas ocasionales o contactos casuales, lo que significa haber tenido relaciones sexuales por menos de seis meses, sin recibir o dar dinero a cambio de las relaciones sexuales. Por último, se encuentra información sobre el comportamiento sexual que reportaron tener relaciones sexuales con mujeres (Tabla 8 -12).

#### Medellín

El 55 % de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año hasta con cuatro personas, el 32,7% menciona haber tenido estas relaciones con cinco y hasta diez personas, y un 12,3% refirió tener relaciones con más de 10 personas. Con respecto, al número de hombres con quienes ha tenido relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año se identificó que el 57,4% estuvo hasta con cuatro hombres, el 31% con 5 o hasta 10 hombres y finalmente el 11,5 % con más de 10 hombres. El 8,7% refirió haber tenido relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año con una persona transgénero (Tabla 8).

El 32,7% refirió tener una pareja estable, de ellos el 47,9% refirió tener más de 12 meses con esta relación, y un 40,9% que tenía hasta seis meses; así mismo el 98,3%

identifica a otro hombre como su pareja estable. Con respecto al sexo oral con la pareja estable, en los últimos 12 meses se encontró que el 97,9% si realizó este tipo de práctica, el 1,9% usó condón la última vez que tuvo sexo oral con su pareja estable. Cuando se indagó si se ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con su pareja estable el 94,2% mencionó que si lo había hecho (Tabla 9).

Finalmente, con respecto al uso del condón con la pareja estable la última vez que tuvo sexo anal el 57,7% refirió no usarlo, dentro de los motivos por los cuales no lo uso están los relacionados con la pareja y su condición con un 86,3%, el número de veces que más reportaron de sexo anal penetrativo o receptivo con la pareja en los últimos 30 días fue de cinco veces o menos con un 58,4% (Tabla 10).

Frente a las parejas ocasionales el 83,2% de los HSH en la ciudad de Medellín respondió que si había tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último año. El 95,6% reportó tener sexo oral con estas parejas ocasionales o contacto casuales en el último año; frente al número de parejas ocasionales o contactos causales con que tuvo sexo oral en el último año el 67,5% respondió que de una a cinco personas. El no uso de condón para sexo oral la última vez con su pareja ocasional fue del 88,0%. El 90,6% respondió que, si tuvo sexo anal con pareja ocasional o contacto casual en el último año, en cuanto al número de parejas ocasionales con las que tuvo sexo anal durante el último año el 72,6% refirió que había tenido entre una y cinco personas. El lugar que la mayoría refirió haber conseguido sus parejas ocasionales o contactos casuales en el último año fue las páginas de internet y otros medios de comunicación con el 51,9%. Acerca del número de veces que tuvo sexo anal (penetrativo o receptivo) con su pareja ocasional en el último mes el 86,9% refirió que cinco veces o menos.

El 75,6% usó condón con esta pareja ocasional la última vez que tuvo sexo anal, sin embargo, el 24,4% no lo uso y refirió en un 73% que los motivos de no uso fueron personales y de opinión sobre el uso de condón. Frente a la frecuencia de uso de condón suyo o de su pareja ocasional para sexo anal en el último año el 52,2% respondió que siempre, seguido de la mayoría de las veces 30,1%. Con respecto a si ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con su pareja ocasional o contacto casual el 55,8% refirió que, si lo hizo, y a la pregunta de si su pareja ocasional o contacto causal vivía con VIH el 77,1% respondió que no, seguido del 21,2 % que no sabía (Tabla 12).

## Bogotá

El 47,4% de los participantes reportaron haber tenido relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año con máximo cuatro personas, seguidos del 30,5% reporto tener estas relaciones con cinco y hasta diez personas, y un 22,1% refirió tenerlas con más de 10 personas. Frente al número de hombres con quienes se tuvo relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año se identificó que el 47,6% lo había hecho con máximo cuatro hombres, seguido del 30,8% ha tenido estas relaciones

con cinco y hasta diez hombres y finalmente el 21,6 % tuvo relaciones con más de diez hombres (Tabla 8).

Con respecto al número de personas transgénero con las que el participante había tenido relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año, el 8,6% refirieron haber tenido con una o más personas transgénero. Un 36,4% de los HSH tenían una pareja estable hombre, de ellos el 59,9% refirió tener más de 12 meses en esta relación, seguido de un 30,6% que tenía hasta seis meses. El 96,7% respondió que su pareja estable es un hombre. El 74,0% de la población encuestada refirió no haber tenido una pareja que viviera con VIH o que haya muerto de SIDA (Tabla 9).

Con respecto al sexo oral con la pareja estable en los últimos 12 meses en Bogotá se encontró que el 93,5% si realizó este tipo de práctica, y solo el 8,6% uso condón la última vez que tuvo sexo oral con su pareja estable. El 84,2% refirió que nunca uso el condón con la pareja estable cuando se tuvo el sexo oral en el último año, el 6,9% refirió que algunas veces lo uso, el 6,2% que lo uso siempre. Frente a si se ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con su pareja estable el 84,1% mencionó que si lo había hecho. El 98,2% de la población de HSH de Bogotá que tenía pareja estable refirieron tener sexo anal con esta pareja en los últimos 12 meses y solo un 1,8%, no.

El 53,6% refirió no usar el condón, dentro de los motivos por los cuales no lo usan están los motivos relacionados con la pareja y su condición con un 64,8%, el número de veces que más reportaron de sexo anal penetrativo o receptivo con la pareja en los últimos 30 días fue de seis veces o más con un 61,1%. El uso de condón para el sexo anal en los últimos 30 días fue nunca con un 50,7% (Tabla 10).

Frente a las parejas ocasionales en la ciudad de Bogotá el 77,4% de los HSH infirió que si había tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último año. El 92,9% reportó tener sexo oral con estas parejas ocasionales o contacto casuales en el último año, el 51,3% tuvo hasta cinco parejas. El no uso de condón para sexo oral la última vez con su pareja ocasional fue del 90,3%. Con respecto a si lo usó para sexo oral en los últimos 12 meses el 83,1% respondió que nunca.

El 92,4% respondió que sí tuvo sexo anal con pareja ocasional o contacto casual en el último año, en cuanto al número de parejas ocasionales con las que tuvo sexo anal durante el último año el 53,2% refirió que había tenido entre 1 y 5 personas. El lugar que la mayoría refirió haber conseguido sus parejas ocasionales o contactos casuales en el último año fue las páginas de internet y otros medios de comunicación con el 55,6%. Acerca del número de veces que tuvo sexo anal (penetrativo o receptivo) con su pareja ocasional en el último mes el 82,9% refirió que cinco veces o menos. El 78,9% usó condón con esta pareja ocasional la última vez que tuvo sexo anal, sin embargo el 21,1% no lo uso y refirió en un 82,9% que los motivos de no uso eran personales y de opinión sobre el uso de condón. Frente a la frecuencia de uso de condón suyo o de su pareja ocasional para sexo anal en el último año el 52,7% respondió que siempre, seguido de la

mayoría de las veces 29,4%. Con respecto a si ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con su pareja ocasional o contacto casual el 55,8% refirió que si lo hizo, y a la pregunta de si su pareja ocasional o contacto causal vivía con VIH el 71,0% respondió que no, seguido del 20,3 % que no sabía (Tabla 11).

En referencia a las relaciones con mujeres y pareja mujer estable en la ciudad de Bogotá se obtuvo los siguientes resultados: El 63,3% refirió haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez, el número de HSH que respondieron esta pregunta fue muy bajo y fue difícil calcular porcentajes (Tabla 12).

## Cali

El 58,9% de los participantes reportaron haber tenido relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año hasta con cuatro personas, seguidos del 27,3% que reportaron haber tenido estas relaciones con cinco a diez personas, y un 13,8% refirió haber tenido relaciones con más de diez personas. (Tabla 8)

El 47,6% informaron hasta cuatro parejas hombres, un 30,8% de cinco a diez hombres y finalmente el 21,6 % tuvo relaciones con más de diez hombres. Con respecto al número de personas transgénero con las que el participante había tenido relaciones sexuales penetrativas no comerciales en el último año, el 21,5% refirió haber tenido relaciones con una o más personas transgénero. Acerca de la pareja estable hombre de los HSH de Cali se puede analizar lo siguiente:

Un 38,4% de los HSH refirió tener pareja estable, de este porcentaje, el 71,3% refirió tener más de 12 meses en esta relación, seguido de un 20,3% que tenía entre 0 y seis meses y un 8,5% llevaban de siete meses a un año. Acerca de la identificación de género que su pareja estable referencia el 89,5% respondió que hombre, un 7,9% que respondió mujer y el 2,7% transgénero. El 78,7% de la población encuestada refirió no haber tenido pareja que viviera con VIH o que haya muerto de SIDA (Tabla 9).

Con respecto al sexo oral con la pareja estable en los últimos 12 meses se encontró que el 90,4% si realizó este tipo de práctica, y solo el 9,7% uso condón la última vez que tuvo sexo oral con su pareja estable. El 77,8% refirió que nunca uso de condón con la pareja estable cuando se tuvo el sexo oral en el último año, el 12,2% refirió que algunas veces lo uso, el 9,1% que lo uso siempre. Frente a si se ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con su pareja estable el 87,7% mencionó que si lo había hecho. El 92,6% de la población de HSH de Cali que tenía pareja estable refirieron tener sexo anal con esta pareja en los últimos 12 meses y solo un 7,4% no. Frente al uso del condón con la pareja estable la última vez que tuvo sexo anal el 58,9% refirió no usarlo, dentro de los motivos por los cuales no lo uso están los motivos relacionados con la pareja y su condición con un 79,5%, el número de veces que más reportaron de sexo anal penetrativo o receptivo con la pareja en los últimos 30 días fue de cinco veces o menos con un 57,0%. El 42% de los HSH no uso de condón para el sexo anal en los últimos 30 días (Tabla 10).

Frente a las parejas ocasionales en la ciudad de Cali el 75,5% de los HSH respondieron que si habían tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en el último año. El 91,2% reportaron tener sexo oral con estas parejas ocasionales o contactos casuales en el último año, el 70,7% respondieron que tuvieron hasta cinco parejas ocasionales en el último año.

El no uso de condón para sexo anal en el último mes con su pareja ocasional fue del 83,7%. Con respecto a si lo usó para sexo oral en los últimos 12 meses el 78,1% respondió que nunca. El 90,5% respondió que sí tuvo sexo anal con pareja ocasional o contacto casual en el último año, en cuanto al número de parejas ocasionales con las que tuvo sexo anal durante el último año el 74,1% refirió que había tenido hasta cinco parejas (Tabla 11).

El lugar que más frecuente referido para conseguir sus parejas ocasionales o contactos casuales en el último año fueron las páginas de internet y otros medios de comunicación con el 41,0%. Acerca del número de veces que tuvo sexo anal (penetrativo o receptivo) con su pareja ocasional en el último mes el 93,4% refirió que cinco veces o menos.

El 67,8% usó condón con esta pareja ocasional la última vez que tuvo sexo anal, sin embargo el 32,2% no lo uso y los motivos de no uso tuvieron unos tamaños muy bajos y no se pudo calcular el porcentaje. Frente a la frecuencia de uso de condón suyo o de su pareja ocasional para sexo anal en el último año el 55,2% respondió que siempre. Con respecto a si ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con su pareja ocasional o contacto casual el 52,7% refirió que si lo hizo, y a la pregunta de si su pareja ocasional o contacto causal vivía con VIH el 69,3% respondió que no, seguido del 26,0% que no sabía (Tabla 11).

En referencia a las relaciones con mujeres y pareja mujer estable la muestra de la ciudad de Cali obtuvo los siguientes resultados: El 54,9% refirió haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez, el número de mujeres con las que había tenido relaciones sexuales en el último año fue ninguna con un 53,9% (Tabla 12). El 17% refirió tener como pareja estable una mujer solo de los que manifestaron haber tenido pareja en los últimos 12 meses. Con relación a las parejas ocasionales mujeres el 84,7% refirió tener relaciones sexuales con mujeres de manera ocasional o casual por menos de seis meses. El 65,9% uso el condón con una pareja mujer la última vez que tuvo relaciones sexuales (Tabla 13)

**Tabla 8.** Comportamiento sexual en HSH en Medellín, Bogotá y Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Número de personas con las que ha tenido relaciones penetrativas, no comerciales, en los últimos 12 meses</b>						
1 a 4 personas	213	55 (51,2 - 60,3)	192	47,4 (43 - 53,6)	236	58,9 (54,6 - 63,7)
5 a 10 personas	151	32,7 (27,9 - 37,2)	118	30,5 (26,8 - 35,6)	119	27,3 (21,1 - 29,8)
Más de 10 personas	84	12,3 (8,2 - 13,6)	129	22,1 (18,4 - 24,9)	59	13,8 (11 - 17,4)

*Continúa*

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Número de HOMBRES con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, no comerciales, en los últimos 12 meses</b>						
1 a 4 hombres	220	57,4 (50,8 - 64,1)	191	47,6 (44,4 - 50,6)	261	65,3 (60,9 - 68,4)
5 a 10 hombres	146	31 (28,2 - 37,5)	118	30,8 (25,2 - 34)	102	23,7 (19 - 26,1)
Más de 10 personas	81	11,5 (7 - 16,7)	126	21,6 (17,7 - 21,5)	48	11 (8,6 - 13,2)
<b>Número de TRANSGÉNEROS con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, no comerciales, en los últimos 12 meses</b>						
Ninguno	421	91,3 (88,7 - 94,8)	400	91,4 (88 - 94,7)	333	78,5 (75,3 - 83,5)
1 o más	27	8,7 (5,3 - 11,)	39	8,6 (7,3 - 13,)	81	21,5 (16,4 - 27,2)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

**Tabla 9.** Pareja Estable hombre en HSH en Medellín, Bogotá y Cali - 2019.

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Tiene pareja estable hombre</b>						
Si	148	32,6 (28 - 35,4)	150	36,4 (30,4 - 38,3)	162	38,4 (34,7 - 43,5)
No	299	67,3 (62,9 - 74,8)	287	63,3 (58,7 - 67,6)	252	61,6 (59 - 66,4)
NS/NR	1	0,1 (0 - 0,3)	2	0,3 (0 - 0,7)	-	-
<b>Tiempo de relación con la pareja estable</b>						
0 a 6 meses	51	40,9 (24,2 - 41,1)	48	30,6 (21,9 - 49,1)	42	20,3 (11,5 - 22,7)
7 a 12 meses	26	11,3 (2,7 - 19,1)	21	9,5 (0,9 - 8,6)	20	8,5 (2,6 - 14,)
Mas de 12 meses	71	47,9 (42,9 - 64,7)	81	59,9 (48,1 - 74,2)	100	71,3 (66,6 - 85,8)
<b>Tiempo viviendo con la pareja estable</b>						
0 a 6 meses	10	-	6	-	8	8,7 (0 - 11,)
7 a 12 meses	11	-	3	-	7	11,2 (0 - 25,8)
Mas de 12 meses	23	-	34	-	37	80,1 (56,1 - 94,1)
<b>Identificación del género de pareja estable</b>						
Hombre	145	98,3 (95,7 - 100)	142	96,7 (94,3 - 100)	148	89,5 (81 - 94,4)
Mujer	3	1,7 (0 - 4,6)	4	-	12	7,9 (3,5 - 8,6)
Transgénero	-	--	4	-	2	2,7 (0 - 6,5)
<b>Sexo oral con la pareja estable en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	145	97,9 (98,2 - 100)	132	93,5 (81,7 - 96,8)	146	90,4 (85,7 - 94,9)
No	3	2,1 (0 - 1,9)	18	6,5 (0,6 - 15,)	16	9,6 (4,5 - 13,)
<b>Uso de condón con pareja estable la ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo oral</b>						
Si	5	1,9 (0 - 3)	11	8,6 (0,9 - 22,)	17	9,7 (5,4 - 20)
No	139	94,8 (91,5 - 99)	121	91,4 (74,6 - 100)	129	90,3 (82,5 - 96,6)
NS/NR	1	3,3 (0 - 7,9)	-	--	0	--

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Frecuencia de uso de condón con pareja estable cuando tuvieron sexo oral en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Siempre	3	-	6	6,2 (0 - 20,)	13	9,1 (7,7 - 16,)
La mayoría de las veces	5	4,5 (0 - 13,)	4	2,6 (0 - 12,)	1	0,9 (0 - 7,9)
Algunas veces	15	17,7 (5,7 - 24,9)	12	6,9 (2,8 - 12,)	20	12,2 (5,8 - 17,2)
Nunca	122	77,9 (57,9 - 89,5)	110	84,2 (62 - 89,1)	112	77,8 (61,1 - 84,2)
<b>Pareja estable vive con VIH</b>						
Si	11	-	28	23,4 (5,5 - 23,2)	25	13,6 (10 - 22,2)
No	125	-	115	70,4 (70,3 - 87,9)	128	84,3 (72,1 - 88,3)
No sabe	12	-	7	6,2 (0 - 14,)	9	2,1 (0,3 - 2,9)
<b>Ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA, con su pareja estable</b>						
Si	136	94,2 (91,7 - 99,6)	132	84,1 (55,6 - 98,8)	141	87,7 (77 - 91,4)
No	12	5,8 (0,3 - 7,3)	18	15,9 (7,3 - 31,1)	21	12,3 (8,4 - 25,8)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

**Tabla 10.** Sexo anal con la pareja estable en HSH de tres ciudades de Colombia. 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Sexo anal con la pareja estable en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	148	-	133	98,2 (95,3 - 100)	145	92,6 (90,2 - 98,6)
No	-	-	17	1,8 (0 - 4,7)	16	7,4 (3,3 - 8,5)
<b>Uso de condón con pareja estable la ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal</b>						
Si	61	42,3 (25,3 - 54,2)	73	46,4 (33 - 62)	70	41,1 (27,6 - 51,1)
No	87	57,7 (48,3 - 70)	60	53,6 (34,8 - 69,8)	75	58,9 (46,6 - 63,7)
<b>Motivos para NO uso del condón la última vez que tuvo sexo anal con pareja estable</b>						
Motivos personales y opinión sobre uso del condón	24	48,7 (14,9 - 63,6)	20	36,6 (20,5 - 64,5)	25	25,1 (17 - 45,1)
Motivos relacionados con la pareja y su condición	76	86,3 (62,4 - 92,3)	51	64,8 (3,8 - 100)	68	79,5 (51 - 100)
Problemas de acceso al condón	5	13,4 (6,8 - 43,7)	5	18,9 (0 - 44,1)	3	7,9 (0 - 24,)
<b>Número de veces que ha tenido sexo anal (penetrativo o receptivo) con pareja estable en los ÚLTIMOS 30 DIAS</b>						
5 veces o menos	171	58,4 (46,3 - 71,3)	169	38,9 (33,5 - 65,9)	142	57 (43,1 - 69)
6 veces o mas	37	38,2 (26,8 - 41,8)	49	61,1 (34,8 - 71,4)	16	43 (26 - 59,8)
Ninguna	1	3,4 (1,6 - 10,)	1	-	-	--
<b>Uso del condón cuando tienen sexo anal en los ÚLTIMOS 30 DIAS</b>						
Siempre	49	35,3 (23,6 - 43,6)	51	34,2 (15,1 - 45,3)	52	27 (13,2 - 40,9)
La mayoría de las veces	10	10 (1,8 - 21,8)	14	2,8 (0 - 12,)	9	6,6 (0,9 - 15)

Continúa

Algunas veces	17	10,1 (2,7 - 16)	16	12,3 (3,3 - 29,2)	19	8,3 (4 - 14,)
Nunca	72	44,6 (40,5 - 65,7)	69	50,7 (33 - 65,2)	82	58,1 (39,7 - 70,9)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

**Tabla 11.** Parejas ocasionales y características HSH Medellín, Bogotá y Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Relaciones sexuales con parejas ocasionales en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	376	83,2 (77,9 - 84,9)	362	77,4 (74,8 - 81)	318	75,5 (70,5 - 79,8)
No	72	16,8 (14,1 - 20,9)	77	22,6 (17,8 - 27,4)	96	24,5 (18,1 - 28,3)
<b>Sexo oral con parejas ocasionales o contactos casuales en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	363	95,6 (91,8 - 97,8)	330	92,9 (90,1 - 96,6)	289	91,2 (87,1 - 92,8)
No	13	4,4 (2,4 - 7,5)	32	7,1 (3,5 - 8,8)	29	8,8 (5,5 - 11,)
<b>Número de parejas ocasionales o contactos casuales con sexo oral en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
1 a 5 personas	223	67,5 (58 - 72,3)	165	51,3 (41,7 - 56,4)	202	70,7 (65,3 - 74,2)
6 o más personas	139	32,5 (27,6 - 39,1)	164	48 (39,7 - 54,8)	83	28 (21,3 - 36,5)
Ninguna	-	-	1	0,7 (0 - 2,7)	3	1,3 (0,5 - 3)
<b>La última vez que tuvo sexo oral, ¿usted o su pareja ocasional usaron un condón?</b>						
Si	37	10,9 (6,7 - 19)	40	9 (4,7 - 13,)	51	16,3 (11,9 - 19)
No	325	88 (80,3 - 92,5)	289	90,3 (85,2 - 95)	238	83,7 (74,3 - 90,9)
No sabe / No responde	1	1,1 (0 - 3,9)	1	0,7 (0 - 1,5)	-	-
<b>Uso del condón cuando tiene sexo oral con pareja ocasional en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Siempre	23	5,7 (3,7 - 11,)	22	3,2 (1,3 - 3,6)	36	12,2 (6,5 - 16)
La mayoría de las veces	18	5,8 (3 - 8,8)	13	5,1 (1,4 - 6,9)	9	2,2 (0,3 - 5,5)
Algunas veces	33	9,7 (8,9 - 12,)	32	8,6 (6,7 - 11,)	29	7,6 (4,2 - 10,)
Nunca	289	78,8 (67,7 - 84,1)	263	83,1 (80,7 - 86,8)	215	78,1 (71,1 - 86)
<b>Sexo anal con pareja ocasional o contacto casual en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	345	90,6 (86,4 - 93)	342	92,4 (91,1 - 95,4)	282	90,5 (87,1 - 94,3)
No	31	9,4 (6,6 - 15,)	20	7,6 (3,5 - 12,)	36	9,5 (3,3 - 12,)
<b>Número de parejas ocasionales con sexo anal en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
1 a 5 personas	227	72,6 (64,1 - 78,3)	171	53,2 (46,2 - 55,5)	206	74,1 (70,8 - 84,9)
6 o más personas	117	26,5 (20,6 - 32,1)	171	46,8 (39,8 - 54,2)	76	25,9 (20,5 - 29,3)
Ninguna	1	0,9 (0 - 3,3)	-	-	-	-
<b>Lugar en que consiguió a sus parejas ocasionales o contactos casuales en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Salón de masajes/ Saunas/ Baños turcos/ Salas o cabinas de video X	5	0,9 (0,1 - 2)	26	6,3 (2 - 13,)	24	7,3 (4,8 - 11,)
Bar/ Discoteca/ Taberna/ Lugares swinger y otros lugares	23	8,7 (8,4 - 15,)	20	4,7 (1,1 - 8,3)	26	10,2 (4,5 - 12,6)
Páginas de internet y otros medios de comunicación	193	51,9 (49,3 - 56,9)	178	55,6 (45,7 - 62,2)	111	41 (36,3 - 49)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
A través de otras personas	92	26,9 (19,2 - 27,8)	58	19,1 (13,8 - 29,7)	65	22,1 (17,7 - 25,9)
Otros	32	11,5 (7,9 - 17,8)	60	14,3 (11,3 - 13,9)	56	19,4 (14,1 - 26,6)
<b>Número de veces sexo anal (penetrativo o receptivo) con pareja ocasional o contacto casual en los ÚLTIMOS 30 DIAS</b>						
5 veces o menos	171	86,9 (65,1 - 91,4)	169	82,9 (76 - 91,3)	142	93,4 (75,4 - 96,4)
6 veces o más	37	13 (6,7 - 24,8)	49	17,1 (9,9 - 19,1)	16	6,6 (4,9 - 21,)
No sabe /No responde	1	0,2 (0 - 0,6)	1	-	-	-
<b>Uso de condón con pareja ocasional o contacto casual la ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal</b>						
Si	156	75,6 (74,3 - 88,2)	164	78,9 (77,1 - 87,6)	116	67,8 (55,6 - 73,2)
No	53	24,4 (13,9 - 30,6)	55	21,1 (11,1 - 27,8)	42	32,2 (26,2 - 48)
<b>Motivos para NO uso del condón la última vez que tuvo sexo anal con pareja ocasional o contacto casual</b>						
Motivos personales y opinión sobre uso del condón	28	73 (18,8 - 100)	45	82,9 (69,1 - 100)	26	-
Motivos relacionados con la pareja y su condición	23	-	39	64,4 (43,2 - 95,1)	23	-
Problemas de acceso al condón	17	25,7 (0 - 45,5)	9	-	7	-
<b>Uso del condón suyo y de su pareja ocasional o contacto casual cuando tuvieron sexo anal en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Siempre	190	52,5 (50,3 - 59,6)	176	52,7 (50,6 - 60,3)	158	55,2 (45,9 - 58,7)
La mayoría de las veces	91	30,1 (22,5 - 34,3)	94	29,4 (24,9 - 31,8)	33	14,3 (12,5 - 22)
Algunas veces	35	7,7 (5,3 - 9,1)	50	11,5 (8,8 - 14,5)	43	13,6 (12,3 - 19)
Nunca	29	9,8 (5,9 - 14,)	22	6,4 (4,4 - 10)	48	16,8 (15 - 26,5)
<b>Ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con su pareja ocasional o contacto casual</b>						
Si	226	55,8 (53,3 - 64,5)	218	55,8 (51 - 60,5)	170	52,7 (45 - 60,3)
No	150	44,2 (37,5 - 54,6)	144	44,2 (37,4 - 53,7)	148	47,3 (42,6 - 52,3)
<b>Pareja ocasional o contacto casual vive con VIH contacto casual</b>						
Si	12	1,7 (0,9 - 4)	42	8,6 (6,6 - 12,)	14	4,7 (2,3 - 8,2)
No	277	77,1 (70,1 - 79,2)	249	71 (63,6 - 75,4)	214	69,3 (62,2 - 75,8)
No sabe /No responde	87	21,2 (18,6 - 24,7)	71	20,3 (18,9 - 25,1)	90	26 (23,7 - 33,8)

\*Estimaciones realizadas por RDS

**Tabla 12.** Relaciones con mujeres y mujer estable en HSH, Colombia 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con mujeres</b>						
Si	187	43 (35,9 - 48,6)	160	36,7 (28,4 - 41,9)	240	54,9 (51,9 - 58,9)
No	261	57 (47,6 - 62,1)	279	63,3 (56,5 - 67,4)	174	45,1 (38,5 - 49,4)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Número de mujeres con que ha tenido relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
1 a 4 mujeres	22	8,9 (0,1 - 16,)	37	23,4 (7 - 35,5)	70	37,3 (30,9 - 46,8)
5 mujeres o más	5	2,4 (0 - 4,1)	4	1,3 (0 - 4,1)	14	8,9 (3,4 - 16,)
Ninguna	160	88,7 (84 - 98,5)	119	75,3 (38,8 - 90)	156	53,9 (44,8 - 64,3)
<b>Pareja estable mujer</b>						
Si	4	-	3	-	13	16,7 (9,9 - 21,5)
No	23	-	38	-	71	83,3 (65,7 - 95,4)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

**Tabla 13.** Relación con mujeres ocasionales HSH de Medellín, Bogotá y Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Relaciones sexuales con mujeres de manera ocasional o casual POR MENOS DE 6 MESES</b>						
Si	19	-	19	-		84,7 (62,1 - 92)
No	8	-	22	-		15,3 (8,6 - 43,4)
<b>Uso de condón con pareja mujer ocasional la ÚLTIMA VEZ que tuvo relaciones sexuales</b>						
Si	13	-	15	-	33	65,9 (50,3 - 90,9)
No	6	-	4	-	28	34,1 (4,5 - 33,2)

\*Estimaciones realizadas por RDS. – No es posible calcular el estimador.

### 6.1.3.5 Pago por relaciones sexuales

Con respecto al pago por relaciones sexuales, edad de la primera vez que los HSH dieron dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas, la prevalencia de esta conducta en los 12 meses anteriores a la recolección de datos del estudio, el tipo de servicios sexuales que reciben de las personas a las que les pagan, los lugares donde esto sucede, y el uso del condón en este tipo de relaciones. Es necesario anotar que los HSH que reportaron esta información fue un grupo pequeño y RDSAT no puede realizar las estimaciones.

En Medellín se encontró que el 6,9% manifestó haber dado dinero alguna vez en su vida por relaciones sexuales penetrativas; El 60,2% de los HSH tenían 25 años o más la primera vez que pagó por relaciones sexuales, el restante 39,8% estaban entre 18 a 24 años. Con respecto a los resultados de Bogotá se encontró que el 5,9% manifestó haber dado dinero alguna vez en su vida por relaciones sexuales penetrativas.

En Cali se encontró que el 20,1% manifestó haber dado dinero alguna vez en su vida por relaciones sexuales penetrativas; uno de cada dos HSH pago por tener relaciones sexuales después de tener 25 años o más (Tabla 14).

**Tabla 14.** Pago por relaciones sexuales en HSH en Medellín, Bogotá y Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Alguna vez en su vida ha dado dinero por relaciones sexuales penetrativas</b>						
Si	32	6,9 (3,9 - 9,3)	34	5,9 (4,1 - 7,9)	94	20,1 (17,7 - 22,2)
No	416	93,1 (91,5 - 95,4)	404	94 (89,8 - 95,2)	320	79,9 (76,6 - 83,5)
NS/NR	-	--	1	0,1 (0 - 0,5)	-	--
<b>Edad de la primera vez que dio dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas</b>						
17 años o menos	3	-	-	--	8	5,2 (0 - 2,2)
18 a 24 años	13	39,8 (20 - 67,7)	12	-	22	38,7 (16,7 - 47,8)
25 años o más	16	60,2 (0 - 87,4)	22	-	64	56,1 (49,9 - 89,7)
<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ha dado dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas</b>						
Si	10	24,9 (12,4 - 38,7)	11	-	28	27,8 (3,9 - 34,4)
No	22	75,1 (50 - 78,6)	23	-	66	72,2 (67,6 - 88,9)
<b>Tipo de servicios sexuales que recibe de las personas a las que le paga</b>						
Sexo anal	9	33,9	8	54	19	-
Sexo oral	10	100	6	-	25	54,1
Masturbación	7	43,7	5	-	5	-
Sexo vaginal]	1	51,3	2	-	6	55,8
Charlar o conversar	4	43,9	3	31,2	2	-
Compañía	4	43,9	3	-	1	-
Masajes	4	43,9	3	48,7	4	-
Otro	1	-	1	-	3	-
<b>Número de veces que ha pagado por tener relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
5 veces o menos	4	44,7	11	100-	17	69,3 (20 - 100)
6 veces o más	5	54,5 -	-	--	11	30,7 (0 - 80)
Ninguna	1	0,8 -	-	-	-	--
<b>Personas a las que le ha pagado por tener relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Hombres	9	48,7	9	-	21	
Mujeres	1	51,3	2	-	9	-
Transgénero	2	61,2	-	-	3	-

### 6.1.3.6 Trabajo sexual

A continuación, se presentan las características relacionadas con los HSH que reportaron tener relaciones sexuales a cambio de dinero. En primer lugar, se describen antecedentes del trabajo sexual como la edad de la primera vez en que recibieron dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas, el consentimiento para que ello ocurriera, y el tiempo de dedicación al sexo comercial en ese mismo periodo de tiempo. Adicionalmente, se presentan características del trabajo sexual como fuente principal de ingresos, el tipo de personas con quienes habían tenido estas relaciones, el tipo de

servicios ofrecidos, los lugares donde conseguían a los clientes, los sitios donde se daban las relaciones sexuales, el uso del condón, los motivos para no usarlo, y si habían hablado sobre ITS, VIH o SIDA con los clientes.

## Medellín

Frente a los resultados de la ciudad de Medellín se encontró que el 11,6% de los HSH alguna vez en su vida había recibido dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas. La edad de la primera vez que recibió dinero a cambio de la relación sexual penetrativa fue en un 62,6% entre los 18 y 24 años. En los últimos 12 meses el 32,6% reportó trabajo sexual; el 13,8% se había dedicado algunos días a esta actividad, el 7,0% la mayoría de los días. El 59,8% de los HSH reportó tener menos de tres clientes al mes. Todos los HSH ofrecían sexo anal a sus clientes. El 74,8% refirió el uso del condón con los clientes durante las relaciones sexuales penetrativas.

## Bogotá

En Bogotá los resultados fueron los siguientes: se encontró que el 11,1% de los HSH alguna vez en su vida había recibido dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas. La edad de la primera vez que recibió dinero a cambio de la relación sexual penetrativa fue en un 52,2% entre los 18 y 24 años.

## Cali

Finalmente, con respecto a la ciudad de Cali los resultados fueron los siguientes: se encontró que el 25,9% de los HSH alguna vez en su vida había recibido dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas. La edad de la primera vez que recibió dinero a cambio de la relación sexual penetrativa fue en un 49,7% entre los 18 y 24 años. Los servicios que ofrecían a los clientes fueron principalmente, sexo anal en un 94,8% y sexo oral en un 54,1%.

**Tabla 15.** Trabajo sexual en HSH en Medellín, Bogotá y Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Alguna vez en su vida ha recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas</b>						
Si	61	11,6 (9,3 - 13,2)	69	11,1 (8,1 - 14,3)	114	25,9 (24,2 - 29,6)
No	385	87,4 (81,7 - 89,1)	369	87,5 (84,6 - 93,7)	300	74,1 (70,5 - 80,1)
NS/NR	2	1 (0 - 2,1)	1	1,4 (0 - 2,7)	-	-
<b>Edad de la primera vez que recibió dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas</b>						
17 años o menos	18	-	22	23,5 (15,2 - 68,2)	35	29,3 (25,1 - 49,6)
18 a 24 años	37	62,6 (50,8 - 93,8)	38	52,2 (22,7 - 50)	60	49,7 (32,9 - 56,9)
25 años o más	6	37,4 (8,2 - 40,7)	9	24,3 (1,9 - 100)	19	21 (5,2 - 37,5)

*Continúa*

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Consentimiento la primera vez que recibió dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas</b>						
Si	60	-	68	-	112	96,8 (67,3 - 100)
No	1	-	1	-	2	3,2 (0 - 12,)
<b>En los ÚLTIMOS 12 MESES ha recibido dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas</b>						
Si	21	32,6 (28,7 - 67,1)	26	32,6 (28,7 - 67,1)	54	50,9 (36,7 - 66,5)
No	40	67,4 (50,9 - 82,6)	43	67,4 (50,9 - 82,6)	60	49,1 (40,7 - 68,2)
<b>Tiempo de dedicación al sexo comercial en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Todos los días	-	-	1	-	2	7,4
La mayoría de los días	1	7	2	-	2	14,5
Algunos días	4	13,8 (0 - 79,2)	9	-	14	10,8
Pocos días	6	7,5 (0 - 44,)	11	-	13	23,4
Por temporadas	10	71,8	3	-	23	44
<b>Número de clientes en los ÚLTIMOS 30 DÍAS</b>						
Ninguno	8	32,4	5	-	18	8,6 (0 - 62)
Menos de 3	10	59,8 (0 - 95,7)	7	-	16	42 (23,1 - 45,9)
De 3 a 10	1	7,8 (0 - 60)	5	-	13	27,6 (5,8 - 48,4)
Mas de 10	-	-	2	-	6	21,8 (4,3 - 47,9)
<b>Sexo comercial como fuente principal de ingresos</b>						
Si	2	41,6	5	49,4	11	19,4 (1,6 - 29,8)
No	19	58,4	21	50,6	43	80,6 (76,1 - 100)
<b>Con quién ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero</b>						
Hombre	21	100	26	100	53	94,6 (55,4 - 100)
Mujer	1	-	2	-	8	19,6 (8,2 - 51)
Transgénero (travestis, transformistas, transexuales)	-	-	1	-	3	4 (0 - 8,2)
<b>Tipo de servicios ofrece a los clientes</b>						
Sexo anal	21	100	24	-	50	94,8 (77,2 - 100)
Sexo oral	18	-	23	-	46	54,1
Masturbación (propia o del cliente)	13	-	17	-	26	37,7 (27,9 - 78,3)
Sexo vaginal	1	-	2	-	5	-
Otro	4	-	8	-	10	-
<b>Sitios donde tiene relaciones sexuales con los clientes</b>						
Lugares como salones de masajes, baños turcos, casas de citas, moteles, salas o cabinas de internet o video	13	-	12	17,8 (0 - 29,6)	33	-
Lugares públicos, Carros, centros comerciales, baños públicos, discotecas o bares	-	-	1	4,9 (0 - 28,)	4	-
Espacios privados como la casa, oficina del cliente lugar de fiesta para tener sexo	7	-	11	22,1 (0 - 44,3)	13	-

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Otro	1	-	2	55,1 (21,5 - 75,4)	4	-
<b>Número de HOMBRES que le pagaron por tener relaciones sexuales penetrativas en los ÚLTIMOS 30 DÍAS</b>						
Ninguno	1	-	2	-	2	-
1 a 4 personas	22	90,5	25	100 (73 - 100)	48	63,2 (30,6 - 85,2)
5 a 10 personas	3	-	4	-	10	20 (0 - 69,6)
Más de 10 personas	1	9,5 (0 - 100)	8	-	8	16,9 (0 - 21,2)
<b>Ha hablado sobre ITS, VIH o SIDA con los clientes de los que ha recibido dinero</b>						
Sí, con todos	7	-	9	-	10	11,1 (0 - 45,1)
Sí, con algunos	5	-	2	-	18	47,6 (25,7 - 72)
No, con ninguno	9	-	15	-	26	41,3 (16,9 - 59,7)
<b>Número de hombres nuevos, entre los últimos 10, de los que ha recibido dinero</b>						
Menos de 3	9	-	8	34,9 (0 - 67)	15	37,4 (23,2 - 69,6)
3 o más	6	-	8	65,1 (33 - 100)	25	62,6 (36,9 - 100)
<b>Uso de condón suyo o de su cliente durante relaciones sexuales penetrativas a cambio de dinero en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Siempre	3	74,8 (0 - 68,9)	8	-	20	-
La mayoría de veces	3	25,2 (31,1 - 100)	-	--	5	-
Algunas veces	-	--	3	-	5	-
Nunca	-	--	1	-	4	-

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.4 Acceso y uso de condones y lubricantes

En la siguiente sección se presentan los resultados sobre acceso y uso de condones y lubricantes. Inicialmente se describen las características de acceso al condón como los lugares o las personas que conocen los HSH para obtener condones, el tiempo que tardarían en conseguir un condón masculino en caso de necesitarlo, el número de condones comprados en la última semana, cuanto pagaron por cada condón, el número de condones que recibieron gratis durante los últimos 12 meses, y el sitio o las personas que les suministraron los condones gratis. Posteriormente se muestran las características de uso del condón y algunas actitudes relacionadas, como son el lugar donde guardan los condones, la frecuencia y razones para su uso, y las situaciones en que no utilizan este método de protección. Para finalizar este apartado se encuentran los resultados referentes a los lubricantes y su uso, encontrando información relacionada con los lugares y personas donde los participantes acceden a los lubricantes, el uso y frecuencia de uso de lubricantes, el tipo de sustancias que utilizan y las razones para utilizarlos, es importante mencionar que las respuestas previas del encuestado relacionados con el uso o no del condón puede variar dado que hay participantes que manifestaron que no conocían el condón (Tabla 16 - 17).

## Medellín

El 78,0% ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón, el 98,9% conoce lugares donde puede conseguir o comprar condones; siendo las tiendas, cigarrerías, farmacias, droguerías o supermercados con un 97,0% los primeros lugares referidos, un 2,0% mencionó instituciones de salud como lugar para conseguirlos.

El 49,9% expresó que si conocía personas con quien podía conseguir los condones y de estos el 63,0% menciona que los amigos eran las personas con quienes obtenían condones. El tiempo que tardarían en conseguir un condón masculino en caso de necesitarlo fue de menos de 30 minutos para el 83,0%. El 90,7% no había comprado ningún condón en la última semana.

Un 51,5%, pagó más de 2000 pesos colombianos por un condón; el 34,2% pago entre 1000 y 2000 pesos por cada condón. ¿Frente a la pregunta de las últimas 10 veces que usó condón cuantas veces se le han roto? los participantes de Medellín respondieron 66,7% ninguna vez, hasta tres veces el 30,5% y más de tres veces el 2,8%. El 42,7% recibió gratis hasta 20 condones durante los últimos 12 meses. Los condones provenían en un 43,4% de trabajadores de la salud, seguido de los amigos quienes les suministraron condones gratis en un 28,4% de los casos. El 64,9% tiene los condones guardados principalmente en su lugar de residencia. El 61,3% de los participantes trae consigo condones. Las razones para usarlo fueron para prevenir una ITS y el VIH en un 88,3%, por comodidad, higiene y costumbre 12,5%, para prevenir un embarazo 2,8%, vivo con VIH el 2% y finalmente otra razón el 6,8%. Las situaciones en las que no usan el condón reportadas fueron cuando tienen relaciones sexuales con la pareja estable, confían en la fidelidad de la pareja y tienen sentimientos de afecto, con un 53,9% (Tabla 16).

Los resultados respecto a lubricantes indican que en Medellín el 93,9% de los HSH conoce lugares donde pueden conseguir o comprar lubricantes. El 77,2% conoce tiendas, cigarrerías, farmacias, droguerías, supermercados. El 23,9% conoce con quienes pueden conseguirlos. El 97,2% había oído hablar de lubricantes para tener relaciones sexuales, 90,9% alguna vez los había usado en relaciones penetrativas. Los lubricantes a base de agua fueron utilizados por el 63,1%, seguido de la vaselina, cremas para la piel, geles vaginales, aceite de bebé y cremas para el cuidado del cabello por el 31,6%. La frecuencia de uso de lubricantes en el último año fue de 41,0% algunas veces, seguido del 32,7% la mayoría de las veces y finalmente el 24,9% lo usa siempre. Las razones para usar lubricantes fueron para reducir el dolor 59,3%, por placer y juego sexual 19,9% y el 7,1% reportó utilizarlos para prevenir la ruptura del condón y para tener sexo seguro (Tabla 17).

## Bogotá

El 98,6% de los HSH refirió que sabe dónde comprar condones, siendo las tiendas, cigarrerías, farmacias, droguerías o supermercados con un 88,5% los primeros lugares identificados, solo un 1,4% mencionó instituciones de salud como lugar para conseguirlos.

El 46,1% expresó que si conocía personas con quien podía conseguir los condones. El 57,2% menciona que los amigos eran las personas con quienes obtenían condones. El tiempo que tardarían en conseguir un condón masculino en caso de necesitarlo fue de menos de 30 minutos para el 89,2%. El 91,5% no había comprado ningún condón en la última semana. El 42,5% recibió gratis más de 20 condones durante los últimos 12 meses. Los condones provenían en un 49,2% de otras fuentes, seguido de los amigos quienes les suministraron condones gratis en un 25% de los casos. El 66,4% tiene los condones guardados principalmente en su lugar de residencia. El 92,6% de los HSH trae consigo condones. La frecuencia de uso estuvo en siempre 38,6%, la mayoría de las veces 35,8%, algunas veces 20,1% y nunca 5,5%.

Las razones para usarlo fueron para prevenir una ITS y el VIH en un 95,2%; por comodidad, higiene y costumbre 52,1%, para prevenir un embarazo 4%, vive con VIH el 15,2% y finalmente otra razón el 21,2%. Las situaciones en las que no usan el condón reportadas fueron: relaciones sexuales con la pareja estable, confianza en la fidelidad de la pareja y sentimientos de afecto, con un 56,5% (Tabla 16).

Los resultados respecto a lubricantes indican que en Bogotá el 87,0% de los HSH conoce lugares donde pueden conseguir o comprar lubricantes. El 72,5% conoce tiendas, cigarrerías, farmacias, droguerías, supermercados. El 16,3% conoce con quienes pueden conseguirlos, siendo los amigos la fuente para ello con un 77,9%. El 97,8% había oído hablar de lubricantes para tener relaciones sexuales, 88,8% alguna vez los había usado en relaciones penetrativas. Los lubricantes a base de agua fueron utilizados por el 65,3% de los participantes, seguido de la vaselina, cremas para la piel, geles vaginales, aceite de bebé y cremas para el cuidado del cabello con el 22,9%. La frecuencia de uso de lubricantes en el último año fue de 37,6% la mayoría de las veces, seguido del 31,9% algunas veces y posteriormente el 26,7% siempre. Las razones para usar lubricantes fueron para reducir el dolor 37,3%, el 31,2% reportó utilizarlos para prevenir la ruptura del condón y para tener sexo seguro, por placer y juego sexual el 19,9% (Tabla 17).

## *Cali*

Finalmente en el análisis de uso de condón y lubricantes en los HSH de la ciudad de Cali se obtuvieron los siguientes resultados: el 78,1% de los HSH han oído hablar sobre el condón de los que previamente en la encuesta manifestaron que no habían utilizado el condón, el 99,2% manifestó conocer lugares donde puede conseguir o comprar condones; siendo las tiendas, cigarrerías, farmacias, droguerías o supermercados con un 95,9% los primero lugares referidos, un 2,4% mencionó instituciones de salud como lugar para conseguirlos. El 49,9% expresó que si conocía personas con quien podía conseguir los condones. De quienes refirieron que si conocían personas con quien conseguir condones, el 74,7% menciona a los amigos como estas personas. Frente al tiempo que tardarían en conseguir un condón masculino en caso de necesitarlo, el 87% tardaría menos de 30 minutos. El 86,9% no había comprado ningún condón en

la última semana, el 11,4% de 1 a 5 condones. Un 36,3%, pagó más de 2000 pesos colombianos por un condón; el 45,4% pago entre 100 y 2000 pesos por cada condón.

El 71,2% recibió condones gratis durante los últimos 12 meses. Los condones provenían en un 39,3% de otras fuentes, seguido de los amigos quienes les suministraron condones gratis en un 37% de los casos. El 44,5% tiene los condones guardados principalmente en su lugar de residencia. El 82,6% de los participantes trae consigo condones. La frecuencia de uso estuvo en siempre 36,2%, la mayoría de las veces 30,1%, algunas veces 22,3% y nunca 11,4%. Las razones para usarlo fueron para prevenir una ITS y el VIH en un 85,5%, por comodidad, higiene y costumbre 12,2%, para prevenir un embarazo 2,1%, vivo con VIH el 4,9% y finalmente otra razón el 17,6%. Las situaciones en las que no usan el condón reportadas fueron cuando tienen relaciones sexuales con la pareja estable, confían en la fidelidad de la pareja y tienen sentimientos de afecto, con un 52,1% (Tabla 16)

Los resultados respecto a lubricantes indican que el 93,9% de los HSH conoce lugares donde pueden conseguir o comprar lubricantes. El 91,5% conoce tiendas, cigarrerías, farmacias, droguerías, supermercados y tiendas. El 20,7% conoce con quienes pueden conseguirlos, siendo los amigos la fuente para ello con un 93%. El 91,8% había oído hablar de lubricantes para tener relaciones sexuales, 85,9% alguna vez los había usado en relaciones penetrativas. Los lubricantes a base de agua fueron utilizados por el 64% de los participantes, seguido de la vaselina, cremas para la piel, geles vaginales, aceite de bebé y cremas para el cuidado del cabello con el 24,3%. La frecuencia de uso de lubricantes en el último año fue de 47,1% algunas veces, seguido del 27,1% siempre y posteriormente el 23,2% la mayoría de las veces. Las razones para usar lubricantes fueron para reducir el dolor 54,2%, seguido del 21,2% reportó utilizarlos por otras razones, por placer y juego sexual el 12,9% y finalmente el 11,7% para prevenir la ruptura del condón y para tener sexo seguro (Tabla 17).

**Tabla 16.** Acceso, actitudes y uso del condón en HSH en Medellín, Bogotá, Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Ha oído hablar sobre el condón</b>						
Si	57	-	43	100	57	78,1
No	1	-	-	-	1	21,9
<b>Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón</b>						
Si	54	78 (70,1 - 100)	40	-	49	-
No	3	22 (0 - 47,6)	3	-	8	-
<b>Uso alguna vez escucho del condón masculino al tener relaciones sexuales</b>						
Si	50	74,1 (40,6 - 92,1)	36	-	41	-
No	4	25,9 (0,4 - 58,7)	4	-	8	-

*Continúa*

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Conoce lugar donde pueda conseguir o comprar condones</b>						
Si	446	98,9 (97,5 - 100)	436	98,6 (97,7 - 99,9)	412	99,2 (98,7 - 100)
No	1	1,1 (0 - 2)	3	1,4 (0,1 - 3,8)	1	0,8 (0 - 3)
<b>Lugares que conoce para conseguir o comprar condones</b>						
Tienda/cigarrería/Farmacia/Supermercado	433	97 (93,8 - 97,8)	376	88,5 (87,1 - 92,3)	393	95,9 (94,2 - 97)
Instituciones de Salud	9	2 (2,3 - 4)	6	1,4 (0,9 - 2,1)	13	2,4 (1,8 - 2,9)
Lugares de encuentro como discotecas, cabinas, bares, saunas, moteles	-	-	1	0,1 (0 - 0,4)	2	0,6 (0 - 1,6)
Organizaciones no gubernamentales	-	-	15	1,7 (0,5 - 3,7)	2	0,5 (0 - 1,6)
Otro	4	0,9 (0,1 - 2,5)	38	8,3 (4,4 - 12,)	2	0,6 (0,2 - 1,9)
<b>Conoce persona(s) con quien(es) conseguir condones</b>						
Si	226	49,9 (41,6 - 54,8)	245	46,1 (41,8 - 52,4)	229	49,9 (45,1 - 57,3)
No	221	50,1 (43,9 - 55,5)	194	53,9 (50,2 - 59,5)	184	50,1 (45,4 - 55,8)
<b>Personas que conoce para conseguir condones</b>						
Trabajador de la salud	36	15,4 (12,4 - 23,4)	35	16,4 (11,4 - 21,8)	36	13,5 (6,8 - 19,3)
Amigos	144	63 (47,1 - 65,3)	149	57,2 (44,7 - 70,7)	159	74,7 (73,5 - 81,3)
Familia	34	17,1 (10,2 - 20,2)	6	4,7 (0 - 11,)	11	4,4 (1,8 - 6,1)
Otros	11	4,5 (1 - 8,4)	54	21,7 (13,1 - 34,7)	23	7,4 (6,5 - 16,)
<b>Tiempo que tardaría en conseguir un condón masculino en caso de necesitarlo</b>						
Menos de 30 minutos	389	83 (78,9 - 86,6)	395	89,2 (86,9 - 91,2)	353	87 (84,1 - 89,3)
De 30 minutos a 1 hora	43	11,6 (10 - 14)	26	5,7 (4,7 - 6)	39	8,7 (6,3 - 10,)
Más de una hora	12	2,5 (0,3 - 3,1)	12	2,4 (1,2 - 3,5)	18	3,8 (1,5 - 5,2)
NS/NR	2	3 (0 - 5,9)	6	2,6 (0,2 - 5,4)	2	0,4 (0 - 1,2)
<b>Número de condones comprados en la ÚLTIMA SEMANA</b>						
Ninguno	406	90,7 (88,7 - 92,8)	408	91,5 (87,1 - 96)	362	86,9 (84,5 - 91,7)
1 a 5	37	8,4 (6,8 - 10,)	26	7 (4,2 - 11,)	44	11,4 (9,9 - 16,7)
Más de 5	5	0,9 (0,2 - 1,3)	5	1,5 (0,3 - 3,1)	8	1,7 (0,6 - 2,9)
<b>Cuánto pagó por cada condón</b>						
Nada	50	14,3 (9,2 - 17,9)	85	18,8 (16 - 21)	68	18,3 (12,9 - 22,5)
Entre COP 100 y 2000	161	34,2 (29,3 - 36,1)	139	32,5 (27,8 - 37)	199	45,4 (41 - 49,4)
Más de COP 2000	237	51,5 (48,1 - 58,6)	215	48,7 (45,5 - 56,6)	147	36,3 (31,5 - 37,6)
<b>Lugar donde compró condones en la ÚLTIMA SEMANA</b>						
Tienda/cigarrería/Farmacia/Supermercado	380	83,6 (75,1 - 88,3)	337	77,5 (73,7 - 82,8)	334	80,8 (76,7 - 84,2)
Instituciones de salud	8	1,2 (0,4 - 1,6)	8	2 (0,2 - 6,1)	2	0,7 (0 - 1,2)
Lugares de encuentro como discotecas, cabinas, bares, saunas, moteles	7	2 (0,6 - 4,5)	3	0,4 (0 - 0,8)	18	4,1 (1,8 - 6,5)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Organizaciones no gubernamentales	-	-	10	1,9 (0,6 - 2,9)	-	-
Otros	52	13,1 (9,8 - 16,6)	81	18,1 (11,8 - 21,8)	59	14,4 (10,5 - 16,3)
<b>De las últimas 10 veces que uso condones: Veces que se han roto los condones</b>						
Ninguna	309	66,7 (61,1 - 75,5)	151	49 (44,9 - 59,4)	246	62,4 (61,5 - 67,2)
De 1 a 3 veces	118	30,5 (20,1 - 36)	157	43,4 (35,9 - 49,5)	113	27,5 (21,3 - 33,7)
Mas de 3 veces	19	2,8 (1,6 - 3,5)	33	7,6 (3,4 - 10,)	48	10,2 (6,8 - 11,2)
<b>De las últimas 10 veces que uso condones: Veces que se han desacomodado, corrido o movido</b>						
Ninguna	262	62,5 (56,6 - 67,3)	149	42 (34,6 - 50,6)	240	59,4 (51,3 - 65,7)
De 1 a 3 veces	92	18,8 (15,9 - 21,3)	110	33,8 (29,9 - 38,3)	90	23,1 (17,5 - 26,3)
Mas de 3 veces	91	18,8 (16,7 - 26)	75	24,2 (18,2 - 32,8)	75	17,4 (15 - 19)
<b>De las últimas 10 veces que uso condones: Veces que se han zafado o salido</b>						
Ninguna	349	79,8 (77,5 - 84,7)	212	62,9 (54,4 - 67,1)	282	71 (65,9 - 77,6)
De 1 a 3 veces	82	17,9 (12,2 - 22,1)	86	30,3 (19,9 - 31,5)	93	23,4 (18,2 - 28,2)
Mas de 3 veces	15	2,3 (1,5 - 4,1)	28	6,8 (3,6 - 8,8)	28	5,6 (2,7 - 8,3)
<b>De las veces que uso condones en los ÚLTIMOS 12 MESES: Veces que ha roto el condón intencionalmente</b>						
Ninguna	442	99,8 (99,6 - 100)	274	95,3 (92,2 - 99)	401	98,4 (97,1 - 99,4)
De 1 a 3 veces	5	0,2 (0,1 - 0,6)	12	4,7 (2,2 - 7,9)	12	1,6 (0,5 - 3,1)
Mas de 3 veces	-	-	1	-	-	-
<b>De las veces que uso condones en los ÚLTIMOS 12 MESES: Veces que se ha fingido el uso del condón</b>						
Ninguna	437	98,2 (96,2 - 99)	278	96 (90 - 98)	388	94,5 (91,1 - 96,9)
De 1 a 3 veces	7	1,6 (0,6 - 2,2)	9	3,6 (1,3 - 7,5)	21	4,3 (3,2 - 6,4)
Mas de 3 veces	2	0,2 (0 - 0,7)	2	0,4 (0 - 0,8)	5	1,2 (0,4 - 2)
<b>Condones que recibió gratis durante los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
1 a 20 condones	183	42,7 (38,3 - 45,5)	150	41,7 (35,8 - 47,2)	153	42,6 (36,3 - 45,7)
Más de 20 condones	87	15,5 (11,6 - 21,5)	211	42,5 (39,9 - 47,7)	147	28,6 (24,5 - 32,9)
No recibió condones gratis	156	41,8 (38,5 - 47,6)	53	15,8 (10,3 - 18,8)	104	28,8 (21,2 - 35,7)
<b>Sitio o quien le suministró gratis los condones</b>						
Trabajador de salud	121	43,4 (33,1 - 48,6)	71	21,7 (16,6 - 26,1)	129	39,3 (28,1 - 42,5)
Amigos	70	28,4 (21,4 - 43,6)	90	25 (21,3 - 28,5)	95	37 (32,8 - 45,5)
Familia	19	5,8 (1,3 - 6,4)	8	4,1 (2 - 7,3)	11	3,6 (2,4 - 7,8)
Otros	64	22,3 (18,6 - 28,4)	192	49,2 (40,2 - 50)	65	20,1 (15 - 24)
<b>Dónde guarda los condones principalmente</b>						
Los trae consigo (bolsillos de la ropa, billetera, maleta o mochila)	159	32,6 (29 - 34,9)	155	29,9 (27,3 - 32,1)	186	45,1 (42,2 - 49,1)
En el lugar de residencia	273	64,9 (62,8 - 69,4)	269	66,4 (60,9 - 71)	187	44,5 (36 - 50)
Nunca guarda condones	7	2,1 (0,5 - 4,1)	10	2,7 (1,7 - 4,7)	10	2,5 (1,9 - 6,1)
Otro	7	0,4 (0 - 0,8)	5	1 (0,2 - 1,7)	25	8 (5,1 - 10,)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Condomes vistos por el encuestador al momento de la encuesta</b>						
Ninguno	23	38,7 (7 - 55,8)	9	7,4 (1,9 - 15,)	23	17,4 (8,3 - 28,3)
1 o más	78	61,3 (40,7 - 74,2)	143	92,6 (85,6 - 98,3)	99	82,6 (58,2 - 96,9)
<b>Frecuencia de uso de condones cuando tiene relaciones sexuales</b>						
Siempre	157	33,3 (30,1 - 38,3)	172	38,6 (29,7 - 43,6)	152	36,2 (32 - 42,6)
La mayoría de las veces	163	39,2 (34,3 - 43,4)	164	35,8 (30,8 - 41,1)	127	30,1 (26,9 - 36,5)
Algunas veces	96	21,5 (18,6 - 23)	90	20,1 (12,2 - 22,6)	95	22,3 (20,4 - 29,9)
Nunca	31	6 (3,2 - 8)	13	5,5 (2,5 - 7,5)	39	11,4 (6 - 12,1)
<b>Razones para uso del condón</b>						
Para prevenir una ITS	359	88,3 (82,9 - 91)	404	95,2 (92,3 - 96,2)	325	85,5 (83,8 - 89,7)
Comodidad/Costumbre/Higiene	51	12,5 (7,8 - 16,2)	231	52,1 (49,5 - 57,1)	43	12,2 (7,6 - 14,5)
Para prevenir un embarazo	8	2,8 (0,4 - 4,9)	13	4 (0,5 - 5,1)	9	2,1 (1 - 3,5)
Vivo con el VIH	11	2 (0,5 - 5)	76	15,2 (10,9 - 16,9)	21	4,9 (2,2 - 7)
Otro	29	6,8 (5,3 - 9,8)	85	21,2 (15,9 - 26,8)	57	17,6 (11,6 - 21,1)
<b>Situaciones en las que NO usa condón</b>						
Cuando usted o su pareja han estado bajo los efectos el alcohol o drogas	71	18,2 (14,2 - 21,9)	75	13,8 (9,8 - 18,9)	41	8,3 (6,7 - 11,)
Cuando tiene relaciones sexuales con pareja estable / Confía en la fidelidad de la pareja / Tiene sentimientos de afecto	255	53,9 (50 - 58,4)	244	56,5 (52 - 59,3)	207	52,1 (46,5 - 56,3)
Cuando tiene relaciones sexuales con parejas ocasionales / Le pagan o paga por relaciones sexuales	23	5,7 (4,2 - 8,1)	45	11,6 (6,1 - 14,2)	25	6,1 (3,6 - 9,8)
Otros	171	36,5 (35,2 - 39,9)	239	56,3 (50,4 - 59,8)	178	41 (39 - 44,2)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

**Tabla 17.** Acceso, actitudes y uso de lubricantes en HSH de tres ciudades de Colombia. 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Conocimiento de lugares para conseguir o comprar lubricantes</b>						
Si	394	93,9 (93,1 - 97,9)	349	87 (84,5 - 90,5)	311	93,9 (90,2 - 95,5)
No	17	6,1 (2,7 - 8,3)	43	13 (8,8 - 20,2)	21	6,1 (3,4 - 7,8)
<b>Lugares que conoce para conseguir o comprar lubricantes</b>						
Tienda/Cigarrería/Farmacia/Supermercado	307	77,2 (72,2 - 81,4)	214	72,5 (67 - 79,9)	277	91,5 (87,4 - 93,4)
Institución de salud	-	-	1	0,6 (0 - 2,8)	-	-
Lugares de encuentro como discotecas, cabinas, bares, saunas, moteles	-	-	4	1,1 (0,6 - 2,4)	3	1,3 (0,4 - 5,4)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Organizaciones no gubernamentales	-	-	5	1,1 (0,5 - 2,5)	-	-
Otros	78	22,8 (20,4 - 24,7)	107	24,8 (19,9 - 28,7)	30	7,2 (3,8 - 15,)
<b>Conoce personas con quien pueda conseguir lubricantes</b>						
Si	113	23,9 (22,6 - 27,8)	103	16,3 (12,4 - 19,4)	85	20,7 (18 - 24,4)
No	298	76,1 (73 - 80,3)	289	83,7 (77,8 - 87,8)	247	79,3 (75,5 - 84)
<b>Personas que conoce para conseguir lubricantes</b>						
Trabajador de salud	3	-	9	9,7 (0,6 - 7,6)	5	2,7 (0 - 1,8)
Amigos	90	-	80	77,9 (77,3 - 92,9)	71	93 (85,3 - 98,3)
Familia	10	-	1	-	3	2,9 (0 - 11,)
Otros	10	-	13	12,3 (11,1 - 16,6)	6	1,4 (0 - 2,3)
<b>Ha oído hablar de lubricantes para tener relaciones sexuales</b>						
Si	441	97,2 (95,2 - 98,3)	430	97,8 (95,7 - 99,5)	382	91,8 (90 - 93,8)
No	7	2,8 (1,3 - 5)	9	2,2 (0,9 - 3,1)	32	8,2 (6,1 - 13)
<b>Alguna vez ha usado lubricantes para tener relaciones sexuales penetrativas</b>						
Si	411	90,9 (88,3 - 93,2)	392	88,8 (83,8 - 92,7)	332	85,9 (80,1 - 90,7)
No	30	9,1 (5,8 - 10,)	38	11,2 (6,9 - 13)	50	14,1 (10,2 - 18,7)
<b>Sustancia que usa como lubricante</b>						
Lubricantes a base de agua	261	63,1 (60,2 - 69,6)	250	65,3 (59 - 70,2)	205	64 (56,6 - 71,2)
Vaselina/Cremas para la piel/Gel vaginal/Aceite de bebé/Cremas para el cuidado del cabello	127	31,6 (25,6 - 37,6)	81	22,9 (20,3 - 29,1)	93	24,3 (21,2 - 26,3)
Mantequilla, aceite de cocina, miel	1	0,1 (0 - 0,5)	1	0,4 (0 - 1,9)	-	-
Otros	22	5,2 (2,1 - 7,2)	60	11,5 (8,9 - 15,6)	34	11,6 (8,8 - 16,4)
<b>Frecuencia de uso de lubricantes en relaciones sexuales en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Siempre	105	24,9 (22,6 - 28,5)	110	26,7 (21,7 - 32,9)	105	27,1 (22,5 - 31,2)
La mayoría de las veces	136	32,7 (28,1 - 35,7)	148	37,6 (31,6 - 47,7)	79	23,2 (14,5 - 26)
Algunas veces	160	41 (38,1 - 52,3)	121	31,9 (27,4 - 35,9)	140	47,1 (46 - 53)
Nunca	10	1,3 (0,7 - 2,5)	13	3,7 (1,7 - 6)	8	2,6 (1,2 - 4)
<b>Razones para uso de lubricantes</b>						
Reduce el dolor	232	59,3 (48,1 - 70,6)	158	37,3 (30,9 - 43,1)	178	54,2 (47,8 - 57,8)
Por placer / juego sexual	87	19,9 (16,2 - 24,4)	73	19,5 (15,2 - 21,9)	37	12,9 (10 - 17,2)
Para prevenir la ruptura del condón/ sexo seguro	33	7,1 (4,6 - 10,)	109	31,2 (23,1 - 32,7)	43	11,7 (9,1 - 17,5)
Otro	49	13,8 (11,6 - 18,6)	39	11,9 (10,6 - 20)	66	21,2 (17,2 - 26,9)
<b>Razones para NO uso de lubricantes</b>						
A la pareja no le gusta/ Al participante no le gusta	15	-	13	46,9 (39,2 - 81,9)	8	30,5 (19,7 - 69,5)
Problemas de acceso (Caros difíciles de conseguir)	2	-	12	53,1 (30,3 - 62,2)	17	28,3 (12,1 - 50,3)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Porque el condón ya tiene/ no es necesario	11	7,2	15	-	17	25,5 (3,9 - 54,8)
Otros	12	92,7	11	-	16	15,7 (0,2 - 0,8)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.5 Conocimientos sobre el VIH/SIDA

En este apartado se presentan los conocimientos reportados por los participantes del estudio sobre el VIH/SIDA. Inicialmente se describen si los HSH han oído hablar del VIH/SIDA, las fuentes de información que han tenido, si conocen a personas con el diagnóstico del VIH o que hayan muerto a causa del SIDA, el número de personas que conocen que viven con el virus, la participación en actividades de información o educación sobre el VIH/SIDA, y las entidades que se las han brindado. En la segunda parte, se muestran los hallazgos en cuanto a conocimientos específicos relacionados con la prevención y con la transmisión del virus.

### Medellín

El 98,3% de los HSH indicó que había oído hablar del VIH/SIDA; 72% ha escuchado a través de establecimientos educativos, el 62,6% a través de instituciones de salud, el 59,9% a través de amigos, el 43,9% a través de televisión, radio o prensa. El 55,2% manifestó que conocía a alguien que tuviera el VIH o que hubiera muerto a causa del SIDA; un 59,9% reportó que tenía amigos cercanos con el virus o ya fallecidos; 9,6% conocía hasta tres personas con VIH. Sobre la participación en actividades de información o educación sobre VIH/SIDA en los últimos 12 meses, se encontró que el 67,0% no lo había hecho, y solo el 33,0% sí había participado. De quienes si habían participado el 40,5% lo había hecho principalmente en actividades ejecutadas por ONG, un 36,4% había participado en actividades conducidas por hospitales o centros de salud. En cuanto a los conocimientos sobre la prevención del VIH, el 89,9% de los participantes piensa que 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 y el 68,9% teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales (Tabla 18).

Con referencia a los conocimientos sobre la transmisión del VIH en Medellín nueve de cada diez HSH, sabe que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH (93,3%). Sin embargo, todavía persisten conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH como que el VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo (16,6%) y el 4% piensa que puede transmitirse por compartir una comida con alguien que está infectado/a.

## Bogotá

En la ciudad de Bogotá, todos los HSH en la ciudad han oído hablar del VIH/SIDA; 69,8% ha escuchado a través de instituciones de salud, el 58,9% a través de los amigos, el 53,8% a través de establecimientos educativos, el 33,4% a través de televisión, radio o prensa. El 71,8% manifestó que conoce a alguien que tuviera el VIH o que hubiera muerto a causa del SIDA; un 87,2% reportó que tenía amigos cercanos con el virus o ya fallecidos; 24,8% de los participantes conocía hasta tres personas con VIH.

Sobre la participación en actividades de información o educación sobre VIH/SIDA en los últimos 12 meses, se encontró que el 33,3% había participado, de este porcentaje, el 52,9% lo había hecho principalmente en actividades ejecutadas por una ONG, un 35,5% había participado en actividades conducidas por hospitales o centros de salud.

En cuanto a los conocimientos sobre la prevención del VIH, el 89,6% de los participantes piensa que 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 y el 54,9% teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales.

Nueve de cada diez HSH sabe que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH. Sin embargo, todavía persisten conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH como, un 10% piensa que el VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo y un 2% que puede transmitirse por compartir una comida con alguien que está infectado/a (Tabla 18).

## Cali

Para la ciudad de Cali se encontró que el 99,4% de los HSH en la ciudad indicó que había oído hablar del VIH/SIDA; 67,8% ha escuchado a través de instituciones de salud, el 57,9% a través de los amigos, el 55,9% a través de establecimientos educativos, el 51,1% a través de televisión, radio o prensa. El 69,6% manifestó que conocía a alguien que tuviera el VIH o que hubiera muerto a causa del SIDA; un 59,6% reportó que tenía amigos cercanos con el virus o ya fallecidos; 16,8% de los participantes conocía hasta tres personas con VIH.

Sobre la participación en actividades de información o educación sobre VIH/SIDA en los últimos 12 meses, se encontró que el 69,7% no lo había hecho. De quienes si habían participado el 61,9% lo había hecho principalmente en actividades ejecutadas por ONG, un 33,3% había participado en actividades conducidas por hospitales o centros de salud.

En cuanto a los conocimientos sobre la prevención del VIH, el 94,6% de los participantes piensa que 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 y el 77,3% teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus.

Con respecto a los conocimientos sobre la transmisión del VIH entre los participantes de Cali nueve de cada diez HSH sabe que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH (95,9%). Sin embargo, todavía persisten conocimientos inadecuados sobre la transmisión del VIH como, un 17% piensa que el VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo y un 10,2% que puede transmitirse por compartir una comida con alguien que está infectado/a (Tabla 18).

**Tabla 18.** Conocimientos sobre el VIH en HSH en Medellín, Bogotá y Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Ha oído hablar sobre el VIH o SIDA</b>						
Si	442	98,3 (97,2 - 99,3)	439	100	412	99,4 (98,6 - 100)
No	6	1,7 (0,1 - 3,4)	-	--	2	0,6 (0 - 1,2)
<b>Fuente de información sobre VIH, SIDA O ITS</b>						
Televisión, radio o prensa	187	43,9 (38,7 - 47,6)	145	33,4 (29,5 - 38,5)	197	51,1 (43,9 - 53,2)
Instituciones de salud	293	62,6 (55,7 - 66,8)	304	69,8 (65 - 75,6)	289	67,8 (63,2 - 73,2)
Establecimiento educativo	329	72 (66,6 - 76,8)	240	53,8 (49,3 - 60,8)	204	55,9 (49,6 - 67,2)
Familia	131	28,8 (25 - 31,5)	56	15,1 (9,1 - 17,1)	102	26,7 (21,2 - 33)
Amigos	265	59,9 (53,8 - 64)	277	58,9 (51,2 - 63,3)	249	57,9 (54,3 - 59,1)
Compañeros de trabajo	81	18 (15,9 - 20,6)	90	17,4 (15,3 - 20,9)	112	27,2 (24 - 31,3)
Organización no gubernamental	136	29,1 (25,6 - 36,3)	193	37,6 (29,5 - 44,3)	177	42,2 (36 - 45,7)
Liga de lucha contra el SIDA	55	11,9 (9,3 - 14,9)	140	25,4 (21,1 - 32,1)	27	5,4 (3,7 - 8,1)
Campañas promovidas por alguna entidad	239	54,1 (51,1 - 60,4)	218	45,8 (39 - 51,9)	230	53,8 (52 - 56,6)
Otro	135	6,8 (3,7 - 8,9)	132	21,2 (17,3 - 26,5)	138	17,6 (13,6 - 20,2)
<b>Conoce a alguien que tenga el VIH o que haya muerto de SIDA</b>						
Si	273	55,2 (50,6 - 62,6)	345	71,8 (68,3 - 77,4)	307	69,6 (64,1 - 75,2)
No	169	44,8 (40,4 - 50,2)	94	28,2 (23,2 - 33)	105	30,4 (25,7 - 34,6)
<b>Familiar o amigo cercano que tenga el VIH o que haya muerto de SIDA</b>						
Sí, un familiar	35	16,5 (7,6 - 25,4)	35	7,8 (5 - 12,)	42	18,4 (14,4 - 24,5)
Sí, un amigo cercano	150	59,9 (51,2 - 69)	292	87,2 (79,7 - 89,6)	200	59,6 (54,9 - 69,9)
No, nadie cercano	90	28 (20,2 - 34,5)	98	28,1 (21,1 - 32,7)	50	14,2 (9,6 - 19,2)
<b>Número de personas que conoce que viven con VIH</b>						
Ninguna	184	50,1 (47,9 - 56,1)	100	31,2 (27,1 - 37,7)	144	42,8 (41,8 - 48,1)
Entre 1 y 3 personas	182	40,3 (33,7 - 42,8)	164	44 (38 - 48,9)	166	40,3 (34,9 - 41,9)
Más de 3 personas	64	9,6 (7,3 - 11,)	171	24,8 (21,4 - 31,9)	99	16,8 (14,8 - 21,4)
<b>Participación en actividades de información o educación sobre VIH/SIDA en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	167	33 (24,7 - 34,2)	184	33,3 (30,4 - 36,8)	147	30,3 (26 - 34)
No	275	67 (61,8 - 72,4)	255	66,7 (63,6 - 71,7)	265	69,7 (62,3 - 72,8)
<b>Entidades que le han brindado actividades de información o educación en VIH/SIDA</b>						
Hospital / Centro de salud	69	36,4 (23,6 - 50,6)	76	35,5 (36,3 - 53,4)	68	33,3 (21,2 - 40,9)

*Continúa*

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Clínica / Medicina prepagada	4	1,1 (0 - 3,1)	13	7,7 (7,6 - 21,)	12	8,7 (3,6 - 14,)
Organizaciones (NO gubernamentales o fundaciones)	66	40,5 (39,5 - 56,6)	105	52,9 (35,2 - 66,2)	80	61,9 (54,8 - 78,2)
Iglesias	1	-	1	1,9 (0 - 4,9)	-	-
Otros grupos	17	8,3 (10 - 21,)	30	29 (15,5 - 36,4)	21	11,5 (3,1 - 13,7)
Alcaldía o Secretarías	40	24 (16,4 - 42,9)	44	23,2 (22,7 - 34,8)	27	24 (11,7 - 36,9)
Lugar donde trabaja o trabajó	11	8,1 (4,7 - 18,)	14	9 (3,6 - 22,)	16	4,1 (0 - 15)
Otro	59	0,6 (0 - 1,1)	38	-	28	-

#### El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales

Si	403	89,9 (87,3 - 93,5)	400	89,6 (87,2 - 93,9)	388	94,6 (91,3 - 95,8)
No	35	8,4 (5,3 - 11,)	36	9,5 (5,8 - 12,)	21	5,1 (3,5 - 8,4)
NS/NR	4	1,6 (0 - 3,7)	3	1 (0 - 1,7)	3	0,2 (0 - 0,6)

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

Si	310	68,9 (66 - 72,1)	245	54,9 (48,7 - 60,4)	319	77,3 (73,7 - 83,6)
No	126	29,1 (24,1 - 33,4)	189	43,2 (34,2 - 50,7)	89	22 (18,1 - 26,7)
NS/NR	6	2 (0 - 3,4)	5	1,9 (0 - 4)	4	0,8 (0 - 1,3)

#### El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo

Si	74	16,6 (12,9 - 20)	39	10 (6,8 - 14,2)	64	17 (13,5 - 21,2)
No	321	71,7 (64,7 - 74,7)	363	78,5 (72,7 - 83,5)	300	71,1 (66,5 - 74,1)
NS/NR	47	11,7 (8,9 - 14,6)	37	11,5 (9,4 - 16,1)	48	11,8 (8,3 - 14,2)

#### El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a

Si	21	4 (1,3 - 6,8)	8	2 (0,8 - 2,6)	32	10,2 (7,1 - 16,7)
No	400	96 (94,2 - 98,2)	422	98 (97 - 99,7)	362	89,8 (84,4 - 93,8)
Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH						
Si	414	93,3 (91,2 - 95,3)	412	94,5 (90,1 - 97,3)	380	95,9 (92,6 - 97,8)
No	24	6,7 (4,1 - 7,6)	24	5,5 (3,2 - 7,6)	20	4,1 (2,5 - 5,8)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## Conocimientos, opiniones y actitudes hacia las pruebas de detección del VIH

A continuación, se presentan los resultados con respecto a los conocimientos, opiniones y actitudes hacia las pruebas de detección del VIH. Se describe la prevalencia de uso de la prueba para el VIH en los últimos 12 meses, los motivos para su realización, si se presentó la consejería la última vez que se hicieron la prueba, la percepción de competencia que tenía la persona que brindó tal consejería, si se conoció el resultado y cuál fue ese resultado, así mismo se preguntó el lugar donde se realizó la prueba. Adicionalmente, se presentan hallazgos referentes a la percepción de vulnerabilidad o

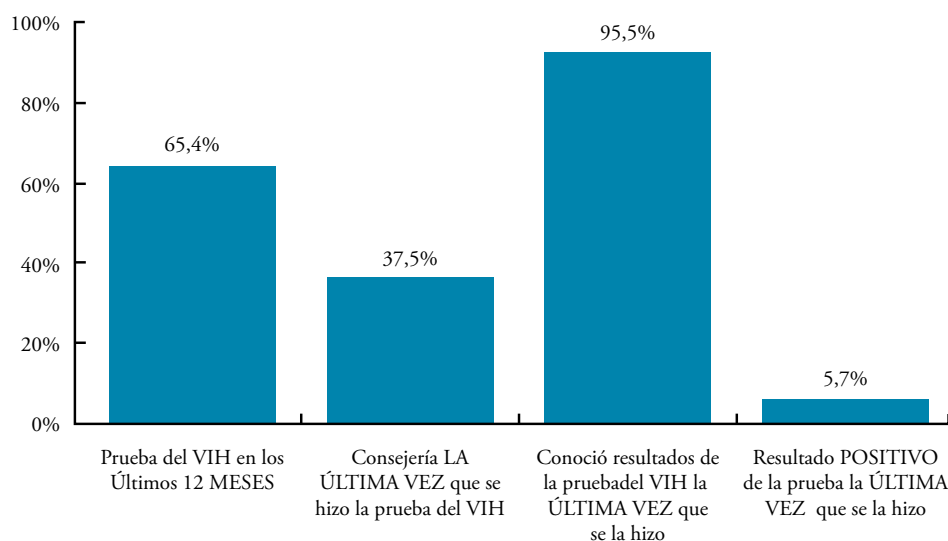
percepción de riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse, la valoración del grado de vulnerabilidad, y si saben a dónde dirigirse en caso de requerir una prueba del VIH.

## Medellín

El 65,4% de los HSH se realizó una prueba de VIH en el último año, de este porcentaje el 61,7% refirió que no le hicieron consejería la última vez que se hizo la prueba, el 95,5% conoció su resultado la última vez que se hizo esta prueba, y un 5,7% refirió que el resultado fue positivo (Figura 4).

El 80,3% de los HSH refirieron que se hicieron la prueba de VIH por su propia iniciativa y percepción de riesgo (tuvieron sexo desprotegido/pareja con VIH) el 1,1% lo hicieron por solicitud de trabajo o por razones normativas; el 4,6% se la realizaron por donación de sangre-en alguna campaña-en un estudio y el 14,4% la solicitó el personal de salud o tenía síntomas de ITS.

Con respecto a quienes reconocieron vivir con el virus, se les preguntó si recibían atención integral en instituciones de salud para manejo del VIH, el 69,9% refirieron que sí. Respecto a los lugares donde se realizaron la prueba, el 67,5% se la hizo en un centro de salud, hospital o clínica, el 18,4% ser la realizó a través de una organización o en una campaña, el 14,3% en un laboratorio clínico particular, y el 1,6% fue en un banco de sangre. El 52,6% tiene una percepción de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse; 50,9% valora el grado de vulnerabilidad en medio, seguido del 28,9% bajo, y finalmente el 15,5% se percibe como en riesgo alto. El 88,6% de los HSH en la ciudad saben a dónde dirigirse para realizarse la prueba para el VIH (Tabla 19).



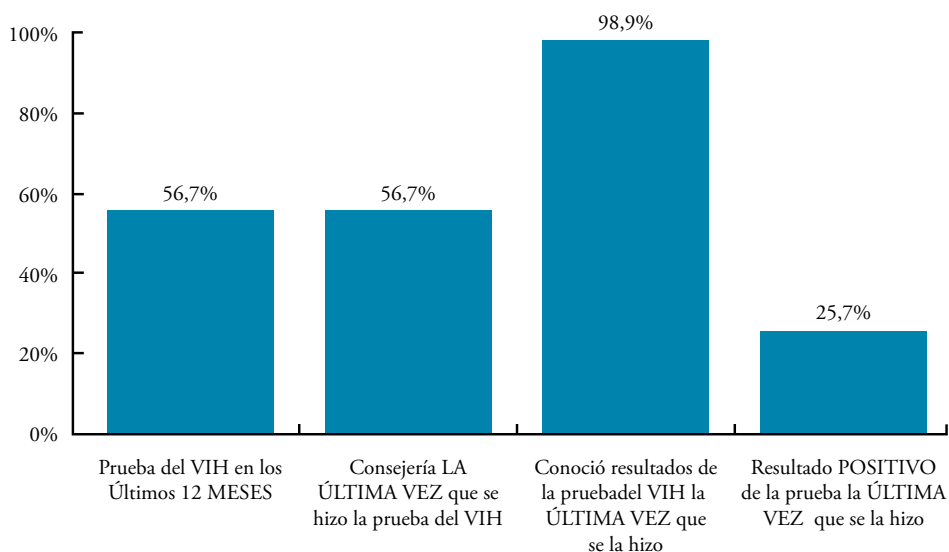
**Figura 4.** Acceso a prueba de VIH en el último año/consejería/conocimiento resultados y Resultado. Medellín 2019

## Bogotá

En la ciudad de Bogotá el 56,7% de los HSH se había realizado una prueba de VIH en el último año, el 43,3% refirió que no le hicieron consejería la última vez que se hizo la prueba. El 98,9% conoció su resultado la última vez que se hizo esta prueba, y el 25,7% refirió que el resultado fue positivo (Figura 5)

Frente al tema de los motivos para hacerse la prueba el 81,4% refirió que lo hizo por su propia iniciativa y percepción de riesgo (tuvieron sexo desprotegido/pareja con VIH), el 1,7% se la realizaron por donación de sangre-en alguna campaña-en un estudio y el 16,9% la solicitó el personal de salud o tenía síntomas de ITS. Frente a quienes reconocieron vivir con el virus, se les preguntó si recibían atención integral en instituciones de salud para manejo del VIH, el 94,6% refirieron que sí. Respecto a los lugares donde se realizaron la prueba, el 64,7% se la hizo en un centro de salud, hospital o clínica, el 28,6% ser la realizó a través de una organización o en una campaña, y el 6,6% en un laboratorio clínico particular.

El 59,6% tiene percepción de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse; 52,8% valora el grado de vulnerabilidad en medio, seguido del 28,2% bajo, y finalmente el 18,5% se percibe como en riesgo alto. El 86% de los HSH en la ciudad saben a dónde dirigirse si desean realizarse la prueba para el VIH (Tabla 19).

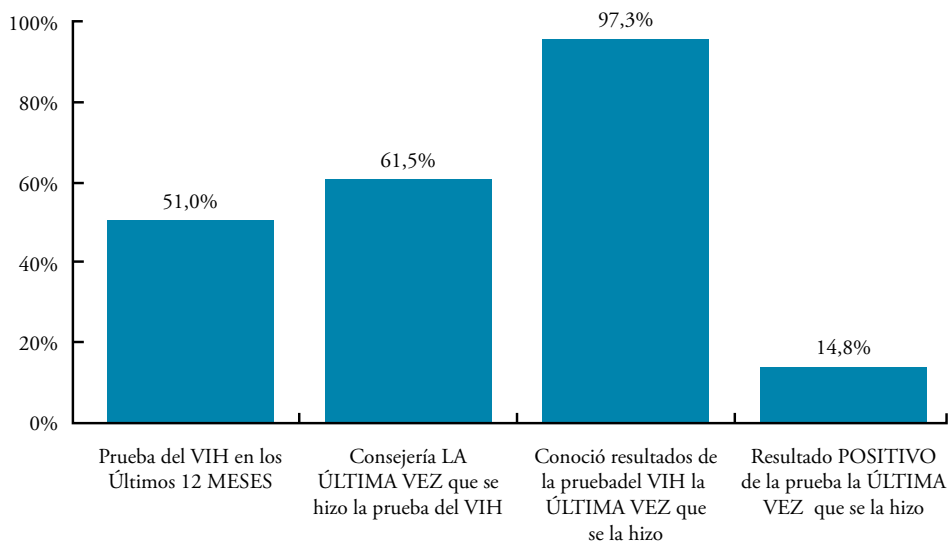


**Figura 5.** Acceso a prueba de VIH en el último año/consejería/conocimiento resultados y Resultado. Bogotá 2019

## Cali

El 51,0% de los HSH se había realizado una prueba de VIH en el último año, de este porcentaje un 38,5% refirieron que no les hicieron consejería la última vez que

se hicieron la prueba y un 97,3% conoció su resultado la última vez que se hizo esta prueba, así mismo el 14,8% refirió que el resultado fue positivo (Figura 6).

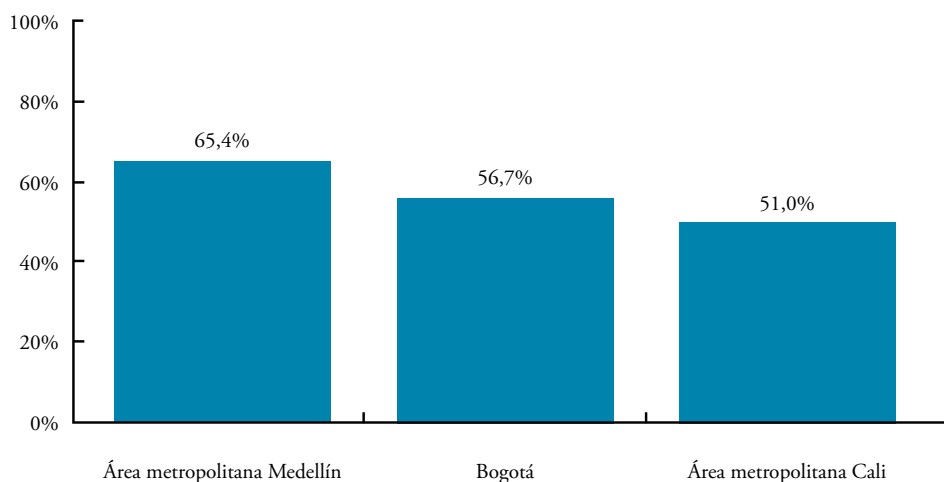


**Figura 6.** Acceso a prueba de VIH en el último año/Consejería/Conocimiento resultados y Resultado. Cali 2019

Frente al tema de los motivos para hacérsela la prueba el 83,1% refirió que lo hizo por su propia iniciativa y percepción de riesgo (tuvieron sexo desprotegido/pareja con VIH), el 2,7% lo hicieron por solicitud de trabajo o por razones normativas; el 1,8% se la realizaron por donación de sangre/ en alguna campaña / en un estudio, y finalmente el 12,4% la solicitó el personal de salud o tenía síntomas de ITS.

Frente a si recibe atención integral en instituciones de salud para manejo del VIH, el 100% refirieron que sí. Respecto a los lugares donde se realizaron la prueba, el 60,1% se la hizo en un centro de salud, hospital o clínica, el 28% ser la realizó a través de una organización o en una campaña, el 8,8% fue en un banco de sangre. El 53,6% tiene percepción de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse; 44,1% valora el grado de vulnerabilidad en medio, seguido del 31,8% en alto y 21% bajo. El 85,8% de los HSH en la ciudad saben a dónde dirigirse para realizarse la prueba para el VIH (Tabla 19).

En la figura 7 se describe el panorama global de las tres ciudades de Colombia donde se realizó el estudio con los HSH y se identifica que la ciudad que tiene el mayor porcentaje de realización de la prueba de VIH en el último año fue Medellín con un 65,4%, seguido de Bogotá con el 56,7% y para finalizar está Cali con el 51%.



**Figura 7.** Uso de la prueba de VIH en los últimos 12 meses Medellín/Bogotá/Cali 2019

**Tabla 19.** Conocimientos, opiniones y actitudes hacia las pruebas de detección del VIH en Medellín, Bogotá y Cali. Colombia – 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Prueba del VIH en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	239	65,4 (60,5 - 67,4)	237	56,7 (54 - 62,4)	186	51 (44,5 - 55,4)
No	135	34,6 (28,9 - 41,4)	156	43,3 (40,2 - 51,2)	162	49 (41,5 - 51,6)
<b>Consejería LA ÚLTIMA VEZ que se hizo la prueba del VIH</b>						
Si	138	37,5 (23,1 - 43,9)	228	56,7 (50 - 64,1)	221	61,5 (57,1 - 68,9)
No	233	61,7 (52,5 - 69,2)	165	43,3 (34,7 - 53,8)	127	38,5 (31 - 45,5)
NS/NR	3	0,8 (0 - 1,5)	-	-	-	-
<b>Conoció resultados de la prueba del VIH la ÚLTIMA VEZ que se la hizo</b>						
Si	354	95,5 (95,9 - 98,3)	385	98,9 (97,5 - 99,7)	340	97,3 (94,6 - 98,7)
No	20	4,5 (3 - 6,4)	8	1,1 (0,2 - 3)	8	2,7 (1,5 - 4,5)
<b>Resultado POSITIVO de la prueba la ÚLTIMA VEZ que se la hizo</b>						
Positivo	27	5,7 (3,7 - 11,)	108	25,7 (23 - 31,9)	60	14,8 (11,5 - 24)
Negativo	326	94,3 (91,2 - 96,1)	275	74,3 (69,6 - 83,2)	280	85,2 (80,7 - 91,2)
Indeterminado	-	-	1	-	-	-
No sabe	1	-	-	-	-	-
No contesta	-	-	1	-	-	-
<b>Motivo para realizarse la prueba para el VIH/SIDA</b>						
Por su propia iniciativa y percepción de riesgo (Tuvó sexo desprotegido/ Pareja con VIH)	200	80,3 (80,1 - 89,4)	198	81,4 (72,8 - 88,1)	138	83,1 (71,6 - 88,5)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Solicitud de trabajo, por razones normativas	2	1,1 (0 - 1)	2	-	9	2,7 (1,5 - 8)
Se la realizaron por donación de sangre/ En alguna campaña / En un estudio	11	4,6 (0,3 - 5,6)	7	1,7 (0 - 3,7)	5	1,8 (0 - 1,8)
La solicitó el personal de salud / Tenía síntomas de ITS	26	14 (4,4 - 22,1)	30	16,9 (13,7 - 26,4)	34	12,4 (6,8 - 21,5)
<b>Tiempo en que se hizo una prueba de VIH</b>						
0 a 6 meses	162	30,4 (28,7 - 36,4)	229	49,2 (43,4 - 53,8)	112	24,8 (18,6 - 32,2)
7 a 12 meses	85	20,8 (17,7 - 23,6)	76	19,9 (15,6 - 25,2)	80	18,6 (15,1 - 22,1)
Mas de 12 meses	127	25,1 (21,5 - 30,1)	87	19 (15,5 - 21,8)	156	36,7 (32,8 - 41,3)
Nunca	74	23,7 (19,6 - 28,7)	47	11,8 (8 - 14,4)	66	19,8 (16,1 - 22)
<b>Temas tratados en la asesoría o consejería antes de recolectar la muestra de sangre</b>						
Las diferencias entre VIH y SIDA	98	55,9 (47,1 - 84,1)	172	73,8 (69,3 - 76,8)	140	68,7 (65,2 - 74,7)
El significado de los resultados de la prueba	88	63,5 (46,5 - 81,4)	156	68,8 (56,8 - 85,8)	170	78,3 (76 - 90,1)
Mecanismos de prevención de la infección	95	61,5 (40,9 - 73,2)	150	64,1 (52,5 - 68,2)	190	86,4 (78,3 - 88,4)
Las formas de transmisión del VIH	97	67,8 (73,9 - 88,4)	160	60,8 (53,8 - 68,6)	176	80,9 (78,5 - 89,2)
Las pruebas presuntivas de diagnóstico de la infección	61	40,6 (35 - 62,7)	73	27,9 (23,5 - 33,1)	98	44,7 (40,5 - 51,6)
Los riesgo de infección por VIH	52	22,3 (12,6 - 37,4)	81	31,6 (24,5 - 45,9)	111	32,1 (26,5 - 46,1)
Qué debe hacer cuando tenga los resultados de la prueba	29	24,9 (12,4 - 40,1)	60	33,8 (21,3 - 40,5)	89	47,1 (36,2 - 51,8)
Indicaciones acerca de a cuáles servicios debía dirigirse cuando fuera necesario	31	14,4 (6,5 - 32,1)	55	29 (13,7 - 30,6)	76	34,8 (31,8 - 46)
No le realizaron asesoría antes de recolectar la muestra de sangre	14	22,9 (13,1 - 39,7)	16	19,9 (9,8 - 25,8)	9	28,7 (24,4 - 38)
Otro	5	66,1	31	-	17	-
<b>Temas tratados en la asesoría o consejería cuando entregaron los resultados de la prueba</b>						
El significado de los resultados de la prueba	66	37,3 (21,1 - 56,8)	138	62,7 (59,9 - 73,4)	165	74,9 (70,5 - 87,8)
Mecanismos de prevención de la infección	66	61,5 (52,4 - 82,5)	116	64,1 (51 - 70,2)	151	86,4 (77,2 - 91,1)
Que debe hacer con los resultados de la prueba	40	24,9 (13,1 - 53,1)	73	33,8 (21,7 - 38,4)	92	47,1 (39,7 - 54,6)
Indicaciones acerca de: a que servicios debía dirigirse cuando fuera necesario	36	12,9 (11,8 - 21,8)	48	17,1 (10 - 24)	67	25,4 (23,8 - 31,7)
No recibió asesoría o consultoría cuando le entregaron los resultados	42	36,1 (36,5 - 67,4)	80	32,7 (16,7 - 38,5)	21	8,2 (2 - 14,)
No reclamó el resultado	15	8,8 (5,2 - 21,)	13	3,4 (1,2 - 4,6)	8	5,3 (4,4 - 10,)
Otro	4	66,1	19	-	22	0 (0 - 100)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>percepción de idoneidad de la persona que brindó consejería para la prueba del VIH</b>						
Si	124	79,3 (69,6 - 93)	207	91,7 (82,8 - 95,9)	206	92,8 (91,5 - 97,4)
No	14	20,7 (0,5 - 26)	21	8,3 (3,4 - 14,)	15	7,2 (2,7 - 7)
<b>Hace cuánto tiempo fue diagnosticado con el VIH</b>						
Menos de 1 año	6	-	16	10,1 (4,4 - 19)	7	15,3 (0 - 46,3)
Entre 1 y 2 años	3	-	8	6,5 (0 - 21,)	8	5,6 (0 - 5,8)
Mas de 2 años	17	-	78	83,4 (66,7 - 90,1)	42	79,1 (53,4 - 94,2)
<b>Recibe atención integral en institución de salud para manejo del VIH</b>						
Si	24	69,9 (0 - 100)	99	94,6 (84,5 - 99,8)	57	-
No	3	30,1 (11,8 - 100)	9	5,4 (0,3 - 12,)	3	-
<b>Servicios ofrecidos en la atención integral*Incluyen los que contestaron sí o no en la pregunta anterior</b>						
Información sobre prevención	21	69,1 (31,2 - 77,3)	88	84,5 (74,9 - 92,8)	50	78,9 (66,8 - 89,5)
Entrega de condones	24	69,9 (21,8 - 100)	96	91,1 (78,4 - 95)	57	94,5 (93,9 - 100)
Tratamiento antirretroviral	24	69,9 (46,3 - 92,5)	99	94,6 (83,9 - 100)	57	88,7 (77,7 - 100)
Seguimiento médico	23	76,3 (13,9 - 100)	98	95,1 (83 - 100)	58	-
Seguimiento con ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio)	24	69,9 (7,1 - 100)	98	95,1 (78,2 - 99,8)	58	-
<b>Lugar donde se hizo la prueba del VIH LA ÚLTIMA VEZ</b>						
Centro de Salud/ Hospital/ Clínica	247	65,7 (62 - 71,8)	242	64,7 (59,7 - 70,3)	210	60,1 (55,6 - 65,4)
Laboratorio clínico particular	51	14,3 (11,8 - 18,7)	25	6,6 (3,2 - 9,3)	30	8,8 (4,5 - 12,)
Organización/ En una campaña	71	18,4 (15,6 - 24,1)	125	28,6 (22,7 - 32,9)	98	28 (24,4 - 35,8)
Banco de Sangre	5	1,6 (0,1 - 3)	1	0,1 (0 - 0,5)	10	3,1 (2 - 5,7)
<b>Percepción de vulnerabilidad o percepción de riesgo para adquirir el VIH o para re-infectarse</b>						
Si	245	52,6 (46,1 - 57,9)	260	59,6 (55,2 - 64,8)	228	53,6 (50,7 - 58,6)
No	197	47,4 (45 - 52,4)	179	40,4 (36,3 - 42,9)	184	46,4 (43,6 - 52,7)
<b>Valoración del grado de vulnerabilidad</b>						
Alto	46	15,5 (10,1 - 20,5)	49	18,5 (8,3 - 18,5)	68	31,8 (24,2 - 38,7)
Medio	136	50,9 (41,4 - 61,9)	128	52,8 (53,6 - 65,9)	104	44,1 (37,3 - 54,7)
Bajo	55	28,9 (18,5 - 39,1)	79	28,2 (23,9 - 34,8)	48	21 (11 - 28,5)
No sabe / No responde	8	4,6 (1,3 - 9)	4	0,4 (0 - 0,4)	8	3,1 (0 - 5)
<b>Sabe a dónde dirigirse si desea someterse a la prueba del VIH</b>						
Si	409	88,6 (83,3 - 92,9)	391	86 (80,8 - 90,2)	359	85,8 (83,1 - 90)
No	33	11,4 (7,9 - 15,3)	48	14 (9,9 - 16,9)	53	14,2 (9,5 - 18,8)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.6 Profilaxis pre exposición (PREP) y profilaxis postexposición (PEP)

La “profilaxis pre-exposición (PrEP)” ha sido recientemente desarrollada como una estrategia de prevención que consiste en la administración de medicamentos a los

individuos no infectados que presentan una alta exposición y susceptibilidad al VIH. Aunque este uso no está incluido en los planes de beneficio en el marco del Sistema de Salud del país, varias guías y autores recomiendan la PrEP como una opción de prevención en poblaciones de riesgo, por esta razón por primera vez en un estudio de seroprevalencia en Colombia se realiza un sondeo básico del conocimiento y uso que existe de PrEP en la población de HSH. Dentro de los resultados obtenidos para estas preguntas se encontró que:

Para Medellín El 27% había escuchado hablar de la terapia pre-exposición. Con respecto a la terapia postexposición el 20% había oído hablar de la terapia. El 98,3% respondió que no había tomado PrEP. Frente a la terapia postexposición el 96,8% refirieron no haber tomado esta terapia.

Para la ciudad de Bogotá un 39% ha oído hablar de la PrEP. En cuanto al oír hablar de la terapia post exposición los HSH de Bogotá tuvieron un porcentaje similar a los de Medellín (23%). Frente a si alguna vez ha tomado terapia pre exposición PrEP el 94,3% refirió que no. Adicionalmente el 40,2% refirió que tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH, finalmente el 96,6% refirió que no había tomado profilaxis post exposición.

Con respecto a la ciudad de Cali se encuentra que el porcentaje más alto de desconocimiento de la PrEP de las tres ciudades está ahí, con un 84,7% refirió no haber oído hablar de ella, el 90,7% de HSH no ha oído en Cali sobre la profilaxis postexposición, el 73,1% refirieron que si tomaran PrEP para ayudar a prevenir el VIH.

**Tabla 20.** Percepciones frente a la Prep y Pep en tres ciudades de Colombia (Medellín, Bogotá y Cali) 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Ha oído hablar de la terapia pre-exposición o PrEP</b>						
Si	143	27,1 (23 - 34,3)	203	39,4 (35,6 - 44,3)	65	15,3 (12,9 - 18,6)
No	297	72,9 (68 - 75,3)	233	60,6 (54,5 - 63,3)	347	84,7 (81,9 - 89,1)
<b>Ha oído hablar de la terapia postexposición o PEP</b>						
Si	107	20,2 (15,3 - 26,1)	130	23,3 (17,8 - 28,5)	42	9,3 (5,4 - 12,)
No	333	79,8 (76,6 - 85)	306	76,7 (70,9 - 78)	370	90,7 (87,3 - 91,6)
<b>Alguna vez ha tomado terapia pre-exposición (PrEP)</b>						
Si	14	1,7 (0,6 - 2,8)	27	5,7 (4,1 - 8,2)	2	-
No	426	98,3 (96,6 - 99,1)	409	94,3 (93,1 - 96,9)	410	-
<b>Tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH</b>						
Si	283	63 (54,6 - 70)	166	40,2 (36,3 - 48)	298	73,1 (69,2 - 75,2)
No	157	37 (30,5 - 44,2)	270	59,8 (54,9 - 67,6)	114	26,9 (24 - 30,9)

*Continúa*

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Alguna vez ha tomado terapia postexposición (PEP)</b>						
Si	13	3,2 (1,8 - 5,6)	19	3,4 (2 - 4,7)	4	0,9 (0,5 - 1,9)
No	427	96,8 (94,7 - 98)	417	96,6 (94,9 - 98,3)	408	99,1 (98,7 - 99,7)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.7 Infecciones de transmisión sexual

Se presentan los resultados relacionados con las infecciones de transmisión sexual, se indagó acerca de si los participantes del estudio conocían que las ITS se transmitían por relaciones sexuales, si les habían diagnosticado alguna vez una ITS, además la forma en que habían sido atendidas, así como las acciones que habían realizado para protegerse. Frente a la pregunta, si ha oído que las ITS se pueden transmitir al tener relaciones sexuales nueve de cada diez participantes en las tres ciudades dijeron que sí. (Medellín 99,7%, Bogotá 97,4% y Cali 98,9%).

Frente al auto reporte de haber padecido una ITS en el último año el 90,6% de los HSH de Cali refirió que no la había padecido, seguidos del 89% de los HSH de Medellín, y un 81% de los HSH de Bogotá. El porcentaje más alto que refirió haber padecido una ITS en el último año fue para los HSH de la ciudad de Bogotá con el 18,1%, los HSH de las ciudades de Medellín y Cali tuvieron 10% y 9,1% respectivamente.

Con respecto al diagnóstico de una ITS por parte de un servicio de salud o de un médico se encontró para las tres ciudades que la sífilis y la gonorrea son las ITS que presentan los porcentajes más altos. Frente al tema de haber recibido tratamiento médico para la ITS diagnosticada entre los que habían padecido estas enfermedades la mayoría refirió haberlo recibido en las tres ciudades.

Finalmente con respecto a las acciones para protegerse de una ITS el 65,8% de los HSH de Medellín refirió que sí, seguidos del 63,2% en la ciudad de Cali y finalmente el 54,8% en la ciudad de Bogotá. Siendo más específicos frente a las acciones realizadas para protegerse se encontró que el 92,1% de los HSH de Medellín usó condón, seguidos del 96,5% de Bogotá que también lo hizo y el 87,2% de la ciudad de Cali. En Bogotá hubo un 31,0% de HSH que refirió usar lubricante como protección, mientras que el 4,4% de Medellín lo considero, y un 5,2% en Cali.

**Tabla 21.** Infecciones de transmisión sexual en HSH en Medellín, Bogotá, Cali. Colombia – 2019.

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Ha oído que las ITS se pueden transmitir al tener relaciones sexuales</b>						
Si	446	99,7 (99,5 - 100)	430	97,4 (94,6 - 98,6)	413	98,9 (97,7 - 100)
No	2	0,3 (0 - 0,8)	9	2,6 (1,2 - 4,3)	1	1,1 (0 - 1,8)
<b>Ha tenido alguna ITS en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	55	10 (8,7 - 12,9)	86	18,1 (15,5 - 22,8)	44	9,1 (7,3 - 14)
No	388	89 (84 - 92)	342	81 (76,6 - 82,3)	368	90,6 (88,2 - 93,8)
NS/NR	3	1 (0 - 2)	2	0,9 (0 - 4)	1	0,2 (0 - 0,6)
<b>ITS diagnosticada en un servicio de salud o medico</b>						
Gonorrea	12	49,5	19	14 (3,3 - 13,8)	10	-
Clamidiasis	2	-	5	8,8 (0 - 9)	3	-
Herpes	6	11,9 (0 - 1,6)	3	4,5	3	-
Condilomas/ verrugas genitales	3	20,3 (0 - 53,5)	8	8,3 (0 - 21,)	4	-
Sífilis	27	-	47	62,4 (46,9 - 71,3)	23	1,8
Hepatitis B	-	-	-	-	-	-
Otra	8	20,4 (0 - 100)	12	6,7 (0 - 22,)	10	51,5
<b>Tratamiento médico recibido para ITS diagnosticada en servicio de salud o medico</b>						
Si	52	-	82	-	41	-
No	3	-	4	-	3	-
<b>Ha realizado acciones para protegerse de una ITS en los ÚLTIMOS 30 DÍAS</b>						
Si	288	65,8 (64,1 - 72)	266	54,8 (53,2 - 59,6)	270	63,2 (58,2 - 66,2)
No	158	34,2 (28,6 - 37,7)	164	45,2 (40,1 - 49,2)	143	36,8 (33,6 - 38,9)
<b>Acciones para protegerse de una ITS en los ÚLTIMOS 30 DÍAS</b>						
Usar condón	266	92,1 (88,6 - 93,2)	251	96,5 (92,1 - 96,5)	235	87,2 (81,4 - 91,9)
Revisar la zona genital o anal de la pareja antes de tener relaciones sexuales	18	5,1 (1,9 - 7,3)	22	8,7 (2 - 12,)	9	2 (0,3 - 3,6)
Lavar la zona genital o anal de la pareja con jabón antes de tener relaciones sexuales	13	3,7 (1 - 4,6)	17	6,3 (4,2 - 15,)	6	2,5 (0 - 3,1)
Limpiar la zona genital o anal de la pareja con una sustancia desinfectante antes de tener relaciones sexuales	9	2,5 (0 - 3,5)	11	6,3 (3,4 - 11)	2	3,2 (0 - 5,3)
Lavado de los genitales y el ano del participante al terminar la relación sexual	9	2,5 (0 - 3,5)	17	6,3 (3,4 - 11)	9	3,2 (0 - 5,3)
Usar lubricantes	18	4,4 (1,4 - 6,9)	80	31 (21,2 - 33,3)	13	5,2 (0,5 - 7,5)
No hizo nada	11	5,9 (3 - 8,3)	4	2,6 (0,8 - 4,6)	18	5,9 (5,4 - 10,)
Otro	15	66,1	19	-	36	-

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.8 Estigma y discriminación

En el siguiente apartado se van a revisar los resultados con respecto al estigma y la discriminación percibidas por los hombres que tienen relaciones con otros hombres en las tres ciudades.

El 94,6% de los HSH de la ciudad de Medellín describe que otras personas conocen sus prácticas sexuales con otros hombres, seguido del 84,1% de los hombres de Bogotá y finalmente el 80,3% de HSH de Cali. Cuando se hizo específicamente la pregunta de quienes conocían esta práctica sexual con otros hombres en Medellín el 68,9% refirió que la madre, el 63,3% que los hermanos, el 66,1 % otro familiar, 66,4% en el trabajo o estudio, 59,9% los amigos. Para la ciudad de Bogotá las cifras porcentuales más altas fueron el 50,8% la madre, 56,5% hermanos, 58,9% amigos y finalmente en Cali los porcentajes fueron 57,7% la madre, 56,5% otro familiar, el 59,5% hermanos, el 57,9% amigos.

### Medellín

Para la ciudad de Medellín se encontró que el 25,7% reportó desprecio, rechazo u ofensa familiar por su práctica sexual con otros hombres; el 43,6% ha tenido que fingir su orientación sexual, el 24,5% fue excluido de actividades y el 18,5% ha tenido que cambiar de lugar de residencia. Con respecto a si en el último año ha sentido discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres el 20,7% percibió este rechazo o discriminación. Frente a quienes han sido los que han manifestado este rechazo están 57,3% desconocidos, un 23,5% que han sido las fuerzas armadas y un 13,9% profesionales de la salud.

El tipo de discriminación reportado por los HSH de Medellín fue en un 18,2% ser excluido de actividades sociales, y un 15,3% de actividades laborales. El 19,0% reportaron que conocían de alguien que le habían solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otros hombres. Al 4,2% le han negado la compra de un bien o servicio por su práctica sexual con otros hombres. Al 62,1% de quienes refirieron discriminación o rechazo le negaron atención en algún servicio de salud, al 61,9% comprar o arrendar una vivienda y al 54,6% un hospedaje temporal. Frente a sentirse víctima de maltrato un 2,9% manifiesta haber sido víctima de este maltrato.

El 10% oculta su práctica sexual con otros hombres en los servicios médicos. Un 13,4% sienten temor de que se registre en la historia clínica su práctica sexual con otros hombres Frente a la solicitud de apoyo o denuncia de los hechos discriminatorios por su práctica sexual el 94,6% refirió que no lo hizo.

En Medellín en el último año el 2,1% de los HSH entrevistados reportó haber sido obligado a tener relaciones sexuales a pesar de que no querían, el 5,1% reportó sufrir de algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombre en el último año y uno de cada dos HSH ha recibido un abuso físico.

El 66,3% de quienes reportaron este abuso manifestó haber hecho denuncia o haber solicitado apoyo. Finalmente frente a si le comprarían verduras frescas a un comerciante sabiendo que esta persona tenía VIH el 87,6% respondió que sí, así mismo el 96,7% respondió que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela o colegio con otros niños que no tiene VIH.

## *Bogotá*

En Bogotá el 25,2% de los HSH ha experimentado desprecio, rechazo u ofensa por parte de su familia, el 63,2% ha fingido su orientación sexual, el 36,2% fue excluido de actividades familiares, y el 30,9% ha tenido que cambiar de lugar de residencia. En los último 12 meses al 17,9% de los HSH de Bogotá lo discriminaron o rechazaron por su práctica sexual con otros hombres. Las fuentes de rechazo más reportadas fueron amigos y conocidos con el 58,9%, desconocidos 49,7%, y grupos religiosos con un 41,3%. El 43,4% reportó haber fingido su orientación sexual para obtener un trabajo o ingresar a una institución educativa, y el 34,9% haber sido excluido de actividades sociales. El 15,1% conocen de alguien que le hayan solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otro hombre, al 5,2% le han negado la compra de algún bien o servicios por su práctica sexual con otros hombres. El 5,3% ha sido víctima de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual.

El 84,8% refirió no ocultar su práctica sexual con otros hombres en los servicios médicos, adicionalmente el 25,7% mencionó que tenía temor a que le registrarán en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres.

El 98,4% de los encuestados en Bogotá refirieron no solicitar apoyo o denunciar el hecho discriminatorio. El 97% refirió no haber sido obligado a tener relaciones sexuales en el último año, adicionalmente el 96,5% refirió no haber sufrido en el último año algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombres.

Con respecto al tipo de abuso o maltrato sufrido por su práctica sexual en el último año todos refirieron maltrato verbal. La mayoría refirió no solicitar apoyo o denunciar el abuso o maltrato. Finalmente frente a si compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si sabe que tiene VIH el 92,6% informó que sí, y finalmente el 96,1% refirió que si considera que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela o colegio con otros niños que no tiene VIH.

Se encontró que el 26,8% de los HSH perciben desprecio, rechazo u ofensa familiar por su práctica sexual con otros hombres. El 54% refirió que ha tenido que fingir su orientación sexual. El 64,7% respondió haber sido rechazado por su práctica sexual con otros hombres en el último año por parte de desconocidos, el 57,9% por amigos conocidos o vecinos, el 41,6% mencionó que los grupos religiosos eran quienes le habían rechazado. El 27,4% ha sido excluido de actividades sociales y el 25,2% ha tenido que fingir su orientación sexual para entrar a un trabajo o ingresar a alguna institución educativa (Tabla 22).

La frecuencia del rechazo por la práctica sexual con otros hombres fue de algunas veces con un 82%. Frente a la pregunta de si conocía a alguien que le hubieran solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual el 85,1% dijo que no. Al 95,8% no le han negado la compra de bienes o servicios por su práctica sexual con otros hombres, de los que les negaron el 30,7% le negaron hospedaje temporal, el 25,3% mencionó que le negaron la atención en una tienda o autoservicio o restaurante. El 97% no se percibieron como víctimas de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual con otros hombres. El 24% si oculta su práctica sexual con otros hombres en los servicios médicos. El 26,4% refirió sentir temor a que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres. El 98% de los HSH de Cali no han solicitado apoyo o denunciado los hechos discriminatorios.

El 3% ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombre en el último año, de este porcentaje, el maltrato verbal con un 97,3% ocupa el primer lugar en el tipo de maltrato reportado, el 82,2% no solicitaron apoyo ni denunciaron este abuso o maltrato. Para finalizar el 84,6% respondió que compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta tiene VIH, el 90,1% considera que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela o colegio con los otros niños que no tienen VIH (Tabla 22).

**Tabla 22.** Estigma y discriminación en HSH en Medellín, Bogotá y Cali. Colombia - 2019.

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Además de sus parejas sexuales, ¿alguien conoce su práctica sexual con otros hombres?</b>						
Si	428	94,6 (92,3 - 97,6)	387	84,1 (79,9 - 88,9)	345	80,3 (79 - 85,5)
No	20	5,4 (2,9 - 8)	52	15,9 (12,9 - 20,4)	69	19,7 (13,8 - 22,7)
<b>Quién(es) conocen su práctica sexual con otros hombres</b>						
Padre	263	52,7 (46,8 - 55)	186	35,2 (27,8 - 42,9)	179	40,7 (35,4 - 44,8)
Madre	332	68,9 (62,2 - 71,7)	251	50,8 (42,6 - 53,4)	250	57,7 (54,6 - 62,2)
Pareja mujer	18	3,7 (2,5 - 5,8)	9	1,2 (0,8 - 2,1)	24	4,6 (3,6 - 5,5)
Hermanos	295	63,3 (59,7 - 67,9)	269	56,5 (49,1 - 61,5)	266	59,5 (47,9 - 65,9)
Hijos	15	3,5 (1,3 - 4,6)	6	0,6 (0,1 - 1,6)	17	3,4 (1,5 - 5,3)
Otro familiar	314	66,1 (61,9 - 71)	197	39,5 (30,5 - 41,4)	247	56,5 (50,4 - 60)
En el trabajo / en el estudio	325	66,4 (60,2 - 71,3)	210	43,1 (40 - 48,5)	208	50,2 (46,2 - 56)
Amigos	424	59,9 (53,9 - 65,4)	413	58,9 (53,3 - 66,8)	380	57,9 (54,7 - 66)
Vecinos	202	37,9 (33,7 - 44,1)	73	11,7 (9,5 - 15,9)	173	36 (32,7 - 40,3)
<b>Desprecio, rechazo u ofensa familiar por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Si	129	25,7 (20,8 - 28,5)	144	25,2 (19,6 - 29,7)	127	26,8 (20,2 - 30,3)
No	255	55,9 (47,7 - 61,8)	206	49,7 (42,9 - 56,3)	226	57,6 (54,8 - 62,3)
Mi familia no sabe	64	18,4 (13,8 - 20,9)	89	25,1 (22,8 - 32,8)	61	15,6 (11,8 - 18)

*Continúa*

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Influencia del desprecio o rechazo en las relaciones familiares</b>						
Fue excluido de actividades familiares	37	24,5 (21,7 - 45,4)	46	36,2 (19,7 - 35,5)	52	44,7 (34,8 - 56,2)
Ha tenido que cambiar de lugar de residencia	25	18,5 (7,8 - 30,9)	36	30,9 (13,1 - 36,9)	35	21,8 (11,5 - 29)
Ha tenido que fingir su orientación sexual	60	43,6 (24 - 53,5)	84	63,2 (49,6 - 78,1)	69	54 (43,1 - 59,8)
Otro	50	66,1	76	-	61	-
<b>Discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	93	20,7 (16,9 - 23,5)	104	17,9 (16,3 - 20,7)	77	17,9 (13,7 - 19)
No	355	79,3 (71,7 - 83,8)	335	82,1 (76,4 - 85,8)	337	82,1 (79,9 - 86)
<b>Quién(es) lo han rechazado por su práctica sexual con otros hombres en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Fuerzas armadas (policía o militares)	13	23,5 (0,3 - 26)	25	27,1 (4,6 - 37,9)	11	13,6 (1,3 - 12,8)
Religiosos	26	29 (15,4 - 40,7)	44	41,3 (33,6 - 65,1)	27	41,6 (20,5 - 52,8)
Profesionales de la salud	8	13,9 (0,3 - 12,2)	16	9,5 (3,1 - 21,)	3	10,1 (0 - 39,7)
Amigos	15	59,9 (54,2 - 66,2)	20	58,9 (54,6 - 65,2)	23	57,9 (55,1 - 62,6)
Conocidos o vecinos, no amigos, no familiares	29	33,8 (21,6 - 56,1)	45	32,8 (21 - 60,6)	35	49,4 (17,8 - 63)
Compañero/a de trabajo	15	7,8 (0 - 22)	21	26,5 (3,5 - 39,3)	17	11,9 (3,1 - 18,3)
Profesores o docentes de estudio	3	-	13	23,1	5	-
Compañero/a de estudio	11	9,3 (0 - 27,)	23	25,9 (12,1 - 49,6)	10	20,1 (6,2 - 28,7)
Desconocidos	50	57,3 (38,8 - 85,1)	62	49,7 (61,4 - 93,9)	45	64,7 (38,3 - 78,6)
Otro	21	66,1	26	-	14	-
<b>Tipos de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Ha sido excluido de actividades sociales	18	18,2 (18,2 - 47,7)	33	34,9 (15,6 - 78)	23	27,4 (11,1 - 54,6)
Ha sido excluido de actividades laborales	6	15,3 (1,2 - 26,5)	12	15,1 (0 - 29,6)	8	9,6 (1,8 - 17,)
Le han solicitado la renuncia o lo han despedido	-	--	7	11,8 (4,6 - 36,1)	2	4,7 (0 - 20,)
Le negaron un ascenso laboral	1	5,3 (0 - 11,)	5	8,1 (0 - 28,)	5	5,7 (0 - 20,)
Ha tenido que fingir su orientación sexual para obtener un trabajo o ingresar a alguna institución educativa	11	3,3 (0 - 14,)	38	43,4 (27,3 - 71,9)	26	25,2 (12,5 - 42,9)
Le han solicitado la prueba de VIH	7	5,1 (0 - 16)	12	9,6 (3,8 - 27,)	8	7,2 (0 - 26,)
Fue negado su ingreso o inscripción a alguna institución laboral o educativa	1	-	3	-	3	1,8 (0 - 7,7)
Otro	36	66,1	61	-	38	-
<b>Frecuencia de rechazo por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Siempre	3	12,2 (0 - 14,3)	4	7,1 (0 - 12,)	5	11,4 (2 - 28,4)
La mayoría de veces	4	5,5 (0 - 10,)	5	9 (4,4 - 30,)	9	6,6 (0 - 11,)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Algunas veces	82	78,3 (71,3 - 92,9)	92	82,5 (51,3 - 100)	62	82 (80,9 - 96,3)
Nunca	4	4 (0,4 - 4,5)	3	1,4 (0 - 6,3)	1	-
<b>Conoce a alguien a quien le hayan solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Si	93	19 (14,8 - 24,3)	88	15,1 (10,6 - 22,2)	85	14,9 (10,3 - 18,4)
No	355	81 (75 - 85,7)	351	84,9 (78,8 - 88)	329	85,1 (81,6 - 88,3)
<b>Negación de la compra de algún(os) bienes o servicios por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Si	20	4,2 (1,8 - 7,1)	30	5,2 (3,4 - 6,9)	27	4,2 (2,2 - 6,4)
No	428	95,8 (93 - 97,3)	409	94,8 (89,2 - 97,6)	387	95,8 (93 - 97,1)
<b>Servicios negados por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Comprar o arrendar una vivienda	3	61,9	6	-	10	-
Atención en alguna tienda de autoservicio o restaurante	2	35	12	2,5	4	25,3 (0 - 68,6)
Atención en algún servicio de salud	1	62,1	2	-	1	-
Atención en la tienda/cigarrería / droguería / panadería del barrio en donde vive	2	35	3	-	-	-
Servicios religiosos o espirituales	4	52,8	4	-	1	8,3 (0 - 68,)
Diversión o recreación	4	45,5	7	1,6	1	-
Hospedaje temporal	12	54,6	19	-	19	30,7 (0 - 68,6)
Otro	2	0,6 (0 - 1,5)	5	-	3	-
<b>Víctima de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Si	12	2,9 (0,8 - 4,3)	34	5,3 (2,9 - 6,8)	7	3 (1,1 - 7,8)
No	436	97,1 (96 - 98,4)	405	94,7 (92,2 - 96,5)	407	97 (94,7 - 97,6)
<b>Ocultar práctica sexual con otros hombres en los servicios médicos</b>						
Si	37	10,3 (5,8 - 12)	61	15,2 (12 - 19,1)	93	24 (19,7 - 27,5)
No	411	89,7 (86,9 - 93)	378	84,8 (80,2 - 85,9)	321	76 (69,7 - 79,8)
<b>Temor a que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres</b>						
Si	53	13,4 (7,4 - 16,3)	103	25,7 (20,4 - 27,8)	104	26,4 (21,8 - 30)
No	395	86,6 (83,7 - 89,4)	336	74,3 (70,7 - 79,5)	310	73,6 (67,8 - 77,5)
<b>Solicitud de apoyo o denuncia de algún hecho discriminatorio por su práctica sexual con otros hombres</b>						
Si	26	5,4 (3,4 - 6,3)	19	1,6 (0,4 - 3,2)	17	2 (1,2 - 3,1)
No	422	94,6 (89,6 - 97)	420	98,4 (97,7 - 99,3)	397	98 (96,7 - 99,5)
<b>Ha sido obligado a tener relaciones sexuales, a pesar de que usted no quería, en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	13	2,1 (1,7 - 5,2)	21	2,9 (1,7 - 4,8)	15	2,4 (1,5 - 4,9)
No	434	97,4 (95,5 - 98,9)	417	96,9 (95 - 98,4)	398	97,3 (96,4 - 97,8)
NS/NR	1	0,5 (0 - 0,6)	1	0,3 (0 - 0,5)	1	0,4 (0 - 2)
<b>Ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombres, en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Si	18	5,1 (2 - 7,7)	19	3,5 (1,7 - 5,7)	14	2,8 (1,9 - 3,7)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
No	430	94,9 (92,3 - 96,5)	420	96,5 (94,6 - 98,5)	400	97,2 (94 - 99,6)
<b>Tipos de abuso o maltrato sufridos por su práctica sexual con otros hombres, en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Violación (abuso sexual)	5	-	3	-	1	36,2
Maltrato físico	6	50,8 (0 - 67,1)	9	-	5	42,6
Maltrato verbal	12	-	16	-	13	97,3
Extorsión	0	-	1	18,4 (0 - 68,1)	1	21,8
Robo o asalto	0	-	1	-	2	25,2
Otro	1	66,1	4	-	5	-
<b>Solicitud de apoyo o denuncia del abuso o maltrato del que fue víctima</b>						
Si	3	66,3 (0 - 67,1)	2	-	3	17,8
No	15	33,7 (32,9 - 100)	17	100 (84,7 - 100)	11	82,2
<b>Realizar compras de verduras frescas a un comerciante o vendedor, si se sabe que esta persona tiene VIH</b>						
Si	398	87,6 (85,6 - 92)	414	92,6 (89,4 - 94,6)	354	84,6 (79,8 - 86,9)
No	45	11,1 (5,1 - 15,2)	21	6,3 (3,2 - 8,8)	55	13,9 (10,9 - 17,4)
No responde	5	-	4	1,1 (0,5 - 1,7)	5	1,5 (0,4 - 3,3)
<b>Considera que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela o colegio con los otros niños que no tienen VIH</b>						
Si	433	96,7 (94,2 - 99,3)	424	96,1 (94,5 - 99)	374	90,1 (86,4 - 94,4)
No	13	2,1 (1,2 - 3)	14	3,8 (1,5 - 5,6)	32	8,1 (3,9 - 12,)
No responde	2	1,2 (0,1 - 2,2)	1	0,1 (0 - 0,4)	8	1,8 (0,5 - 3,1)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.9 Consumo de sustancias psicoactivas

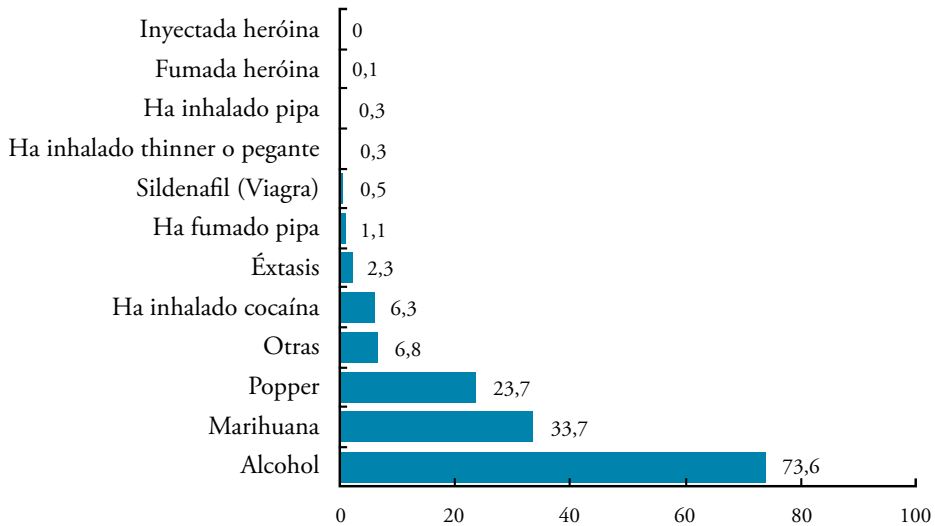
En este apartado se puede observar todo lo referente a las preguntas sobre consumo de sustancias psicoactivas, tipo y frecuencia de su consumo por cada una de las ciudades. Frente al consumo de sustancias psicoactivas se pudo evidenciar que la población de las tres ciudades tiene un comportamiento similar, identificando que aproximadamente 90 de cada 100 HSH ha consumido alcohol o drogas alguna vez. Teniendo unos porcentajes de 92,9% para Medellín, 92,5% para Bogotá y 93,7% para Cali.

### Medellín

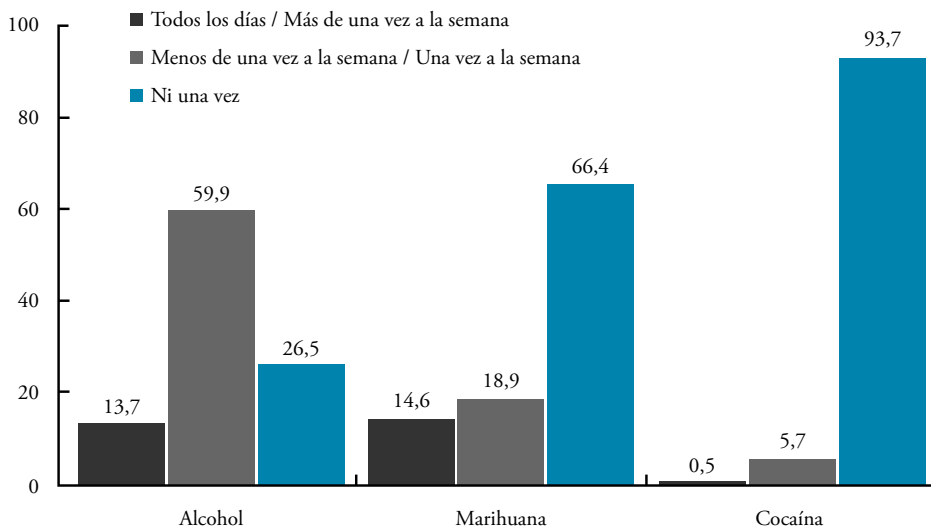
En Medellín se puede observar como el alcohol es la sustancia más consumida con un 73,6% seguida de la marihuana con un 33,7% y el popper con un 23,7%. No se reportó el consumo de sustancias vía inyectada (Figura 8).

A continuación en la siguiente figura se pueden identificar claramente tres de las sustancias en las que se tiene mayor interés de conocer la frecuencia de consumo como

son, alcohol, marihuana y cocaína. Se puede observar la frecuencia de consumo del alcohol es diaria para el 13,7%, semanal un 59,9% y quienes respondieron que ni una vez a la semana fueron el 26,5%. Adicionalmente esta la frecuencia de consumo de marihuana en donde un 14,6% refirieron consumirla diariamente, el 18,9% semanal y el 66,4% tiene un consumo menor al semanal. Frente a la cocaína hay un 5,7% de los HSH que refirieron consumirla una vez a la semana (Figura 9).



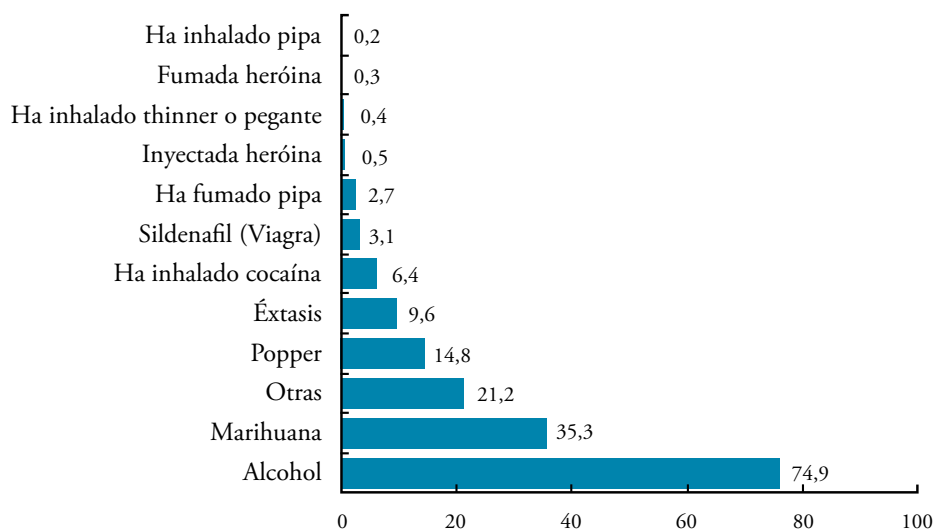
**Figura 8.** Distribución porcentual del tipo de sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Medellín, 2019



**Figura 9.** Distribución porcentual de la frecuencia del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Medellín, 2019

## Bogotá

En la ciudad de Bogotá al igual que se vio en Medellín, se puede identificar como el alcohol es la sustancia más consumida con un 74,9% seguida de la marihuana con un 35,3% y aparece la categoría otras sustancias con un 21,2%, seguido del popper con 14,8%. Los porcentajes para sustancias inyectadas fue 0,5% (Figura 10).

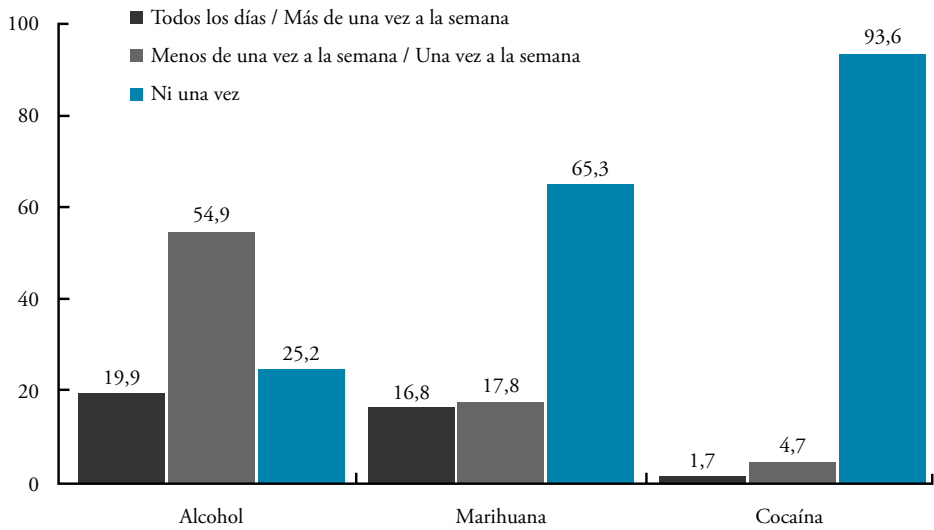


**Figura 10.** Distribución porcentual del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Bogotá, 2019

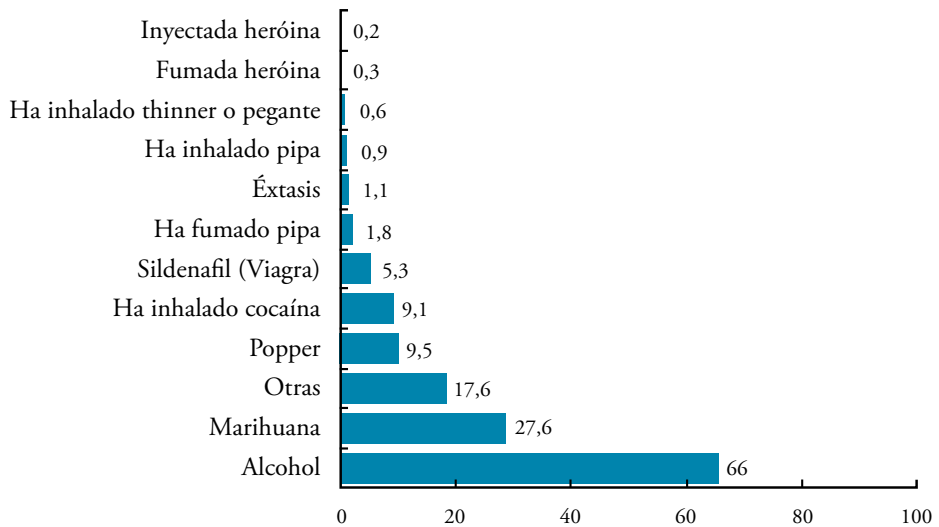
En el siguiente diagrama de barras se puede identificar que la frecuencia de consumo del alcohol es diaria para el 19,9%, menos de una vez a la semana para el 54,9% y el 25,2% respondió que ni una vez a la semana lo consumen. Adicionalmente esta la frecuencia de consumo de marihuana en donde un 16,8% refirieron consumirla diariamente, el 17,8% menos de una vez a la semana y el 65,3% tiene un consumo menor al semanal. Frente a la cocaína hay un 1,7% de los HSH que refirieron consumirla diariamente, seguida de 4,7% menos de una vez a la semana (Figura 11).

## Cali

En la ciudad de Cali al igual que en las dos ciudades anteriormente descritas, se puede identificar el alcohol como la sustancia más consumida con un 66,0% seguida de la marihuana con un 27,6% y aparece la categoría otras sustancias con un 17,6%, seguido del popper con 9,5%, porcentaje más bajo de las otras dos ciudades. Los porcentajes para sustancias inyectadas fue 0 (Figura 12).

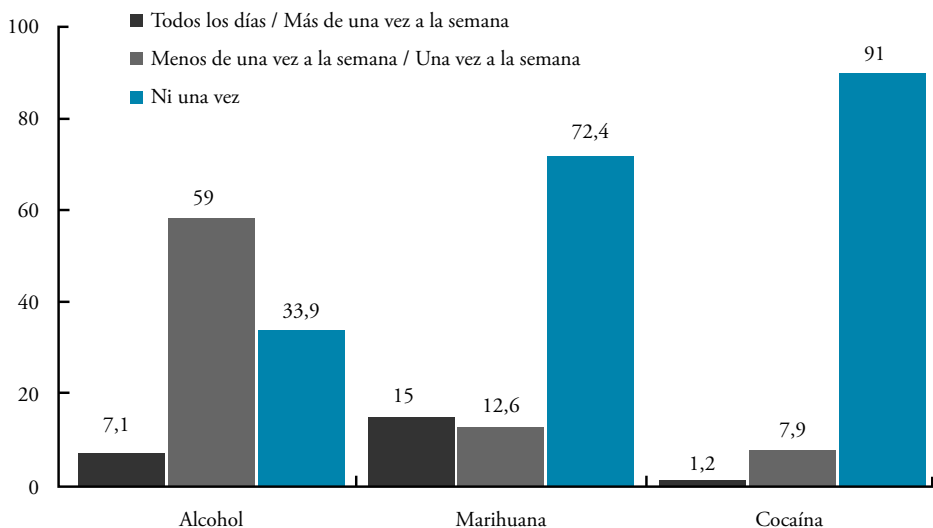


**Figura 11.** Distribución porcentual de la frecuencia del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Bogotá, 2019



**Figura 12.** Distribución porcentual del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Cali, 2019

La frecuencia de consumo del alcohol en HSH de Cali diaria es 7,1%, en relación a la cocaína hay un 1,2% de los HSH que refirieron consumirla diariamente, seguida de 7,9% semanal (Figura 13).



**Figura 13.** Distribución porcentual de la frecuencia del tipo de consumo sustancias psicoactivas consumidas por los HSH Cali, 2019

**Tabla 23.** Consumo de sustancias psicoactivas en HSH en Medellín, Bogotá, Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Alguna vez ha consumido alcohol o drogas</b>						
Si	427	92,9 (90,9 - 94,1)	405	92,5 (88,9 - 94,5)	388	93,7 (91,4 - 97,4)
No	21	7,1 (4,4 - 10,)	34	7,5 (4,9 - 10,)	26	6,3 (4,4 - 8,2)
<b>Tipo de sustancia consumida en los ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Alcohol	393	73,6 (64,4 - 75,4)	350	74,9 (65,8 - 76,8)	351	66 (60,3 - 72,5)
Marihuana	190	33,7 (28,3 - 37,2)	163	35,3 (27,6 - 38,4)	160	27,6 (24,2 - 31,2)
Ha fumado pipa	11	1,1 (0,6 - 1,7)	13	2,7 (0,7 - 4,6)	26	1,8 (0,4 - 2,8)
Ha inhalado pipa	2	--	9	0,2 (0 - 0,3)	17	0,9 (0,3 - 1,4)
Ha inhalado cocaína	48	6,2 (2,1 - 9,3)	54	6,4 (3,5 - 8,1)	77	9,1 (7,2 - 13,)
Popper	163	23,7 (21,2 - 30,6)	100	14,8 (9,8 - 16,7)	75	9,5 (6,5 - 12,)
Fumado heroína	3	0,1 (0 - 0,3)	9	0,3 (0 - 1,1)	9	0,1 (0 - 0,4)
Inyectado heroína	-	--	8	0,5 (0 - 2,8)	9	--
Ha Inhalado thinner o pegante	5	0,3 (0 - 0,7)	10	0,4 (0 - 0,8)	26	0,6 (0,2 - 1,8)
Éxtasis	28	2,3 (1,3 - 3,7)	56	9,6 (7 - 11,)	22	1,1 (0,8 - 2)
Sildenafil (Viagra)	6	0,5 (0 - 0,6)	30	3,1 (2,1 - 5,7)	49	5,3 (3,4 - 8,3)
Otras	32	6,8 (3,3 - 7,2)	21	21,2 (18 - 27,6)	21	17,6 (11 - 20,9)
<b>Frecuencia de consumo alcohol</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	71	13,7 (10,6 - 16,3)	103	19,9 (15,5 - 28)	28	7,1 (5,1 - 9,5)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	272	59,9 (52,9 - 67,6)	231	54,9 (45 - 59,9)	250	59 (55,7 - 64,1)

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Ni una vez	105	26,5 (22,2 - 30,7)	105	25,2 (21,6 - 33)	136	33,9 (24,8 - 39,2)
<b>Frecuencia de consumo marihuana</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	66	14,6 (10,2 - 17,7)	76	16,8 (13,2 - 19,7)	61	15 (10 - 18,5)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	89	18,9 (13,8 - 22,6)	72	17,8 (15,3 - 23,9)	50	12,6 (8,6 - 14,5)
Ni una vez	293	66,4 (60,6 - 69,8)	291	65,3 (57,7 - 71,7)	303	72,4 (65,2 - 75,8)
<b>Frecuencia de consumo fumado pipa</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	6	0,8 (0,1 - 1,4)	2	1,7 (0 - 4,3)	3	0,6 (0,2 - 1)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	3	0,4 (0 - 0,7)	4	1 (0,3 - 2,3)	8	1,2 (0,5 - 2,4)
Ni una vez	439	98,9 (98,5 - 99,5)	433	97,3 (95,1 - 99,2)	403	98,2 (96,9 - 98,8)
<b>Frecuencia de consumo inhalado pipa</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	-	--	1	0,2 (0 - 0,4)	2	0,6 (0,2 - 1,2)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	-	--	1	0 (0 - 0,5)	3	0,3 (0,2 - 0,7)
Ni una vez	448	100	437	99,8 (98,3 - 100)	409	99,1 (98,2 - 99,7)
<b>Frecuencia de consumo cocaína</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	4	0,5 (0 - 0,8)	9	1,7 (0,9 - 2,8)	9	1,2 (0,9 - 1,8)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	27	5,7 (4 - 7,4)	32	4,7 (4 - 6,8)	30	7,9 (6,1 - 11,)
Ni una vez	417	93,7 (92,3 - 96)	398	93,6 (91,6 - 96,3)	375	91 (88,4 - 93,3)
<b>Frecuencia de consumo de popper</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	15	2,2 (1,8 - 3,4)	26	4,6 (2,9 - 6,5)	5	1,1 (0 - 1,5)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	112	21,6 (17,3 - 24,4)	62	10,2 (8,1 - 15)	33	8,5 (7,2 - 11,)
Ni una vez	321	76,2 (72,3 - 79,2)	351	85,2 (78,4 - 88,3)	376	90,5 (84 - 92,5)
<b>Frecuencia de consumo de heroína fumada</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	1	0,1 (0 - 0,3)	-	-	-	-
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	1	0,1 (0 - 0,1)	1	0,3 (0 - 0,5)	1	0,1 (0 - 0,4)
Ni una vez	446	99,8 (99,7 - 100)	438	99,7 (98,9 - 100)	413	99,9 (99,2 - 100)
<b>Frecuencia de consumo de heroína inyectada</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	-	-	-	-	-	-
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	-	-	1	0,5 (0 - 1,2)	-	--
Ni una vez	448	100	438	99,5 (98,3 - 100)	414	100

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Frecuencia ha inhalado thinner o pegante</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	1	0,3 (0 - 0,9)	-	-	-	-
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	-	-	3	0,4 (0 - 0,8)	5	0,6 (0,2 - 1,1)
Ni una vez	447	99,7 (99 - 100)	436	99,6 (98,6 - 99,9)	409	99,4 (98,4 - 99,9)
<b>Frecuencia de consumo de éxtasis</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	1	0,8 (0 - 1,4)	4	0,9 (0,4 - 1,3)	1	0,2 (0 - 0,9)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	15	1,7 (0,9 - 1,7)	40	8,5 (6,9 - 10,)	7	1 (0,4 - 2,7)
Ni una vez	432	97,5 (97,1 - 99,2)	395	90,5 (87,2 - 92,9)	406	98,8 (97,9 - 99,5)
<b>Frecuencia de consumo de Sildenafil (viagra)</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	1	1 (0,6 - 2,4)	5	0,6 (0,1 - 0,9)	4	0,5 (0,1 - 0,7)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	4	0,3 (0 - 1,8)	17	2,5 (1,3 - 4,7)	22	4,8 (3,5 - 9)
Ni una vez	443	98,7 (97,8 - 99,6)	417	97 (95,8 - 98,7)	388	94,7 (91,6 - 96,5)
<b>Frecuencia de consumo de otras sustancias</b>						
Todos los días / Más de una vez a la semana	6	1 (0,2 - 2,4)	1	0,3 (0 - 0,8)	4	0,9 (0,4 - 2,2)
Menos de una vez a la semana / Una vez a la semana	20	3,5 (1,9 - 5)	13	3,6 (1,8 - 7,3)	4	1 (0,2 - 1,7)
Ni una vez	422	95,5 (93,4 - 97,3)	425	96,1 (93,1 - 97,7)	406	98 (97 - 99,6)
<b>Se ha INYECTADO DROGAS en los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER</b>						
Si	-	-	2	0,8 (0 - 1,9)	-	-
No	448	100	437	99,2 (98,7 - 100)	414	100

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.1.10 Prevalencia de VIH en las tres ciudades

La prevalencia de VIH en hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres para Medellín fue del 11,4% (IC95% 6,9-17,3) para Cali 23,4% (IC95%18,3-29,2) y Bogotá 26,4% (IC95%20,1-33,1).

**Tabla 24.** Prevalencia de VIH en HSH en las ciudades de Medellín, Bogotá, Cali, Colombia - 2019

Características	Área metropolitana Medellín		Bogotá		Área metropolitana Cali	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
<b>Prevalencia general de VIH</b>						
Positiva	57	11,4 (6,9-17,3)	141	26,4 (20,1-33,1)	107	23,4 (18,3-29,2)
Negativa	391	88,6 (81,9 - 92)	298	73,6 (69,4 - 75,1)	307	76,6 (73,5 - 80,8)

\*Estimaciones realizadas por RDSAT

## 6.2 Factores asociados a la infección por VIH

A continuación se presenta el análisis comparativo entre la infección de VIH (si o no), como variable dependiente contrastada con algunas de las variables más destacadas según la literatura, los criterios del investigador y la evidencia científica al respecto.

En las tablas a continuación se muestran los resultados de cada ciudad, identificándose el tener o no la infección de VIH, en contraposición con las variables independientes de interés; sociodemográficas como edad, estrato socioeconómicos, nivel educativo, estados civil, con quien vive, ocupación, etnia, ingresos. Atención en salud, orientación sexual, circuncisión, pareja estable hombre, pareja estable con VIH, hablar con la pareja de ITS/VIH, pareja estable vive con VIH, hablado de ITS con pareja estable, sexo anal con pareja estable, última vez relación sexual anal con pareja uso condón, relaciones sexuales con parejas ocasionales, hablar de VIH con su pareja ocasional, pareja ocasional vive con VIH, último mes relaciones sexuales anales pareja ocasional, trabajo sexual y pago por relaciones sexuales, VIH/ITS y prevención y consumo de sustancias psicoactivas. Se tuvo en cuenta las variables cuyo valor de p fuera menor a 0,05 en su nivel de significancia para ser tenidas en cuenta y valoradas para el análisis multivariado.

### 6.2.1 Características sociales y demográficas comparadas con el diagnóstico positivo para VIH en las tres ciudades.

#### 6.2.1.1 Medellín

Para la ciudad de Medellín los jóvenes de 18 a 24 años tuvieron una proporción de VIH positivo del 5,38%, en contraste con el grupo de 25 a 34 años con diagnóstico positivo que fueron el 22,1%; similar a los HSH de 35 a 44 años con diagnóstico positivo fueron el 22,5%. Finalmente están los HSH de 45 años en adelante donde está el 29,4% de la concentración de casos de VIH. Adicionalmente se puede decir que hay evidencia estadística que demuestra que el diagnóstico de VIH positivo y la edad están asociadas según la prueba chi cuadrado ( $\chi^2 = 30,7$ ;  $p=0,00$ ).

Frente al estrato socioeconómico relacionado con la presencia o no de la infección. Se puede decir que de los HSH que manifestaron vivir en estratos bajos el 12,4% tenían diagnóstico positivo. Del grupo de estratos cuatro, cinco y seis el 14,0% presentó diagnóstico positivo de VIH. No hubo asociación entre el estrato y el diagnóstico positivo.

Con respecto al nivel educativo se pudo identificar que del nivel de escolaridad baja (ninguno, preescolar y primaria) el 60,0% de los HSH tenía diagnóstico positivo para VIH, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre presentar un diagnóstico positivo de VIH y la escolaridad ( $\chi^2 = 17,2$ ;  $p=0,00$ ).

Del estado civil, en el grupo de separados, divorciados o viudos el 33,3 % tuvo diagnóstico positivo de VIH. No hubo asociación entre esta variable y el diagnóstico de VIH según el resultado de la prueba chi cuadrado. Frente al grupo de HSH que vivían solos el 25,5% presentó el diagnóstico positivo de VIH, de quienes vivían con compañero el 17,3%, y quienes vivían con otros familiares o no familiares el 10% presentaron el diagnóstico. Se evidenció asociación entre la variable con quien vive y la infección por VIH para la ciudad de Medellín ( $\chi^2=8,88$ ;  $p=0,031$ )

Entre el grupo de los que estaban buscando trabajo durante los últimos siete días el 21,4% presentaron un diagnóstico positivo de VIH, se encontró evidencia estadística de que la ocupación de los últimos siete días y tener un diagnóstico de VIH positivo estuvieran asociados, según la prueba chi cuadrado ( $\chi^2 = 11,7$ ;  $p=0,00$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico de VIH positivo, la etnia y el ingreso.

Los HSH que refirieron no tener ingreso y presentaron diagnóstico de VIH fueron el 6,7%. De los participantes que refirieron tener como ingresos menos de un salario mínimo, el 13,8% presentaron la infección por VIH. Quienes refirieron tener ingresos entre \$820.000 y \$1.644.000 el porcentaje con diagnóstico positivo fue de 16,6% similar al de los HSH que ganaban más de \$1.644.000 que presentaron la enfermedad 16,9%. Se encontró asociación entre los ingresos y el diagnóstico de la infección con una ( $\chi^2=7,77$   $p= 0,05$ ) para los HSH de la ciudad de Medellín.

### 6.2.1.2 Bogotá

Los jóvenes de 18 a 24 años tuvieron una proporción de VIH positivo del 13,5% en contraste con el grupo de 25 años a 34 años con diagnóstico positivo que eran el 39,3%. En la categoría de edad 35 a 44 años en donde hubo un 70,7% de la población diagnosticada con VIH. Se encontró evidencia estadística que demuestra que el diagnóstico de VIH positivo y la edad están asociadas ( $\chi^2 =68,6$ ;  $p=0,00$ ).

Frente al estrato socioeconómico relacionado con la presencia o no de la infección. Se puede decir que del grupo de los HSH de los estratos medio-bajo el 31,4% presentaron el diagnóstico positivo, así mismo los de estrato cuatro, cinco y seis el 35,8% presentaron diagnóstico positivo. No hubo asociación entre esta variable y tener VIH.

Con respecto al nivel educativo se pudo identificar que los HSH de Bogotá con 41,6% de HSH con un nivel de escolaridad ninguno/preescolar/primaria tuvieron un diagnóstico positivo de VIH, de los HSH que refirieron tener un nivel de secundaria el 54,0% tuvo diagnóstico positivo para VIH, los HSH de nivel técnico o tecnólogo con diagnóstico de VIH fueron el 44,8% y los HSH universitarios/postgrado que presentaron la infección fue del 19,7%. Se encontró que hay asociación entre la escolaridad y el diagnóstico de VIH. Es decir que existe diferencia estadísticamente significativa entre presentar un diagnóstico positivo de VIH y el nivel de escolaridad para los HSH de Bogotá ( $\chi^2=43,8$ ;  $p=0,00$ ).

Del estado civil de los HSH de Bogotá se evidencia que en el grupo de separados, divorciados o viudos el 66,6 % tuvo diagnóstico positivo de VIH, el 55,7% de los HSH casado en o unión libre presentaron el diagnóstico positivo y el 26,8% de los HSH solteros presentaron la infección. Hubo asociación entre esta variable estado civil y la variable resultado (VIH+) ( $X^2=17,1$ ;  $p=0,00$ ).

Frente al grupo de HSH que vivían solos el 36,9% tuvo diagnóstico de VIH, de quienes vivían con compañero el 48,8%, y quienes vivían con otros familiares o no familiares el 28,5%. Se pudo evidenciar que hay asociación entre la variable con quien vive y el diagnóstico de VIH para la ciudad de Bogotá ( $X^2=8,24$ ;  $p=0,016$ ).

Entre el grupo de los que estaban buscando trabajo durante los últimos siete días, el 48,9% tuvo diagnóstico positivo de VIH, seguido de la ocupación otro de los cuales el 44,2% presentaron el diagnóstico, el 36,8% de los que trabajaban como empleados o independientes tuvieron el diagnóstico, de los HSH que se dedicaba a estudiar y trabajar el 13,1% presentó la infección por VIH. Se encontró evidencia estadística de que la ocupación de los últimos siete días y tener un diagnóstico de VIH positivo estuvieran asociados, según la prueba chi cuadrado ( $X^2 = 33,2$ ;  $p=0,00$ ). No se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico de VIH positivo y la etnia.

Los participantes que refirieron no tener ingreso y presentaron el diagnóstico positivo de VIH fueron el 24,4%. Los HSH que refirieron tener como ingresos menos de un salario mínimo el 33,7% tuvo diagnóstico positivo para VIH, porcentaje similar a los que refirieron tener ingresos entre \$820.000 y \$1.644.000 que fue de 33,3%. Los HSH que ganaban más de \$1.644.000 y que presentaron la infección fueron el 36,9%. No hubo asociación entre los ingresos y el diagnóstico de la infección en esta ciudad.

### 6.2.1.3 Cali

Continuando con el análisis para la ciudad de Cali, los HSH de 18 a 25 años presentaron una proporción de VIH positivo del 13,1% en contraste con el grupo de 25 a 34 años con diagnóstico positivo que fue del 21,9%, de 35 a 44 años con diagnóstico el 42,5% y de 45 años en adelante fue el 34, 1%. Se encontró que hay evidencia estadística que demuestra que el diagnóstico de VIH positivo y la edad están asociadas ( $X^2 =22,8$ ;  $p=0,00$ ).

Frente al estrato socioeconómico relacionado con la presencia o no de la infección. Se puede decir que del grupo de los HSH de los estratos medio-bajo el 26,2% tenían el diagnóstico positivo, y los de estrato cuatro, cinco y seis el 23,2% presentó diagnóstico positivo para VIH. No hubo relación entre esta variable y tener la infección.

Con respecto al nivel educativo se pudo identificar que en el nivel de escolaridad baja (ninguno/preescolar/primaria) el 34,4% de los HSH tenía diagnóstico positivo para VIH, no se encontró una evidencia estadística de la relación entre estas dos variables

para la ciudad de Cali. Del estado civil de los HSH de Cali se evidencia que en el grupo: casado/unión libre el 31,8% tuvo diagnóstico positivo de VIH, sin embargo no hubo evidencia estadística que demostrara la asociación entre las variables.

Para Cali se observó que la variable “con quien vive actualmente” muestra que para el grupo de los que contestaron con compañero el 40,8% tenía diagnóstico positivo, de los HSH que respondieron que vivían solos el 26,6% presentaron la infección, y de los HSH que vivían con otros familiares o no familiares el 23,0% tuvo el diagnóstico positivo. Al realizar la prueba se obtuvo ( $\chi^2=8,86$  y un  $p=0,03$ ), por lo tanto hay asociación entre con quien vive y tener VIH para la ciudad de Cali.

Para la variable ocupación en la última semana, se encontró que entre el grupo de los que realizaron “otras labores “ el 40,7% tuvo un diagnóstico positivo de VIH, se encontró evidencia estadística de que la ocupación en los últimos siete días y tener un diagnóstico de VIH positivo estuvieran asociados, según la prueba chi cuadrado ( $\chi^2 = 8,952$ ;  $p=0,03$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el diagnóstico de VIH positivo y la etnia.

Los participantes que refirieron no tener ingreso y presentaron diagnóstico de VIH fueron el 2,5%. Los HSH que refirieron tener como ingresos menos de un mínimo el 26,1% presentó la infección de VIH, porcentaje similar a los que refirieron tener ingresos entre \$820.000 y \$1.644.000 que fue de 27,3%. Los HSH que ganaban más de \$1.644.000 y que presentó la infección por VIH fue del 24,3%. No se encontró que hubo asociación entre los ingresos y el diagnóstico de la infección (Tabla 25).

**Tabla 25.** Características sociales y demográficas comparadas con la infección por VIH en las tres ciudades del estudio

Características	Área metropolitana Medellín				Bogotá				Área metropolitana Cali			
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p
<b>Edad agrupada</b>												
18 a 24 años	5,38(14)	94,6(246)	30,7	,000	13,5(26)	86,4(166)	68,6	,000	13,1(15)	86,8(99)	22,8	,000
25 a 34 años	22,1(31)	77,8(109)			39,3(59)	60,6(91)			21,9(27)	78,0(96)		
35 a 44 años	22,5(7)	77,4(24)			70,7(29)	29,2(12)			42,5(23)	57,4(31)		
45 años en adelante	29,4(5)	70,5(12)			48,2(27)	51,7(29)			34,1(42)	65,8(81)		
<b>Estrato socio económico</b>												
Estratos 0 - 1 - 2 - 3	12,4(47)	87,5(331)	0,18	,669	31,4(117)	68,5(255)	0,49	,481	26,2(94)	73,7(264)	0,23	,629
Estratos 4 - 5 - 6	14,2(10)	85,7(60)			35,8(24)	64,1(43)			23,2(13)	76,7(43)		
<b>Nivel educativo</b>												
Ninguno / Preescolar / Primaria	60(3)	40(2)	17,2	,001	41,6(5)	58,3(7)	43,8	,000	34,4(10)	65,5(19)	1,30	0,72
Secundaria	10(11)	90(99)			54,0(47)	45,9(40)			25,7(52)	74,2(150)		
Técnico / Tecnológico	20,6(18)	79,3(69)			44,8(39)	55,1(48)			25(27)	75(81)		
Universitario / Postgrado	10,1(25)	89,8(221)			19,7(50)	80,2(203)			24(18)	76(57)		
<b>Estado civil</b>												
Soltero	11,7(47)	88,2(352)	3,40	,182	28,6(110)	71,3(274)	17,1	,000	25,0(86)	74,9(257)	3,07	,215
Casado / Unión Libre	19,5(9)	80,4(37)			55,7(29)	44,2(23)			31,8(21)	68,1(45)		
Separado / Divorciado / Viudo	33,3(1)	66,6(2)			66,6(2)	33,3(1)			0(0)	100(5)		
<b>Con quien vive actualmente</b>												
Solo / Solo con hijos	25,5(11)	74,4(32)	8,88	,031	36,9(31)	63,0(53)	8,24	,016	26,6(32)	73,3(88)	8,86	,031
Compañero	17,3(8)	82,6(38)			48,8(21)	51,1(22)			40,8(20)	59,1(29)		
Esposa / Compañera	0(0)	100(1)			0(0)	0(0)			0(0)	100(6)		
Otros familiares y no familiares	10,6(38)	89,3(320)			28,5(89)	71,4(223)			23,0(55)	76,9(184)		

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor P	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor P	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor P
<b>Ocupación en los últimos siete días</b>									
Trabajar (Empleado o Independiente)	18,0(31)	81,9(141)	11,7 ,008	36,8(77)	63,1(132)	33,2 ,000	25,5(65)	74,4(189)	8,95 ,030
Buscar trabajo	21,4(6)	78,5(22)		48,9(24)	51,0(25)		19,2(10)	80,7(42)	
Estudiar y trabajar	6,97(12)	93,0(160)		13,1(17)	86,8(112)		18,5(10)	81,4(44)	
Otro	10,5(8)	89,4(68)		44,2(23)	55,7(29)		40,7(22)	59,2(32)	
<b>Etnia</b>									
Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente	11,7(2)	88,2(15)	0,55 ,756	40(10)	60(15)	0,85 ,065	20(14)	80(56)	2,82 ,024
Otro (Indígena, Room, Raizal del San Andrés, Palenquero San Basilio)	25(1)	75(3)		27,2(3)	72,7(8)		15,7(3)	84,2(16)	
<b>Ingresos</b>									
Sin ingresos	6,71(10)	93,2(139)	7,77 0,05	24,4(23)	75,5(71)	3,48 0,32	21,5(11)	78,4(40)	0,71 0,86
Menos de un mínimo	13,8(15)	86,1(93)		33,7(49)	66,2(96)		26,1(45)	73,8(127)	
Entre \$ 8260.001 y \$ 1.644.000	16,6(23)	83,3(115)		33,3(45)	66,6(90)		27,3(41)	72,6(109)	
Mas de \$ 1.644.000	16,9(9)	83,0(44)		36,9(24)	63,0(41)		24,3(10)	75,6(31)	

## 6.2.2 Acceso a los servicios de salud y su relación con la infección por VIH

En la siguiente tabla se compara el acceso al sistema de salud con tener o no VIH para cada una de las tres ciudades.

### 6.2.2.1 Medellín

En Medellín el 9,8% de los HSH del régimen contributivo tuvo diagnóstico positivo de VIH, del régimen subsidiado el 17,0%, quienes respondieron no estar asegurados el 25,0% presentó la infección. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la atención en salud y tener VIH. No se encontró asociación entre el lugar de consulta y tener VIH para la ciudad de Medellín.

Al indagar por el pago del servicio la última vez que busco ayuda por asuntos relacionados con la salud en el último año, de los que si pagaron la totalidad del servicio el 20,0% tuvo diagnóstico positivo para VIH, de quienes pagaron cuota moderadora el 7,9% presentó la infección y del grupo de los que no pagaron nada el 23,8% presentó la infección por VIH. Se encontró asociación entre el pago por los servicios de atención en salud y la infección según la prueba aplicada ( $X^2=18,4$ ;  $p=0,001$ ). No hubo asociación entre la variable diagnóstico de TB y tener VIH.

### 6.2.2.2 Bogotá

Para los HSH de la ciudad de Bogotá, quienes refirieron estar en el régimen contributivo el 31,5% tenían diagnóstico de VIH, en régimen subsidiado el 37,8%, y de quienes refirieron no estar afiliados el 29,6% tuvo diagnóstico de VIH. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de atención en salud y tener VIH. Se encontró asociación entre el lugar de consulta y tener VIH para la ciudad de Bogotá ( $X^2=9,27$ ;  $p=0,026$ ).

Al sondear por el pago del servicio, de los que si pagaron la totalidad del servicio el 18,7% presentó el diagnóstico positivo para VIH, de quienes pagaron cuota moderadora el 23,8% presentó la infección por VIH, de los que hicieron pagos parciales el 37,5% presentó la infección de VIH y del grupo de los que no pagaron nada el 43,2% presentó diagnóstico positivo. Se encontró asociación entre el pago por los servicios de atención en salud y tener VIH ( $X^2=15,6$ ;  $p=0,003$ ).

Finalmente cuando se indagó por el diagnóstico de TB de los que mencionaron que si habían tenido diagnóstico de esta patología, el 100% tuvo diagnóstico positivo para VIH. Se encontró asociación entre diagnóstico de TB y la infección de VIH ( $X^2=44,2$ ;  $p=0,00$ ).

### 6.2.2.3 Cali

En Cali, el 29,3% de las personas afiliadas en el régimen contributivo tenían diagnóstico de VIH, en régimen subsidiado el 25,0%, y de quienes refirieron no estar afiliados el 17,2% tuvo diagnóstico de VIH. Se encontró asociación entre el tipo de régimen de afiliación y tener VIH en la ciudad de Cali, ( $X^2=6,28$ ;  $p=0,09$ ).

Frente a la variable lugar de consulta, el 12,3% que no tenía problemas de salud tenía diagnóstico positivo para VIH, el grupo que refirió que consultó en una institución, clínica, hospital o puesto de salud del cual el 20,7% presentó la infección, el 32,2% de los que consultó en un centro de atención o EPS presentó la infección por VIH y entre los que consultaron a un lugar determinado como “otro” el 35,7% presentó también el diagnóstico. Se encontró asociación entre el lugar de consulta y tener VIH para la ciudad de Cali ( $X^2=16,5$ ;  $p=0,001$ ).

Cuando se preguntó por el pago del servicio la última vez que busco ayuda por asuntos relacionados con la salud en el último año, de los que si pagaron la totalidad del servicio el 33,3% presentó el diagnóstico positivo para VIH, de quienes pagaron cuota moderadora el 22,6% presentó la infección y del grupo de los que no pagaron nada el 36,4% presentó la infección de VIH. Se encontró asociación entre el pago por los servicios de atención en salud y tener VIH ( $X^2=23,8$ ;  $p=0,00$ ). Finalmente cuando se indagó por el diagnóstico de TB de los que mencionaron que habían tenido esta patología, el 72,7% tuvo también diagnóstico de VIH. Se encontró asociación entre diagnóstico de TB y tener VIH ( $X^2=12,9$ ;  $p=0,00$ ).

Tabla 26. Acceso a los servicios de salud comparado con la infección por VIH

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali			
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	
<b>Recibe atención en salud a través de</b>										
Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	9,85(27)	90,1(247)		31,5(86)	68,4(187)	4,40	29,3(57)	70,6(137)	6,28	0,09
Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPS) / Carné del resguardo indígena	17,0(25)	82,9(122)	6,09	37,8(42)	62,1(69)		25(45)	75(135)		
No está afiliado	25(3)	75(9)		29,6(8)	70,3(19)		17,2(5)	82,7(24)		
Otro (Carné de las fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECO-PETROL régimen especial)	13,3(2)	86,6(13)		17,8(5)	82,1(23)		0(0)	100(11)		
<b>En los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER, la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud, ¿a dónde consultó?</b>										
No tuvo ningún problema de salud	10,2(9)	89,7(79)	1,37	30,6(27)	69,3(61)	9,27	12,3(13)	87,6(92)	16,5	,001
Institución, clínica, hospital, puesto de salud de atención pública (Estatal)	10,9(9)	89,0(73)		36,8(7)	63,1(12)		20,7(11)	79,2(42)		
Centro de atención de una EPS/ARS	14,2(37)	85,7(222)		34,7(104)	65,2(195)		32,2(78)	67,7(164)		
Otro	10,5(2)	89,4(17)		9,09(3)	90,9(30)		35,7(5)	64,2(9)		
<b>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?</b>										
Si, pago total de los servicios	20(5)	80(20)	18,4	18,7(3)	81,2(13)	15,6	33,3(2)	66,6(4)	23,8	,000
Si pago cuota moderadora	7,92(18)	92,0(209)		23,8(41)	76,1(131)		22,6(26)	77,3(89)		
Si, pago parcial de los servicios	0(0)	100(3)		37,5(3)	62,5(5)		0(0)	100(7)		
No pagó nada	23,8(25)	76,1(80)		43,2(67)	56,7(88)		36,4(66)	63,5(115)		
<b>¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis?</b>										
Si	16,6(1)	83,3(5)	0,23	100(20)	0(0)	44,2	72,7(8)	27,2(3)	12,9	,000
No	12,6(56)	87,3(385)		28,8(121)	71,1(298)		24,5(99)	75,4(304)		
NS/NR	0(0)	100(1)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		

## 6.2.3 Comportamiento sexual y su relación con VIH en tres ciudades de Colombia

### 6.2.3.1 Medellín

En los HSH que se percibían como homosexuales el 14,0% tenía diagnóstico positivo de VIH, y no se encontró asociación entre esta variable y tener VIH. No se encontró asociación entre estar circuncidados y VIH. Entre los que vivían con pareja estable hombre el 16,0% tenía el diagnóstico positivo, no se encontró asociación.

Con respecto a si la pareja sexual estable vivía con VIH, del grupo que respondió que si el 14,4% tuvo diagnóstico de VIH adicionalmente, del grupo de los que contestaron que no sabía/no respondía: el 41,6% presentó la infección, y del grupo que respondieron que si el 18,1% presentó también la infección por VIH. Se aplicó la prueba chi cuadrado que mostró que hay una asociación estadísticamente significativa entre el estado serológico de VIH de la pareja y tener VIH ( $X^2=10,8$ ;  $p=0,013$ ).

De los HSH que si habían hablado sobre las ITS/VIH con su pareja estable el 16,1% presentó la infección, de los que respondieron que no lo habían hecho el 25,0% presentó el diagnóstico de la infección, no se encontró asociación entre estas variables. De los HSH que habían tenido sexo anal con su pareja estable en los últimos 12 meses el 16,8% presentó VIH. No se encontró asociación entre el sexo anal con la pareja estable y tener VIH.

Los participantes que refirieron usar condón en sexo anal la última vez con la pareja estable hombre el 26,2% presentó diagnóstico positivo para VIH, se encontró asociación entre el uso de condón y sexo anal la última vez y tener VIH. Esta relación es estadísticamente significativa entre las dos variables dado el resultado de la prueba chi cuadrado ( $X^2 =11,6$   $p=0,00$ ).

Con respecto a las parejas ocasionales o contactos casuales el análisis de la tabla muestra que los HSH de Medellín que habían tenido relaciones sexuales con pareja ocasional en el último año el 12,5% tuvo diagnóstico positivo para VIH. No se encontró asociación.

De los HSH que si hablaron sobre ITS/VIH con sus parejas ocasionales el 11,0% presentó la infección y de los que no habían hablado el 14,6%. No hubo asociación entre estas variables.

Del grupo que respondió que la pareja ocasional vive con el virus el 16,6% tuvo el diagnóstico positivo de VIH. No hubo asociación entre estas variables. En el grupo que si había tenido relaciones sexuales anales con la pareja ocasional en los últimos 30 días 12,9% vive con el virus y el 13,9% no tuvo estas relaciones pero también vive con el virus, no hubo asociación entre las variables: relaciones sexuales anales con pareja ocasional en el último mes y tener la infección de VIH.

En el grupo de quienes usaron condón con la pareja ocasional en el último encuentro sexual el 14,7% tuvo diagnóstico positivo para VIH y el 7,5% que no usaron el condón también tuvo este diagnóstico. No hubo asociación entre las variables anteriormente descritas. Los HSH que respondieron que no habían tenido relaciones sexuales penetrativas con mujeres en el último año (a cambio de dinero) el 25,9% presentó el diagnóstico positivo para VIH. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre esta variable con la infección por VIH.

### 6.2.3.2 Bogotá

En Bogotá en el grupo de los HSH que se identificaban como bisexuales el 12,9% tuvo un diagnóstico de VIH, se encontró evidencia estadística de que la orientación y el diagnóstico positivo de VIH estuvieran asociados ( $X^2=15,1$ ;  $p=0,002$ ). Entre los que vivían con pareja estable hombre el 34,6% tenían el diagnóstico positivo, no se encontró asociación.

Con respecto a si la pareja sexual estable vivía con VIH, del grupo que respondió que si el 57,1% tenía diagnóstico de VIH, del grupo de los que contestaron que no sabía /no respondían el 71,4% presentó la infección, y del grupo que respondieron que si el 57,1% presentó VIH. Se aplicó la prueba chi cuadrado que mostró que hay una asociación estadísticamente significativa entre el estado serológico de VIH de la pareja y tener VIH ( $X^2=14,6$ ;  $p=0,00$ ).

De los HSH que habían hablado sobre las ITS/VIH con su pareja estable el 34,8% tenía la infección y de los que respondieron que no habían hablado el 33,3% tuvo el diagnóstico de la infección, no se encontró asociación entre estas dos variables descritas anteriormente. De los HSH que si habían tenido sexo anal con su pareja estable en los últimos 12 meses el 36,8% tenía VIH. No se encontró asociación entre el sexo anal con la pareja estable y tener VIH.

Los participantes que refirieron usar condón en sexo anal la última vez con la pareja estable hombre el 39,7% presentó un diagnóstico positivo para VIH, de los que refirieron no usarlo el 33,3% también tenía la infección, no se encontró asociación entre el uso de condón y sexo anal la última vez y tener VIH en Bogotá.

Con respecto a las parejas ocasionales o contactos casuales se puede analizar que los HSH que habían tenido relaciones sexuales con pareja ocasional en el último año el 32,5% tuvo diagnóstico positivo para VIH, de los HSH que no hablaron sobre ITS/VIH con sus parejas ocasionales el 33,3% tenían la infección de VIH, se muestra además que no hubo una asociación estadísticamente significativa con las variables tener parejas ocasionales, haber hablado de ITS /VIH con la pareja ocasional y tener VIH.

Frente a la variable pareja ocasional vive con VIH, del grupo de HSH que respondieron que si el 61,9% tuvo diagnóstico de VIH y hubo una asociación estadística entre esta variable y el diagnóstico de VIH ( $X^2=20,6$  y  $p=0,00$ ).

Con respecto a los HSH que en los últimos 30 días habían tenido relaciones anales con esta pareja ocasional, el 37,4% de ellos tuvo diagnóstico positivo para VIH y de los que respondieron que no el 29,2% también tuvo el diagnóstico. Se encontró evidencia estadísticamente significativa de la asociación entre estas dos variables ( $X^2=6,45$  y una  $p=0,04$ ).

Ahora bien frente al uso de condón en la última vez que tuvo relaciones sexuales con esta pareja ocasional el grupo que si lo uso tuvo una proporción del 35,3% de VIH y al realizar las pruebas se encontró una asociación entre estas dos variables ( $X^2=6,97$ ;  $p=0,031$ ).

### 6.2.3.3 Cali

En el grupo de los HSH que se identificaban como bisexuales el 13,7% tuvo un diagnóstico positivo de VIH, en el grupo de los que se identificaron como homosexuales el 31, 2% y heterosexuales el 20,0%, se encontró evidencia estadística de que la orientación y el diagnóstico positivo de VIH estuvieran asociados, según la prueba chi cuadrado realizada ( $X^2=14,3$ ;  $p=0,002$ ).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre tener una pareja estable viviendo con VIH y tener VIH ( $X^2=15,1$   $p=0,002$ ). De los HSH que si habían hablado sobre las ITS /VIH con su pareja estable el 27,6% tenía diagnóstico de la infección, y de los que habían tenido sexo anal con su pareja estable en los últimos 12 meses el 28,9% tenía VIH. No hubo asociación estadística entre estas variables y la variable de interés VIH (+).

Los HSH que refirieron usar condón en sexo anal la última vez con la pareja estable hombre el 38,5% presentó un diagnóstico positivo para VIH y de los que respondieron que no el 20,0% también presentó la infección. Además se encontró una asociación estadísticamente significativa entre estas variables ( $X^2=7,64$   $p=0,022$ ).

Con respecto a las parejas ocasionales o contactos casuales se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tener el diagnóstico para VIH positivo y tener parejas ocasionales. Se puede analizar que los HSH que habían tenido relaciones sexuales con pareja ocasional en el último año el 27,0% tuvo diagnóstico positivo para VIH, de los HSH que no hablaron sobre ITS / VIH con sus parejas ocasionales el 31,7% tenían la infección de VIH.

Tabla 27. Comportamiento sexual y parejas comparativo con la infección de VIH en las tres ciudades del estudio

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali			
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	
<b>En términos de orientación sexual ¿usted con cuál orientación sexual se identifica?</b>										
Bisexual	2,38(1)	97,6(41)	5,50	12,9(8)	87,0(54)	15,1	13,7(16)	86,2(100)	14,3	,002
No sabe	0(0)	100(4)		0(0)	100(3)		0(0)	100(3)		
Homosexual	14(56)	86(344)		35,7(133)	64,2(239)		31,2(89)	68,7(196)		
Heterosexual	0(0)	100(2)		0(0)	100(2)		20(2)	80(8)		
<b>Usted esta circuncidado</b>										
Si	10,7(7)	89,2(58)	0,26	28,5(20)	71,4(50)	0,48	17,1(12)	82,8(58)	5,73	,057
No	13,0(50)	86,9(333)		32,7(120)	67,2(246)		27,2(93)	72,7(248)		
NS/NR	0(0)	0(0)		33,3(1)	66,6(2)		66,6(2)	33,3(1)		
<b>Actualmente ¿usted tiene una PAREJA ESTABLE hombre?</b>										
No	10,7(32)	89,2(267)	3,56	31,0(89)	68,9(198)	1,55	24,6(62)	75,3(190)	0,51	,471
Si	16,8(25)	83,1(123)		34,6(52)	65,3(98)		27,7(45)	72,2(117)		
NS/NR	0(0)	100(1)		0(0)	100(2)		0(0)	0(0)		
<b>¿Su pareja estable vive con el VIH?</b>										
No	14,4(18)	85,6(107)	10,8	26,9(31)	73,0(84)	14,6	21,0(27)	78,9(101)	15,1	,002
NS/NR	41,6(5)	58,3(7)		71,4(5)	28,5(2)		44,4(4)	55,5(5)		
Si	18,1(2)	81,8(9)		57,1(16)	42,8(12)		56(14)	44(11)		
<b>¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con su pareja estable?</b>										
Si	16,1(22)	83,8(114)	4,23	34,8(46)	65,1(86)	0,69	27,6(39)	72,3(102)	0,52	,769
No	25(3)	75(9)		33,3(6)	66,6(12)		28,5(6)	71,4(15)		
<b>¿Usted ha tenido sexo anal con su pareja estable en los últimos 12 meses contados hasta ayer?</b>										
No	0(0)	0(0)	3,45	17,6(3)	82,3(14)	3,22	18,7(3)	81,2(13)	1,39	,498
Si	16,8(25)	83,1(123)		36,8(49)	63,1(84)		28,9(42)	71,0(103)		

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali					
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p
<b>La ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal con su pareja estable ¿usaron condón?</b>												
Si	26,2(16)	73,7(45)	11,6	,003	39,7(29)	60,2(44)	2,57	,277	38,5(27)	61,4(43)	7,64	,022
No	10,3(9)	89,6(78)			33,3(20)	66,6(40)			20(15)	80(60)		
<b>En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales?</b>												
No	13,8(10)	86,1(62)	0,10	,746	29,8(23)	70,1(54)	0,21	,642	21,8(21)	78,1(75)	1,02	,311
Si	12,5(47)	87,5(329)			32,5(118)	67,4(244)			27,0(86)	72,9(232)		
<b>¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con su pareja ocasional o contacto casual?</b>												
Si	11,0(25)	88,9(201)	1,15	,560	32,1(70)	67,8(148)	0,27	,871	22,9(39)	77,0(131)	4,23	,120
No	14,6(22)	85,3(128)			33,3(48)	66,6(96)			31,7(47)	68,2(101)		
<b>¿Su pareja ocasional o contacto casual vive con el VIH?</b>												
No	11,5(32)	88,4(245)	0,98	0,80	26,9(67)	73,0(182)	20,6	,000	23,3(50)	76,6(164)	9,93	,019
NS/NR	14,9(13)	85,0(74)			35,2(25)	64,7(46)			31,1(28)	68,8(62)		
Si	16,6(2)	83,3(10)			61,9(26)	38,0(16)			57,1(8)	42,8(6)		
<b>En los ÚLTIMOS 30 DÍAS contados hasta ayer ¿Ha tenido relaciones sexuales anales (penetrativas o receptivas) con su pareja ocasional o su contacto casual?</b>												
No	13,9(19)	86,0(117)	0,58	,746	29,2(36)	70,7(87)	6,45	,040	22,5(28)	77,4(96)	1,26	,532
Si	12,9(27)	87,0(182)			37,4(82)	62,5(137)			28,4(45)	71,5(113)		
<b>La ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal con la pareja ocasional o ese encuentro casual ¿usaron condón?</b>												
No	7,54(4)	92,4(49)	1,85	,395	43,6(24)	56,3(31)	6,97	,031	23,8(10)	76,1(32)	1,57	,454
Si	14,7(23)	85,2(133)			35,3(58)	64,6(106)			30,1(35)	69,8(81)		
<b>Número de MUJERES con los que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, a cambio de dinero, en los últimos 12 meses</b>												
Ninguna	25,9(7)	74,0(20)	4,51	,034	36,8(14)	63,1(24)	1,35	,717	29,3(17)	70,6(41)	4,56	,207
1 a 4 mujeres	0(0)	0(0)			0(0)	100(1)			0(0)	100(10)		
5 mujeres o más	0(0)	0(0)			0(0)	100(1)			0(0)	100(2)		

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
<b>¿Usted tiene una pareja estable mujer?</b>									
Si	0(0)	100(4)	2,16 ,339	33,3(1)	66,6(2)	0,00	0(0)	100(13)	17,4 ,000
No	4,34(1)	95,6(22)		31,5(12)	68,4(26)		9,85(7)	90,1(64)	
<b>La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable mujer ¿usaron condón?</b>									
Si	0(0)	0(0)	0,58 ,443	0(0)	100(1)	0,76	0(0)	100(2)	4,67 ,096
No	0(0)	100(4)		50(1)	50(1)		0(0)	100(11)	
<b>¿Usted ha tenido relaciones sexuales con mujeres de manera ocasional o casual por menos de 6 meses?</b>									
No	0(0)	100(8)	2,24 ,325	18,1(4)	81,8(18)	3,98	4,34(1)	95,6(22)	17,1 ,000
Si	5,26(1)	94,7(18)		47,3(9)	52,6(10)		9,83(6)	90,1(55)	
<b>La última vez que tuvo relaciones sexuales con una pareja mujer ocasional ¿usaron condón?</b>									
Si	7,69(1)	92,3(12)	1,21 ,545	60(9)	40(6)	7,33	15,1(5)	84,8(28)	10,6 ,005
No	0(0)	100(6)		0(0)	100(4)		3,57(1)	96,4(27)	

## 6.2.4 Trabajo sexual y pago por relaciones comparado según infección de VIH

### 6.2.4.1 Medellín

Con respecto a trabajo sexual el 33,3% tenía diagnóstico de VIH, y se encontró una relación estadísticamente significativa entre esta variable y el diagnóstico de VIH ( $X^2=9,76$ ;  $p=0,008$ ). Con respecto a la frecuencia con que había usado condón en el último año con las parejas que le habían pagado o que les había pagado el grupo que respondió la mayoría de las veces presentó un 33,3% de personas infectadas por VIH, de quienes respondieron que siempre usaron el condón 35,2% estaban infectadas, adicionalmente se encontró asociación entre estas dos variables ( $X^2=9,48$ ;  $p=0,02$ ).

De los HSH de Medellín que refirieron tener el sexo comercial como su principal fuente de ingreso el 50% tenía el diagnóstico de VIH y de los que dijeron que no, el 31,5% también tenía el diagnóstico, se encontró asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $X^2=8,98$ ;  $p=0,01$ ). De los HSH que si habían tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con un hombre el 33,3% tenía el diagnóstico de VIH, hubo una asociación entre tener relaciones sexuales a cambio de dinero con un hombre y tener la infección de VIH ( $X^2=8,42$   $p=0,00$ ).

En el grupo de los HSH que hablaron con algunos de sus clientes sobre ITS/VIH el 60,0% presentó diagnóstico VIH, en el grupo de los que había hablado con todos el 28,5% también tenía la infección y del grupo que no había hablado con ninguno 77,7% tenían la infección. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=12,7$ ;  $p=0,005$ ).

En la variable si ha dado dinero a cambio de relaciones sexuales en el último año, del grupo que respondió que si las había tenido, el 30% tenía diagnóstico de VIH y del grupo que respondió que no el 27,2% tenía el diagnóstico. Se encontró una asociación entre dar dinero a cambio de relaciones sexuales en el último año y tener VIH para la ciudad de Medellín ( $X^2=7,40$ ;  $p=0,02$ ). Con respecto a la frecuencia con la que el participante y las personas a las que les había pagado para tener relaciones sexuales penetrativas usaron condón en el último año, de los que respondieron que siempre el 33,3% tenía VIH, se encontró una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=9,65$ ;  $p=0,04$ ).

### 6.2.4.2 Bogotá

Con respecto al trabajo sexual en la ciudad de Bogotá, la tabla muestra que del grupo de los HSH que refirió que si había tenido relaciones sexuales a cambio de dinero en el último año el 38,4% tenían diagnóstico de VIH, y de los que respondieron que no, el 55,8% tenía el diagnóstico positivo. Además se identificó una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y la infección por VIH ( $X^2 =13,2$ ;  $p=0,00$ ).

De los HSH que respondieron que siempre usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales con clientes de los que recibieron dinero en el último año, el 53,3% tenían

diagnóstico de VIH. De los que respondieron que nunca el 50,0% tienen la infección, de los que respondieron que algunas veces el 20,0% también estaba infectados. Sin embargo no se encontró una asociación entre esta variable y tener VIH.

Los HSH de Bogotá que refirieron tener sexo comercial como su principal fuente de ingreso el 60,0% tenía el diagnóstico de VIH y de los que respondieron que no el 33,3% tenía la infección. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre esta variable y la infección. De los HSH que si habían tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con un hombre el 38,4% tenía el diagnóstico positivo para VIH. De los HSH que respondieron que si había tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una mujer el 50,0% tenía diagnóstico positivo. Frente al grupo que respondió que si había tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una transgénero, travestis, transformista o transexuales, todos tenían diagnóstico de VIH. En el grupo de los HSH que si hablaron con todos los clientes sobre ITS/VIH el 55,5% tenían diagnóstico VIH. En las variables anteriormente descritas no se observó asociación entre ellas y tener VIH.

En la variable pago por relaciones sexuales en el último año el 63,6% tenían diagnóstico de VIH, de los que respondieron que no 39,1% tenía el diagnóstico también. No hubo asociación. Con respecto a la frecuencia con que había usado condón en el último año con las parejas que le habían pagado o que les había pagado, el grupo que respondió siempre presentó un 70,0% de personas infectadas por VIH. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=7,18$ ;  $p=0,02$ ). Finalmente en el grupo de HSH que uso condón la última vez que pago para tener relaciones sexuales con alguna persona (hombre, mujer, transgénero) el 70% tenía la infección de VIH. Se identificó una asociación entre estas dos variables ( $X^2=7,18$ ;  $p=0,028$ ).

### 6.2.4.3 Cali

Con respecto a trabajo sexual la tabla muestra que del grupo de los HSH que refirió que si había tenido relaciones sexuales a cambio de dinero en el último año el 27,7% tenían diagnóstico de VIH, y de los que respondieron que no el 31,6% tenía también la infección. Adicionalmente no se encontró una asociación entre estas dos variables.

De los HSH de Cali que refirieron tener sexo comercial como su principal fuente de ingreso el 18,1% tenían el diagnóstico de VIH. De los HSH que si habían tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con un hombre el 28,3% tenía el diagnóstico positivo para VIH. De los HSH que respondieron que no habían tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una mujer el 32,6% tenía diagnóstico positivo. Frente al grupo que respondió que no había tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una transgénero, travestis, transformista o transexuales, el 29,4% tenían diagnóstico de VIH. En el grupo de los HSH que no hablaron con todos los clientes sobre ITS/VIH el 34,6% tenían diagnóstico VIH. En las variables anteriormente descritas no se observó una ninguna asociación entre ellas y tener VIH.

Tabla 28. Trabajo sexual y pago por relaciones comparativo con la infección por VIH

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali					
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p			
<b>En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿ha recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?</b>												
No	17,5(7)	82,5(33)	9,76	,008	55,8(24)	44,1(19)	13,2	,001	31,6(19)	68,3(41)	1,52	,467
Si	33,3(7)	66,6(14)			38,4(10)	61,5(16)			27,7(15)	72,2(39)		
<b>¿Con que frecuencia usted y los clientes de los que recibe dinero usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses calendario?</b>												
Siempre	35,2(6)	64,7(11)	9,48	,023	53,3(8)	46,6(7)	5,64	,227	36,6(11)	63,3(19)	7,77	,100
Nunca	0(0)	0(0)			50(1)	50(1)			10(1)	90(9)		
La mayoría de veces	33,3(1)	66,6(2)			0(0)	100(4)			0(0)	100(8)		
Algunas veces	0(0)	100(1)			20(1)	80(4)			50(3)	50(3)		
<b>¿El sexo comercial es su principal fuente de ingresos?</b>												
No	31,5(6)	68,4(13)	8,98	,011	33,3(7)	66,6(14)	1,82	,401	30,2(13)	69,7(30)	0,78	,675
Si	50(1)	50(1)			60(3)	40(2)			18,1(2)	81,8(9)		
<b>ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con un hombre</b>												
Si	33,3(7)	66,6(14)	8,42	,004	38,4(10)	61,5(16)	0,51	,475	28,3(15)	71,6(38)	0,53	,767
No	0(0)	0(0)			0(0)	0(0)			0(0)	100(1)		
<b>Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una mujer</b>												
Si	0(0)	100(1)	9,47	,009	50(1)	50(1)	0,64	,725	0(0)	100(8)	3,90	,142
No	35(7)	65(13)			37,5(9)	62,5(15)			32,6(15)	67,3(31)		
<b>Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero con una transgénero, travestis, transformistas, transexuales</b>												
Si	0(0)	0(0)	8,42	,004	100(1)	0(0)	2,31	,314	0(0)	100(3)	1,39	,497

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali					
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2			
No	33,3(7)	66,6(14)		36(9)	64(16)		29,4(15)	70,5(36)				
<b>¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con los clientes de los que ha recibido dinero?</b>												
No, con ninguno	22,2(2)	77,7(7)	12,7	,005	26,6(4)	73,3(11)	2,79	,424	34,6(9)	65,3(17)	1,36	,715
Si, con todos	28,5(2)	71,4(5)			55,5(5)	44,4(4)			20(2)	80(8)		
Si, con algunos	60(3)	40(2)			50(1)	50(1)			22,2(4)	77,7(14)		
<b>En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿ha dado dinero a cambio tener relaciones sexuales?</b>												
No	27,2(6)	72,7(16)	7,40	,025	39,1(9)	60,8(14)	5,82	,054	33,3(22)	66,6(44)	2,43	,295
Si	30(3)	70(7)			63,6(7)	36,3(4)			21,4(6)	78,5(22)		
<b>En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿Con qué frecuencia usted y las personas a las que les ha pagado para tener relaciones sexuales penetrativas, usaron condón?</b>												
Siempre	33,3(2)	66,6(4)	9,65	,047	70(7)	30(3)	7,18	,028	22,2(4)	77,7(14)	1,71	,788
Nunca	0(0)	100(2)			0(0)	0(0)			33,3(2)	66,6(4)		
La mayoría de veces	100(1)	0(0)			0(0)	0(0)			0(0)	100(1)		
Algunas veces	0(0)	100(1)			0(0)	100(1)			0(0)	100(3)		
<b>La última vez que pagó para tener relaciones sexuales con alguna persona (hombre, transgénero y/o mujer), ¿utilizaron condón?</b>												
No	0(0)	100(4)	8,15	,017	0(0)	100(1)	7,18	,028	25(2)	75(6)	0,38	,827
Si	50(3)	50(3)			70(7)	30(3)			20(4)	80(16)		

## 6.2.5 Conocimientos, concepción del VIH y acceso a pruebas comparado según VIH

### 6.2.5.1 Medellín

Continuado con el grupo de los HSH que refirieron pertenecer a programas el 15,2% tenía la infección de VIH, así como del grupo que refirió que no pertenecía a programas 8,93% tenía la infección de VIH, se encontró una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2= 3,84$ ;  $p=0,05$ ).

Del grupo de los HSH que si ha participado en el último año de actividades de información el 10,7% tenían VIH, del grupo que refirió que en un hospital o centro de salud le han brindado actividades de información o educación sobre VIH/SIDA el 11,5% tenía el diagnóstico de VIH. Frente a los que si tenían conocimientos de VIH la proporción de VIH fue de 11,9%, En el grupo de los HSH que respondieron que el VIH se puede prevenir utilizando condón de manera correcta y desde el principio hasta el final en todas y cada una de las relaciones sexuales el 12,1% presentó la infección, en el grupo de los que respondieron que no el 17,1% también estaban infectados, de los que no sabían o no respondieron el 25% tenía la infección por VIH. En el grupo de los HSH que si respondieron que el VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales el 12,9% tenían la infección, de los que respondieron no el 11,9% y de los que no sabían o no respondían el 16,6% presentó el diagnóstico positivo para VIH.

En cuanto a los que respondieron que el VIH si se podía transmitir por la picadura de un zancudo el 8,10% tenía diagnóstico de VIH, del grupo que respondieron no el 13,3% tenía la infección, y del grupo de los que no sabían o no respondían el 14,8% estaban infectados también. Frente a los que respondieran que si se podía transmitir el VIH por compartir una comida con alguien que estuviera infectado el 4,7% tenía la infección. No se obtuvieron asociaciones significativas para las variables anteriormente descritas.

Con respecto a la variable ¿cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH en el grupo de los que respondieron que si el 11,8% tenía diagnóstico de VIH, de los que respondieron no 16,6% presentó la infección y del grupo que respondió que no sabe/no responde el 75% tenía la infección. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=14,6$ ;  $p=0,00$ ). Cuando se indagó sobre si era posible dentro de su ambiente familiar o laboral recibir el resultado de una prueba de VIH de manera confidencial, del grupo que respondió que no el 19,4% tenía el diagnóstico de la infección, de los que respondieron que si el 8,23% también estaban infectados, se encontró una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=12,0$ ;  $p=0,00$ ).

La variable de si se ha hecho la prueba para detectar el VIH en el último año en el grupo de los que dijeron si el 9,2% tenía la infección, del grupo que respondió que no el 20,7% y

se observó una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=11,1$ ;  $p=0,004$ ). Con respecto a la razón por la que se hizo la prueba del grupo que dijo que por su propia iniciativa y percepción de riesgo el 7,0% tenía diagnóstico para la infección, de los que respondieron que por solicitud del trabajo o razones normativas el 50,0% también presentó la infección, de los que respondieron que por una campaña de donación u otras 9,09% presentó el diagnóstico positivo para VIH, y finalmente del grupo que se lo solicitó el personal de salud o por síntomas el 23,0% presentó también la infección por VIH. En esta variable de la razón para hacerse la prueba y la prevalencia de VIH se encontró asociación ( $X^2=14,0$ ;  $p=0,00$ ). Con referencia a las variables de si recibió algún tipo de asesoría o consejería la última vez de la prueba, y la variable si la persona que le brindó la asesoría o consejería para la prueba voluntaria para el VIH era idónea, no hubo asociación con la infección de VIH.

Frente a la pregunta de si la persona estaba actualmente recibiendo atención integral en una Institución de Salud para el manejo del VIH en el grupo que respondió que tenía el diagnóstico, se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=197$ ;  $p=0,00$ ). Con respecto a las variables: grado de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH, valoración del grado de vulnerabilidad o de riesgo, así mismo la variable de conocimiento de a dónde dirigirse para realizarse una prueba de VIH, se identificó que no había asociación con VIH.

### 6.2.5.2 Bogotá

De los HSH que conocen a alguien que tiene la infección por el VIH o que ha muerto de VIH el 37,1% tienen el diagnóstico positivo ( $X^2=18,3$ ;  $p=0,00$ ) se identificó una asociación entre esta variable y presentar la infección por VIH. Cuando se trata del grupo de quienes refirieron que tienen familiar con VIH o que haya muerto de SIDA hubo un 31,4% de HSH infectados con VIH, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos ( $X^2=18,9$ ;  $p=0,00$ ). En el caso de los amigos cercanos que viven con VIH o que han muerto de SIDA, un 39,7% de HSH tenían un diagnóstico de VIH ( $X^2=24,3$ ;  $p=0,00$ ) se identificó una asociación estadísticamente significativa.

Con respecto al grupo de HSH que si han oído hablar del VIH/ SIDA hubo un 32,1% que tenía el diagnóstico, sin embargo la prueba no mostró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos. Continuando con el grupo de los HSH que refirieron pertenecer a programas de prevención, el 35,0% tenían la infección de VIH y del grupo que respondió que no el 35,0% tenía la infección, se encontró una relación de asociación con un ( $X^2= 7,61$ ;  $p=0,006$ ).

Del grupo de los HSH que ha participado en los últimos 12 meses de actividades de información o educación sobre VIH/SIDA el 32,0% tenían el diagnóstico de VIH. No hubo relación de asociación entre esta variable y el diagnóstico.

En el grupo de HSH que refirió que en un hospital o centro de salud le han brindado actividades de información o educación sobre VIH/SIDA el 53,9% tenía el diagnóstico

de VIH. Según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=28,4$  y una  $p=0,00$ ) hay una asociación entre esta variable y la infección por VIH. Frente a los HSH que tenían conocimientos de VIH el 36,1% tenían diagnóstico positivo para VIH. No hay evidencia estadística de asociación entre estas dos variables.

En el grupo de los HSH que respondieron que el VIH se puede prevenir utilizando condón de manera correcta y desde el principio hasta el final en todas y cada una de las relaciones sexuales el 31,7% presentó la infección, en el grupo de los que respondieron que no el 36,1% también estaban infectados, de los que no sabían o no respondieron el 33,3% presentó VIH. En cuanto a los que respondieron que el VIH si se podía transmitir por la picadura de un zancudo el 12,8% presentó el diagnóstico de VIH, del grupo que respondieron no el 35,2% presentó la infección, y del grupo de los que no sabían o no respondían el 21,6% estaba con la infección también. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=10,1$ ;  $p=0,00$ ). Frente a los que respondieron que si se podía transmitir el VIH por compartir una comida con alguien que estuviera infectado el 12,5% presentó la infección. No se encontró asociación estadísticamente significativa.

Con respecto a la variable realización de la prueba de VIH alguna vez en la vida del grupo que respondió que si el 33,8% tenía el diagnóstico por VIH, del grupo que respondió que no el 17,3% también estaba infectado. Se identificó una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=5,11$ ;  $p=0,024$ ). Con respecto a la variable grado de vulnerabilidad o riesgo para adquirir el VIH se encontró una asociación con tener la infección por VIH ( $X^2=5,72$ ;  $p=0,017$ ), así mismo la valoración del grado de vulnerabilidad o de riesgo está asociada a la prevalencia de VIH ( $X^2=10,3$ ;  $p=0,036$ ), finalmente la variable de conocimiento de dónde dirigirse para realizarse una prueba de VIH, se identificó que había asociación con tener VIH ( $X^2=7,60$ ;  $p=0,00$ ).

### 6.2.5.3 Cali

Cuando se trata del grupo de quienes refirieron que tienen un familiar con VIH o que haya muerto de SIDA hubo un 30,9% de HSH con infección por VIH, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos identificando una relación de asociación entre estas dos variables, tener un familiar con VIH o fallecido de sida y tener el VIH ( $X^2=14,1$ ;  $p=0,001$ ). En el caso de la variable amigo cercano que vive con VIH o que se ha muerto de SIDA se identifica un 38,5% de HSH con diagnóstico de VIH, y al realizar la prueba de chi cuadrado ( $X^2=32,7$ ;  $p=0,00$ ) se identifica que una relación de asociación entre las dos variables y esto es estadísticamente significativo. Con respecto al grupo de HSH que si han oído hablar del VIH/ SIDA hubo un 25,9% que tenía el diagnóstico de VIH positivo, sin embargo la prueba no mostró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos.

Continuando con el grupo de los HSH que refirieron que pertenecían a programas de prevención, el 32,6% tenían la infección de VIH. Se encontró una relación de asociación

con un ( $X^2=25,4$ ;  $p=0,00$ ) igualmente con la ciudad de Bogotá. Se pudo evidenciar que el grupo de los HSH que participó en los últimos 12 meses, de actividades de información o educación sobre VIH/SIDA, el 31,2% tenían el diagnóstico de VIH. No hubo relación de asociación entre esta variable y el diagnóstico.

En el grupo de HSH que refirió que en un hospital o centro de salud le han brindado actividades de información o educación sobre VIH/SIDA el 35,2% tenía el diagnóstico de VIH. No se identificó asociación entre esta variable y la infección por VIH. Se identificó relación entre conocimientos de VIH y tener VIH ( $X^2=3,74$ ;  $p=0,05$ ).

Tabla 29. Conocimientos /concepción del VIH y acceso a pruebas comparado con la infección de VIH

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
<b>¿Conoce a alguien que tenga la infección por el VIH o que haya muerto de SIDA?</b>									
No	2,95(5)	97,0(164)	23,3 ,000	13,8(13)	86,1(81)	18,3 ,000	12,3(13)	87,6(92)	14,2 ,001
Si	18,6(51)	81,3(222)		37,1(128)	62,8(217)		30,6(94)	69,3(213)	
<b>Un familiar vive con el VIH o se ha muerto de SIDA</b>									
No	20,1(48)	79,8(190)	26,0 ,000	37,7(117)	62,2(193)	18,9 ,000	30,5(81)	69,4(184)	14,1 ,001
Si	8,57(3)	91,4(32)		31,4(11)	68,5(24)		30,9(13)	69,0(29)	
<b>Un amigo cercano vive con el VIH o se ha muerto de SIDA</b>									
No	11,3(14)	88,6(109)	33,0 ,000	22,6(12)	77,3(41)	24,3 ,000	15,8(17)	84,1(90)	32,7 ,000
Si	24,6(37)	75,3(113)		39,7(116)	60,2(176)		38,5(77)	61,5(123)	
<b>No nadie cercano vive con el VIH o se ha muerto de SIDA</b>									
Si	12,2(11)	87,7(79)	27,3 ,000	34,6(34)	65,3(64)	18,7 ,000	22(11)	78(39)	16,4 ,000
No	21,8(40)	78,1(143)		38,0(94)	61,9(153)		32,2(83)	67,7(174)	
<b>Vinculación Programas</b>									
Si	15,2(41)	84,7(228)	3,84 ,050	35(126)	65(234)	7,61 ,006	32,6(97)	67,3(200)	25,4 ,000
No	8,93(16)	91,0(163)		18,9(15)	81,0(64)		8,54(10)	91,4(107)	
<b>¿Ha participado en los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER, en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA?</b>									
No	13,8(38)	86,1(237)	0,94 ,622	32,1(82)	67,8(173)	0,00 ,984	23,0(61)	76,9(204)	4,07 ,130
Si	10,7(18)	89,2(149)		32,0(59)	67,9(125)		31,2(46)	68,7(101)	
<b>El hospital o centro de salud le ha brindado las actividades de información o educación sobre VIH / SIDA</b>									
Si	11,5(8)	88,4(61)	0,97 ,613	53,9(41)	46,0(35)	28,4 ,000	35,2(24)	64,7(44)	4,58 ,101
No	10,2(10)	89,7(88)		16,6(18)	83,3(90)		27,8(22)	72,1(57)	
<b>Conocimientos sobre VIH</b>									
Si	11,9(23)	88,0(170)	0,19 ,065	36,1(65)	63,8(115)	2,23 ,013	30,2(59)	69,7(136)	3,74 ,005

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali					
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p
No	13,3(34)	86,6(221)			29,3(76)	70,6(183)			21,9(48)	78,0(171)		
<b>¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales?</b>												
Si	12,9(40)	87,0(270)	0,25	,969	31,8(78)	68,1(167)	0,15	,926	25,3(81)	74,6(238)	2,00	,571
No	11,9(15)	88,0(111)			32,2(61)	67,7(128)			26,9(24)	73,0(65)		
NS/NR	16,6(1)	83,3(5)			40(2)	60(3)			50(2)	50(2)		
<b>1210. ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?</b>												
Si	8,10(6)	91,8(68)	1,83	,608	12,8(5)	87,1(34)	10,1	,006	9,37(6)	90,6(58)	12,6	,005
No	13,3(43)	86,6(278)			35,2(128)	64,7(235)			30(90)	70(210)		
NS/NR	14,8(7)	85,1(40)			21,6(8)	78,3(29)			22,9(11)	77,0(37)		
<b>¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a?</b>												
Si	4,76(1)	95,2(20)	1,35	,716	12,5(1)	87,5(7)	3,36	,186	12,5(4)	87,5(28)	6,50	,089
No	13(52)	87(348)			32,9(139)	67,0(283)			27,9(101)	72,0(261)		
NS/NR	14,2(3)	85,7(18)			11,1(1)	88,8(8)			11,1(2)	88,8(16)		
<b>¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?</b>												
Si	11,8(49)	88,1(365)	14,6	,002	31,7(131)	68,2(281)	1,67	,432	25(95)	75(285)	3,28	,350
No	16,6(4)	83,3(20)			33,3(8)	66,6(16)			40(8)	60(12)		
NS/NR	75(3)	25(1)			66,6(2)	33,3(1)			33,3(4)	66,6(8)		
<b>¿Dentro de su ambiente familiar o laboral es posible recibir el resultado de una prueba de VIH de manera confidencial?</b>												
Si	8,23(22)	91,7(245)	12,0	,002	28,5(65)	71,4(163)	2,83	,092	24,8(65)	75,1(197)	1,20	,547
No	19,4(34)	80,5(141)			36,0(76)	63,9(135)			28(42)	72(108)		
<b>¿Alguna vez en la vida se ha realizado la prueba para detectar el VIH?</b>												
Si	13,3(50)	86,6(324)	1,15	,561	33,8(133)	66,1(260)	5,11	,024	29,0(101)	70,9(247)	11,5	,003
No	8,82(6)	91,1(62)			17,3(8)	82,6(38)			9,37(6)	90,6(58)		

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
No aplica	16,6(1)	83,3(5)		0(0)	0(0)		0(0)	100(2)	
<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?</b>									
Si	9,20(22)	90,7(217)	11,1 ,004	19,8(47)	80,1(190)	58,8 ,000	16,6(31)	83,3(155)	43,3 ,000
No	20,7(28)	79,2(107)		55,1(86)	44,8(70)		43,2(70)	56,7(92)	
<b>Cuando usted se hizo la prueba fue por</b>									
Por su propia iniciativa y percepción de riesgo (Tuvó sexo desprotegido/ Pareja con VIH)	7(14)	93(186)	14,0 ,007	15,6(31)	84,3(167)	45,3 ,000	14,4(20)	85,5(118)	17,7 ,001
Solicitud de trabajo, por razones normativas	50(1)	50(1)		50(1)	50(1)		22,2(2)	77,7(7)	
Se la realizaron por donación de sangre/ En alguna campaña / En un estudio	9,09(1)	90,9(10)		42,8(3)	57,1(4)		0(0)	100(5)	
La solicitó el personal de salud / Tenía síntomas de ITS	23,0(6)	76,9(20)		40(12)	60(18)		26,4(9)	73,5(25)	
<b>Esa última vez que se hizo la prueba de VIH ¿recibió algún tipo de asesoría o consejería?</b>									
Si	15,2(21)	84,7(117)	2,73 ,434	31,1(71)	68,8(157)	6,92 ,031	30,3(67)	69,6(154)	12,0 ,002
No	12,0(28)	87,9(205)		37,5(62)	62,4(103)		26,7(34)	73,2(93)	
NS/NR	33,3(1)	66,6(2)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>¿Usted considera que la persona que le brindó la asesoría o consejería para la prueba voluntaria para el VIH era idónea para ello?</b>									
Si	13,7(17)	86,2(107)	3,61 ,164	29,9(62)	70,0(145)	1,66 ,435	28,6(59)	71,3(147)	9,39 ,009
No	28,5(4)	71,4(10)		42,8(9)	57,1(12)		53,3(8)	46,6(7)	
<b>¿Está usted actualmente recibiendo atención integral en una Institución de Salud para el manejo del VIH?</b>									
Si	100(24)	0(0)	197, ,000	100(99)	0(0)	302, ,000	100(57)	0(0)	201, ,000
No	100(3)	0(0)		100(9)	0(0)		100(3)	0(0)	

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
<b>¿Considera que tiene algún grado de vulnerabilidad o se encuentra en riesgo para adquirir el VIH o de re-infectarse?</b>									
Si	13,8(34)	86,1(211)	0,80 ,668	27,6(72)	72,3(188)	5,72 ,017	28,0(64)	71,9(164)	1,87 ,392
No	11,1(22)	88,8(175)		38,5(69)	61,4(110)		23,3(43)	76,6(141)	
NS/NR	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que tiene?</b>									
Alto	13,0(6)	86,9(40)	2,10 0,71	38,7(19)	61,2(30)	10,3 ,036	33,8(23)	66,1(45)	6,01 0,19
Medio	12,5(17)	87,5(119)		25(32)	75(96)		27,8(29)	72,1(75)	
Bajo	16,3(9)	83,6(46)		24,0(19)	75,9(60)		25(12)	75(36)	
No sabe / No responde	25(2)	75(6)		50(2)	50(2)		0(0)	100(8)	
No aplica	11,3(23)	88,6(180)		38,5(69)	61,4(110)		23,1(43)	76,8(143)	
<b>¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea realizarse una prueba de VIH</b>									
Si	12,4(51)	87,5(358)	0,28 ,868	34,2(134)	65,7(257)	7,60 ,006	28,9(104)	71,0(255)	13,7 ,001
No	15,1(5)	84,8(28)		14,5(7)	85,4(41)		5,66(3)	94,3(50)	
NS/NR	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
No aplica	16,6(1)	83,3(5)		0(0)	0(0)		0(0)	100(2)	

## 6.2.6 Profilaxis Pre- exposición y Profilaxis post exposición comparado con VIH en tres ciudades de Colombia

### 6.2.6.1 Medellín

Con respecto a la terapia pre-exposición PrEp, el grupo que respondió que había oído hablar de ella, el 16,7% presentó diagnóstico de VIH, se pudo establecer que hay una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y tener VIH ( $X^2=8,38$ ;  $p=0,01$ ). Frente a la profilaxis post exposición del grupo que mencionó que si había oído hablar de ella el 15,8% presentó el diagnóstico positivo para VIH ( $X^2 =6,16$ ;  $p=0,04$ ) que permite identificar una asociación entre estas variables también.

### 6.2.6.1 Bogotá

Con respecto a la terapia pre-exposición PrEp, el grupo que respondió que sí, el 33,4% presentó el diagnóstico de VIH, se pudo establecer que hay una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=6,97$ ;  $p=0,031$ ). Frente a la profilaxis post exposición el grupo de los HSH que mencionó que había oído hablar, de ella el 26,1% presentó el diagnóstico positivo para VIH. ( $X^2 =8,95$ ;  $p=0,01$ ) que permite identificar una asociación entre estas variables. Con respecto a si alguna vez ha tomado terapia pre exposición (PrEp) del grupo que respondió que si lo había hecho el 40,7% tenían el diagnóstico de VIH. Se identificó una asociación entre esta variable y el diagnóstico de VIH con una ( $X^2=7,47$ ;  $p=0,02$ ). En cuanto a si tomaría PrEp para ayudar a prevenir el VIH de quienes dijeron que no el 37,7% presentó el diagnóstico de VIH ( $X^2=18,5$ ;  $p=0,00$ ) hay asociación entre esta variable y el tener VIH. Finalmente del grupo que no ha tomado terapia post exposición el 31,8% tuvo diagnóstico de VIH. Se identificó una asociación estadísticamente significativa que sugiere una relación entre la terapia post-exposición y el diagnóstico de VIH ( $X^2=6,64$ ;  $p=0,03$ ).

### 6.2.6.1 Cali

Con respecto a la terapia pre-exposición PrEp, el grupo que respondió que si había oído hablar de ella, el 44,6% presentó diagnóstico positivo de VIH, y del grupo que respondieron que no, el 55,3% también presentó la infección. Se pudo establecer que hay una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=14,6$ ;  $p=0,00$ ).

Frente a la profilaxis post exposición el grupo de los HSH que si mencionó que había oído hablar de ella el 52,3% tuvo el diagnóstico positivo para VIH y del grupo que respondieron que no 22,9% tenía la infección también. ( $X^2 =17,7$ ;  $p=0,00$ ) se pudo identificar asociación entre estas dos variables.

**Tabla 30.** Profilaxis Pre- exposición y Profilaxis post exposición comparado con la infección de VIH en las tres ciudades.

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
<b>Ha oído hablar de la terapia pre-exposición o PrEP?</b>									
No	10,1(30)	89,8(267)	8,38 ,015	30,0(70)	69,9(163)	6,97 ,031	22,4(78)	77,5(269)	14,6 ,001
Si	16,7(24)	83,2(119)		33,4(68)	66,5(135)		44,6(29)	55,3(36)	
<b>Ha oído hablar de la terapia postexposición o PEP</b>									
No	11,1(37)	88,8(296)	6,16 ,046	33,9(104)	66,0(202)	8,95 ,011	22,9(85)	77,0(285)	17,7 ,000
Si	15,8(17)	84,1(90)		26,1(34)	73,8(96)		52,3(22)	47,6(20)	
<b>Alguna vez ha tomado terapia pre-exposición (PrEP)</b>									
No	12,2(52)	87,7(374)	4,55 ,102	31,0(127)	68,9(282)	7,47 ,024	25,8(106)	74,1(304)	1,30 ,521
Si	14,2(2)	85,7(12)		40,7(11)	59,2(16)		50(1)	50(1)	
<b>Tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH</b>									
Si	10,6(30)	89,3(253)	6,49 ,039	21,6(36)	78,3(130)	18,5 ,000	27,8(83)	72,1(215)	2,68 ,261
No	15,2(24)	84,7(133)		37,7(102)	62,2(168)		21,0(24)	78,9(90)	
<b>Alguna vez ha tomado terapia postexposición (PEP)</b>									
Si	7,69(1)	92,3(12)	4,75 ,093	26,3(5)	73,6(14)	6,64 ,036	50(2)	50(2)	1,91 ,383
No	12,4(53)	87,5(374)		31,8(133)	68,1(284)		25,7(105)	74,2(303)	

## 6.2.7 Infecciones de transmisión sexual comparado con VIH, en tres ciudades del país.

### 6.2.7.1 Medellín

Con respecto a las ITS se pudo observar que los HSH que si habían tenido alguna ITS en los últimos 12 meses, el 29,0% tenían diagnóstico de VIH, y se puede decir que hay una asociación entre el auto reporte de una ITS y el tener VIH ( $X^2=15,6$   $p=0,001$ ). Estos resultados son similares y muestran asociación para las siguientes variables: diagnóstico en el servicio de salud de gonorrea, diagnóstico en el servicio de salud de clamidiasis, diagnóstico en el servicio de salud de herpes, diagnóstico en el servicio de salud de condilomas, diagnóstico en el servicio de salud de sífilis y diagnóstico en el servicio de salud de hepatitis B.

### 6.2.7.2 Bogotá

Con respecto al análisis de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en los HSH de la ciudad de Bogotá, se pudo observar una asociación entre el auto reporte de una ITS y tener VIH ( $X^2=9,55$   $p=0,02$ ). Esta misma asociación se encontró con los casos de ITS por gonorrea ( $X^2=9,17$   $p=0,01$ ), por clamidiasis ( $X^2=8,65$   $p=0,01$ ), herpes ( $X^2=9,23$   $p=0,010$ ), condilomas ( $X^2=8,67$   $p=0,013$ ), sífilis ( $X^2=9,73$   $p=0,00$ ) y hepatitis B ( $X^2=9,54$   $p=0,00$ ), Todas asociadas con tener VIH.

### 6.2.7.3 Cali

Con respecto a las ITS y los resultados de los HSH de la ciudad de Cali, se pudo observar que no hubo asociación entre ninguna de las ITS y tener VIH.

Tabla 31. Infección de transmisión sexual comparado con la infección de VIH

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali					
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2	Valor p
<b>¿En los últimos 12 meses, ha tenido alguna infección de transmisión sexual?</b>												
No	10,5(41)	89,4(347)	15,6	,001	29,2(100)	70,7(242)	9,55	,023	25,5(94)	74,4(274)	1,02	,794
Si	29,0(16)	70,9(39)			45,3(39)	54,6(47)			29,5(13)	70,4(31)		
<b>Le han diagnosticado gonorrea como una infecciones de transmisión sexual en un servicio de salud</b>												
No	37,2(16)	62,7(27)	26,8	,000	43,2(29)	56,7(38)	9,17	,010	32,3(11)	67,6(23)	0,96	,617
Si	0(0)	100(12)			52,6(10)	47,3(9)			20(2)	80(8)		
<b>Le han diagnosticado clamidiasis como una infecciones de transmisión sexual en un servicio de salud</b>												
No	28,3(15)	71,6(38)	15,9	,000	45,6(37)	54,3(44)	8,65	,013	26,8(11)	73,1(30)	2,66	,264
Si	50(1)	50(1)			40(2)	60(3)			66,6(2)	33,3(1)		
<b>Le han diagnosticado herpes como una infecciones de transmisión sexual en un servicio de salud</b>												
No	30,6(15)	69,3(34)	16,0	,000	44,5(37)	55,4(46)	9,23	,010	29,2(12)	70,7(29)	0,37	,829
Si	16,6(1)	83,3(5)			66,6(2)	33,3(1)			33,3(1)	66,6(2)		
<b>Le han diagnosticado condilomas / verrugas genitales como una infecciones de transmisión sexual en un servicio de salud</b>												
No	25(13)	75(39)	29,4	,000	44,8(35)	55,1(43)	8,67	,013	27,5(11)	72,5(29)	1,31	,519
Si	100(3)	0(0)			50(4)	50(4)			50(2)	50(2)		
<b>Le han diagnosticado sífilis como una infecciones de transmisión sexual en un servicio de salud</b>												
No	28,5(8)	71,4(20)	15,1	,001	51,2(20)	48,7(19)	9,73	,008	28,5(6)	71,4(15)	0,37	,830
Si	29,6(8)	70,3(19)			40,4(19)	59,5(28)			30,4(7)	69,5(16)		
<b>Hepatitis B</b>												
No	29,0(16)	70,9(39)	15,1	,000	45,8(39)	54,1(46)	9,54	,008	29,5(13)	70,4(31)	0,35	,553
Si	0(0)	0(0)			0(0)	100(1)			0(0)	0(0)		
<b>Otras infecciones de transmisión sexual le han diagnosticado en un servicio de salud</b>												
No	25,5(12)	74,4(35)	18,8	,000	43,2(32)	56,7(42)	9,66	,008	26,4(9)	73,5(25)	1,08	,580
Si	50(4)	50(4)			58,3(7)	41,6(5)			40(4)	60(6)		

## 6.2.8 Uso del Condón y lubricantes comparado con VIH

### 6.2.8.1 Medellín

Con respecto a la variable de uso de condón en la última relación anal el 15,4% tenía la infección, del grupo que respondió que no 7,97% también estaban infectados. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=5,20$ ;  $p=0,023$ ), para las variables “ha oído hablar sobre el condón”, ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón, alguna vez ha usado condón masculino al tener relaciones sexuales, conoce a algún lugar donde pueda comprar o conseguir condones, no se encontraron asociaciones entre estas variables y tener VIH.

Se encontró asociación entre la variable lugar para conseguir condones y tener infección por VIH, ( $X^2=9,18$ ;  $p=0,00$ ) Para la variable de frecuencia de uso de condón cuando tiene relaciones sexuales no hubo asociación con respecto a la infección de VIH. En el resto de la tabla que ninguna de las variables restantes presentó asociación con la variable resultado (VIH+). En el grupo de variables sobre los lubricantes para tener relaciones sexuales tampoco se encontró asociación con tener VIH.

### 6.2.8.2 Bogotá

Frente a la variable cual es el lugar que conoce para conseguir condones del grupo que refirió que eran las instituciones de salud el 100% tenía diagnóstico de VIH, seguido por organizaciones no gubernamentales en donde el 46,6% eran personas diagnosticadas, y de los que seleccionaron las tiendas / farmacias/ supermercados un 31,1% tenía la infección, de los que escogieron el lugar “otro” el 23,6% tenía el diagnóstico. Se encontró asociación entre la variable lugar que conoce para conseguir condones y tener VIH ( $X^2=17,6$ ;  $p=0,003$ ). Sobre si conoce alguna persona con que pueda conseguir condones de los que respondieron que si el 36,7% tenía VIH, de los que respondieron que no el 26,2% tenía también la infección, se encontró una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=5,41$ ;  $p=0,02$ ).

Sobre las personas que conoce para conseguir condones de los que respondieron que trabajadores de la salud el 45,76% presentó la infección, seguidos de la categoría que respondió amigos con un 42,5% de personas VIH positivo, del grupo que seleccionó a los amigos el 32,8% presentó la infección, del grupo que contestó que con la familia el 16,6% tuvo diagnóstico positivo también. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=9,04$ ;  $p=0,006$ ). Para la variable de frecuencia de uso de condón cuando tiene relaciones sexuales no hubo asociación con respecto a la prevalencia de VIH. En el resto de la tabla se identifica que ninguna de las variables restantes presentó asociación con la variable resultado (VIH+).

### 6.2.8.3 Cali

Con respecto a la variable de uso de condón en la última relación anal, del grupo que respondió que sí, el 30,7% tenía la infección, del grupo que respondió que no el 16,3% también estaban infectados. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=10,1$ ;  $p=0,00$ ). Para las variables “ha oído hablar sobre el condón”, ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón, alguna vez ha usado condón masculino al tener relaciones sexuales, conoce algún lugar donde pueda comprar o conseguir condones, no se encontraron asociaciones entre estas variables y tener VIH. Con respecto a la variable si conoce alguna persona con quien pueda conseguir condones, del grupo que responden que si el 31,4% tenía la infección, de los que respondieron que no el 19,0% también estaban infectados, hubo una asociación entre estas dos variables ( $X^2=8,56$ ;  $p=0,01$ ).

Frente a la variable que personas conoce para conseguir condones y tener VIH, se encontró asociación ( $X^2=17,3$ ;  $p=0,00$ ). Para la variable de frecuencia de uso de condón cuando tiene relaciones sexuales no hubo asociación con respecto a tener VIH. Ha oído hablar sobre los lubricantes para tener relaciones sexuales, no se observa asociación con la variable resultado (VIH+).

Con respecto del grupo de HSH quienes si han usado lubricantes al tener relaciones sexuales penetrativas el 28,6% tiene el diagnóstico de VIH y del grupo que no el 12,0% tenía la infección. Se identificó asociación entre esta variable y el diagnóstico de VIH ( $X^2=7,16$ ;  $p=0,02$ ). No hubo evidencia de asociación en el resto de las variables sobre lubricantes y el diagnóstico de VIH para la ciudad de Cali.

Tabla 32. Uso del condón y lubricante comparado con la infección de VIH

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2
<b>¿En la última relación anal uso el condón?</b>									
Si	15,4(44)	84,5(241)	5,20	32,2(97)	67,7(204)	0,00	30,7(84)	69,2(189)	10,1
No	7,97(13)	92,0(150)		31,8(44)	68,1(94)		16,3(23)	83,6(118)	
<b>¿Ha oído hablar sobre el condón?</b>									
Si	10,5(6)	89,4(51)	0,43	27,9(12)	72,0(31)	0,38	19,2(11)	80,7(46)	1,85
No	0(0)	100(1)		0(0)	0(0)		0(0)	100(1)	
NS/NR	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>¿Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón?</b>									
Si	11,1(6)	88,8(48)	0,59	27,5(11)	72,5(29)	0,43	22,4(11)	77,5(38)	3,28
No	0(0)	100(3)		33,3(1)	66,6(2)		0(0)	100(8)	
NS/NR	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>¿Alguna vez ha usado un condón masculino al tener relaciones sexuales?</b>									
Si	10(5)	90(45)	0,89	25(9)	75(27)	1,46	26,8(11)	73,1(30)	2,84
No	25(1)	75(3)		50(2)	50(2)		0(0)	100(8)	
NS/NR	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>¿Conoce algún lugar donde pueda comprar o conseguir condones?</b>									
Si	12,7(57)	87,2(389)	0,29	31,8(139)	68,1(297)	1,65	25,7(106)	74,2(306)	3,22
No	0(0)	100(1)		66,6(2)	33,3(1)		100(1)	0(0)	
NS/NR	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>¿Qué lugar conoce para conseguir o comprar condones?</b>									
Tienda/cigarrería/Farmacia/Super-mercado	12,0(52)	87,9(381)	9,18	31,1(117)	68,8(259)	17,6	24,9(98)	75,0(295)	8,09
Instituciones de Salud	44,4(4)	55,5(5)		100(6)	0(0)		53,8(7)	46,1(6)	

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) % (n)	VIH (-) % (n)	X2 Valor p	VIH (+) % (n)	VIH (-) % (n)	X2 Valor p	VIH (+) % (n)	VIH (-) % (n)	X2 Valor p
Lugares de encuentro como discotecas, cabinas, bares, saunas, moteles	0(0)	0(0)		0(0)	100(1)		0(0)	100(2)	
Organizaciones no gubernamentales	0(0)	0(0)		46,6(7)	53,3(8)		0(0)	100(2)	
Otro	25(1)	75(3)		23,6(9)	76,3(29)		50(1)	50(1)	
<b>¿Conoce alguna(s) persona(s) con quien(es) pueda conseguir condones?</b>									
Si	19,0(43)	80,9(183)	16,3 ,000	36,7(90)	63,2(155)	5,41 ,020	31,4(72)	68,5(157)	8,56 ,014
No	6,33(14)	93,6(207)		26,2(51)	73,7(143)		19,0(35)	80,9(149)	
NS/NR	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>¿Qué personas conoce para conseguir condones?</b>									
Trabajador de la salud	41,6(15)	58,3(21)	40,3 0	45,7(16)	54,2(19)	9,04 0,06	41,6(15)	58,3(21)	17,3 0,00
Amigos	17,3(25)	82,6(119)		32,8(49)	67,1(100)		25,7(41)	74,2(118)	
Familia	8,82(3)	91,1(31)		16,6(1)	83,3(5)		45,4(5)	54,5(6)	
Otros	0(0)	100(11)		42,5(23)	57,4(31)		47,8(11)	52,1(12)	
<b>¿Con qué frecuencia usa condones cuando tiene relaciones sexuales?</b>									
Siempre	15,2(24)	84,7(133)	3,22 ,520	33,7(58)	66,2(114)	5,39 ,145	32,2(49)	67,7(103)	7,51 ,111
La mayoría de veces	13,4(22)	86,5(141)		26,2(43)	73,7(121)		25,9(33)	74,0(94)	
Algunas veces	9,37(9)	90,6(87)		40(36)	60(54)		20(19)	80(76)	
Nunca	6,45(2)	93,5(29)		30,7(4)	69,2(9)		15,3(6)	84,6(33)	
<b>¿Ha oído hablar sobre los lubricantes para tener relaciones sexuales?</b>									
No	0(0)	100(7)	1,03 ,309	33,3(3)	66,6(6)	0,00 ,937	18,7(6)	81,2(26)	0,91 ,340
Si	12,9(57)	87,0(384)		32,0(138)	67,9(292)		26,4(101)	73,5(281)	
<b>¿Alguna vez ha usado lubricantes al tener relaciones sexuales penetrativas?</b>									
No	10(3)	90(27)	1,28 ,526	26,3(10)	73,6(28)	0,64 ,725	12(6)	88(44)	7,16 ,028

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) % (n)	VIH (-) % (n)	X2 Valor p	VIH (+) % (n)	VIH (-) % (n)	X2 Valor p	VIH (+) % (n)	VIH (-) % (n)	X2 Valor p
Si	13,1(54)	86,8(357)		32,6(128)	67,3(264)		28,6(95)	71,3(237)	
<b>¿Qué sustancia usa comúnmente como lubricante?</b>									
Lubrificantes a base de agua	14,5(38)	85,4(223)	4,85 ,302	32,4(81)	67,6(169)	3,13 ,535	27,3(56)	72,6(149)	7,24 ,065
Vaselina/Cremas para la piel/Gel vaginal/Aceite de bebé/Cremas para el cuidado del cabello	12,5(16)	87,4(111)		28,3(23)	71,6(58)		30,1(28)	69,8(65)	
Mantequilla, aceite de cocina, miel	0(0)	100(1)		0(0)	100(1)		0(0)	0(0)	
Otros	0(0)	100(22)		40(24)	60(36)		32,3(11)	67,6(23)	
<b>¿Ha oído hablar sobre los lubricantes para tener relaciones sexuales?</b>									
No	0(0)	100(7)	1,03 ,309	33,3(3)	66,6(6)	0,00 ,937	18,7(6)	81,2(26)	0,91 ,340
Si	12,9(57)	87,0(384)		32,0(138)	67,9(292)		26,4(101)	73,5(281)	
<b>¿Qué sustancia usa comúnmente como lubricante?</b>									
Lubrificantes a base de agua	14,5(38)	85,4(223)	4,85 ,302	32,4(81)	67,6(169)	3,13 ,535	27,3(56)	72,6(149)	7,24 ,065
Vaselina/Cremas para la piel/Gel vaginal/Aceite de bebé/Cremas para el cuidado del cabello	12,5(16)	87,4(111)		28,3(23)	71,6(58)		30,1(28)	69,8(65)	
Mantequilla, aceite de cocina, miel	0(0)	100(1)		0(0)	100(1)		0(0)	0(0)	
Otros	0(0)	100(22)		40(24)	60(36)		32,3(11)	67,6(23)	

## 6.2.9 Discriminación y VIH

### 6.2.9.1 Medellín

Con respecto a las variables de discriminación y estigma, se encontró que, las variables: además de sus parejas sexuales alguien conoce su práctica sexual con otros hombres, alguien de su familia ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres, en el último año ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres, no presentaron asociación con tener VIH. Se encontró asociación en la variable conoce a alguien a quien le hayan solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otros hombres ( $X^2=4,64$ ;  $p=0,03$ ).

Las variables: el último año le han negado la compra de algún(os) bienes o servicios (comprar o arrendar una vivienda, diversión o recreación, hospedaje temporal) por su práctica sexual con otros hombres, en el último año ha recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual con otros hombres, considera necesario ocultar su práctica sexual con otros hombres cuando recibe servicios de salud, tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres; ha solicitado apoyo o ha acudido a denunciar algún hecho discriminatorio por su práctica sexual con otros hombre, en el último año ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombres, ha acudido a solicitar apoyo o a denunciar el abuso o maltrato del que fue víctima, usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH, cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela /colegio con los niños que no tienen VIH, alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento, Siente temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos, Miedo o preocupación por violencia experimentada, Temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública, otros motivos por los cuales ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento y finalmente si ha sentido discriminación por VIH. En ninguna de estas variables se encontró asociación con la variable tener o no VIH para la ciudad de Medellín.

### 6.2.9.2 Bogotá

Con respecto a las variables de discriminación y estigma, se encontró que, las variables: además de sus parejas sexuales alguien conoce su práctica sexual con otros hombres, no hubo asociación. Para la variable alguien de su familia ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres, del grupo que respondió que si el 33,3% tenía la infección de VIH, del grupo que respondió que no el 35,9% también tenía el diagnóstico, y del grupo de la familia no sabe el 21,3% tenía el diagnóstico por VIH. Se identificó una asociación entre estas dos variables ( $X^2=6,19$ ;  $p=0,04$ ).

En la variable el último año ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres, no hubo asociación. Frente a la variable si conoce

a alguien a quien le hayan solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otros hombres, en el grupo que respondió que si el 44,3% presentaba la infección al igual que el 29,0% de los que había respondido que no. Se encontró una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=7,51$ ;  $p=0,00$ ).

Las variables : el último año le han negado la compra de algún(os) bienes o servicios (comprar o arrendar una vivienda, diversión o recreación, hospedaje temporal) por su práctica sexual con otros hombres, en el último año ha recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual con otros hombres, considera necesario ocultar su práctica sexual con otros hombres cuando recibe servicios de salud, tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres; no presentaron asociación con la variable infección de VIH.

Con respecto a que si han solicitado apoyo o ha acudido a denunciar algún hecho discriminatorio por su práctica sexual con otros hombres, el 57,8% presentó diagnóstico positivo para VIH, y del grupo que contestó que no, el 30,9% tenía también la infección. Se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=6,05$ ;  $p=0,014$ ).

Para las variables: en el último año ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombres, ha acudido a solicitar apoyo o a denunciar el abuso o maltrato del que fue víctima, usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH, cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela /colegio con los niños que no tienen VIH, alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento, siente temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos, miedo o preocupación por violencia experimentada, temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública, otros motivos por los cuales ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento y finalmente si ha sentido discriminación por VIH. En ninguna de estas variables se encontró asociación con la variable VIH para la ciudad de Bogotá.

### 6.2.9.3 Cali

Frente a las variables de discriminación y estigma para la ciudad de Cali, se encontró que, las variables: Alguien más además de sus parejas sexuales conoce su práctica sexual con otros hombres, en el grupo que respondió que si había alguien más que conocía su práctica el 28,2% tenía la infección, así mismo del grupo que contestó que no, el 14,4% tenía la infección. Hubo asociación estadísticamente significativa entre esta variable y tener VIH ( $X^2=5,56$ ;  $p=0,018$ ).

Para la variable alguien de su familia ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres, del grupo que respondió que si el 27,5% tenía la infección de VIH, del grupo que respondió que no el 28,7,9% también tenía el diagnóstico, y del grupo de la familia no sabe el 11,4% tenía el

diagnóstico por VIH. Se identificó una asociación entre estas dos variables con una ( $X^2=7,76$ ;  $p=0,02$ ).

En las variables: el último año ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres, conoce a alguien a quien le hayan solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otros hombres, el último año le han negado la compra de algún(os) bienes o servicios (comprar o arrendar una vivienda, diversión o recreación, hospedaje temporal) por su práctica sexual con otros hombres, en el último año ha recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual con otros hombres, no hubo asociación entre estas variables y tener VIH.

Con respecto a la variable: considera necesario ocultar su práctica sexual con otros hombres cuando recibe servicios de salud, del grupo que respondió que si el 16,1% tenía la infección, y del grupo que respondió que no el 28,6% también tenía el diagnóstico. Se presentó una asociación con esta variable y tener VIH ( $X^2=5,90$ ;  $p=0,01$ ).

Frente a las variables: tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres; ha solicitado apoyo o ha acudido a denunciar algún hecho discriminatorio por su práctica sexual con otros hombre, en el último año ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombres, ha acudido a solicitar apoyo o a denunciar el abuso o maltrato del que fue víctima, no se identificó una asociación entre estas variables y tener VIH.

Con respecto a la variable de si comprase verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH, del grupo que respondió que si el 28,8% tenía diagnóstico positivo para VIH, del grupo que contestó que no 9,09% también tenía el diagnóstico, Se presentó una asociación con esta variable y tener VIH ( $X^2=11,4$ ;  $p=0,00$ ).

Frente a las variables: cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela /colegio con los niños que no tienen VIH, alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento, temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos, Miedo o preocupación por violencia experimentada, temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública, con ninguna de estas variables y tener VIH se encontró asociación.

La variable “otros motivos por los cuales ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento” se evidenció que en el grupo que refirieron que si tenían otros motivos el 40,0% presentó VIH, de los del grupo que respondieron que no el 13,3% también presentó la infección, se encontró asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=5,06$  ;  $p=0,007$  ) y finalmente en la variable ha sentido discriminación por VIH del grupo que respondieron que si el 8,69% tuvo diagnóstico de la infección al igual que el 26,8% de los del grupo que respondieron que no. Hubo una asociación estadísticamente significativa entre estas dos variables ( $X^2= 3,73$ ;  $p=0,05$ ).

Tabla 33. Discriminación comparado con la infección de VIH

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali			
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	Valor p X2	
<b>Además de sus parejas sexuales ¿alguien conoce su práctica sexual con otros hombres?</b>										
Si	12,8(55)	87,1(373)	0,13	32,0(124)	67,9(263)	0,00	28,1(97)	71,8(248)	5,56	,018
No	10(2)	90(18)		32,6(17)	67,3(35)		14,4(10)	85,5(59)		
<b>¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres?</b>										
Si	13,9(18)	86,0(111)	2,82	33,3(48)	66,6(96)	6,19	27,5(35)	72,4(92)	7,76	,021
No	13,7(35)	86,2(220)		35,9(74)	64,0(132)		28,7(65)	71,2(161)		
Mi familia no sabe	6,25(4)	93,7(60)		21,3(19)	78,6(70)		11,4(7)	88,5(54)		
<b>¿En los últimos 12 meses calendario ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres?</b>										
Si	16,1(15)	83,8(78)	1,22	30,7(32)	69,2(72)	0,11	19,4(15)	80,5(62)	1,99	,157
No	11,8(42)	88,1(313)		32,5(109)	67,4(226)		27,2(92)	72,7(245)		
<b>¿Conoce a alguien a quien le hayan solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otros hombres?</b>										
Si	19,3(18)	80,6(75)	4,64	44,3(39)	55,6(49)	7,51	27,0(23)	72,9(62)	0,08	,774
No	10,9(39)	89,0(316)		29,0(102)	70,9(249)		25,5(84)	74,4(245)		
<b>¿En los últimos 12 meses le han negado la compra de algún(os) bienes o servicios (comprar o arrendar una vivienda, diversión o recreación, hospedaje temporal) por su práctica sexual con otros hombres?</b>										
Si	5(1)	95(19)	1,12	33,3(10)	66,6(20)	0,02	25,9(7)	74,0(20)	9,76	,992
No	13,0(56)	86,9(372)		32,0(131)	67,9(278)		25,8(100)	74,1(287)		
<b>¿En los últimos 12 meses ha recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual con otros hombres?</b>										
Si	16,6(2)	83,3(10)	0,17	23,5(8)	76,4(26)	1,24	14,2(1)	85,7(6)	0,49	,481
No	12,6(55)	87,3(381)		32,8(133)	67,1(272)		26,0(106)	73,9(301)		
<b>Cuando recibe servicios de salud, ¿considera necesario ocultar su práctica sexual con otros hombres?</b>										
Si	2,70(1)	97,2(36)	3,64	29,5(18)	70,4(43)	0,22	16,1(15)	83,8(78)	5,90	,015
No	13,6(56)	86,3(355)		32,5(123)	67,4(255)		28,6(92)	71,3(229)		

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
<b>Cuándo recibe servicios de salud, ¿tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres?</b>									
Si	5,66(3)	94,3(50)	2,70 ,100	29,1(30)	70,8(73)	0,55 ,457	20,1(21)	79,8(83)	2,31 ,128
No	13,6(54)	86,3(341)		33,0(111)	66,9(225)		27,7(86)	72,2(224)	
<b>¿Ha solicitado apoyo o ha acudido a denunciar algún hecho discriminatorio por su práctica sexual con otros hombres?</b>									
Si	19,2(5)	80,7(21)	1,05 ,305	57,8(11)	42,1(8)	6,05 ,014	23,5(4)	76,4(13)	0,04 ,824
No	12,3(52)	87,6(370)		30,9(130)	69,0(290)		25,9(103)	74,0(294)	
<b>Durante últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿alguna de sus parejas sexuales lo obligó a tener relaciones sexuales, a pesar de que usted no quería?</b>									
Si	30,7(4)	69,2(9)	4,06 ,131	42,8(9)	57,1(12)	1,62 ,444	33,3(5)	66,6(10)	3,35 ,187
No	12,2(53)	87,7(381)		31,6(132)	68,3(285)		25,3(101)	74,6(297)	
NS/NR	0(0)	100(1)		0(0)	100(1)		100(1)	0(0)	
<b>¿En esos últimos 12 meses contados hasta ayer, ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombres?</b>									
Si	11,1(2)	88,8(16)	0,04 ,834	26,3(5)	73,6(14)	0,30 ,580	14,2(2)	85,7(12)	1,01 ,315
No	12,7(55)	87,2(375)		32,3(136)	67,6(284)		26,2(105)	73,7(295)	
<b>¿Ha acudido a solicitar apoyo o a denunciar el abuso o maltrato del que fue víctima?</b>									
Si	33,3(1)	66,6(2)	1,64 ,439	50(1)	50(1)	0,88 ,643	0(0)	100(3)	1,41 ,492
No	6,66(1)	93,3(14)		23,5(4)	76,4(13)		18,1(2)	81,8(9)	
<b>¿Usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH?</b>									
Si	12,8(51)	87,1(347)	3,94 ,139	33,0(137)	66,9(277)	3,71 ,156	28,8(102)	71,1(252)	11,4 ,003
No	8,88(4)	91,1(41)		19,0(4)	80,9(17)		9,09(5)	90,9(50)	
No responde	40(2)	60(3)		0(0)	100(4)		0(0)	100(5)	
<b>¿Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela /colegio con los niños que no tienen VIH?</b>									
Si	12,4(54)	87,5(379)	2,61 ,271	32,5(138)	67,4(286)	1,24 ,537	27,0(101)	72,9(273)	2,75 ,025
No	15,3(2)	84,6(11)		21,4(3)	78,5(11)		15,6(5)	84,3(27)	
No responde	50(1)	50(1)		0(0)	100(1)		12,5(1)	87,5(7)	

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
<b>¿Alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento?</b>									
Si	18,7(9)	81,2(39)	1,75 ,185	29,1(7)	70,8(17)	0,10 ,750	25,4(14)	74,5(41)	0,00 ,943
No	12(48)	88(352)		32,2(134)	67,7(281)		25,9(93)	74,0(266)	
No responde	0(0)	0(0)		0(0)	0(0)		0(0)	0(0)	
<b>Temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos</b>									
Si	14,2(2)	85,7(12)	2,11 ,348	18,1(2)	81,8(9)	1,22 ,542	17,8(5)	82,1(23)	1,72 ,423
No	20,5(7)	79,4(27)		38,4(5)	61,5(8)		33,3(9)	66,6(18)	
<b>Miedo o preocupación por violencia experimentada</b>									
Si	0(0)	100(2)	2,41 ,298	28,5(2)	71,4(5)	0,10 ,950	42,8(3)	57,1(4)	1,27 ,529
No	19,5(9)	80,4(37)		29,4(5)	70,5(12)		22,9(11)	77,0(37)	
<b>Temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública</b>									
Si	0(0)	0(0)	1,75 ,185	0(0)	100(1)	0,50 ,775	40(2)	60(3)	0,61 ,736
No	18,7(9)	81,2(39)		30,4(7)	69,5(16)		24(12)	76(38)	
<b>Otros motivos por los cuales ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento.</b>									
Si	18,1(4)	81,8(18)	1,77 0,41	33,3(4)	66,6(8)	0,29 0,86	40(10)	60(15)	5,06 0,07
No	19,2(5)	80,7(21)		25(3)	75(9)		13,3(4)	86,6(26)	
<b>Discriminación por VIH</b>									
No	12,5(55)	87,5(385)	1,10 ,293	32,3(141)	67,6(295)	1,42 ,232	26,8(105)	73,1(286)	3,73 0,05
Si	25(2)	75(6)		0(0)	100(3)		8,69(2)	91,3(21)	

## 6.2.10 Consumo de sustancias psicoactivas y VIH

### 6.2.10.1 Medellín

Con relación a las variables estudiadas sobre el consumo de psicoactivos analizados según la presencia o no de la enfermedad de VIH en Medellín se pudo encontrar que del grupo que refirieron consumir alcohol el 11,1% tenían VIH y del grupo que no presentó consumo de alcohol el 23,6% presentó también la infección. Se evidenció una asociación entre esta variable y tener infección de VIH ( $X^2=6,72$ ;  $p=0,01$ ).

Con respecto a inhalar cocaína del grupo que lo hacía el 14,5% tenían diagnóstico de VIH. Entre los que consumían popper la proporción de VIH fue del 9,81%, entre los que fumaban heroína la proporción fue del 33,3%, entre quienes se inyectaban heroína el 12,7% no tenía la infección, entre quienes inhalaban pegante el 20,0% tuvo el diagnóstico de VIH, de quienes refirieron consumir éxtasis el 14,2% tenía VIH. Entre las variables anteriormente descritas no hubo asociación con el diagnóstico de VIH. Sin embargo, quienes si consumieron viagra el 50% estaban diagnosticadas con VIH, hubo una asociación con significancia estadística ( $X^2=7,61$ ;  $p=0,00$ ).

### 6.2.10.2 Bogotá

Con relación al consumo de psicoactivos analizados en la ciudad de Bogotá se encontró que según el grupo que refirió consumir alcohol el 29,4% tenían diagnóstico de VIH, y del grupo que no lo consumía el 42,6% también presentó el diagnóstico de la infección. Se identificó una asociación entre esta variable y tener VIH con una ( $X^2=5,72$  y una  $p=0,01$ ).

La variable consumo de marihuana el 31,9% tenía el diagnóstico positivo, no hubo relación de asociación entre esta variable y el diagnóstico. Para el consumo de pipa se encontró que el 46,1% presento diagnóstico de VIH, no hubo asociación entre esta variable y el diagnóstico. Entre los que consumían popper la proporción de VIH fue del 38,0%, entre los que fumaban heroína la proporción fue del 22,2%, entre quienes se inyectaban heroína el 25,0% tenían la infección, entre quienes inhalaban pegante el 30,0% tuvo el diagnóstico de VIH, de quienes refirieron consumir éxtasis el 14,2% tenía VIH. Entre las variables anteriormente descritas no hubo asociación con el diagnóstico de VIH. Sin embargo, quienes consumieron viagra el 46,6% tuvo diagnóstico de VIH, y de los que respondieron que no consumieron el 31,0% también presentó la infección, no se presentó una asociación entre estas variables. Finalmente, el inyectarse drogas en los último año del grupo que mencionó que si lo había hecho, todos presentaban infección por VIH, sin embargo no se encontró asociación entre esta variable y tener infección por VIH.

### 6.2.10.3 Cali

Con relación al consumo de psicoactivos para los HSH de Cali, en el grupo que refirió consumir alcohol el 22,5% tenían diagnóstico de VIH, y de los que respondieron

que no el 44,4% también presentó el diagnóstico. Hubo una asociación entre esta variable y tener VIH ( $X^2=13,4$ ;  $p=0,00$ ).

En el grupo que si consumía marihuana el 21,8% tenía el diagnóstico positivo, no hubo asociación entre esta variable y el diagnóstico. Para el consumo de pipa del grupo que si la fumaba el 19,2% presentó el diagnóstico de VIH, no hubo asociación entre esta variable y el diagnóstico. Con respecto a inhalar cocaína del grupo que lo hacia el 22,0% tenían diagnóstico de VIH. No se evidencio asociación entre estas dos variables.

Entre los que si respondieron que consumían popper la proporción de VIH fue del 36,0%, del grupo que respondió que no consumía el 23,5% también tenían la infección. Se identificó una asociación entre esta variable y tener VIH, con ( $X^2=4,92$ ;  $p=0,02$ ).

Entre los que fumaban heroína la proporción fue del 33,3%, de infección por VIH, entre quienes inhalaban pegante el 23,0% tuvo el diagnóstico de VIH, de quienes refirieron consumir éxtasis el 13,6% tenía VIH. Entre las variables anteriormente descritas no se evidenció asociación estadísticamente significativa.

Del grupo de quienes consumieron viagra el 36,7% tuvo diagnóstico de VIH, en el grupo que respondieron que no lo consumían el 24,3% tuvo también el diagnóstico positivo, no se encontró una asociación estadística entre estas variables y la infección. Finalmente, del grupo que no se inyectaba drogas en el último año el 25,8% presentó la infección por VIH, sin embargo las no se encontró asociación estadísticamente significativa.

Tabla 34. Consumo de sustancias psicoactivas comparado con la infección de VIH

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X2 Valor p
<b>Consumo de alcohol</b>									
No	23,6(13)	76,3(42)	6,72 ,010	42,6(38)	57,3(51)	5,72 ,017	44,4(28)	55,5(35)	13,4 ,000
SI	11,1(44)	88,8(349)		29,4(103)	70,5(247)		22,5(79)	77,4(272)	
<b>Consumo de marihuana</b>									
No	13,1(34)	86,8(224)	0,11 0,73	32,2(89)	67,7(187)	0,00 0,94	28,3(72)	71,6(182)	2,14 0,14
SI	12,1(23)	87,8(167)		31,9(52)	68,0(111)		21,8(35)	78,1(125)	
<b>Ha fumado pipa</b>									
No	12,8(56)	87,1(381)	0,13 ,714	31,6(135)	68,3(291)	1,21 ,271	26,2(102)	73,7(286)	0,63 0,42
SI	9,09(1)	90,9(10)		46,1(6)	53,8(7)		19,2(5)	80,7(21)	
<b>Ha inhalado pipa</b>									
No	12,7(57)	87,2(389)	0,29 ,588	32,0(138)	67,9(292)	0,00 ,937	26,1(104)	73,8(293)	0,62 ,430
SI	0(0)	100(2)		33,3(3)	66,6(6)		17,6(3)	82,3(14)	
<b>Ha Inhalado cocaína</b>									
No	12,5(50)	87,5(350)	0,16 0,68	31,6(122)	68,3(263)	0,26 0,60	26,7(90)	73,2(247)	0,70 0,40
SI	14,5(7)	85,4(41)		35,1(19)	64,8(35)		22,0(17)	77,9(60)	
<b>Consumo de Popper</b>									
No	14,3(41)	85,6(244)	1,95 0,16	30,3(103)	69,6(236)	2,05 0,15	23,5(80)	76,4(259)	4,92 ,026
SI	9,81(16)	90,1(147)		38(38)	62(62)		36(27)	64(48)	
<b>Ha fumado heroína</b>									
No	12,5(56)	87,4(389)	1,15 ,282	32,3(139)	67,6(291)	0,41 ,521	25,6(104)	74,3(301)	0,26 ,604
SI	33,3(1)	66,6(2)		22,2(2)	77,7(7)		33,3(3)	66,6(6)	
<b>Se ha inyectado heroína</b>									
No	12,7(57)	87,2(391)		32,2(139)	67,7(292)	0,18 ,663	25,6(104)	74,3(301)	0,26 ,604

Continúa

Características	Área metropolitana Medellín			Bogotá			Área metropolitana Cali		
	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X <sup>2</sup> Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X <sup>2</sup> Valor p	VIH (+) %(n)	VIH (-) %(n)	X <sup>2</sup> Valor p
SI	0(0)	0(0)		25(2)	75(6)		33,3(3)	66,6(6)	
<b>Ha inhalado pegante</b>									
No	12,6(56)	87,3(387)	0,24 ,623	32,1(138)	67,8(291)	0,02 ,885	26,0(101)	73,9(287)	0,11 0,73
SI	20(1)	80(4)		30(3)	70(7)		23,0(6)	76,9(20)	
<b>Ha consumido éxtasis</b>									
No	12,6(53)	87,3(367)	0,06 ,798	32,1(123)	67,8(260)	1,75 0,99	26,5(104)	73,4(288)	1,80 0,17
SI	14,2(4)	85,7(24)		32,1(18)	67,8(38)		13,6(3)	86,3(19)	
<b>Ha consumido viagra</b>									
No	12,2(54)	87,7(388)	7,61 ,006	31,0(127)	68,9(282)	3,12 0,07	24,3(89)	75,6(276)	3,43 0,06
SI	50(3)	50(3)		46,6(14)	53,3(16)		36,7(18)	63,2(31)	

## 6.3 Modelo explicativo VIH

### Medellín

Los HSH de 25 y más años tienen 4,41 veces la probabilidad de presentar la infección comparado con los de menor edad (OR=4,41 IC95% 2,08-9,44) por lo tanto se identifica que la edad mayor de 25 años es un factor asociado para la infección por VIH. Se puede observar que los HSH de Medellín que tienen un nivel educativo bajo (ninguno, preescolar, primaria) tienen 6,53 veces la probabilidad de tener la infección de VIH comparado con los que tienen una escolaridad mayor (OR=6,53 IC95% 0,73-58,65), este OR ajustado las demás variables no logró ser estadísticamente significativo.

Con respecto a la orientación sexual se puede interpretar que ajustando por las demás variables, los HSH que se auto reconocen como homosexuales tiene 9,75 veces la probabilidad de tener el diagnóstico positivo para VIH (OR= 9,75 IC95% 1,10 - 86,9). Frente a la ocupación de los últimos 7 días en un modelo ajustado por las demás variables se encuentra que los hombres que tienen relaciones con otros hombres de la ciudad de Medellín que se encontraban buscando trabajo tienen casi tres veces la probabilidad de tener VIH comparados con quienes tuvieron otras ocupaciones los últimos siete días (OR=2,66 IC95% 0,65 - 10,9) y un riesgo de casi 4 veces sin ajustar (OR= 3,63 IC95% 1,23 - 10,6).

Los HSH de Medellín con ingresos menores al mínimo tiene dos veces la probabilidad de tener el diagnóstico de VIH comparado con quienes tiene mayores ingresos (OR=2,05 IC95% 0,70-5,95) sin embargo no fue estadísticamente significativo. En este modelo ajustado por las demás variables, también se pudo identificar que el no haber tenido una infección de transmisión sexual en el último año disminuye la probabilidad de tener VIH, OR=0,27\* (IC95%0,12 - 0,59) pero no es significativo. Finalmente, el consumo de viagra en el modelo ajustado por las demás variables muestra que los HSH que consumen viagra tiene 7,14 veces (IC95%1,11 - 45,4) la probabilidad de tener el diagnóstico de VIH.

**Tabla 35.** Factores asociados al VIH en HSH de la ciudad de Medellín. 2019

Variable	Área metropolitana Medellín	
	Medida sin ajustar OR (IC 95%)	Medida ajustada OR(IC95%)
<b>Menores y mayores de 25 años</b>		
< 25 años	1	1
25 + años	5,21 (2,75 - 9,85)	4,41* (2,08 - 9,44)
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno / Preescolar / Primaria	13,2 (2,11 - 83,1)	6,53 (0,73 - 58,65)
Secundaria	0,98 (0,46 - 2,07)	0,92 (0,38 - 2,22)

*Continúa*

Variable	Área metropolitana Medellín	
	Medida sin ajustar OR (IC 95%)	Medida ajustada OR(IC95%)
Técnico / Tecnológico	2,30 (1,18 - 4,47)	1,56 (0,72 - 3,43)
Universitario / Postgrado	1	1
<b>Ocupación en los últimos 7 días</b>		
Estudiar y trabajar	1	1
Trabajar (Empleado o Independiente)	2,93 (1,45 - 5,92)	1,50 (0,60 - 3,81)
Buscar trabajo	3,63 (1,23 - 10,6)	2,66 (0,65 - 10,9)
Otro	1,56 (0,61 - 4,00)	1,18 (0,38 - 3,60)
<b>Ingresos</b>		
Sin ingresos	1	1
Menos de un mínimo	2,24 (0,96 - 5,20)	2,05 (0,70 - 5,95)
Entre \$ 8260.001 y \$ 1.644.000	2,78 (1,27 - 6,07)	1,72 (0,58 - 5,11)
Mas de \$ 1.644.000	2,84 (1,08 - 7,44)	1,33 (0,34 - 5,096)
<b>En términos de orientación sexual ¿usted con cuál orientación sexual se identifica?</b>		
Bisexual	1	1
Homosexual	6,67 (0,89 - 49,5)	9,75* (1,10 - 86,9)
<b>Vinculación a programas</b>		
Si	1	1
No	0,54 (0,29 - 1,00)	0,55 (0,27 - 1,12)
<b>¿En la última relación ANAL uso el condón?</b>		
Si	1	1
No	0,47 (0,24 - 0,91)	0,55 (0,26 - 1,15)
<b>¿En los últimos 12 meses, ha tenido alguna infección de transmisión sexual?</b>		
Si	1	1
No	0,28 (0,14 - 0,56)	0,27* (0,12 - 0,59)
<b>¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres?</b>		
Si	1,01 (0,55 - 1,88)	1,10 (0,33 - 3,70)
No	1	1
Mi familia no sabe	0,41 (0,14 - 1,22)	1,06 (0,54 - 2,15)
<b>Consumo de alcohol</b>		
SI	0,40 (0,20 - 0,81)	0,42* (0,18 - 0,96)
No	1	1
<b>Ha consumido viagra</b>		
SI	7,18 (1,41 - 36,5)	7,14* (1,11 - 45,4)
No	1	1

## Bogotá

Según los OR ajustados por las variables edad, nivel educativo, estado civil, con quien vive actualmente, ocupación de los últimos siete días, orientación sexual, vinculación a programas, conocimientos sobre VIH, ITS en el último año, desprecio/rechazo /ofensa por su práctica sexual con otros hombres, consumo de alcohol y consumo de viagra. Se interpreta, que los HSH de Bogotá de 25 y más años tienen casi cuatro veces la probabilidad de presentar la infección comparado con los de menor edad (OR=3,66 IC95% 2,03-6,61) es decir es significativo, por lo tanto, se ratifica que la edad mayor de 25 años es un factor asociado para la infección por VIH.

También se identifica que los HSH de Bogotá que tienen un nivel educativo de secundaria tienen casi cuatro veces la probabilidad de tener la infección de VIH comparados con los que tienen una escolaridad universitario o postgrado (OR=3,91 IC95% 2,09-7,32), es decir es estadísticamente significativo. Los HSH que se auto identificaron como homosexuales tiene 4,35 veces la probabilidad de estar infectados (OR=4,35 IC95%1,77 - 10,7).

Los HSH que en el último año no presentaron una infección de transmisión sexual tenían menos oportunidad de tener el diagnóstico de VIH comparado con los que si tuvieron una ITS (OR= 0,50\* IC95% 0,28 - 0,90). Los HSH que consumieron viagra tienen 1,27 veces (IC95% 0,53 - 3,07) el riesgo a tener el diagnóstico de VIH comparado con los que no lo consumieron, sin embargo, no hubo diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 36.** Factores asociados al VIH en HSH en la ciudad de Bogotá. 2019

Características	Bogotá	
	Medida sin ajustar OR (IC 95%)	Medida ajustada OR(IC95%)
<b>Menores y mayores de 25 años</b>		
< 25 años	1	1
25 + años	5,56 (3,43 - 9,01)	3,66* (2,03 - 6,61)
<b>Nivel educativo</b>		
Ninguno / Preescolar / Primaria	2,9 (0,88 - 9,51)	3,05 (0,75 - 12,44)
Secundaria	4,77 (2,82 - 8,04)	3,91* (2,09 - 7,32)
Técnico / Tecnológico	3,29 (1,95 - 5,56)	2,20 *(1,21 - 3,99)
Universitario / Postgrado	1	1
<b>Estado civil</b>		
Soltero	1	1
Casado / Unión Libre	3,14 (1,74 - 5,66)	2,42 (0,82 - 7,14)
Separado / Divorciado / Viudo	4,98 (0,44 - 55,5)	2,52 (0,19 - 32,20)
<b>Con quien vive actualmente</b>		
Solo / Solo con hijos	1,46 (0,88 - 2,43)	1,23 (0,67 - 2,25)

*Continúa*

Características	Bogotá	
	Medida sin ajustar OR (IC 95%)	Medida ajustada OR(IC95%)
Compañero	2,39 (1,25 - 4,56)	0,54 (0,15 - 1,87)
Otros familiares y no familiares	1	1
<b>Ocupación en los últimos 7 días</b>		
Estudiar y trabajar	1	1
Trabajar (Empleado o Independiente)	3,84 (2,14 - 6,88)	1,22 (0,58 - 2,53)
Buscar trabajo	6,32 (2,96 - 13,4)	2,23 (0,92 - 5,41)
Otro	5,22 (2,47 - 11,0)	1,82 (0,74 - 4,48)
<b>En términos de orientación sexual ¿usted con cuál orientación sexual se identifica?</b>		
Bisexual	1	1
Homosexual	3,75 (1,73 - 8,13)	4,35 *(1,77 - 10,7)
<b>Vinculación a programas</b>		
Si	1	1
No	0,43 (0,23 - 0,79)	0,45 (0,23 - 0,90)
<b>Conocimientos sobre VIH</b>		
Si	1	1
No	0,73 (0,49 - 1,10)	0,88 (0,54 - 1,43)
<b>¿En los últimos 12 meses, ha tenido alguna infección de transmisión sexual?</b>		
Si	1	1
No	0,49 (0,30 - 0,80)	0,50* (0,28 - 0,90)
<b>¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres?</b>		
Si	0,89 (0,56 - 1,39)	0,90 (0,45 - 1,82)
No	1	1
Mi familia no sabe	0,48 (0,27 - 0,86)	1,03 (0,61 - 1,75)
<b>Consumo de alcohol</b>		
SI	0,55 (0,34 - 0,90)	0,80 (0,45 - 1,44)
No	1	1
<b>Ha consumido viagra</b>		
SI	1,94 (0,92 - 4,10)	1,27 (0,53 - 3,07)
No	1	1

## Cali

los HSH de 25 y más años tienen 2,29 veces la probabilidad de tener VIH comparado con los menores de esta edad (OR=1,10-4,80) por lo tanto esta es una asociación estadísticamente significativa. Es importante mencionar también que ajustando por las demás variables los HSH que vivían con compañero tenían 2,40 veces la probabilidad de tener VIH comparados con los que no, este OR es significativo (OR=2,40 IC95% 1,08 - 5,32).

Además, se identificó que los HSH con diagnóstico de tuberculosis tenían 10,1 veces la probabilidad de también tener diagnóstico de VIH (OR=10,1 IC95% 2,1-49,1) esta relación es estadísticamente significativa. Se encontró que los HSH que se auto identificaron como homosexuales tenían casi tres veces la probabilidad de tener diagnóstico por VIH (OR=2,6 IC95% 1,29 - 5,22) y es estadísticamente significativa esta asociación, es decir identificarse como homosexual es un factor asociado para la infección por VIH en Cali. Los HSH que consumían popper tenían 2,54 veces la probabilidad de tener VIH (OR=2,54 IC95% 1,32 - 4,90), por lo tanto, es una asociación estadísticamente significativa.

**Tabla 37.** Factores asociados al VIH en HSH de la ciudad de Cali. 2019

Características	Área metropolitana Cali	
	Medida sin ajustar OR (IC 95%)	Medida ajustada OR(IC95%)
<b>Menores y mayores de 25 años</b>		
< 25 años	1	1
25 + años	2,91 (1,60 - 5,29)	2,29* (1,10 - 4,80)
<b>Con quien vive actualmente</b>		
Solo / Solo con hijos	1,21 (0,73 - 2,01)	1,21 (0,64 - 2,30)
Compañero	2,30 (1,21 - 4,39)	2,40* (1,08 - 5,32)
Otros familiares y no familiares	1	1
<b>Ocupación en los últimos 7 días</b>		
Estudiar y trabajar	1	1
Trabajar (Empleado o Independiente)	1,51 (0,72 - 3,17)	0,92 (0,37 - 2,31)
Buscar trabajo	1,04 (0,39 - 2,77)	0,92 (0,30 - 2,84)
Otro	3,02 (1,26 - 7,25)	1,95 (0,68 - 5,63)
<b>¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis?</b>		
Sí	8,18 (2,13 - 31,4)	10,1* (2,1 - 49,1)
No	1	1
<b>En términos de orientación sexual ¿usted con cuál orientación sexual se identifica?</b>		
Bisexual	1	1
Homosexual	2,83 (1,58 - 5,09)	2,6* (1,29 - 5,22)
<b>Vinculación a programas</b>		
Sí	1	1
No	0,19 (0,09 - 0,38)	0,28* (0,13 - 0,60)
<b>Conocimientos sobre VIH</b>		
Sí	1	1
No	0,64 (0,41 - 1,00)	0,85 (0,50 - 1,45)
<b>¿En la última relación ANAL uso el condón?</b>		
Sí	1	1
No	0,43 (0,26 - 0,73)	0,41* (0,22 - 0,78)

Continúa

Características	Área metropolitana Cali	
	Medida sin ajustar OR (IC 95%)	Medida ajustada OR(IC95%)
<b>¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres?</b>		
Si	0,94 (0,58 - 1,52)	0,42 (0,15 - 1,15)
No	1	1
Mi familia no sabe	0,32 (0,13 - 0,74)	0,87 (0,49 - 1,55)
<b>Discriminación por VIH</b>		
Si	0,25 (0,05 - 1,12)	0,66 (0,28 - 1,53)
No	1	1
<b>Consumo de alcohol</b>		
SI	0,36 (0,20 - 0,63)	0,30* (0,15 - 0,60)
No	1	1
<b>Consumo de Popper</b>		
SI	1,82 (1,06 - 3,10)	2,54* (1,32 - 4,90)
No	1	1
<b>Ha consumido viagra</b>		
SI	1,80 (0,96 - 3,37)	1,48 (0,68 - 3,21)
No	1	1

# 7.

**Estimación de la población de  
hombres que tienen relaciones  
sexuales con hombre, en tres  
ciudades de Colombia, 2019**

---



---

# 7.

## Estimación de la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombre, en tres ciudades de Colombia, 2019

### 7.1 Metodología

En la primera fase de la investigación se aplicó la técnica de captura, este método asume la selección de una muestra de la población y su identificación. Luego de un tiempo determinado, se selecciona otra muestra, lo que da lugar a que algunas personas sean “recapturadas”, y a través de la proporción de personas identificadas y no identificadas en la segunda muestra, y de los tamaños de ambas, se consigue estimar la magnitud de la población total. Esta técnica, adaptada para uso demográfico, ha sido usada con frecuencia en el campo de la epidemiología y otros campos de la salud para estimar el tamaño de la población no registrada, y utilizar esas estimaciones para generar tasas de incidencia o prevalencia de una enfermedad o evento de salud específico.

La técnica de captura-recaptura tiene como objetivo determinar el número total de individuos de una población determinada, para lo cual se ha efectuado la recolección de datos de por lo menos dos fuentes de información que han “capturado” datos sobre los miembros de esa población. Para su uso en el campo de la epidemiología, el principio de este método es cruzar información de dos o más sistemas de registro, y estimar a partir de ellos el número de personas no identificados por todas esas fuentes.

Para realizar esas estimaciones, se contemplan los sujetos que aparecen en más de una lista, luego de lo cual se utilizan diversas técnicas estadísticas para calcular el número total de sujetos que deberían figurar en los registros.

### Población y muestra

La muestra fue obtenida utilizando el muestreo de tiempo y lugar, método utilizado para reclutar miembros de una población objetivo en momentos específicos y lugares

establecidos. El marco de muestreo en esta técnica consta de unidades de tiempo y lugar, que representan el universo potencial de los lugares <sup>(107)</sup>. Este tipo de muestreo tiene un diseño por conglomerados y selección de acuerdo con el tiempo y lugar.

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

## Tamaño de la muestra

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

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

Donde:

N: Población

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

p: Proporción ( $p=0,50$ )

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

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

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

**Tabla 38.** Estimación del tamaño de muestra requerido para entrega de objeto único.

Ciudad	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres				
	Nro. de hombres identificados en siete meses	Nro. de hombres identificados en un mes	Muestra (error 5%)	Muestra (error 4%)	Tamaño de muestra
Bogotá	66265	9466	384	586	590
Cali	11796	1685	323	456	498
Medellín	20353	2908	352	515	541
Total	98414	14059	1059	1557	1629

## 7.2 Pasos realizados en la técnica de captura-recaptura

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

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

## 7.3 Procedimiento realizado

Luego del inicio del proyecto por parte de Universidad CES, los equipos regionales de ENTerritorio apoyaron el inicio del proceso de recolección de información con personal con experiencia en la atención y seguimiento de población, estas personas fueron informantes claves para elaborar la técnica de evaluación rápida, con este método se obtuvo una caracterización geográfica, utilizando la metodología de *time location sampling*, es decir un muestreo en tiempo y lugar, logrando la caracterización por lugares que frecuentaban; se identificaron lugares que se denominaron conglomerados; a partir de ellos se realizó la recolección de información.

El Time Location sampling (TLS) o Muestreo de Localización en Tiempo es un método probabilístico utilizado para reclutar miembros de una población objetivo en momentos específicos en lugares establecidos <sup>(108)</sup>. El marco de muestreo se conformó por unidades - día - tiempo y lugar, también conocidos como unidades de tiempo - ubicación - que representaron el universo potencial de los lugares, días y horas. El equipo de trabajo de campo identificó unidades de tiempo -localización para ubicar a los miembros de la población, el equipo visitó los lugares y preparó un listado de unidades de día, tiempo y lugar que se consideraron elegibles sobre la base de la comprobación del número de personas presentes.

## 7.4 Estimación de la población

Como se mencionó, para la primera muestra se utilizó el método del objeto único en la cual se distribuyó un objeto de fácil recordación a miembros de la población. En el método de captura-recaptura, es necesario que al menos una de las muestras sea aleatoria

de la población que en este caso corresponde al estudio de vigilancia por muestreo dirigido por participante (RDS). Como parte del cuestionario para el estudio RDS se preguntó a los participantes si habían recibido previamente el objeto único, en este caso se realizó el método multiplicador en el cual se incluyeron los datos reportados por el sistema de información SISCO y con este criterio se asumió la superposición entre las tres muestras.

De acuerdo a la descripción del método dada por Epidat 3.1, cuando se dispone de tres fuentes de información (Entrega de objeto único, encuesta basado en el entrevistado y reporte al sistema de información (SISCO), se puede aplicar un modelo de regresión log-lineal que permite incorporar y evaluar diferentes asunciones en cuanto a la dependencia existente entre las listas. El modelo log-lineal permite estudiar la relación existente entre variables cualitativas cruzadas en una tabla de contingencia; dicho modelo representa el logaritmo neperiano de las frecuencias observadas en las celdas como una combinación lineal de efectos principales y de interacciones. En el caso particular del método de captura-recaptura, la tabla de contingencia es incompleta, es decir, tiene una celda desconocida que corresponde a los casos no notificados por ninguno de los registros, y que es necesario estimar para obtener la estimación del total de casos en la población.

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

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

**Tabla 39.** Resultados estimación de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, 2019

Indicador	Bogotá	Cali	Medellín
Estimación de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	135.795	49.166	115.021
Intervalo de confianza del 95%	121.446-150.145	41.485- 56.848	91.163- 138.881
Porcentaje de población HSH de 18 y más años (denominador: fuente DANE 2019)	3,8%-4,20%	3,9%-5,3%	5,6%-8,5%

8.

**Indicadores en hombres  
que tienen relaciones  
sexuales con otros  
hombres, Colombia 2019**

---



---

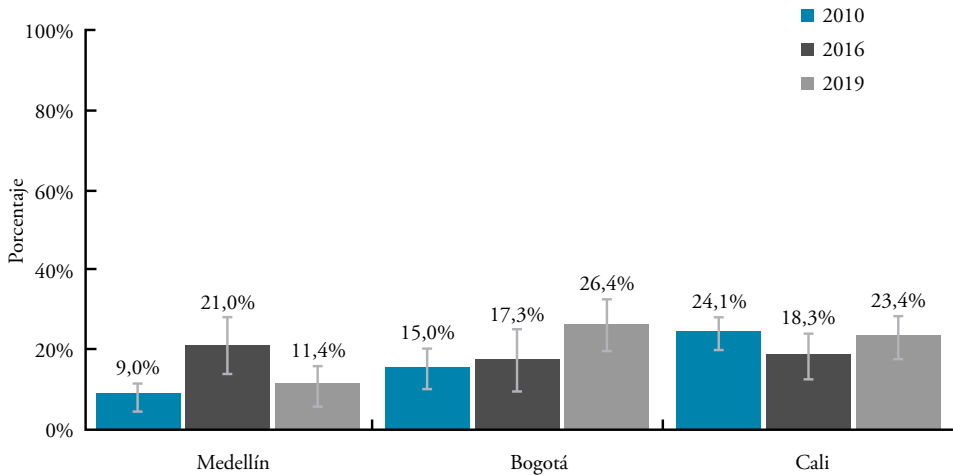
## 8.

# Indicadores en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, Colombia 2019

Para el seguimiento de los indicadores para monitorear la declaración política de 2016 sobre el fin del SIDA y de acuerdo con el instructivo para la construcción de indicadores para el Global AIDS Monitoring 2019 de ONUSIDA, se presentan los indicadores generales, indicadores para trabajadores sexuales y los específicos para la población HSH, comparando los años 2010, 2015 y 2019. Los indicadores de población general medidos fueron: específicamente para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se han vinculado con programas de prevención del VIH, porcentaje de hombres que usaron el condón la última vez que tuvieron sexo anal con un hombre, porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombre que se han hecho la prueba para detectar el VIH y conoció su resultado, conocimiento de VIH y conductas discriminatorias, Por su parte, los indicadores para trabajadores sexuales fueron: uso del condón, vinculación a programas, prueba para el VIH, prevalencia de VIH en trabajadores sexuales.

### 8.1 Indicador 1. Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

Se puede observar que para el año 2019 la prevalencia de VIH en la ciudad de Medellín, Bogotá y Cali fue del 11,4% 26,4% y 23,4% respectivamente. Al comparar la prevalencia de VIH entre 2010 a 2019, se identifica que Medellín reportó una variación positiva de 26,7% sin diferencias estadísticamente significativas en la tendencia de la prevalencia; en Bogotá la variación fue del 76% de 2010 a 2019 <sup>(109)</sup>, con un aumento en la tendencia, la cual fue estadísticamente significativa, es decir Bogotá es la única ciudad donde se observó una tendencia positiva, esto quiere decir que para la ciudad va en aumento, pasando la prevalencia de VIH en el 2010 de 15% a un 26,4% para el 2019; en Cali se reportó una variación negativa del 2,9% sin cambios que indiquen una tendencia (Figura 14 y Tabla 40).



**Figura 14.** Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en tres ciudades de Colombia 2010, 2015 y 2019<sup>1</sup>

**Tabla 40.** Prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en tres ciudades de Colombia 2010, 2015 y 2019

Prevalencia de VIH	2010	2015	2019	$\chi^2_T$	Valor p
	%(IC 95%)	%(IC 95%)	%(IC 95%)		
Medellín	9(5,1-13,9)	21(13,9-28,9)	11,4(6,9-17,3)	2,228	0,131
Bogotá	15(10,9-19,9)	17,3(11,6-22,7)	26,4(20,1-33,1)	15,923	0,001
Cali	24,1(18,1-30,4)	18,3(13,4-24,7)	23,4(18,3-29,2)	0,323	0,570

## 8.2 Indicador 2. Prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años

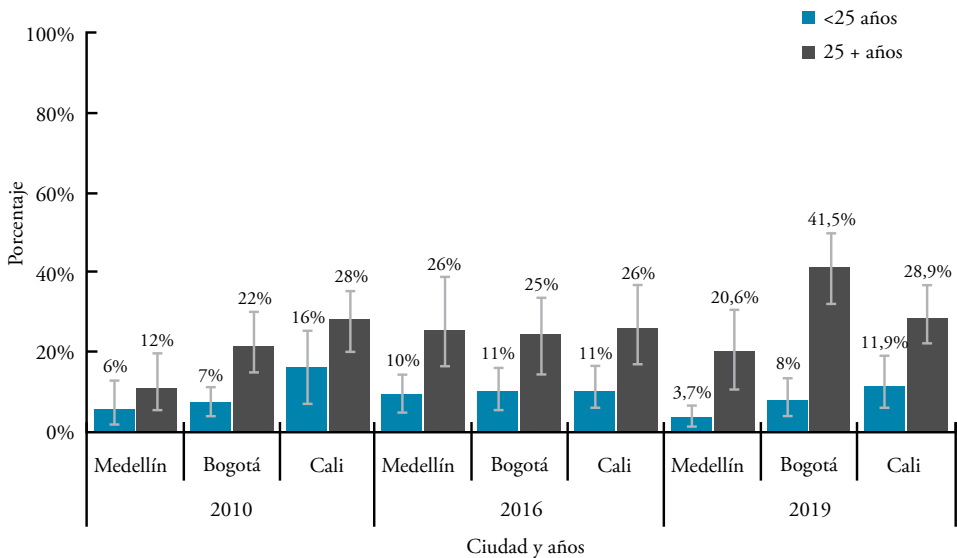
En este indicador se describe la prevalencia de VIH en dos grupos de edad para cada ciudad, observando que en los tres años de seguimiento fue más baja la prevalencia en los menores de 25 años, en comparación con los que tenían 25 años o más, comportamiento que se asemeja a lo encontrado en otros estudios a nivel nacional e internacional (110). Para 2019 en los menores de 25 años, se encontró que Medellín, tiene la prevalencia

<sup>1</sup> Forma de calcular el indicador:

Numerador: número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con prueba positiva para VIH.

Denominador: Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que se les realizó la prueba para el VIH.

más baja con el 3,7%, seguido de Bogotá con el 8% y por último Cali con 11,9%. Comparado con el año 2010, Medellín reportó una variación negativa del 38,3% ( $\chi^2$ : 0,88; valor de  $p= 0,34$ ). Bogotá reportó una variación positiva del 8,1% ( $\chi^2$ : 0,28; valor de  $p= 0,56$ ). y Cali una variación negativa del 27% ( $\chi^2$ : 0,28; valor de  $p= 0,56$ ). En ninguna de las tres ciudades reportó una tendencia estadísticamente significativa (2010, 2016 y 2019  $\chi^2$ :  $>0,05$ ) de la prevalencia de VIH en los menores de 25 años. Con relación a los mayores de 25 años, en Bogotá se identificó una variación positiva del 89,5% ( $\chi^2$ : 18,5; valor de  $p= 0,00$ ), similar a lo sucedido en Medellín donde se identificó una variación positiva de 2010 a 2019 del 79,1% ( $\chi^2$ : 5,9; valor de  $p= 0,01$ ). En estas dos ciudades se confirma una tendencia al aumento de la prevalencia de VIH en mayores de 25 años la cual fue estadísticamente significativa. En Cali la variación entre el 2010 y 2019 fue del 2,1% sin una tendencia estadísticamente significativa ( $\chi^2$ : 0,01; valor de  $p= 0,91$ ) es decir que la prevalencia se mantuvo estable (Figura 15).



**Figura 15.** Comparativo de la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas, 2010,2016 y 2019<sup>2</sup>

2 Forma de calcular el indicador:

Calculo para los menores de 25 años

Numerador: número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con prueba positiva para VIH y son menores de 25 años

Denominador: Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que se les realizó la prueba para el VIH y son menores de 25 años.

Calculo para los que tienen 25 o más años

Numerador: número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con prueba positiva para VIH.

Denominador: Número de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que se les realizó la prueba para el VIH.

### 8.3 Indicador 3. Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas<sup>3</sup>

Este indicador permite medir la utilización de pruebas para VIH, a través del porcentaje de hombres que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado, ya sea positivo o negativo. Se encontró que para el año 2019, Medellín tuvo el porcentaje más bajo de utilización de pruebas en los mayores de 25 años (16,7%), en comparación con Bogotá (22,8%) y Cali (24,2%), sin embargo, Medellín presentó el porcentaje más alto de realización de pruebas y conocimientos de los resultados en los hombres menores de 25 años con el 31,9%. Al realizar las comparaciones en los menores de 25 años, en Bogotá se observa una disminución en la tendencia de 2010 a 2019 de 72,3% ( $\chi^2$ : 267,6; valor de  $p= 0,00$ ). En Cali se identificó una variación positiva del 24,7%, ( $\chi^2$ : 9,01; valor de  $p= 0,00$ ), y para Medellín la variación de 2010 a 2019 también positiva y del 92,2% ( $\chi^2$ : 13,77; valor de  $p= 0,00$ ). Para las tres ciudades se confirma una tendencia estadísticamente significativa, se identifica un aumento en el uso de pruebas de VIH en menores de 25 años en Medellín y Cali y una disminución en el uso de dichas pruebas en Bogotá, este último posiblemente afectado por acciones realizadas de manera adicional en un proyecto de investigación con grandes recursos en el 2010 y que llevo a que los siguientes dos años no se reportaran un porcentaje tan alto de personas que se hicieron y conocieron su resultado de VIH. En los mayores de 25 años los resultados fueron: Bogotá y Medellín reportaron una variación negativa en el uso de pruebas de VIH (Bogotá:  $\chi^2$ : 318,21; valor de  $p= 0,00$ ); (Medellín  $\chi^2$ : 25,41; valor de  $p= 0,00$ ) tendencia estadísticamente significativa. Por el contrario en Cali reporto una variación positiva de 15,8% pero no se presentó una tendencia estadísticamente significativa en el uso de pruebas de VIH ( $\chi^2$ : 0,70; valor de  $p= 0,41$ ).

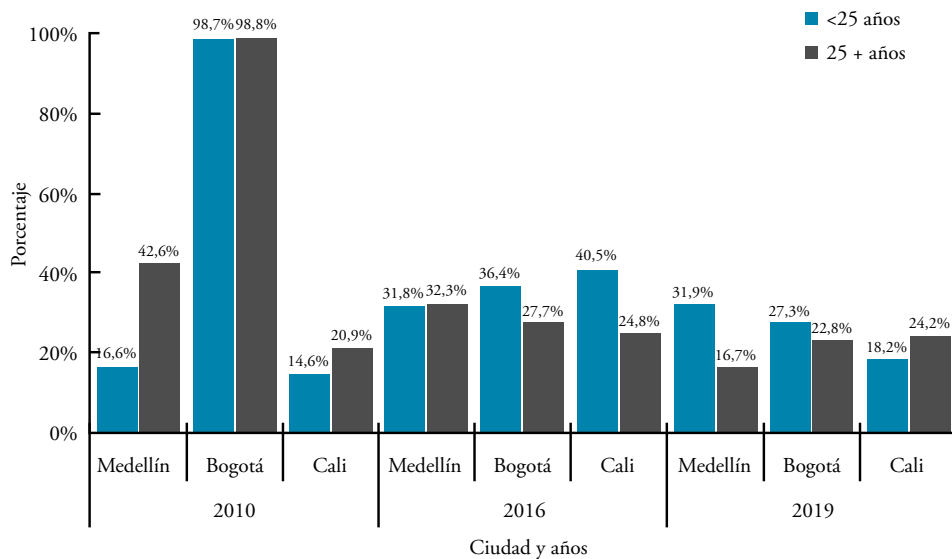
---

3 Forma de cálculo del indicador:

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

Pregunta 1215: En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH? Respuesta si y que contestaron la pregunta 1222: ¿Conoció usted los resultados de la última vez que se hizo la prueba de VIH? Solo con resultados positivos y negativos

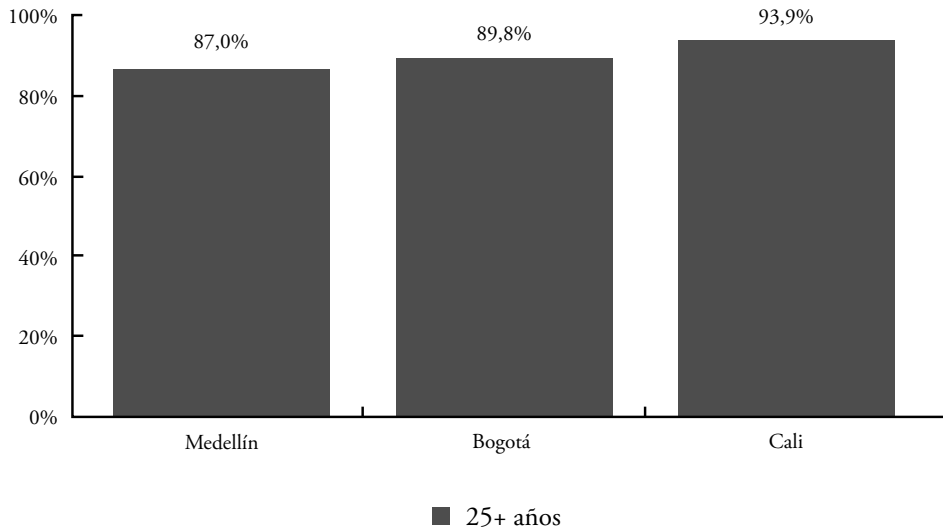
Denominador: número total de encuestados que contestaron la pregunta 1215 con las dos opciones de respuesta SI y No.



**Figura 16.** Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas.

## 8.4 Indicador 4. Cobertura terapia antirretroviral en los hombres que tienen sexo con otros hombres mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas

El indicador de cobertura en las tres ciudades para los hombres de 25 y más años, fue superior al 87%, siendo la ciudad de Cali la que presentó el porcentaje más alto entre los tres (93,9%). Frente a lo anterior, en las ciudades de Cali y Bogotá, se cumple con el segundo compromiso de ONUSIDA, el cual señala que el 90% de las personas que conozcan su estado seropositivo reciban terapias antirretrovirales, medida que permite reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH.



**Figura 17.** Comparativo de la cobertura terapia antirretroviral en los hombres que tienen sexo con otros hombres mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas<sup>4</sup>

\*Solo es posible calcularlo para los mayores de 25 años o más dado que sus valores son mayores a 30. Por tal razón al finalizar el capítulo se encuentra la tabla con los valores absolutos.

## 8.5 Indicador 5. Comparativo del uso del condón en la última relación sexual en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas

El indicador muestra el porcentaje de hombres que refieren usar el condón en la última relación sexual anal. Se puede observar que en general el uso de condón en la población de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres para el año 2019 es superior al 56,5% en los menores de 25 años, y mayor del 63,3% en los que tienen 25 o más años. Al comparar los hombres menores de 25 años en los tres años del estudio, para Bogotá se observó una variación positiva del 15,9% ( $\chi^2$ : 6,08; valor de  $p= 0,01$ ), en Cali la variación fue del 3,5%, con ( $\chi^2$ : 3,11; valor de  $p= 0,07$ ) y en Medellín un delta de cambio del 22,5% ( $\chi^2$ : 7,97; valor de  $p= 0,00$ ), en las tres ciudades se identificó una tendencia estadísticamente significativa hacia el aumento en el reporte del uso del condón en la última relación sexual. Al comparar los hombres de 25 y más años, en los tres años del estudio, para Bogotá se observó una variación del 15,2% ( $\chi^2$ : 4,29; valor de

<sup>4</sup> Forma de cálculo del indicador:

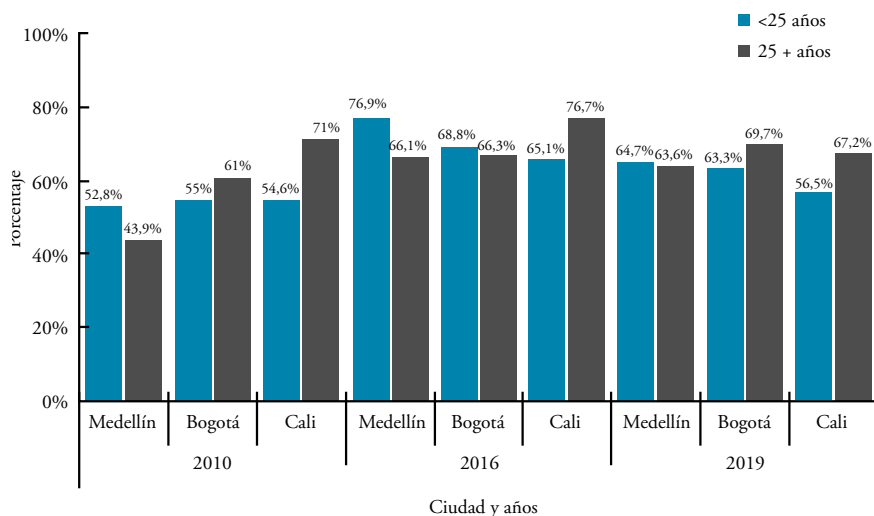
Nominador: número total de encuestados que reciben tratamiento o atención integral

Pregunta 1225. ¿Está usted actualmente recibiendo atención integral en una Institución de Salud para el manejo del VIH?

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

Pregunta 1222: ¿Conoció usted los resultados de la última vez que se hizo la prueba de VIH? Solo con resultados positivos

$p= 0,03$ ); en Medellín la variación fue del 44,9% ( $\chi^2$ : 16,42; valor de  $p= 0,00$ ). Similar a lo descrito en los menores de 25 años, existe una tendencia estadísticamente significativa al aumento en el reporte del uso del condón en la última relación sexual anal en estas dos ciudades. En Cali la variación de 2010 a 2019 fue negativa con el 5,4% ( $\chi^2$ : 0,01; valor de  $p= 0,90$ ), pero no se identifica una tendencia estadísticamente significativa.



**Figura 18.** Distribución porcentual del uso del condón en la última relación sexual en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años en tres ciudades colombianas<sup>5</sup>

## 8.6 Indicador 6. Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas.

Este es un indicador compuesto que permite medir el porcentaje de participantes que manifestaron recibir información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón, y que adicional a esto en los últimos 12 meses obtuvieron condones de manera gratuita. Al comparar los hombres menores de 25 años en los tres años del estudio, en Cali la variación fue negativa con el 13,5%, con ( $\chi^2$ : 4,11; valor de  $p= 0,03$ ) con una tendencia estadísticamente significativa; para Bogotá se observó una variación negativa del 9,4% ( $\chi^2$ : 2,37; valor de  $p= 0,12$ ). Similar a la situación de Medellín que reportó una variación positiva del 11,3% ( $\chi^2$ : 1,05; valor de  $p= 0,30$ ). En estas dos ciudades no se identifica

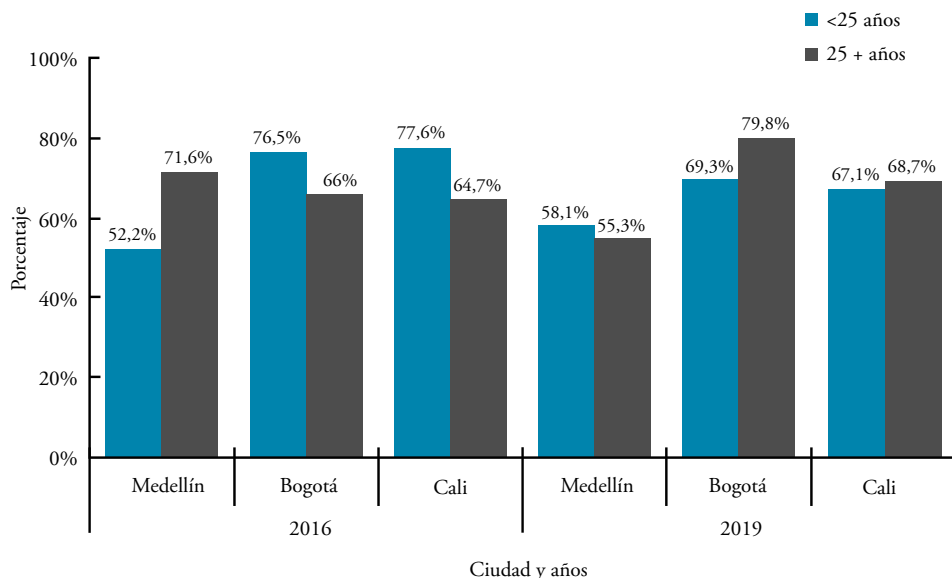
<sup>5</sup> Forma de cálculo del indicador:

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

Pregunta 1000. a. ¿En la última relación ANAL uso el condón?

Denominador: número total de encuestados que respondieron la pregunta 1000.a

una tendencia estadísticamente significativa. Al comparar los hombres de 25 y más años, en solo dos años de los estudios (2016 y 2019), para Bogotá se observó una variación positiva del 20,9% ( $\chi^2$ : 11,63; valor de  $p= 0,00$ ); en Medellín la variación fue negativa con el 22,8% ( $\chi^2$ : 10,72; valor de  $p= 0,00$ ). En estas dos ciudades se observa una tendencia estadísticamente significativa en el aumento en la información y entrega de condones, lo que se constituye en los programas de prevención de VIH para el país; por el contrario en Cali la variación fue positiva con el 6,2% ( $\chi^2$ : 1,07; valor de  $p= 0,30$ ), pero sin cambios en la tendencia de 2010 a 2019 en este indicador (Figura 19).



**Figura 19.** Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH en los hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas. <sup>6</sup>

## 8.7 Indicador 7. Comparativo de circuncisión en los hombres que tienen sexo con otros hombres por grupos de edad en tres ciudades colombianas

Este indicador muestra el porcentaje de hombres que han tenido relaciones sexuales con otros hombres de 18 y más años circuncidados y mide el avance de la cobertura

<sup>6</sup> Forma de cálculo del indicador:

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

Pregunta 1033. ¿Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón?

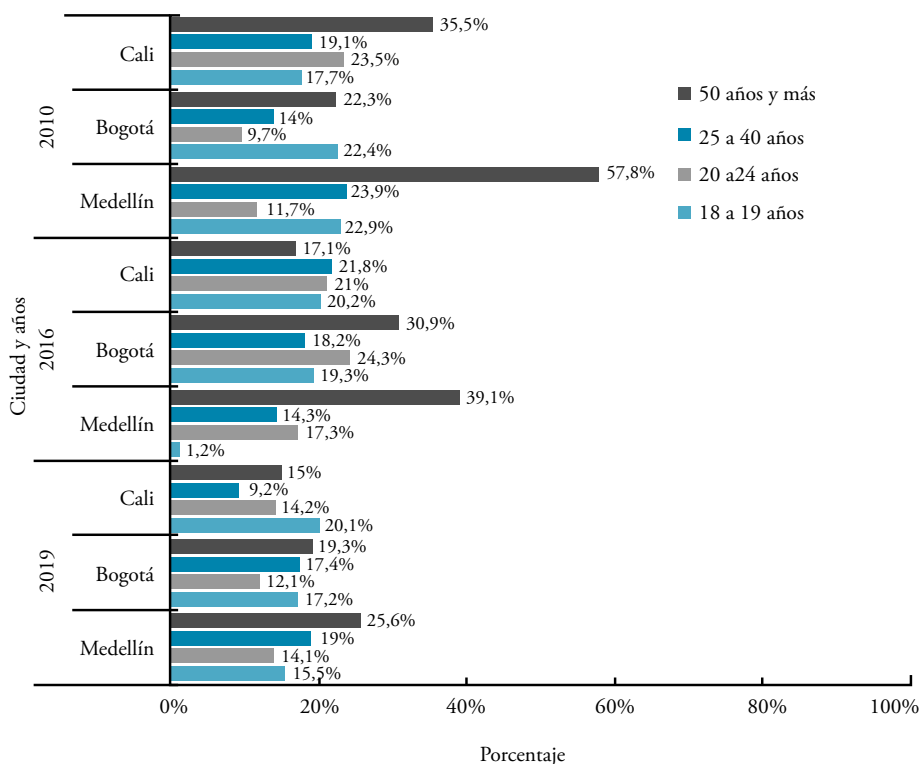
Pregunta: 1019. ¿Cuántos condones recibió GRATIS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES contados hasta ayer?

SI: 1 a 20 condones / Más de 20 condones

NO: recibió condones gratis

Denominador: Total de HSH encuestados que contestaron ambas preguntas 1033 y la 1019.

de este procedimiento en el país. Se observa que, en las tres ciudades, más del 15% de los mayores de 50 años son circuncidados sin embargo en todas las ciudades hay una reducción significativa de este procedimiento, pasando en Medellín de 57,8% en 2010 al 25,6% en 2019. Es de anotar, que en Bogotá y Cali este indicador muestra una reducción entre 2016 y 2019 en todos los grupos de edad. No se identificó una tendencia estadísticamente significativa en ninguna de las tres ciudades.



**Figura 20.** Comparativo de circuncisión en los hombres que tienen sexo con otros hombres por grupos de edad en tres ciudades colombianas<sup>7</sup>

## 8.8 Indicador 8. Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas

Este indicador permite conocer la percepción de los hombres frente a dos situaciones que se pueden presentar en su entorno, mediante estas dos preguntas, ¿Usted compraría

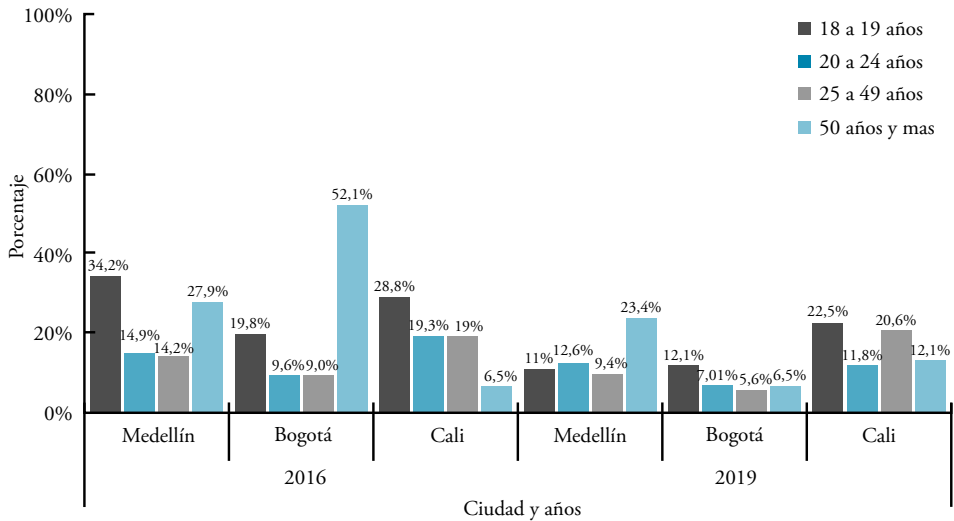
<sup>7</sup> Forma de cálculo del indicador:

Numerador: Número de HSH que respondieron SI a la pregunta

Pregunta 312. ¿Usted esta circuncidado?

Denominador: Total de HSH encuestados que contestaron la pregunta

verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH? y ¿Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela /colegio con los niños que no tienen VIH? La ciudad de Bogotá presentó los menores porcentajes de actitudes discriminatorias en casi todos los grupos de edad, por el contrario, en Medellín en los hombres de 50 años o más, se reportan las mayores actitudes discriminatorias (23,4%). En Cali estas actitudes son mayores en comparación con las otras ciudades, entre las personas de 18 a 19 y los de 25 a 49 años. Al comparar los años de estudio, Bogotá es la ciudad en donde más se han reducido las actitudes discriminatorias, pasando de 52,1% al 6,5% en mayores de 50 años, esta tendencia se identifica también en los demás grupos de edad, aunque en menor porcentaje. Es importante resaltar que si bien este indicador genera una aproximación a lo que son actitudes discriminatorias, no cuantifica directamente los casos de discriminación. No se encontró una tendencia ni variación en las tres ciudades con respecto al indicador de actitudes discriminatorias.



**Figura 21.** Comparativo de las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, por grupos de edad, en tres ciudades colombianas<sup>8</sup>

8 Forma de cálculo del indicador:

Numerador: Número de HSH que respondieron No al menos una de las preguntas:

Pregunta 1324. ¿Usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH?

Pregunta: 1325. ¿Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela /colegio con los niños que no tienen VIH?

Denominador: Total de HSH encuestados que contestaron ambas preguntas 1324 y la 1325.

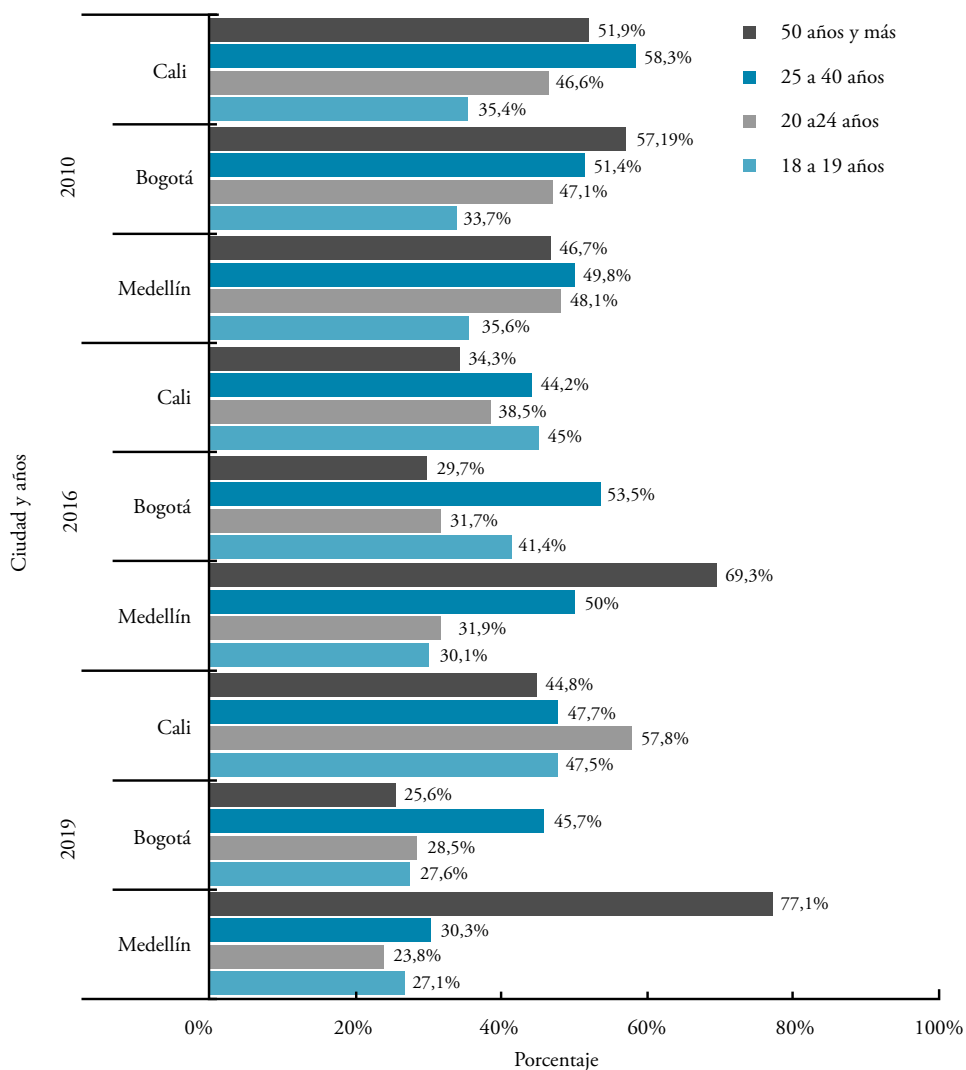
## 8.9 Indicador 9. Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y son menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas

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

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

Se observa que para el año 2019 en las tres ciudades los conocimientos son inferiores al 60% en todos los grupos de edad, presentándose los más bajos en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres más jóvenes. El grupo de 18 a 19 años de Bogotá tiene los conocimientos más bajos con 33,7%, seguido de Cali con 35,4% y Medellín con 35,6%. Los conocimientos más altos los tienen los mayores de 25 años en Cali y Bogotá, mostrando un aumento importante en los mayores de 50 años, mientras que en Medellín este último grupo ha mostrado una reducción del 16,1% entre 2010 y 2019. Este indicador es importante pues evidencia que, en el país, no se estaría garantizando que el 90% de los jóvenes tengan los conocimientos comprensivos para prevenir la infección por VIH, por lo tanto, aumentar estos conocimientos puede resultar clave para mejorar las conductas que reduzcan el riesgo de infectarse y disminuir el estigma y la discriminación.

Llama la atención que para las tres ciudades en el grupo de 20 a 24 años de edad se reportó una tendencia al aumento en las personas con conocimientos sobre la prevención de VIH, Medellín ( $\chi^2$ : 20,19; valor de  $p= 0,00$ ), Bogotá ( $\chi^2$ : 11,04; valor de  $p= 0,00$ ), Cali ( $\chi^2$ : 5,75; valor de  $p= 0,01$ ). En los demás grupos de edad no se reportó una variación, ni una tendencia al aumento o disminución en los conocimientos sobre prevención de VIH (Figura 22).



**Figura 22.** Comparativo del conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres y son menores y mayores de 25 años, en tres ciudades colombianas<sup>9</sup>

9 Forma de cálculo del indicador:

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

Pregunta 1208: ¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera adecuada y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales?

Pregunta 1209: ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir no tener múltiples parejas sexuales?

Pregunta 1210: ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?

Pregunta 1211: ¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado(a)?

**Tabla 41.** Indicadores de prevalencia de VIH y comportamientos de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres de tres ciudades de Colombia, 2010, 2016 y 2019.

Indicadores	2010			2016			2019		
	Medellín % (IC 95%)	Bogotá % (IC 95%)	Cali % (IC 95%)	Medellín % (IC 95%)	Bogotá % (IC 95%)	Cali % (IC 95%)	Medellín % (IC 95%)	Bogotá % (IC 95%)	Cali % (IC 95%)
<b>Prevalencia de VIH</b>									
< 25 años	6(2-13,1)	7,4(3,7-11,7)	16,3(7,3-25,7)	9,7(5-14,4)	10,8(5,8-16,2)	10,7(6,2-16,7)	3,7(1,6-6,9)	8(4-13,4)	11,9(6,1-19,1)
25 + años	11,5(5,7-20,3)	21,9(14,8-30,1)	28,3(20,3-35,7)	25,9(16,8-39,3)	25(14,6-34,1)	26,1(17,4-37)	20,6(11,1-31)	41,5(32,1-50,1)	28,9(22,3-36,9)
<b>Porcentaje de hombres que tienen sexo con otros hombres menores y mayores de 25 años que en los últimos 12 meses se hicieron la prueba para detectar VIH y que conocieron su resultado en tres ciudades colombianas</b>									
< 25 años	16,6(9,9-23,3)	98,7(87,6-100)	14,6(8,6-21,9)	31,8(20,7-44,2)	36,4(26,9-45,3)	40,5(31,9-48,4)	55(47,4-62,8)	54,9(44,2-63,8)	55,4(45,1-66,6)
25 + años	42,6(30,7-53,9)	98,8(92-100)	20,9(14,2-28,7)	32,3(22-43,7)	27,7(21,1-37,9)	24,8(18,2-33,1)	39,6(30-49,2)	45,4(37,5-55,5)	36,1(29,1-42,9)
<b>Comparativo de la cobertura terapia antiretroviral</b>									
< 25 años	IND	IND	IND	IND	IND	IND	2*	12*	5*
25 + años	IND	IND	IND	IND	IND	IND	87(39-100)	89,8(71,3-99,2)	93,9(70,1-100)
<b>Comparativo del uso del condón en la última relación sexual</b>									
< 25 años	52,8(44,2-63,6)	54,6(46,7-63)	54,6(43,3-65,9)	76,9(59,2-85,9)	68,8(54,1-77,3)	65,1(49,4-75,6)	64,7(57,7-73,6)	63,3(53,9-74)	56,5(43,9-67,8)
25 + años	43,9(32,5-56,3)	60,5(53-70,5)	71(61,1-80,1)	66,1(47,2-82,5)	66,3(51,3-79,1)	76,7(68,2-89,4)	63,6(53-73,6)	69,7(62,4-78,3)	67,2(60,8-74)
<b>Comparativo de la vinculación a programas de prevención de VIH</b>									
< 25 años	IND	IND	IND	IND	IND	IND	58,1(50-65,7)	69,3(60,5-79,2)	67,1(57,2-77,8)
25 + años	IND	IND	IND	71,6(57,3-88,4)	66(42,3-86,3)	64,7(49,7-79,8)	55,3(45,5-65,1)	79,8(72,7-87,6)	68,7(59,8-74,6)
<b>Comparativo de circuncisión</b>									
18 a 19 años	22,9(8,3-39,3)	22,4(11,7-37,7)	17,7(1,9-34,9)	1,2(0-5,2)	19,3(8,3-32,4)	20,2(11,4-33)	15,5(10,1-21,5)	17,2(10,6-26,1)	20,1(10,3-27,1)
20 a 24 años	11,7(5,4-21,9)	9,7(4,3-16,2)	23,5(13,1-33,2)	17,3(6,5-31,5)	24,3(15,1-36,7)	21(13,4-30,5)	14,1(7,6-23,5)	12,1(6,2-20,4)	14,2(8,3-21,9)
25 a 49 años	23,9(12,8-33,7)	14(9-20,6)	19,1(11,8-27,6)	14,3(6,3-24,5)	18,2(11,4-27,6)	21,8(14,1-29,4)	19(1,6-40,6)	17,4(3,3-40,6)	9,2(2,6-20)

*Continúa*

Pregunta 1212: ¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?

Denominador: número de encuestados que contestaron las preguntas 1208, 1209, 1210, 1211 y 1212

Indicadores	2010			2016			2019		
	Medellín % (IC 95%)	Bogotá % (IC 95%)	Cali % (IC 95%)	Medellín % (IC 95%)	Bogotá % (IC 95%)	Cali % (IC 95%)	Medellín % (IC 95%)	Bogotá % (IC 95%)	Cali % (IC 95%)
50 años y más	57,8(0-89)	22,3(6,1-44,5)	35,5(3,2-70,6)	39,1(4,5-67,9)	30,9(0-93,4)	17,1(4,6-30,5)	25,6(4,5-57,8)	19,3(5,1-42,1)	15(5,9-24,6)
<b>Actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH</b>									
18 a 19 años	IND	IND	IND	34,2(1,5-64,5)	19,8(9,7-33,1)	28,8(17-45,6)	11(6,6-16,5)	12,1(5,3-19,7)	22,5(14-30)
20 a 24 años	IND	IND	IND	14,9(6,1-26,4)	9,6(4,7-15,8)	19,3(12,3-27,4)	12,6(6-19,5)	7(2,3-12,2)	11,8(5,4-20,5)
25 a 49 años	IND	IND	IND	14,2(6,4-22,8)	9(3,4-15,2)	19(11,5-26,2)	9,4(0,5-30,1)	5,6(0-17,4)	20,6(7-32,1)
50 años y más	IND	IND	IND	27,9(0-49,9)	52,1(0-97,3)	6,5(0-18,7)	23,4(0-52)	6,5(0-16)	13,1(6,1-22)
<b>Conocimiento sobre la prevención de la transmisión del VIH</b>									
18 a 19 años	27,1(9,7-40,9)	27,6(15,6-40,1)	47,5(28,7-68,1)	30,1(8,7-59,1)	41,4(22,1-59,7)	45(28,9-58,4)	35,6(28,7-43,5)	33,7(24,4-42,2)	35,4(27,3-46,9)
20 a 24 años	23,8(15,5-33,2)	28,5(20,4-38,9)	57,8(44,5-67,9)	31,9(17,8-44,3)	31,7(21-38,5)	38,5(30,8-48,7)	48,1(36,1-36,1)	47,1(33,6-56,2)	46,6(36,5-57,3)
25 a 49 años	30,3(18,9-40,2)	45,7(36,2-54,6)	47,7(38,9-56,5)	50(33,9-60,4)	53,5(43,5-62,8)	44,2(34,2-53,1)	49,8(24,5-75,5)	51,4(31,7-75,6)	58,3(44,9-74,2)
50 años y más	77,1(31,9-100)	25,6(5,9-49,9)	44,8(14,4-81,2)	69,3(38,1-95,2)	29,7(0-100)	34,3(16,1-57)	46,7(16-83,7)	57,1(37,3-74,1)	51,9(40,5-64,2)
<b>Uso del condón en la última relación sexual anal</b>									
Total	46,2 (39,2-54,1)	59 (53,1-65,3)	62,5(55,3-69,8)	67,9(55,9-78,4)	66,8 (55,7-73,3)	71,1(62,2-80,2)	285+	301 +	273+
							64,8(58,2-71,1)	66,8 (60,3-73,1)	63,9(57,7-70,2)
<b>Uso del condón en la última relación sexual anal con la pareja estable</b>									
< 25 años	25,5(0-64,5)	53(21-81)	100(100-100)	9,1(0-42,9)	50,1(35,5-75,7)	41,3(2,5-62,1)	39,3 (15,4-54,6)	65,7 (24,1 90,5)	41,4 (0,04-96,0)
25 + años	39,3(11,8-41,5)	46,8(26-74,4)	70,5	43,4(11,5-93,9)	37,3(16-68,1)	48,7(3-84,3)	46,9 (16,8-61,6)	26,3 (10,0-72,3)	49,5 (31,3-63,4)
Total	39,9(28,7-54)	44,8(32,3-56,5)	51,9(39,1-65,6)	21(1,2-55,2)	43,2(29,4-64,1)	59,0(23,0-85,6)	42,3 (22,7-53,4)	46,4 (27,8-69,8)	41,1 (26,8-57,6)

IND. Indeterminado, no es posible calcularlo.

\*Solo se presenta el n para los menores de 25 años para el tratamiento dado que su valor total es inferior a 30.

+ Numero de hombres que contestaron la pregunta

EP: Ver estudios previos.



9.

Discusión

---



---

# 9.

## Discusión

Los hallazgos de este estudio, muestran resultados similares a los reportados en la literatura científica a nivel internacional, pues según el estudio Chileno de prevalencia de VIH en HSH, realizado por CONASIDA /ONUSIDA/OMS/OPS 2008-2009, en el cual se utilizó un muestreo RDS, se obtuvo una prevalencia del 21,1%, similar las obtenidas en este estudio para las ciudades de Cali y Bogotá <sup>(111)</sup>. Sin embargo en el estudio mexicano realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, la prevalencia de VIH para HSH estuvo alrededor del 12,16%, una prevalencia muy similar a la identificada en Medellín. En ambos trabajos anteriormente citados la infección de VIH se aprecia en los HSH de mayor edad lo que concuerda con este trabajo.

En otros estudios similares alrededor del mundo, como el realizado en Togo, se encontró una prevalencia del VIH fue del 22.0% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 18.9-25.3) similar a la obtenida también en las ciudades de Bogotá y Cali <sup>(112)</sup>. Se encuentra una prevalencia similar a la de la ciudad de Medellín, en el estudio de Liu y cols 12,44%, así mismo se obtuvo una prevalencia del 17,3 en el estudio Links realizado en Argentina mostrándose como los valores de las prevalencias encontradas en nuestro país tienen relación a las encontradas en otros estudios<sup>(12)</sup>. El estudio realizado en Nicaragua 2011 <sup>(113)</sup> con metodología RDS pero en las poblaciones categorizadas como gay, bisexual/heterosexual y transgénero, demostró las siguientes prevalencias, 13,1% para hombres gays, 9,4% heterosexuales y bisexuales y 4,3% personas transgénero.

Sin embargo en el estudio de Ramírez y Cols realizado en Estados Unidos el comportamiento es muy diferente dada las condiciones tan particulares de las regiones prevalencia de VIH en San Francisco (0.325; IC95%=0.260, 0.393) mayor a la obtenida Chicago (0.112; IC95%=0.079, 0.163)<sup>(114)</sup>

Tal como los resultados obtenidos en el modelo multivariado de este estudio de seroprevalencia el tener una ITS en el último año fue un factor asociado a la presencia de la infección, así como la edad mayor de 25 años, la orientación sexual como se pudo hallar en el estudio la orientación sexual<sup>(53,111,115)</sup>

El estudio Chileno también identificó que la prevalencia de VIH en quienes reportan haber tenido una ITS es mayor que en quienes no la han tenido en el último año (28.1% y 18.8%, respectivamente), <sup>(115)</sup> resultados similares a los obtenidos en Colombia (Medellín ITS 29,0%, Bogotá ITS 45,3%, excepto para la ciudad de Cali ITS(si) 29,5%-ITS(no)25,5%), que el porcentaje de VIH dentro de los que no tuvieron ITS no fue mayor.

Según el estudio de 2019 de Barcelona <sup>(116)</sup> donde se hizo el tamizaje de población HSH viable y bien aceptada entre la población HSH. Un elemento relevante para garantizar la viabilidad y la aceptabilidad de la intervención fue la colaboración de la comunidad LGTBI en la implementación del proyecto. Como se puede identificar en el estudio de seroprevalencia de 2019 en Colombia la población tuvo muy buena aceptación del mismo, las redes fluyeron en general de una manera adecuada en las tres ciudades, no se tuvo que exceder en el ingreso de nuevas semillas, por lo tanto se identifica que también para la población colombiana de HSH al igual que en Barcelona estos estudios de RDS en HSH son viables y aceptados por la población.

Según el estudio de Barcelona <sup>(116)</sup> también se identificó que es preciso establecer procesos de búsqueda activa de los participantes con resultado positivo para garantizar que son derivados a la atención sanitaria (linkage to care) de forma correcta, para el caso de este estudio en Colombia el proceso de canalización de los HSH continua teniendo barreras pues persistieron participantes que prefirieron hacer su ingreso al sistema de salud y no autorizaron el compartir sus datos (resultados) con las EAPB según el sistema de salud para que fueran direccionados por las rutas de atención establecidas en cada ciudad. Finalmente este estudio español también se identificó que era necesario diversificar horarios y locales para evitar la saturación en el reclutamiento, así mismo fue la experiencia vivida para el estudio en las tres ciudades de Colombia.



**10.**

**Conclusiones y  
recomendaciones**

---



---

# 10.

## Conclusiones y recomendaciones

A continuación, se presentan las conclusiones generales del estudio, así como algunas de las recomendaciones más importantes para ser tenidas en cuenta por los tomadores de decisiones, ONG's, diseñadores de políticas y planes en salud pública, quienes deben velar por la prevención del VIH en todos los entornos, y momentos del ciclo de vida. Así mismo por las organizaciones de base comunitaria y la población civil que deseen emplear esta valiosa información en pro de acciones que beneficien sus intereses, pues el mayor logro de esta investigación será la apropiación social del conocimiento.

Las prevalencias de VIH en el 2019 fueron del 25,9% para Bogotá, del 23,9% para Cali y del 11,3% para Medellín, evidenciando un aumento de las prevalencias de las ciudades de Bogotá y Cali.

En el tema socioeconómico se puede decir que se obtuvo una muestra heterogénea, los HSH del estudio pertenecieron a estratos medio-bajo en las tres ciudades, el nivel educativo en Bogotá y Medellín fue mayor al de Cali, siendo esta última la que tenía el porcentaje de universitarios y participantes con postgrado más bajo. Es de anotar que, según los datos obtenidos para Medellín, el nivel de escolaridad universitario y posgrado fue alto, lo que podría explicar de alguna manera que, un porcentaje elevado en esta misma ciudad no perciben ingresos, probablemente al ser estudiantes dependientes.

Los HSH de las tres ciudades se auto identificaron con el género masculino, y se auto percibieron como homosexuales, sin embargo, en Cali el porcentaje de hombres que se perciben bisexuales (30,3%), dobla al de Medellín (12,5%) y Bogotá (16,0%). Frente a la circuncisión el porcentaje fue similar en las tres ciudades, siendo una práctica poco frecuente (menos del 16% en las tres ciudades el país).

Con respecto a las primeras relaciones sexuales en promedio el 80% de los HSH de las tres ciudades respondieron que fue con un hombre y en general esta relación para las tres ciudades fue entre los 15 y 17 años con excepción de Cali que fue un poco menor. El uso de condón en esa primera relación sexual en las tres ciudades del país evaluadas no llegó al 70%, siendo Cali la ciudad donde se encontró más alto este uso. La gran mayoría

de estas relaciones sexuales iniciales fueron con el consentimiento de los participantes en las tres ciudades. Las prácticas sexuales con más de un hombre a la vez son cercanas al 60% en las tres ciudades.

Como conclusión frente a los resultados de comportamientos sexuales, se encontró que aproximadamente el 50% de los HSH de las tres ciudades tuvo relaciones no comerciales en el último año con 1 a 4 personas. En promedio el 65% de los HSH de las tres ciudades no tienen pareja estable hombre, más del 90% no usaron condón con la pareja estable la última vez que tuvieron sexo oral, el 40% de los HSH de las tres ciudades usaron condón en la última relación anal con la pareja estable. La mayoría responde que el no uso está relacionado con motivos de la pareja y su condición. Aproximadamente la mitad de los HSH de las tres ciudades nunca usaron condón cuando tuvo sexo anal en el último mes. Frente a dar dinero a cambio de relaciones sexuales penetrativas los HSH de las ciudades de Medellín y Bogotá se comportaron muy similar con un 6,9% y 5,9% respectivamente, sin embargo, llama la atención Cali hubo un 20,1% de HSH que dieron dinero por relaciones sexuales penetrativas.

Con respecto al trabajo sexual, se puede concluir que entre el 74% al 87% de los HSH de las tres ciudades, había recibido dinero alguna vez en la vida a cambio de relaciones sexuales penetrativas. Con relación al porcentaje en el último año, se pudo observar que en Medellín y Bogotá el 32% de los HSH habían recibido dinero a cambio de relaciones sexuales y en Cali el 51%.

Con respecto al acceso a la salud se puede observar que en las tres ciudades el tema del aseguramiento supera el 90%, teniendo en cuenta que se consideran las personas aseguradas quienes tengan una EAPB del régimen subsidiado, contributivo o especial. Si bien se aprecia como una ventaja que la población se encuentre afiliada, se debe propender por un diagnóstico temprano del VIH/SIDA y una atención adecuada, a tiempo y sin barreras de acceso, pues es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con el diagnóstico. Además, es necesario generar mayor educación del funcionamiento del sistema de salud, para evitar barreras administrativas.

Según los resultados del estudio, casi el total de los HSH de las tres ciudades saben que es el VIH/SIDA, sin embargo, aproximadamente el 79% no participan en actividades de información y educación sobre VIH/SIDA, en promedio el 14% de los HSH de las tres ciudades creen que el VIH se puede transmitir por la picadura del zancudo.

Se evidenció que en promedio el 45% de los participantes de las tres ciudades no tenía una percepción de vulnerabilidad o riesgo para adquirir la infección por VIH, hay un gran desconocimiento frente al tema de la PrEP pues en las tres ciudades el porcentaje de quienes no conocían fue del 72%, aproximadamente el 20% de los HSH de las tres ciudades consideran que hay rechazo o discriminación por su práctica sexual con otros hombres. El alcohol, la marihuana y la cocaína fueron las sustancias más consumidas por los HSH del estudio, con algunas particularidades por ciudad.

Se concluye que persisten los comportamientos sexuales que exponen a los HSH de las diferentes ciudades a la infección por VIH, especialmente el uso inconsistente del condón, en las relaciones sexuales anales. Por lo tanto, es clave continuar con estrategias combinadas de prevención, fortaleciendo la educación, los servicios de pruebas de VIH gratuitas, información y consejería (en el que se incluyan las parejas estables o semiestables), y mejorar las estrategias en redes sociales y nuevas tecnologías, en especial entre los más jóvenes, con la finalidad de propiciar un cambio de actitudes e intenciones hacia el uso del condón en cualquier circunstancia.

Es fundamental realizar un trabajo articulado entre las direcciones departamentales y locales de salud con las EAPB, con el fin de mejorar los canales de información, educación, direccionamiento y rutas más expeditas y claras de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención.

Se recomienda realizar una evaluación de las necesidades y prioridades de educación en salud sexual y reproductiva para la población de HSH, preferiblemente articulándose con las organizaciones de base comunitaria, pues es importante que en los programas se implementen acciones socioculturalmente apropiadas.

Se recomienda generar una política de promoción y equidad de género, diversidad y derechos, en la cual se enmarquen las acciones en salud, con el fin de reducir el estigma y aumentar la aceptación en los servicios. Es indispensable que los profesionales de la salud se capaciten en este tema para generar diálogos más horizontales.

Los programas de salud sexual y reproductiva que involucren pruebas para VIH, consejería y atención integral deben ser fortalecidos en los servicios a nivel intramural, pero con un mayor esfuerzo por articular actividades de prevención en el ámbito extramural, especialmente en sitios de socialización de hombres que tienen sexo con hombres, involucrando a los diversos subgrupos.

Los programas o estrategias de prevención de VIH se deben realizar a través de una alianza intersectorial e interinstitucional, como se ha estado trabajando con el Fondo Mundial y el Mecanismo Coordinador de País, sin embargo, las actividades deben tener durabilidad y trazabilidad en el tiempo para lograr un impacto a corto y mediano plazo. La prevención del VIH no puede depender de la duración de convenios y de la disponibilidad de los gobiernos municipales y departamentales de turno.





# 11.

## Lecciones aprendidas

---



---

# 11.

## Lecciones aprendidas

Una vez finalizada la fase de recolección de información de los estudios realizados, se hizo una revisión del proceso, con el fin de obtener las lecciones aprendidas, tomadas desde diferentes perspectivas y actores que participaron del proceso. Se entienden las lecciones aprendidas como el conocimiento adquirido sobre un proceso de una o varias experiencias que se dan durante la realización de un proyecto, mediante el análisis y la reflexión colectiva de los aspectos que pudieron haber incidido positiva o negativamente sobre este; por lo anterior se consideran un aspecto clave de la gestión del conocimiento <sup>(117)</sup>.

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

Las lecciones aprendidas se realizaron a través de la aplicación de tres grupos focales y seis entrevistas semi estructuradas a los distintos actores del proceso de recolección de información, en total participaron 20 personas entre: personal de la entidad contratante, coordinadores, supervisores auxiliares y encuestadores de la entidad consultora. Las entrevistas fueron realizadas por las coordinadoras del equipo de investigación del consultor, algunas se llevaron a cabo personalmente y otras a través del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).

Las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio. Para ambas técnicas de recolección se utilizó una guía semiestructurada. Los aspectos que se indagaron siguieron preguntas relacionadas con: ¿Qué estuvo bien o destaca de la ejecución?, ¿Qué salió mal o no tuvo los resultados esperados?, ¿Qué se puede cambiar? y ¿Qué recomendaciones daría a proyectos futuros?, lo anterior con base en:

1. Roles dentro del estudio: consultor del proyecto (Universidad CES), contratante (Enterritorio), equipo de trabajo de campo.
2. Fase exploratoria: prueba piloto, capacitación.

Fase de expansión o recolección de información: ubicación de la sede, infraestructura, recursos físicos y tecnológicos y alcance de la población.

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

En el proceso de elaboración de las lecciones aprendidas se encontró una limitación, y es que la aplicación de las entrevistas se realizó culminado el trabajo de recolección de información por parte de las respectivas entidades, dificultando el acceso a las personas que hicieron parte de los equipos de investigación.

## 11.1 Rol de los actores

### 11.1.1 Consultor de los estudios (Universidad CES)

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

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

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

## Lecciones aprendidas

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

## Recomendaciones

- Se recomienda trabajar en la comunicación permanente entre los equipos de ciudad, a través de reuniones virtuales semanales, con el fin de generar estrategias conjuntas y tomar decisiones consensuadas.
- Para futuros estudios se recomienda perfeccionar la fase de alistamiento, que comprende la planeación administrativa, financiera, y técnica del proyecto. Se debe garantizar la coherencia entre los procesos, tratando que las decisiones administrativas y presupuestales no sobrepasen lo técnico.
- Se recomienda en los próximos estudios, vincular a una persona experta en la administración de proyectos de investigación, que pueda impartir lineamientos en lo logístico, técnico y financiero.

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

### 11.1.2 Rol del Contratante: Enterritorio

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

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

### Lecciones aprendidas

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

### Recomendaciones

- Se sugiere la ampliación del tiempo de ejecución del estudio, en el cual se contemplen las posibles contingencias que se puedan presentar en la contratación, la capacitación, ejecución, análisis, escritura de resultados y socialización.
- Se recomienda incluir la fase exploratoria como requisito indispensable en los próximos estudios y dar el tiempo necesario para ejecutarla, pues es clave para garantizar el éxito de la recolección al permitir alcanzar *rapport* con líderes de la población, la

búsqueda de estrellas sociales, estudiar el contexto de la población y crear estrategias oportunas que ayuden a disminuir las barreras para llevar a cabo el estudio.

- Se sugiere generar mayor libertad a la entidad contratante frente a las decisiones que se implementen en la fase de recolección de información, esto permitiría la toma rápida de acciones y optimizaría los tiempos.
- Se recomienda que, para futuros estudios, la entidad contratante entregue un instructivo o lineamientos previamente elaborados y definidos con las indicaciones para el diligenciamiento de formatos, control de insumos y cierre del proyecto, con el fin de evitar reprocesos y trabajos sobre la marcha.

### 11.1.3 Equipo de trabajo

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

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

Para cada rol se diseñaron manuales de funciones, que fueron ajustados y posteriormente aprobados por la entidad contratante y socializados en la capacitación con los equipos de trabajo. Durante la ejecución del trabajo de campo se observó que el auxiliar administrativo/enfermería cumplía funciones esenciales del proceso, ya que debía aplicar criterios de inclusión, diligenciar formatos, tomar y leer las pruebas

rápidas, y al finalizar entregar compensación primaria, por lo anterior debía permanecer largas jornadas de trabajo. Por otro lado, la atención al público y la organización de citas tomaron más tiempo del esperado, y otras personas del equipo debieron apoyar permanentemente la labor administrativa.

El rol de los supervisores de los estudios fue modificado posterior a la presentación de la propuesta, pues en un primer momento se pensó incorporar a un encuestador con funciones de supervisor, que cumpliera con la revisión de calidad de las encuestas, sin embargo, luego se incorporaron un significativo número de formatos y se cargaron otras funciones al coordinador, por lo cual se decide que era necesario contar con un supervisor con un nivel educativo profesional, que liderara al equipo de trabajo y además ejerciera funciones de calidad.

Con relación al rol de los encuestadores, se resalta la amplia experiencia en el trabajo con la población y la multiplicidad de perfiles, lo que enriqueció el diálogo y el trabajo en equipo. Además de la experiencia en el trabajo relacionado con VIH y las poblaciones del estudio, no se definieron otros criterios de selección y en ningún momento la orientación sexual o la identidad de género del personal fue requisito para hacer parte de los equipos, sin embargo, en la experiencia de las tres ciudades se pudo identificar que si bien no se presentaron inconvenientes puntuales, lo mejor es contar con equipos heterogéneos, con el fin que los participantes que van a ingresar al estudio y que hayan tenido previo contacto con el encuestador, puedan elegir libremente por quien desean ser encuestados y esto no sea impedimento para su participación.

Las coordinadoras en las tres ciudades asumieron un rol de liderazgo para ambos estudios y fueron quienes se comunicaban de manera directa con la supervisión de la entidad contratante y la investigadora principal, con el fin de tomar decisiones frente a la recolección y los asuntos administrativos. Fueron encargadas de generar sinergia entre los equipos, garantizar que la recolección cumpliera con el protocolo y solucionar las contingencias que se pudieran presentar en ambos estudios.

Conforme inició el trabajo de campo del proyecto, algunas personas asumieron diversos roles, con el fin último de solventar situaciones que se presentaron en la recolección, en especial cuando el número de participantes excedía la capacidad de atención del equipo de estudio. Lo anterior llevó en la marcha, a tomar la decisión de capacitar a ambos equipos en las dos encuestas (MT y HSH) y que tanto supervisores como auxiliares en ocasiones asumieran el rol de encuestador.

## Lecciones aprendidas

- Se resalta la contratación de equipos de trabajo con experiencia en el abordaje de la población, pues esto generó confianza o “*rapport*” con los participantes, sin embargo, es necesario contar con una composición mixta de los equipos (hombre y mujer) que brinde alternativas de selección para los participantes.

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

## Recomendaciones

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

### 11.2 Prueba piloto

Los requisitos de la entidad contratante recomendaban la realización de la prueba piloto en una ciudad/municipio diferente a los seleccionados para ejecutar el estudio. Por lo anterior, los equipos del consultor y de la entidad contratante se trasladaron por una

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

En la prueba piloto se detectaron algunos inconvenientes logísticos, técnicos y administrativos, pues el equipo de trabajo no tuvo la probabilidad de reunirse de manera presencial previo a esta fase, por lo tanto, los formatos, manuales e instrumentos requerían mayor revisión y consolidación. Por otro lado, el instrumento de recolección se aplicó en hojas de papel, la secuencia de las preguntas era confusa y algunos saltos y opciones de respuesta eran incorrectos. Durante este proceso se pudo concluir que la encuesta en papel disminuía la calidad del dato y que el control de errores se hacía engorroso. Además, el tiempo de aplicación de la encuesta era muy extenso y por ende el proceso completo, lo anterior generó que durante el pilotaje no se tuviera un tiempo real aproximado del proceso, pues posterior a esta prueba el instrumento fue diseñado de forma digital.

## Lecciones aprendidas

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

## Recomendaciones

- Se recomienda tener una fase de alistamiento previo entre el equipo de investigación, que permita afinar manuales, funciones, protocolo e instrumentos, a través de un encuentro presencial en alguna de las ciudades.

- Se recomienda para próximos estudios realizar la prueba piloto en municipios cercanos a las ciudades donde se realizará el proyecto y que no hagan parte de los criterios de inclusión, pues agilizaría el proceso logístico y disminuiría los costos.

## 11.3 Capacitación

La capacitación del equipo de investigación se realizó una semana después de terminar la prueba piloto y contó con la participación de los equipos de trabajo de las tres ciudades. Se diseñó con una duración de cinco días, en los cuales se programaron jornadas teóricas y prácticas. Sin embargo, la mayor parte del tiempo de la capacitación se concentró en el abordaje de aspectos teóricos y en temas que en su mayoría eran conocidos por los equipos, al contar con experiencia previa en el trabajo con las poblaciones y VIH. Lo anterior requirió, de entrenamientos posteriores en cada ciudad, en donde se realizaban juegos de roles y procesos completos para cada uno de los estudios.

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

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

## Lecciones aprendidas

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

nales, que dificultaron en tan corto tiempo la comprensión de los procesos, por lo anterior, se recomienda incorporar metodologías lúdicas y participativas dentro de la agenda de capacitación.

## Recomendaciones

- Crear un instructivo de capacitación para aquellas personas que ingresaron posteriormente al estudio, con el fin de facilitar su entrenamiento y optimizar el aprendizaje en aspectos relacionados con: teoría, contextualización del estudio, proceso de recolección, formatos a tener en cuenta, entre otros.
- Para futuros estudios se debe diseñar una fase práctica de mayor intensidad, en la cual se asegure la simulación de procesos completos en condiciones reales.
- Para futuros estudios se debe realizar un entrenamiento y fortalecimiento de las habilidades blandas, como, el trabajo en equipo, las relaciones interpersonales, la comunicación asertiva y la capacidad de liderazgo, que redundaría en un mejor desempeño del equipo en el trabajo de campo.
- Para futuros estudios, se considera replantear los tiempos de la capacitación, ya que, se hicieron cortos para generar una comprensión de la encuesta y el proceso práctico.

## 11.4 Recolección de información

La recolección de información para el estudio de HSH, tuvo una duración de 13 semanas en Medellín y Bogotá y 15 semanas en Cali. Para dar inicio a esta fase se siguieron el protocolo y el manual operativo de trabajo de campo y se hizo uso de una herramienta de gran utilidad que fue el flujograma detallado del proceso, el cual desde la capacitación fue interiorizado por todo el equipo de trabajo y se volvió clave para comprender los formatos usados en cada etapa del mismo. Es de anotar que, si bien el manual de la encuesta era de gran importancia para el estudio, pues la calidad de la información dependía de la adecuada lectura y seguimiento de las instrucciones de cada pregunta, fue a través de la práctica y los juegos de roles con el equipo, que el instrumento fue comprendido e interiorizado.

La recolección en las tres ciudades inició en las sedes dispuestas para ello, para el estudio se alquilaron casas con facilidad de acceso al transporte público, y con las condiciones locativas óptimas para el funcionamiento, pues tenían amplios espacios para la realización de las encuestas, las pruebas, salas de espera y lo más importante garantizaban la confidencialidad de los participantes.

Los horarios de atención fueron flexibles a lo largo de la recolección, pues oscilaban entre las 7:00 am y las 9:00 pm, de lunes a sábado y en casos extraordinarios algunos domingos. El intenso trabajo y las largas jornadas, se mencionaron como “*agotadoras*” y “*extenuantes*”, pues los equipos consideran que el tiempo de recolección fue insuficiente. Con el fin de facilitar la programación de las citas y la organización de la agenda de trabajo,

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

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

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

Durante el proceso de recolección se implementaron múltiples estrategias para aumentar la activación de redes y el reclutamiento, para esto las coordinadoras contaban con disponibilidad presupuestal para mejorar el proceso de atención, brindar alimentación de calidad, incluir actividades de distracción, realizar juegos, rifas y contar con un sitio cálido; lo anterior dio buenos resultados para dar cumplimiento a la recolección de muestra en los tiempos propuestos inicialmente.

## Lecciones aprendidas

- Contar con algunos elementos con anticipación, como ventiladores, neveras, impresoras, hubiera facilitado el inicio de la recolección.
- La implementación de estrategias que mejoraran la experiencia de los participantes, a través de concursos, refrigerios de calidad, entretenimiento en salas de espera, la calidez y cercanía con los participantes, permitió aumentar la eficiencia del reclutamiento.
- Tener una infraestructura adecuada, espacios individuales para ambos estudios y que garanticen la confidencialidad de los participantes, es clave para generar confianza en el proceso y por ende el éxito de la recolección.

- El uso de redes sociales como WhatsApp es una alternativa indispensable para establecer comunicación con la población, por ejemplo, es útil al momento de asignar citas y de incentivar la entrega de cupones.
- Que se contara con una caja menor facilitaba la ejecución del trabajo de campo y permitía implementar diversas estrategias para incentivar el reclutamiento.
- El contar con una buena estrategia de canalización al realizar un acercamiento previo con las EAPB e IPS, pues en el trabajo conjunto liderado por las coordinadoras hubo mayor fluidez en el manejo de los casos.

## Recomendaciones

- Contar con un protocolo claro y detallado hace innecesaria la formulación de otros tipos de instrumentos orientadores.

La encuesta digital agiliza el proceso de recolección y la calidad del dato, sin embargo, se recomienda sintetizar el número de formatos físicos para disminuir el tiempo del proceso con cada participante.

Para próximos estudios se recomienda realizar la encuesta a través de un dispositivo electrónico de captura de datos, sin embargo, es importante que se implemente de manera offline y no dependa del internet por las fallas que se pueden presentar.

Es recomendable realizar una mejoría y actualización al instrumento de recolección de información, que le apueste a la inclusión sobre nuevas formas de interacción y prácticas de la población (consumo de SPA, prácticas sexuales, entre otras).

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

Para futuros estudios y teniendo en cuenta que las redes sociales se convierten en una forma de interacción de la población HSH, se puede evaluar la posibilidad de implementar cupones electrónicos, ya que esto podría disminuir el tiempo de entrega de los mismos.



# 12.

## Referencias

---



---

# 12.

## Referencias

1. **Estrada Montoya JH.** Hombres que tienen sexo con hombres (HSH): reflexiones para la prevención y promoción de la salud. Gerenc Políticas Salud [Internet]. julio de 2014;13(26). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/9308>
2. **OPS.** Informe de una Consulta Regional sobre Promoción de la Salud y Provisión de Cuidados para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe [Internet]. Panamá; 2009. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PAHO%20Spanish%20MSM%20Summary%20Electronic.pdf>
3. **Guajardo G.** Contexto sociocultural del sexo entre varones. En: Cáceres C, Pecheny M, Terto V, editores. sida y sexo entre hombre en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Red de investigación en Sexualidades y vih/sida en América Latina; 2002.
4. **Marín S.** Significados de reconocimiento y prácticas de cuidado en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH, Medellín, 2016 [Magister en Salud Pública]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2016.
5. **Stoloff K, Joska JA, Feast D, De Swardt G, Hugo J, Struthers H, et al.** A Description of Common Mental Disorders in Men Who Have Sex with Men (MSM) Referred for Assessment and Intervention at an MSM Clinic in Cape Town, South Africa. AIDS Behav. mayo de 2013;17(S1):77-81.
6. **Yi S, Tuot S, Chhoun P, Pal K, Choub SC, Mburu G.** Mental health among men who have sex with men in Cambodia: Implications for integration of mental health services within HIV programmes. Int J Equity Health. 24 de marzo de 2016;15(1):53.
7. **McKee G, Butt ZA, Wong S, Salway T, Gilbert M, Wong J, et al.** Syndemic Characterization of HCV, HBV, and HIV Co-infections in a Large Population Based Cohort Study. EClinicalMedicine. noviembre de 2018;4-5:99-108.

8. **White JM, Gordon JR, Mimiaga MJ.** The Role of Substance Use and Mental Health Problems in Medication Adherence Among HIV-Infected MSM. *LGBT Health*. diciembre de 2014;1(4):319-22.
9. **Fernández-Dávila P.** ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón? Monográfico. 2015;1(6):25-33.
10. **Fernández-Dávila P.** Comportamiento sexual en hombres Latinoamericanos que tienen sexo con hombres en España: una triangulación de métodos para entender su vulnerabilidad y el riesgo de infección por el VIH [Tesis doctoral]. [Barcelona]: Ramon Llull; 2014.
11. **Rodríguez LA, Moreno LE, Bautista JD, Ardila AE, Numa EC, Caicedo P, et al.** Prevalencia de la infección por VIH en hombres que tienen sexo con hombres. *Estudio ecológico*. 2017;31(July):3-5.
12. **Balán IC, Frasca T, Pando MA, Mabragaña M, Marone RO, Barreda V, et al.** Reseña del estudio "LINKS": Factores asociados a la infección por VIH en hombres que tienen sexo con hombres de Buenos Aires, Argentina. *Actual En SIDA E Infectología*. septiembre de 2016;24(91).
13. **Rodríguez LA, Moreno LE, Bautista JD, Ardila AE, Numa EC, Caicedo P, et al.** Prevalencia de infección por VIH/ SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en Bucaramanga, Colombia. :8.
14. **Díaz YMS, Orlando-Narváez SA, Ballester-Arnal R.** Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2 de mayo de 2019;24(4):1417-26.
15. **Mueses Marín HF, Tello Bolívar IC, Galindo Orrego MI, Galindo Quintero J.** Perceptions about sexual risk, HIV and HIV-testing in Cali, Colombia. *Colomb Médica*. 1 de enero de 2018;49(2):139-47.
16. **Guerra GJ.** Factores conductuales y cognitivos asociados al riesgo de contraer VIH en un grupo de HSH [Tesis para optar al título de licenciado en Psicología]. [Lima]: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017.
17. **Mendoza-Pérez JC, Ortiz-Hernández L.** Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez. *Rev Salud Pública*. octubre de 2009;11(5):700-12.
18. **Mendoza-Pérez JC, Ortiz-Hernández L.** Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez. *Rev Salud Pública*. octubre de 2009;11(5):700-12.
19. **Andrinopoulos K, Peacock, E.** Hembling J. (2014). Patrones de consumo de alcohol, drogas ilícitas y comportamiento sexual de riesgo entre los HSH y mujeres transgénero en San Salvador. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation.
20. **Mecanismo de Coordinación de País-MCP Colombia Fondo Mundial de lucha contra el Sida la Tuberculosis y la Malaria.** Informe de Resultados

Comportamiento Sexual Y Prevalencia De Vih En Hombres que tienen relaciones con hombres en siete ciudades de Colombia [Internet]. 2016. 1–384 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/libro-comportamiento-sexual-hombres-2016.pdf>

21. **Rodríguez Rojas FA, Barreto Ordoñez PS, Sánchez Mora RM.** Detección de Chlamydia trachomatis en hombres que tienen sexo con hombres en Bogotá: un estudio piloto. *Nova*. 15 de diciembre de 2016;14(26):17.
22. **Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones con hombres en siete ciudades de Colombia [Internet]. Vol. 6. Bogotá, D.C.; 2011. 240 p. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/monitoreo\\_evaluacion/2\\_evaluacion\\_respuesta/b\\_estudios\\_complementarios/Resultados\\_Estudio\\_HSH\\_final125.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/2_evaluacion_respuesta/b_estudios_complementarios/Resultados_Estudio_HSH_final125.pdf)
23. **ONUSIDA.** HOJA INFORMATIVA — ACTUALIZACIÓN GLOBAL SOBRE EL SIDA 2019 [Internet]. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. ONUSIDA; 2019. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
24. **El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA).** MILES TO GO. CLOSING GAPS. BREAKING BARRIERS. RIGHTING INJUSTICES [Internet]. ONUSIDA; 2018. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2018/july/miles-to-go>
25. **Mueses-Marín HF, Tello-Bolívar IC, Galindo-Quintero J.** Frecuencia de VIH+ y características relacionadas en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), CaliColombia, 2012-2015. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2017; 35(2).
26. **Instituto nacional de Salud.** Boletín Epidemiológico. Semana epidemiológica 47 18 al 24 de Noviembre Situación nacional [Internet]. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2018. Report No.: INS. Gobierno de Colombia. Disponible en: [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018 Boletín epidemiológico semana 47.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2047.pdf)
27. **Anamaria P, Silva-Santisteban A, Bustamante MJ.** Índice de estigma y discriminación informe final hacia las personas con VIH en Perú [Internet]. Perú; 2018. Disponible en: <https://plataformalac.org/wp-content/uploads/2019/03/MFOSC89SPa.pdf>
28. **Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.** Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH [Internet]. 2005 p. 75. Disponible en: [https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores\\_en\\_salud/derechos humanos/sida/violacionesdhh.pdf](https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/violacionesdhh.pdf)
29. **Foreman M, Lyra P, Breinbauer C, Ber Tha Gomez C, Valdebenito C, Yunta ER, et al.** Comprension y respuesta al estigma y la discriminacion por el VIH/ SIDA en el sector salud. *OPS*. :63.

30. **Montoya SJ.** Enfrentando el estigma y las discriminación por VIH desde el trabajo social [Trabajo de grado] [Internet] [PhD Thesis]. 2016. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/21491/TFG16-TS-MONTOYA-78613.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. **Cardona Hernández MC, Paz Díaz DM, Joerns Leckington SE.** Estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA en profesionales de la salud [Trabajo de grado] [PhD Thesis]. 2018.
32. **Scher, A.** Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDA. Independent Study Project (ISP); 2016. Recuperado a partir de: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2461](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2461).
33. **OPS, OMS, AMS.** Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción. Guatemala; 2000.
34. **Kennedy CE, Bernard LJ, Muessig KE, Konda KA, Akl EA, Lo Y-R, et al.** Serosorting and HIV/STI Infection among HIV-Negative MSM and Transgender People: A Systematic Review and Meta-Analysis to Inform WHO Guidelines. *J Sex Transm Dis.* 2013;2013:1-8.
35. **McCall H, Adams N, Mason D, Willis J.** What is chemsex and why does it matter? *BMJ.* 3 de noviembre de 2015;h5790.
36. **Valdez-Montero C, Castillo-Arcos L, Blanco AO, Rodríguez DJO, Ortega LC.** Reflexión de los determinantes sociales de la conducta sexual en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. :15.
37. **Jacques C, García De Olalla P, Díez E, Martín S, Caylà JA.** Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres Explanation of risky sexual behaviors in men who have sex with men. *Gac Sanit.* 2015;29(4):252–257.
38. **Sebastián Marín Posada.** Significados de reconocimiento y prácticas de cuidado en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH, Medellín, 2016. *Univ Antioquia.* 2016;6:5–9.
39. **Posada IC.** El significado del riesgo y de la autonomía en hombres que tienen sexo con hombres y su relación con comportamientos de alto riesgo para adquirir la infección por VIH-SIDA, en la ciudad de Medellín en el año 2004-2005 [Tesis de Maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2005.
40. **Conde F, Santoro P, Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Seisida.** Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública.* 2012;86:139-52.
41. **UNFPA.** Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983 - 2010. 2012;126.

42. **Trujillo L, Chapin-Bardales J, German EJ, Kanny D, Wejnert C, the National HIV Behavioral Surveillance Study Group, et al.** Trends in Sexual Risk Behaviors Among Hispanic/Latino Men Who Have Sex with Men — 19 Urban Areas, 2011–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 11 de octubre de 2019;68(40):873-9.
43. **For the NHBS Study Group, Ivy W, Paz-Bailey G.** Changes in Characteristics and Behavior Among African American Men Who Have Sex with Men and Women in the Context of Reductions in HIV Diagnoses Among Women. *AIDS Behav* [Internet]. 9 de mayo de 2019 [citado 27 de octubre de 2019]; Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-019-02528-2>
44. **Barreda V, Carballo-Diequez A, Marone R, Balán I, Pando MÁ, Avila MM.** Prevención del VIH/SIDA en los circuitos de levante HSH: una asignatura pendiente. *Sex Salud Soc Rev Latinoam.* diciembre de 2010;(6):41-62.
45. **Alva Isaac E, Blas Magaly M, García Patricia J, Cabello Robinson, Kimball Ann M, Holmes King K.** Riesgos y beneficios del uso de internet entre personas viviendo con VIH/SIDA en Lima, Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2007 Jul [citado 2019 Oct 28] ; 24( 3 ): 248-253. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342007000300008&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342007000300008&lng=es).
46. **Grau-Muñoz A, Pla-Ernst E, Belda-Ibáñez J, Juan-Corróns A, Fernández-García E, Doménech-Alonso E, et al.** Cruising y e-citas: un nuevo contexto para los encuentros sexuales entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Cad Saúde Pública.* noviembre de 2015;31(11):2303-12.
47. **Betancourt CF.** Bareback, prácticas sexuales de resistencia entre hombres. aportes desde la genealogía a la prevención del VIH [Tesis de maestría en investigación social interdisciplinar]. [Bogotá, D.C.]: Francisco José de Caldas; 2017.
48. **Fernández Dávila P, Zaragoza Lorca K.** Internet y riesgo sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit.* 2009;23(5):380–387.
49. **Berg RC.** Barebacking among MSM Internet users. *AIDS and Behavior* 2008; 12(5):822-833.
50. **Fabian C, Rodríguez B.** Bareback , Prácticas Sexuales De Resistencia Entre Hombres. Aportes Desde La Genealogía a La Prevención Del Vih. Disponible en: <http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/6394/1/BetancourtRodríguezCarlosFabian2017.pdf>
51. **K.Gauthier D, J.Forsyth C.** bareback sex, bug chasers, and the gift of death. *Deviant Behav.* enero de 1999;20(1):85-100.
52. **da Fonte VRE, Pinheiro CDP, Barcelos N de S, Costa CMA, Francisco MTR, Spindola T.** Factores asociados con el uso del preservativo entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. *Enf Global* [Internet]. 28 de marzo de 2017 [citado 28 de octubre de 2019];16(2):50-3. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/245451>.

53. **Bai JY, Ning TL, Zhou N, Guo Y, Yu MH.** HIV infection status and related factors in men who have sex with men in sentinel surveillance in Tianjin, 2016-2018. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 10 de septiembre de 2019;40(9):1106-10.
54. **WHO.** Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. 2014.
55. **Donoso C, Muñoz F, Honorato C, Veloso A, Aguirre S.** Factores socioculturales que inciden en el uso del condón masculino en hombres homosexuales y otros HSH [Internet]. Santiago de Chile: FONDO GLOBAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA CONASIDA; 2005 p. 212. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Factores-Socioculturales-Que-Inciden-en-el-uso-del-Condon-Masculino-en-Hombres-Homosexuales-y-Otros-HSH-2005.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Factores-Socioculturales-Que-Inciden-en-el-uso-del-Condon-Masculino-en-Hombres-Homosexuales-y-Otros-HSH-2005.pdf)
56. **Ayerdi Aguirrebengoa O, Vera García M, Portocarrero Nuñez JA, Puerta López T, García Lotero M, Escalante Garcia C, et al.** La implementación de la profilaxis preexposición podría evitar la mayoría de las nuevas infecciones por el VIH en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transexuales. *Rev Clínica Esp*. octubre de 2019;219(7):360-6.
57. **Caboral Stevens M, Aneke G, Neplock A.** The review of pre-exposure prophylaxis (PreP) for HIV prevention. *Cult Cuid*. 1 de junio de 2014;11(1):50-9.
58. **OMS.** Guidance on pre-exposure oral prophylaxis (prep) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: Recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva, Switzerland; 2012.
59. **Serota DP, Rosenberg ES, Sullivan PS, Thorne AL, Rolle C-PM, Del Rio C, et al.** Pre-exposure prophylaxis uptake and discontinuation among young black men who have sex with men in Atlanta, Georgia: A prospective cohort study. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am*. 10 de septiembre de 2019;
60. **Galea JT, Baruch R, Brown B.** ¡PrEP Ya! Latin America wants PrEP, and Brazil leads the way. *Lancet HIV*. marzo de 2018;5(3):e110-2.
61. **Hayes R, Schmidt AJ, Pharris A, Azad Y, Brown AE, Weatherburn P, et al.** Estimating the 'PrEP Gap': how implementation and access to PrEP differ between countries in Europe and Central Asia in 2019. *Eurosurveillance* [Internet]. 10 de octubre de 2019 [citado 28 de octubre de 2019];24(41). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.41.1900598>
62. **Ogunbajo A, Leblanc NM, Kushwaha S, Boakye F, Hanson S, Smith MDR, et al.** Knowledge and Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) among men who have sex with men (MSM) in Ghana. *AIDS Care*. 10 de octubre de 2019;1-7.

63. **Race K.** The Undetectable Crisis: Changing Technologies of Risk. Sexualities. mayo de 2001;4(2):167-89.
64. **Khosropour CM, Dombrowski JC, Swanson F, Kerani RP, Katz DA, Barbee LA, et al.** Trends in Serosorting and the Association With HIV/STI Risk Over Time Among Men Who Have Sex With Men: JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. junio de 2016;72(2):189-97.
65. **Arango-Tobón OE, Pérez GAC, Quintero S, Montoya CM, Mesa SM, Bustamante AR.** Riesgos psicosociales y actitudes sobre prácticas sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas en adolescentes de la ciudad de medellín. Univ Psychol. 2013;12(3):887–898.
66. **Unidad de Enfermedades Infecciosas.** Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España, Losilla-Rodriguez B, López-Zúñiga MA, Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Jaen, Jaen, España, Espadafor-López B, Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España, et al. Study of ChemSex in HIV positive and negative homosexual patients. Actual MEDICA. 30 de abril de 2019;104(806):24-30.
67. **Perelló R, Aused M, Saubí N, Quirós C, Blanco J, Rebollar M, et al.** Intoxicación aguda por drogas de abuso en el paciente VIH: papel del chemsex [Emergencias.2018]-Medes. 30. 2018;6(Emergencias):405-7.
68. **Fernández-Dávila DP.** “Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España. 2016;4:25.
69. **Coll J, Fumaz CR.** Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención. :8.
70. **Bourne, A, Reid, D, Hickson, F, Torres Rueda, S, Weatherburn, P; The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay and bisexual men in Lambeth, Southwark and Lewisham.** Technical Report. Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London; 2014. Recuperado de: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/id/eprint/2197245>.
71. **Izazola-Licea JA, Gortmaker SL, Gruttola V de, Tolbert K, Mann J.** Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. Salud Pública México. 2003;45:S662-71.
72. **Lemp GF.** Seroprevalence of HIV and Risk Behaviors Among Young Homosexual and Bisexual Men: The San Francisco/Berkeley Young Men’s Survey. JAMA. 10 de agosto de 1994;272(6):449.
73. **Sierra, CL AM, Orobio YP.** Protocolo De Investigación “Comportamiento Sexual Y Prevalencia De Vih En Hombres Que Tienen Relaciones Sexuales Con Hombres En Tres Ciudades De Colombia: Bogotá, Medellín Y Santiago De Cali”.

FONADE Y FONDO MUNDIAL. ACUERDO DE SUBVENCIÓN No. COL-H-FONADE 1062 (Convenio 216146).; 2018.

74. **He Q, Peng W, Zhang J, et al.** Prevalence of unprotected anal intercourse and unprotected vaginal intercourse among HIV-positive men who have sex with men in China: a meta-analysis. *Sex Transm Infect.* 2012; 88:229-233.
75. **Ruan Y, Wu G, Lu H, Xiao Y, Zhao Y, Lu R, et al.** Sexual partnerships with men and women among men who have sex with men in Beijing and Chongqing, China, 2010. *AIDS Behav.* 2014;18(1):180-8.
76. **UNAIDS.** UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work [Internet]. Suiza; 2012. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2306\\_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work\\_en\\_0.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf)
77. **Oldenburg CE, Perez-Brumer AG, Reisner SL, Mimiaga MJ.** Transactional sex and the HIV epidemic among men who have sex with men (MSM): Results from a systematic review and metaanalysis. *AIDS Behav.* 2015; 19(12):2177-2183.
78. **Zalla LC, Herce ME, Edwards JK, Michel J, Weir SS.** The burden of HIV among female sex workers, men who have sex with men and transgender women in Haiti: results from the 2016 Priorities for Local AIDS Control Efforts (PLACE) study. *J Int AIDS Soc* [Internet]. julio de 2019 [citado 28 de octubre de 2019];22(7). Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jia2.25281>
79. **ONUSIDA.** Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Acción acelerada para acabar con el sida. ONUSIDA 2016-2021. :136.
80. **Organización Mundial de la Salud.** Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. [Internet]. WHO; 2013. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/download/es/>
81. **Gisslén M, Svedhem V, Lindborg L, Flamholc L, Norrgren H, Wendahl S, et al.** Sweden, the first country to achieve the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)/World Health Organization (WHO) 90-90-90 continuum of HIV care targets. *HIV Med.* abril de 2017;18(4):305-7.
82. **Maquera-Afaray J, Cvetkovic-Vega A, Cárdenas MM, Kälvläinen H, Meja CR.** Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú. *Rev Chil Infectol.* octubre de 2016;33:20-6.
83. **Zea MC, Olaya P, Reisen CA, Poppen PJ.** MSM in Bogotá are living with HIV for extended periods without diagnosis or treatment. *Int J STD AIDS.* agosto de 2017;28(9):920-4.
84. **ONUSIDA.** 90-90-90. Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida [Internet]. El Programa Conjunto de las Naciones

Unidas sobre el VIH/Sida; 2013. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/90\\_90\\_90\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf)

85. **OPS O.** Marco de Monitoreo del Continuo de la Atención al VIH. Anexo al informe de reunión: Consulta Regional en América Latina y el Caribe sobre información epidemiológica de la infección por el VIH [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-continuo-atencion-vih.pdf>
86. **Montealegre JR1, JL, Murrill C, ME.** Respondent driven sampling for HIV biological and behavioral surveillance in Latin America and the Caribbean. *AIDS Behav.* 17 de septiembre de 2013;Vol (7):2313-40.
87. **Barbosa Júnior A, Pascom ARP, Szwarcwald CL, Kendall C, McFarland W.** Transfer of sampling methods for studies on most-at-risk populations (MARPs) in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(suppl 1):s36-44.
88. **Heckathorn DD.** Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Soc Probl.* mayo de 1997;44(2):174-99.
89. **Goodman L.A.** Snowball Sampling. En: *The Annals of Mathematical Statistics.* Institute of Mathematical Statistics is collaborating with JSTOR to digitize, preserve, and extend access to; 1961. p. 48-170. 1961.
90. **Semaan S.** Time-Space Sampling and Respondent-Driven Sampling with Hard-to-Reach Populations. *Methodol Innov Online.* agosto de 2010;5(2):60.1-75.
91. **Uusküla A, Johnston LG, Raag M, Trummal A, Talu A, Des Jarlais DC.** Evaluating Recruitment among Female Sex Workers and Injecting Drug Users at Risk for HIV Using Respondent-driven Sampling in Estonia. *J Urban Health.* marzo de 2010;87(2):304-17.
92. **Carballo-Diéguez A, Balan I, Marone R, Pando MA, Dolezal C, Barreda V, et al.** Use of Respondent Driven Sampling (RDS) Generates a Very Diverse Sample of Men Who Have Sex with Men (MSM) in Buenos Aires, Argentina. Wainberg M, editor. *PLoS ONE.* 10 de noviembre de 2011;6(11):e27447.
93. **Ramirez-Valles J, Heckathorn DD, Vázquez R, Diaz RM, Campbell RT.** From Networks to Populations: The Development and Application of Respondent-Driven Sampling Among IDUs and Latino Gay Men. *AIDS Behav.* diciembre de 2005;9(4):387-402.
94. **Paz-Bailey G, Miller W, Shiraishi RW, Jacobson JO, Abimbola TO, Chen SY.** Reaching Men Who Have Sex with Men: A Comparison of Respondent-Driven Sampling and Time-Location Sampling in Guatemala City. *AIDS Behav.* noviembre de 2013;17(9):3081-90.
95. **Moreno E.C.** Una revisión de la metodología de estimación a través de muestreo por cadenas referenciales para las proporciones de una población oculta.

Comunicaciones en Estadística Universidad Santo Tomas [Internet]. junio de 2010;Vol. 3. Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/estadistica/article/download/29/27>

96. **World Health Organization.** Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 [Internet]. 2002. Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf?ua=1](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf?ua=1)
97. **Organización Mundial de la Salud.** POLÍTICA DE LA OMS EN MATERIA DE GÉNERO Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud, OMS; 2002. Disponible en: <https://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
98. **MacLaughlin DT1, DPK.** Sex determination and differentiation. N Engl J Med. 22 de enero de 2004;350(4):367-78.
99. **Inter-American Commission on Human Rights, Inter-American Commission on Human Rights, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos.** Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América. Sin lugar: Comisión Interamericana de Derechos Humanos : Organización de los Estados Americanos; 2015.
100. **Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos -OACNUDH-**. Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos. 2007. 1–52 p.
101. **Trans-formando Derechos.** Derechos de las personas transgénero en Colombia [Internet]. Defensoría del Pueblo, Colombia; 2018. Disponible en: [http://www.defensoria.gov.co/attachment/1965/Cartilla%20Trans-Formando%20Derechos\\_compressed.pdf](http://www.defensoria.gov.co/attachment/1965/Cartilla%20Trans-Formando%20Derechos_compressed.pdf).
102. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú Ministerio de Salud y Protección Social [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
103. **Ministerio de Salud y Protección Social.** Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/planal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>
104. **Organización Mundial de la Salud y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.** Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. Organización Mundial de la Salud Departamento Enfermedades

Transmisibles Vigilancia y Respuesta [Internet]. 2000. Disponible en: WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5 UNAIDS/00.03S

105. **Amon J, Brown T, Hogle J, MacNeil J, Magnani R, Mills S, et al.** GUIDELINES FOR REPEATED BEHAVIORAL SURVEYS IN POPULATIONS AT RISK OF HIV. :358.
106. **OMS/OPS.** Vigilancia en Salud Pública. Módulo Princ Epidemiol Para El Control Enfermedades MOPECE. 2011;4(Control de enfermedades):54.
107. **Karon JM, Wejnert C.** Statistical methods for the analysis of time-location sampling data. J Urban Health Bull N Y Acad Med. junio de 2012;89(3):565-86.
108. **Ferreira LOC, Oliveira ES de, Raymond HF, Chen SY, McFarland W.** Use of Time-location Sampling for Systematic Behavioral Surveillance of Truck Drivers in Brazil. AIDS Behav. 1 de julio de 2008;12(1):32-8.
109. **Guervos RC.** TASAS DE VARIACIÓN. :7.
110. **Espitia NCC.** INFORME DE EVENTO VIH7SIDA, COLOMBIA, 2017. 2018;(03):15.
111. **Juan Pablo Gutiérrez Reyes.** INFORME TÉCNICO ANALÍTICO SOBRE PREVALENCIA DE VIH; ASÍ COMO FACTORES DE RIESGO Y VULNERABILIDAD, EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y HOMBRES BISEXUALES. [Internet]. Instituto Nacional de Salud Pública; 2012. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Informe\\_Tecnico\\_Analitico\\_HSH.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/Informe_Tecnico_Analitico_HSH.pdf)
112. **Sadio AJ, Gbeasor-Komlanvi FA, Konu YR, Sewu EK, Zida-Compaore W, Salou M, et al.** Prevalence of HIV infection and hepatitis B and factors associated with them among men who had sex with men in Togo in 2017. Med Sante Trop. 1 de agosto de 2019;29(3):294-301.
113. **Ministerio de Salud Pública de Nicaragua CEPRESI Universidad del Valle de Guatemala.** Estudio de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH y Sífilis en Hombres que tienen sexo con Hombres y Población Trans de la ciudad de Masaya, Nicaragua. 2011 [Internet]. 2011. Disponible en: [http://www.aidsinfoonline.org/kpatlas/document/NIC/NIC\\_2011\\_CAP\\_MSM\\_TG.pdf](http://www.aidsinfoonline.org/kpatlas/document/NIC/NIC_2011_CAP_MSM_TG.pdf)
114. **Ramirez-Valles J, Garcia D, Campbell RT, Diaz RM, Heckathorn DD.** HIV Infection, Sexual Risk Behavior, and Substance Use Among Latino Gay and Bisexual Men and Transgender Persons. Am J Public Health. junio de 2008;98(6):1036-42.
115. **Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud (CONASIDA) D de E del M de S, Instituto de Salud Pública de Chile Ministerio de Salud (ISP) PC de NU sobre el V (ONUSIDA), Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) CC de P del S (ACCIONGAY), Centro de Estudios de la Sexualidad MU de MS (MUMS), Red de Orientación en Salud Social (Red OSS).** Estudio de

prevalencia de VIH y factores asociados en hombres que tienen sexo con hombres [Internet]. Comisión Nacional del SIDA del Ministerio de Salud (CONASIDA); 2010. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Prevalencia-VIH-en-HSH-CHIPREV-2010.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/01/Prevalencia-VIH-en-HSH-CHIPREV-2010.pdf)

116. **Muñoz R, Agustí C, González V, Villegas L, Fernández-López L, Platteau T, et al.** Cribado del VIH en espacios de ocio en Barcelona y Sitges en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit.* agosto de 2019;S0213911119301608.
117. **Banco Interamericano de Desarrollo - BID.** 2011. ¿Cómo documentar lecciones aprendidas? Guía para la preparación de una Nota de Conocimiento. Extraído de: <http://idbdocsidb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35821795>.



13.

Anexos

---



# 14.

## Anexos

### 13.1 Anexo 1. Encuesta que se aplicó a los participantes en cada una de las ciudades.



UNIVERSIDAD CES  
Un compromiso con la excelencia  
VIGILADA MINEDUCACIÓN

Encuesta de vulnerabilidad por VIH en Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, en tres ciudades colombianas, Medellín, Bogotá y Cali, 2019.

#### Control operativo

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

## I. Características sociales y demográficas

102	Por favor me recuerda la fecha de su nacimiento	<b>Día: ____ Mes: ____ Año: ____</b> “Si el participante no le quiere regalar la fecha de nacimiento, coloque la misma del día del estudio”	
103	¿Lugar de nacimiento? “Si el participante no le quiere brindar los siguientes datos, coloque a cada casilla 999” 103.a ¿En qué país nació?: _____ 103.b ¿En qué departamento nació?: _____ 103.c ¿En qué municipio nació?: _____		
104	¿Actualmente, vive usted, aquí en? “En el municipio dónde se realiza la encuesta”	Sí ____ (IR 106)	No ____
105	¿Lugar donde vive actualmente? <i>“Lugar donde vive actualmente, recuerde que la participante debe de vivir en el lugar donde se está realizando el estudio si selecciona otro no cumple con los criterios de inclusión, y se debe de terminar el estudio. Sin información 999”</i> 105.a ¿En qué País vive usted?: _____ 105.b ¿En qué departamento vive usted?: _____ 105.c ¿En qué municipio vive usted? _____  ¿El municipio es diferente a los que se planteó para el estudio? <i>“Si no cumple debe de terminar el proceso, porque no se realizó el enrolamiento adecuadamente, y se presentó un error en los criterios de inclusión”</i>		
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 ____		
107	¿Cuánto tiempo seguido lleva viviendo en la ciudad? <i>“Si el participante no recuerda 998 o si el usuario no le quiere contestar 999, recuerde solo debe de colocar una de las tres opciones y si es el caso de meses o años ingresar el numero correspondiente, solo es una categoría”</i>	Meses 1__ Numero de meses: ____ Solo hasta 11.	Años 2__ Número de años: ____ Desde 1 año
		Toda la vida 3__ (IR 110)	
108	¿En qué municipio, ciudad o país vivía antes? “Si el participante no le quiere brindar los siguientes datos, coloque a cada casilla 999”		
<b>2. NOMBRE DEL PAIS</b>		<b>3. NOMBRE DEL MUNICIPIO</b>	<b>4. NOMBRE DEL DEPARTAMENTO</b>
_____		_____	_____

	¿Cuál fue la <b>principal</b> causa por la que Usted se trasladó al municipio en el que vive actualmente? ( <b>Esperar respuesta</b> ) <i>“(Esperar respuesta) La número 3 significa: Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia armada, víctima del conflicto armado”</i>	
	Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia	1: __
	Riesgo de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) o como consecuencia de este	2: __
	Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia	3: __
<b>109</b>	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: __
	¿Cuál fue el último año de estudios que usted <b>APROBÓ</b> ?	
	Ninguno	1: __
	Preescolar	2: __
	Primaria	3: __
<b>110</b>	Secundaria	4: __
	Técnico	5: __
	Tecnológico	6: __
	Universitario	7: __
	Postgrado	8: __
	<b>110.a. ¿De este último nivel que aprobó, cuántos años cursó?</b> <i>“Si ha terminado un solo semestre, coloca 1 si va en el primer semestre coloca 0”</i> _____	
	¿Actualmente cuál es su estado civil? <i>“En esta pregunta, le debe de preguntar al participante con quien vive, si él contesta que solo, responde, de lo contrario marca la opción no y continua y seleccione la opción que el participante le mencionó”</i>	
<b>112</b>	Soltero	1
	Casado	2
	Unión Libre	5
	Separado/Divorciado	3
	Viudo	4
<b>113</b>	¿Con quiénes vive actualmente? (Esperar respuesta) <i>“En esta pregunta, le debe de preguntar al participante con quien vive, si la contesta que solo, responde, de lo contrario marca la opción no y continua y seleccione la opción que el participante le mencionó”</i> 113a. ¿El participante vive solo? SI _____ ( <b>IR 114</b> ) No _____	

	113. ¿Con quiénes vive actualmente? a) Otro distinto b) Hijos c) Compañero d) Esposa/compañera e) Otros familiares y/o no familiares (Padre, madre, otros no familiares)	“Todas son obligatorias” SI ___ No ___ SI ___ No ___ SI ___ No ___ SI ___ No ___ SI ___ No ___		
	En los últimos 7 días, contados hasta hoy ¿usted se dedicó a...? (Leer opciones)			
114	Trabajar como empleado	1: ___	Estudiar y trabajar	7: ___
	Trabajar Independiente	2: ___	No trabajar porque es pensionado, jubilado o rentista	8: ___
	No trabajar pero tenía trabajo	3: ___	Actividades del hogar	9: ___
	Buscar trabajo	4: ___	Está incapacitado para trabajar	10: ___
	No trabajo ni busco trabajo	5: ___	Otro	11: ___
	Estudiar	6: ___	¿Cuál? _____	
	De acuerdo con su CULTURA, PUEBLO o RASGOS FÍSICOS, ¿usted se reconoce cómo?: (Leer opciones)			
115	Indígena	1: ___	Palanquero de San Basilio	4: ___ (IR 117)
	Rom	2: ___ (IR 117)	Negro, Mulato, Afrocolombiano o Afrodescendiente	5: ___ (IR 117)
	Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	3: ___ (IR 117)	Ninguna de las anteriores	6: ___ (IR 117)
116	¿A cuál PUEBLO INDÍGENA pertenece? _____ “Si el participante no recuerda 998 o si el usuario no le quiere contestar 999”			
117	En promedio ¿Cuánto gana al mes? \$ _____ “Si no presenta ingresos, por favor ingrese el 0, debe de ser sin puntos”			

## II. Salud y acceso al sistema general de seguridad social en salud

	<b>En los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER</b> la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud, ¿a dónde consultó? (Esperar respuesta)			
201	No tuvo ningún problema de salud	1_ (IR 204)		
	Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (Estatal)	2_		
	Centro de atención de una EPS/ARS	3_		
	Otro ¿cuál? _____	4_		
	<b>En los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER</b> la última vez que usted buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿tuvo que pagar por el servicio?			
202	Sí, pago total de los servicios	1	Sí, pago parcial de los servicios	3
	Sí, pago cuota moderadora	2	No pago nada	4

Recibe atención en salud a través de:				
	Carta de vinculada	1	Resguardo indígena	6
	EPS del Régimen contributivo	2	Carta de población especial	7
204	EPS del Régimen subsidiado	3	Médico particular	8
	Plan Complementario – Medicina Prepagada	4	No está afiliada	9
	Fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPEPETROL (régimen especial)	5	No sabe	10


## Salud y acceso al sistema general de seguridad social en salud: Diagnóstico de tuberculosis:

205	¿Alguna vez le han diagnosticado tuberculosis?		Sí 1 __ No 2 __ (IR 301) NS 3 __ (IR 301)
206	¿Cuándo le diagnosticaron la tuberculosis?		_____
	206. ¿Hace cuántos meses le diagnosticaron la tuberculosis? “Ingrese solo los meses, si no aplica o sin información 0”		
	206. ¿Hace cuántos años le diagnosticaron la tuberculosis? “Ingrese solo los años, si no aplica o sin información 0”		
207	¿Por cuánto tiempo recibió tratamiento para la tuberculosis?	Días    Meses    No recibió tratamiento (IR 301)	
208	¿Al final del tratamiento que diagnóstico le dieron?	Curado 1 __ Debía seguir en tratamiento 2 __ Otro 3 ¿Cuál? _____	
209	¿Durante el tiempo de la enfermedad por tuberculosis le ofrecieron la prueba de VIH?	Sí 1 __ No 2 __ (IR 301) NS / NR 3 __ (IR 301)	
210	¿Se realizó la prueba de VIH durante el periodo del tratamiento?	Sí 1 __ No 2 __ NS / NR 3 __	


## III. Historia sexual y reproductiva

301	En términos de género ¿usted con cual género se identifica?	
	Masculino	1
	Femenino	2
302	En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica?	
	Homosexual 1__	Bisexual 3__
	Heterosexual 2__	No sabe 4__
303	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal <b>con o sin su consentimiento?</b>	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? Si no sabe/No responde, escribir 999 _____
306	En esa primera relación sexual ¿usaron condón? Sí 1 ____ (IR308) No 2 ____

¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón <b>la primera vez</b> que tuvo relaciones sexuales? (Esperar respuesta)					
		SI	NO		SI NO
	a. A la pareja no le gustaba			l. Eran caros	
	b. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo			m. Se habían terminado	
	c. Usted creía que disminuiría el sentir placer			n. La relación sexual fue sin su consentimiento	
	d. Eran difíciles de conseguir			o. Sintió vergüenza de pedir el condón	
307	e. Usted estaba bajo los efectos del alcohol			p. Nunca lo ha pensado	
	f. Usted estaba bajo los efectos de las drogas			q. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol	
	g. Usted estaba excitado			r. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas	
	h. Creía que no era seguro			s. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos	
	i. Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS			t. La pareja está tomando tratamiento antirretroviral	
	j. Confiaba en la fidelidad de su pareja			u. Había sentimientos de afecto	
	k. No quiso usar condón por erotismo			v. No los conocía	
308	Esa primera relación sexual fue con su consentimiento				Sí 1__ No 2 __ NS/NR __
308	 <b>ENCUESTADOR(A):</b> Verifique pregunta 304. ¿La respuesta fue hombre? “Si usted recuerda que él le manifestó que fue con un hombre, no se la pregunte solo la contesta.” Sí 1__ (IR 311) No 2 __				
309	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual oral o anal con un hombre? _____ NS/NR__				
310	¿Aproximadamente qué edad tenía el otro hombre con el que tuvo esa primera relación sexual?     NS/NR				
311	Esa primera relación sexual con otro hombre fue con su consentimiento				Sí 1__ No 2 __ NS/NR __
312	¿Usted esta circuncidado?				Sí 1__ No 2 __ NS/NR __

**313** ¿Ha tenido prácticas sexuales con más de un hombre a la vez? Sí 1\_\_ No 2\_\_ NS/NR \_\_


**312. a.**  **ENCUESTADOR(A)** Lea al informante: A continuación le voy a formular algunas preguntas enmarcadas en los últimos 12 meses contados hasta ayer, acerca de la(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, diferentes a parejas comerciales (pagan o le pagan por relaciones sexuales).

**315** ¿Con cuántas personas hombres, mujeres, trans e/o intersexuales ha tenido relaciones sexuales penetrativas (orales, anales y/o vaginales), en los últimos 12 meses contados hasta ayer? |\_\_|

*“ENCUESTADOR(A): Cuando 315 sea igual o menor de 4 verifique que la cantidad de personas reportadas en las preguntas 315, 316 y 317 sean iguales. Cuando 315 sea mayor de 4 verifique que la cantidad de personas reportadas en 315 sea igual a 316 y en 317 se deben registrar 4 personas”*


**316** De esa(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿cuántas son hombres, cuántas son mujeres y cuántas son transgénero?

a. Hombres \_\_\_\_\_ | | | |  
 b. Mujeres \_\_\_\_\_ | | | |  
 c. Transgénero \_\_\_\_\_ | | | |

**316. a.**  **ENCUESTADOR(A):** Aplique la siguiente matriz por género, asegurándose de que la misma cantidad de personas reportadas en la pregunta 315 (en caso de que la cifra reportada sea menor o igual a 4) se incluyan en la tabla, en caso de superar las 4 personas, sólo liste 4, para los dos casos registre el más reciente al más antiguo.

**317** Para cada una de las (últimas 4) personas con las cuales ha tenido relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses contados hasta ayer, dígame según el género ¿Qué mes y que año comenzó y terminó la relación?

No. ORDEN	1. GÉNERO			2. ¿Cuándo empezó la relación?	3. ¿Cuándo terminó la relación?	
<b>01</b>	Hombre 1	Mujer 2	Transgénero 3	Mes      Año	Mes      Año	La relación no ha terminado
<b>02</b>	Hombre 1	Mujer 2	Transgénero 3	Mes      Año	Mes      Año	La relación no ha terminado
<b>03</b>	Hombre 1	Mujer 2	Transgénero 3	Mes      Año	Mes      Año	La relación no ha terminado
<b>04</b>	Hombre 1	Mujer 2	Transgénero 3	Mes      Año	Mes      Año	La relación no ha terminado

**317. a.**  **ENCUESTADOR(A):** Cuando 315 sea igual o menor de 10 verifique que la cantidad de personas reportadas en las preguntas 315, 316 y 317 sean iguales. Cuando 315 sea mayor de 10 verifique que la cantidad de personas reportadas en 315 sea igual a 316 y en 317 se deben registrar 10 personas.



**318** ¿Usted ha tenido alguna pareja que viva con el VIH o haya muerto de SIDA? Sí 1\_\_ No 2\_\_ NS/NR 3\_\_

**319a** **319. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales penetrativas (orales, anales y/o vaginales), con hombres, mujeres, trans e/o intersexuales en los últimos 12 meses contados hasta ayer A CAMBIO DE DINERO?** SI \_\_ No\_\_ (IR 501)

**319** ¿Con cuántas personas hombres, mujeres, trans e/o intersexuales ha tenido relaciones sexuales penetrativas (orales, anales y/o vaginales), en los últimos 12 meses contados hasta ayer a cambio de dinero? |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

320	De esa(s) persona(s) con la(s) que ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en los últimos 12 meses <b>contados hasta ayer a cambio de dinero</b> , ¿cuántas son hombres, cuántas son mujeres y cuántas son transgénero?	a. Hombres	_____
		b. Mujeres	_____
		c. Transgénero	_____

## V. Pareja estable hombre

501	Actualmente ¿usted tiene una PAREJA ESTABLE hombre?	Sí 1___ No 2___ (IR601) NR 3___ (IR601)		
<b>501. b.</b>  Como es posible tener más de una pareja estable le pido el favor que en el siguiente bloque de preguntas me hable de la pareja estable que considere más significativa para usted.				
502	¿Cuántos años y meses llevan juntos? <i>Si no sabe/No responde, sin información, escribir 999</i>	años           meses      NS/NR __		
503	 ENCUESTADOR(A): Verifique pregunta 113 c. vive con compañero	Sí 1__ No 2__ (IR 505)		
504	¿Hace cuantos años y meses llevan viviendo juntos?	años           meses      NS/NR __		
505	¿Qué edad tiene su pareja estable? años _____ NS/NR _____			
506	En términos de género ¿cómo cree que se auto identifica su pareja estable?			
	Masculino	1		
	Femenino	2		
	Transgénero	3		
507	En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿ha tenido sexo oral con su pareja estable? Sí 1___ No 2___ (IR 510) NS/NR 3___ (IR 510)			
508	La ÚLTIMA VEZ que tuvo SEXO ORAL, ¿usted o su pareja utilizaron un condón? Sí 1___ No 2___ NS/NR 3___			
509	¿Con que frecuencia usted o su pareja usaron un condón cuando tuvieron sexo oral en los últimos 12 meses contados hasta ayer?			
	Siempre	1	Algunas veces	3
	La mayoría de veces	2	Nunca	4
510	¿Usted ha tenido sexo anal con su pareja estable en los últimos 12 meses contados hasta ayer? Sí 1___ No 2___ (IR 513 z)      NR 3      (IR 513 z)			
512	La ÚLTIMA VEZ que tuvo sexo anal con su pareja estable ¿usaron condón?	Sí 1      (IR 513 z)      No 2		

	¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo <b>relaciones sexuales anales</b> con su pareja estable? ( <i>Esperar respuesta</i> )	
513	a. A la pareja no le gusta	m. No consiguió en ese momento
	b. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo	n. Siente vergüenza de pedir el condón
	c. A usted no le gusta	o. Le causa irritación
	d. Usted cree que disminuiría el sentir placer	p. Nunca lo ha pensado
	e. Son difíciles de conseguir	q. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol
	f. Usted estaba bajo los efectos del alcohol	r. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas
	g. Usted estaba bajo los efectos de las drogas	s. Porque ambos viven con el virus
	h. Usted estaba excitado	t. La pareja está tomando tratamiento antirretroviral
	i. Cree que no es seguro	u. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos
	j. Cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS	v. La relación sexual fue sin su consentimiento
	k. Confía en la fidelidad de su pareja	w. Hay sentimientos de afecto
	l. Son caros	x. No quiso usar condón por erotismo
	513.z.	En los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA AYER</b> ¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales anales (penetrativas o receptivas) con su pareja estable? Sí ___ No ___ ( <b>IR 514</b> ) Cuantas veces     NS/NR ___
514	¿Con que frecuencia usted y su pareja usaron condón cuando tuvieron <b>sexo anal en los ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA AYER</b> ?	
	Siempre 1 ___ La mayoría de veces 2 ___	Algunas veces 3 ___ Nunca 4 ___
515	¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con su pareja estable? Sí 1 ___ No 2 ___	
516	¿Su pareja estable vive con el VIH? Sí 1 ___ No 2 ___ NS 3 ___ NR 4 ___	



## VI. Parejas ocasionales o contactos casuales

601.a.	👉 La pareja ocasional o contacto casual hombre es con quien ha tenido relaciones sexuales por menos de 6 meses, de quien no ha recibido dinero y a quien no le ha pagado por las relaciones sexuales.	
601.b.	En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿ha tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales? Sí 1 ___ No 2 ___ ( <b>IR 701</b> ) NR ___ ( <b>IR 701</b> )	
601	En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿ha tenido sexo oral con parejas ocasionales o contactos casuales? Sí 1 ___ No 2 ___ ( <b>IR 605</b> ) NR ___ ( <b>IR 605</b> )	
602	Aproximadamente ¿Con cuántas parejas ocasionales o contactos casuales ha tenido sexo oral en los últimos 12 meses contados hasta ayer? _____ Ninguno	
602. a.	Como es posible tener más de una pareja ocasional le pido el favor que en el siguiente bloque de preguntas me hable de la pareja ocasional que considere más significativa para usted.	

603	La última vez que tuvo sexo oral, ¿usted o su pareja ocasional usaron un condón? Sí 1 __ No 2 __ NS/NR __				
604	¿Con que frecuencia usted o su pareja ocasional usaron un condón cuando tuvieron sexo oral en <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer</b> ?				
	Siempre	1 __	Algunas veces	3 __	
	La mayoría de veces	2 __	Nunca	4 __	
605	En <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer</b> ¿ha tenido sexo anal con su pareja ocasional o contacto casual? Sí 1 __ No 2 __ (IR 612) NS/NR 3 __ (IR 612)				
606	Aproximadamente ¿Con cuántas parejas ocasionales o contactos casuales ha tenido sexo anal en <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer</b> ? _____ Ninguno __ (IR 612)				
	En <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer</b> ¿En qué lugar o de qué forma consiguió a sus parejas ocasionales o sus contactos casuales? ( <i>Esperar respuesta</i> )				
607	Salón de masajes / Saunas / Baños turcos/ Salas o cabinas de video X	1 __	Páginas de internet y otros medios de comunicación	3 __	
	Bar / Discoteca / Taberna /lugares swinger y otros lugares	2 __	A través de otras personas	4 __	
	Otro ¿cuál? _____	5			
608	En los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> contados hasta ayer ¿Ha tenido relaciones sexuales anales (penetrativas o receptivas) con su pareja ocasional o su contacto casual? Sí __ Ninguna __ (IR 611) NS/NR __ (IR 611)				
608a	En los <b>ÚLTIMOS 30 DÍAS</b> contados hasta ayer ¿Cuántas veces ha tenido relaciones sexuales anales (penetrativas o receptivas) con su pareja ocasional o su contacto casual?       NS/NR ____				
609	La <b>ÚLTIMA VEZ</b> que tuvo <b>sexo anal</b> con la pareja ocasional o ese encuentro casual ¿usaron condón? Sí 1 (IR 611) No 2				
	¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo <b>relaciones sexuales anales</b> con su pareja ocasional o el contacto casual? ( <i>Esperar respuesta</i> )				
		SI NO		SI NO	
610	a. A la pareja no le gusta		m. No consiguió en ese momento		
	b. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo		n. Siente vergüenza de pedir el condón		
	c. A usted no le gusta		o. Le causa irritación		
	d. Usted cree que disminuiría el sentir placer		p. Nunca lo ha pensado		
	e. Son difíciles de conseguir		q. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol		
	f. Usted estaba bajo los efectos del alcohol		r. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas		
	g. Usted estaba bajo los efectos de las drogas		s. Porque ambos viven con el virus		
	h. Usted estaba excitado		t. La pareja está tomando tratamiento antirretroviral		
	i. Cree que no es seguro		u. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos		
	j. Cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS		v. La relación sexual fue sin su consentimiento		
	k. Confía en la fidelidad de su pareja		w. Hay sentimientos de afecto		
	l. Son caros		x. No quiso usar condón por erotismo		

	¿Con que frecuencia usted y su pareja ocasional o contacto casual, usaron condón cuando tuvieron <b>sexo anal en los últimos 12 meses contados hasta ayer?</b>			
611	Siempre	1 __	Algunas veces	3 __
	La mayoría de veces	2 __	Nunca	4 __
612	¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con su pareja ocasional o contacto casual? Sí 1 __ No 2 __			
613	¿Su pareja ocasional o contacto casual vive con el VIH? Sí 1 __ No 2 __ NS 3 __ NR 4 __			

## VII. Relaciones sexuales con mujeres

701	 <b>ENCUESTADOR(A):</b> Verifique pregunta 304 ¿Esa primera relación sexual fue con un hombre o una mujer? Hombre 1 __ Mujer 2 <i>(IR 703)</i> Transgénero 3 <i>(IR 703)</i>			
702	¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales con una mujer? Sí 1 __ No 2 __ <i>(IR 801)</i> NR 3 __ <i>(IR 801)</i>			
703	Aproximadamente ¿Con cuántas mujeres ha tenido relaciones sexuales durante los últimos <b>12 meses contados hasta ayer?</b>     Ninguna <i>(IR 801)</i>			
<b>703. a.</b>  <b>En esta encuesta se ha definido que una pareja estable mujer es con quien ha tenido relaciones sexuales por más de 6 meses, de quien no ha recibido dinero y a quien no le ha pagado por las relaciones sexuales.</b>				
704	¿Usted tiene una pareja estable mujer? Sí 1 No 2 <i>(IR 708)</i> NR <i>(IR 708)</i>			
705	La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable mujer ¿usaron condón? Sí 1 <i>(IR 707)</i> No 2			



¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón <b>la última vez</b> que tuvo <b>relaciones sexuales anales o vaginales</b> con su pareja mujer ocasional? ( <i>Esperar respuesta</i> )					
	SI	NO		SI	NO
710	a. A la pareja no le gusta		n. Siente vergüenza de pedir el condón		
	b. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo		o. Le causa irritación		
	c. A usted no le gusta		p. Nunca lo ha pensado		
	d. Usted cree que disminuiría el sentir placer		q. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol		
	e. Son difíciles de conseguir		r. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas		
	f. Usted estaba bajo los efectos del alcohol		s. Porque ambos viven con el virus		
	g. Usted estaba bajo los efectos de las drogas		t. La pareja está tomando tratamiento antirretroviral		
	h. Usted estaba excitado		u. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos		
	i. Cree que no es seguro		v. La relación sexual fue sin su consentimiento		
	j. Cree que la pareja no tiene VIH o alguna ITS		w. Hay sentimientos de afecto		
	k. Confía en la fidelidad de su pareja		x. No quiso usar condón por erotismo		
	l. Son caros		y. Desean tener hijos		
	m. No consiguió en ese momento				
711	De manera general ¿Con que frecuencia usted usa condón con la(s) parejas mujer(es) ocasionales con la(s) cual(es) tuvo relaciones sexuales en <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer</b> ?				
	Siempre	1__	Algunas veces	3__	
	La mayoría de veces	2__	Nunca	4__	

## VIII. Trabajo sexual

801	¿Alguna vez en su vida ha recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas? Sí 1 No 2 (IR 901) NR 3 (IR 901)
802	Aproximadamente ¿Qué edad tenía la primera vez que recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas? "Si no recuerda la edad de la persona coloque 999"     años No recuerda
803	¿La primera vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas a cambio de dinero fue bajo su consentimiento? Sí 1 No 2 NS/NR 3
804	En <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer</b> ¿ha recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas? Sí 1 No 2 → 901 NR 3 → 901

	¿Qué tipo de servicios ofrece a los clientes? ( <i>Esperar respuesta</i> )				
805	Sexo anal	1	Sexo vaginal	4	
	Sexo oral	2	Otro ¿cuál?	5	
	Masturbación (propia o del cliente)	3			
806	¿El sexo comercial es su principal fuente de ingresos?		Sí 1	No 2	
	¿El tiempo que usted se dedicó al sexo comercial en los últimos 12 meses contados hasta ayer fue?				
807	Todos los días	1	Pocos días	4	
	La mayoría de los días	2	Por temporadas	5	
	Algunos días	3			
808	En los últimos (30) días contados hasta ayer aproximadamente ¿cuántos clientes ha tenido?			NS/NR	Ninguno

	¿En qué lugar o de qué forma consigue a sus clientes? ( <i>Esperar respuesta</i> )				
809	Salón de masajes / Saunas / Baños turcos/ Salas o cabinas de video X	1	Páginas de internet y otros medios de comunicación	3	
	Bar / Discoteca / Taberna /lugares swinger y otros lugares	2	A través de otras personas	4	
	Otro ¿cuál?	5			
	¿En qué sitios tiene relaciones sexuales con sus clientes? ( <i>Esperar respuesta</i> )				
810	Lugares como salones de masajes, baños turcos, casas de citas, moteles, salas o cabinas de internet o video	1	Espacios privados como la casa, oficina del cliente, lugar de la fiesta para tener sexo	3	
	Lugares públicos como centros comerciales, baños públicos, dentro de carros, bares, discotecas o tabernas	2	Otro ¿cuál?	5	
	¿Con quienes ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero?				
811	Hombres	a	Transgénero (travestis, transformistas, transexuales)	c	
	Mujeres	b			
	Aproximadamente ¿cuántas personas le pagaron por tener relaciones sexuales penetrativas en los últimos 30 días contados hasta ayer?				
812	Hombres	a.	➔		Ninguno
	Mujeres	b.	➔		Ninguno
	Transgeneristas (travestis, transexuales, transformistas)	c.	➔		Ninguno
	<b>TOTAL</b>				

<b>813</b>	Aproximadamente ¿cuántos clientes tuvo el último día que recibió pago por tener relaciones sexuales penetrativas? 
<b>814</b>	La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas orales, anales o vaginales, ¿usted, o el cliente utilizaron un condón? Sí 1 ____ (IR 816) No 2 ____
<b>815</b>	¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas a cambio de dinero? (Esperar respuesta)

		Si	No		Si	No
	a. Al cliente no le gusta			l. No consiguió en ese momento		
	b. El cliente no estaba de acuerdo en usarlo			m. Siente vergüenza de pedir el condón		
	c. A usted no le gusta			n. Le causa irritación		
	d. Usted cree que disminuiría el sentir placer			o. Nunca lo ha pensado		
	e. Son difíciles de conseguir			p. El cliente estaba bajo los efectos del alcohol		
	f. Usted estaba bajo los efectos del alcohol			q. El cliente estaba bajo los efectos de las drogas		
	g. Usted estaba bajo los efectos de las drogas			r. El cliente está tomando tratamiento antirretroviral		
	h. Usted estaba excitado			s. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos		
	i. Cree que no es seguro			t. La relación sexual fue sin su consentimiento		
	j. Cree que el cliente no tiene VIH o alguna ITS			u. Hay sentimientos de afecto		
	k. Son caros			v. No quiso usar condón por erotismo		
<b>816</b>	¿Con qué frecuencia usted y los clientes de los que recibe dinero usaron condón cuando tuvieron relaciones sexuales penetrativas en los últimos 12 meses calendario?					
	Siempre	1	__	Algunas veces	3	__
	La mayoría de veces	2	__	Nunca	4	__
<b>817</b>	¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con los clientes de los que ha recibido dinero?					
	Sí, con todos	1		No, con ninguno	3	
	Si, con algunos	2				
<b>818</b>	De los últimos 10 clientes hombres de los que recibe dinero por tener relaciones sexuales ¿cuántos eran nuevos? _____ Ninguno					
<b>819</b>	¿Ha tenido clientes hombres de los que recibe dinero por tener relaciones sexuales frecuentemente? Sí 1 ____ No 2 ____ (IR 901) NS/NR 3 (IR 901)					
<b>820</b>	La última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente frecuente ¿usted o el cliente utilizaron un condón?					
		Sí 1	____	(IR 822)	No 2	____

¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que tuvo relaciones sexuales con ese cliente? ( <i>Esperar respuesta</i> )							
		SI	NO			SI	NO
821	a. Al cliente no le gusta			l. No consiguió en ese momento			
	b. El cliente no estaba de acuerdo en usarlo			m. Siente vergüenza de pedir el condón			
	c. A usted no le gusta			n. Le causa irritación			
	d. Usted cree que disminuiría el sentir placer			o. Nunca lo ha pensado			
	e. Son difíciles de conseguir			p. El cliente estaba bajo los efectos del alcohol			
	f. Usted estaba bajo los efectos del alcohol			q. El cliente estaba bajo los efectos de las drogas			
	g. Usted estaba bajo los efectos de las drogas			r. El cliente está tomando tratamiento antirretroviral			
	h. Usted estaba excitado			s. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos			
	i. Cree que no es seguro			t. La relación sexual fue sin su consentimiento			
	j. Cree que el cliente no tiene VIH o alguna ITS			u. Hay sentimientos de afecto			
	k. Son caros			v. No quiso usar condón por erotismo			
822	En los <b>últimos 12 meses contados hasta ayer</b> , ¿con qué frecuencia usted y los clientes de los que recibe dinero frecuentemente usan condón cuando tienen relaciones sexuales penetrativas?						
	Siempre 1 _____			Algunas veces 3 _____			
	La mayoría de veces 2 _____			Nunca 4 _____			

## IX. Pago por relaciones sexuales

901	¿Alguna vez en su vida ha dado dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas? Sí 1 _____ No 2 _____ (IR 1000 a) NR 3_____ (IR 1000a)	
902	Aproximadamente ¿Qué edad tenía la primera vez que dio dinero a cambio de tener relaciones sexuales? _____ años No recuerda _____	
903	En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿ha dado dinero a cambio tener relaciones sexuales? Sí 1 _____ No 2 _____ (IR 1000a) NR 3_____ (IR 1000a)	
904	¿Qué tipo de servicios sexuales recibe de las personas a las cuales les paga? ( <i>Esperar respuesta</i> )	
	a. Sexo anal	e. Charlar o conversar
	b. Sexo oral	f. Compañía
	c. Masturbación (propia o de la persona que recibe el pago)	g. Masajes

	d. Sexo vaginal	h. Otro ¿cuál? _____
<b>905</b>	En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿cuántas veces ha pagado por tener relaciones sexuales?         No recuerda	
<b>906</b>	En los últimos 12 meses contados hasta ayer usted ha pagado por tener relaciones sexuales a: (Leer opciones)	
	a. Hombres	c. Transgénero
	b. Mujeres	
<b>907</b>	¿En qué lugar o de qué forma ha conseguido usted, las personas a las que les paga para tener relaciones sexuales? ( <i>Esperar respuesta</i> )	
	Salón de masajes / Saunas / Baños turcos/ Salas o cabinas de video X 1	Páginas de internet y otros medios de comunicación 3
	Bar / Discoteca / Taberna /lugares swinger y otros lugares 2	A través de otras personas 4
	Otro ¿cuál? 5	
<b>908</b>	¿En qué sitios tiene relaciones sexuales con las personas a las que les paga? ( <i>Esperar respuesta</i> )	
	Lugares como salones de masajes, baños turcos, casas de citas, moteles, salas o cabinas de internet o video 1	Espacios privados como la casa, oficina del cliente, lugar de la fiesta para tener sexo 3
	Lugares públicos como centros comerciales, baños públicos, dentro de carros, bares, discotecas o tabernas 2	Otro ¿cuál? 5
<b>909</b>	La última vez que pagó para tener relaciones sexuales con alguna persona (hombre, transgénero y/o mujer ), ¿utilizaron condón? Sí 1 ____ ( <b>IR 911</b> ) No 2 ____	

¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la última vez que le pago a una persona (hombre, transgénero y/o mujer), para tener relaciones sexuales penetrativas? (Esperar respuesta)					
		Si	No		
910	a. A la pareja comercial no le gusta			l. No consiguió en ese momento	
	b. La pareja comercial no estaba de acuerdo en usarlo			m. Siente vergüenza de pedir el condón	
	c. A usted no le gusta			n. Le causa irritación	
	d. Usted cree que disminuiría el sentir placer			o. Nunca lo ha pensado	
	e. Son difíciles de conseguir			p. La pareja comercial estaba bajo los efectos del alcohol	
	f. Usted estaba bajo los efectos del alcohol			q. La pareja comercial estaba bajo los efectos de las drogas	
	g. Usted estaba bajo los efectos de las drogas			r. La pareja comercial está tomando tratamiento antirretroviral	
	h. Usted estaba excitado			s. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos	
	i. Cree que no es seguro			t. La relación sexual fue sin su consentimiento	
	j. Cree que la pareja comercial no tiene VIH o alguna ITS			u. Hay sentimientos de afecto	
	k. Son caros			v. No quiso usar condón por erotismo	
911	En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿Con que frecuencia usted y las personas a las que les ha pagado para tener relaciones sexuales penetrativas, usaron condón?				
	Siempre	1__	Algunas veces	3__	
	La mayoría de veces	2__	Nunca	4__	
912	¿Alguna vez ha hablado sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH o Sida con las personas a las que les paga para tener relaciones sexuales?				
	Sí, con todos	1__	No, con ninguno	3__	
	Sí, con algunos	2__			


## Conocimientos y actitudes frente al condón y lubricante


**1000. a.** ¿En la última relación ANAL uso el condón? SI\_\_ No \_\_

**1001 a.**  ENCUESTADOR(A): Verifique pregunta 306, 401, 508, 512, 603, 609, 705, 709, 814, 820 y 909  
¿Uso del condón?

Sí 1 (IR 1003) No 2

**1001** ¿Ha oído hablar sobre el condón? Sí 1 No 2 (IR 1019)

1033	¿Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón? Sí 1 No 2 (IR 1019)		
1002	¿Alguna vez ha usado un condón masculino al tener relaciones sexuales? Sí 1 No 2 (IR 1019)		
1003	¿Conoce algún lugar donde pueda comprar o conseguir condones? Sí 1 No 2 (IR 1019)		
1004	¿Qué lugares conoce para conseguir o comprar condones? ( <i>Esperar respuesta</i> )		
	Tienda/cigarrería/Farmacia/Supermercado	1	Organizaciones no gubernamentales 4
	Instituciones de salud	2	Otros ¿cuáles? 5
	Lugares de encuentro como discotecas, cabinas, bares, saunas, moteles	3	
1005	¿Conoce alguna(s) persona(s) con quien(es) pueda conseguir condones? Sí 1 No 2 (IR 1007)		
	¿Qué personas conoce para conseguir condones? ( <i>Esperar respuesta</i> )		
1006	Trabajador de la salud	1	Familia 3
	Amigos	2	Otros ¿cuáles? 4
	¿Cuánto tiempo tardaría en conseguir un condón masculino, en caso de necesitarlo?		
1007	Menos de 30 minutos	1	Más de 1 hora 3
	De 30 minutos a 1 hora	2	NS/NR 4
	¿En dónde guarda los condones PRINCIPALMENTE? ( <i>Esperar respuesta</i> )		
1008	Los trae consigo (bolsillos de la ropa)	1	En la billetera 4
	En la maleta o mochila	2	Nunca guarda condones 5
	En el lugar de residencia	3	Otro ¿Cuál? 6
1009	¿Cuántos condones tiene consigo en este momento?     Ninguno 1 (IR 1011)		
	 <b>ENCUESTADOR: Solicite al encuestado que le muestre los condones que tiene en ese momento</b> <b>a.</b> ¿Cuántos condones vio?     Condones Ninguno o no los mostró 1 (IR 1011)		
1010	<b>b.</b> ¿De dónde los sacó?		
	Maleta o mochila	1	Bolsillos de la chaqueta o camisa 4
	Billetera	2	Zapatos 5
	Bolsillos del pantalón	3	Otro ¿Cuál? 6
	¿Con que frecuencia usa condones cuando tiene relaciones sexuales?		
1011	Siempre	1	Algunas veces 3
	La mayoría de veces	2	Nunca 4 (IR 1013)
	¿Por qué usa condón? ( <i>Esperar respuesta</i> )		
1012	Comodidad / Costumbre / Higiene	1	Vivo con el VIH 4
	Para prevenir una ITS /VIH	2	Otro ¿Cuál? 5
	Para prevenir un embarazo	3	

 **ENCUESTADOR(A):** Verifique pregunta **1011** ¿Con que frecuencia usa condones cuando tiene relaciones sexuales?  
Siempre 1 **(IR 1014)**

¿En cuales situaciones <b>NO</b> ha utilizado el condón? ( <i>Esperar respuesta</i> )					
		Si	No		
				Si	No
<b>1013</b>	a. Cuando ha estado bajo los efectos del alcohol			k. Cuando confía en la fidelidad de la pareja	
	b. Cuando ha estado bajo los efectos de las drogas			l. Cuando ha sentido vergüenza de pedir el condón	
	c. Cuando tiene relaciones sexuales con la pareja estable			m. Cuando la pareja ha estado bajo los efectos del alcohol	
	d. Cuando tiene relaciones sexuales con parejas ocasionales o contactos casuales			n. Cuando la pareja ha estado bajo los efectos de las drogas	
	e. Cuando paga para tener relaciones sexuales			o. Cuando sabe que la pareja está tomando tratamiento antirretroviral	
	f. Cuando le pagan para tener relaciones sexuales			p. Cuando la relación ha sido sin su consentimiento	
	g. Cuando esta excitado			q. Cuando le gusta correr riesgos	
	h. Cuando la pareja no ha estado de acuerdo en utilizarlo			r. Cuando hay sentimientos de afecto	
	i. Cuando no ha conseguido			s. Por erotismo	
	j. Cuando cree que la pareja no tiene VIH o algunas ITS			t. Cuando ha querido tener hijos	
	<b>1014</b>	La <b>SEMANA PASADA, CONTADA DE LUNES A DOMINGO</b> ¿cuántos condones compró?     Condones      Ninguno 1			
<b>1015</b>	La última vez que compró ¿cuánto pago por cada condón? (unidad) \$ .				
	No recuerda      Nunca ha comprado <b>(IR 1017)</b>				
¿En dónde compró los condones la <b>ÚLTIMA VEZ?</b> ( <i>Esperar respuesta</i> )					
<b>1016</b>	Tienda/cigarrería/Farmacia/Supermercado	1		Organizaciones no gubernamentales	4
	Instituciones de salud	2		Otros ¿cuáles?	5
	Lugares de encuentro como discotecas, cabinas, bares, saunas, moteles	3			
<b>1017</b>	De las últimas 10 veces que usó condones				
	a. ¿Cuántas veces se le han roto los condones?			NS/NR	
	b. ¿Cuántas veces se le han desacomodado, corrido o movido los condones?			NS/NR	
	c. ¿Cuántas veces se le han zafado o salido los condones?			NS/NR	

	De las veces que usted ha usado el condón, en los últimos 12 meses contados hasta ayer,			
1018	a. ¿Cuántas veces ha roto el condón intencionalmente?			
	b. ¿Cuántas veces ha fingido el uso del condón?			
1019	¿Cuántos condones recibió <b>GRATIS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES contados hasta ayer?</b> Sin información 999, No he recibido condones gratis ingrese 998 y pase a la siguiente sección, Recuerde los condones que se les da en el estudio no cuentan para el cálculo..     Condones          No recibió condones gratis <b>(IR 1021)</b>			
	¿En qué sitio(s) o quién(es) se los ha suministrado? ( <i>Esperar respuesta</i> )			
1020	Trabajador de la salud	1	Familia	3
	Amigos	2	Otros ¿cuáles?	4
1021	¿Ha oído hablar sobre los lubricantes para tener relaciones sexuales?	Sí 1	No 2	➔ 1101
1022	¿Alguna vez ha usado lubricantes al tener relaciones sexuales penetrativas?	Sí 1	No 2	➔ 1030
	¿Qué sustancia usa comúnmente como lubricante? ( <b>Leer opciones</b> )			
1023	Lubricante a base de agua	1	Mantequilla, aceite de cocina, miel	3
	Vaselina/Cremas para la piel/ Gel vaginal/ Aceite de bebé/Cremas para el cuidado del cabello	2	Otro ¿Cuál?	4
1024	¿Conoce algún <b>lugar</b> donde pueda comprar o conseguir lubricantes?	Sí 1	No 2	<b>(IR 1026)</b>
	¿Qué lugares conoce para conseguir o comprar lubricantes? ( <i>Esperar respuesta</i> )			
1025	Tienda/cigarrería/Farmacia/Supermercado	1	Organizaciones no gubernamentales	4
	Instituciones de salud	2	Otros ¿cuáles?	5
	Lugares de encuentro como discotecas, cabinas, bares, saunas, moteles	3		
1026	¿Conoce alguna(s) <b>persona(s)</b> con quien(es) pueda conseguir lubricantes?	Sí 1	No 2	<b>(IR 1028)</b>
	¿Qué personas conoce para conseguir lubricantes? ( <i>Esperar respuesta</i> )			
1027	Trabajador de la salud	1	Familia	3
	Amigos	2	Otros ¿cuáles?	4
	¿Con qué frecuencia ha usado lubricantes cuando tiene <b>relaciones sexuales</b> en <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer?</b> ( <b>Leer opciones</b> )			
1028	Siempre	1	Algunas veces	3
	La mayoría de veces	2	Nunca	4 <b>(IR 1030)</b>
	¿Por qué usa lubricantes?			
1029	Reducen el dolor	1	Para prevenir la ruptura del condón / Para tener sexo seguro	3 <b>(IR 1031)</b>
	Por placer / Por juego sexual	2	Otro ¿Cuál?	4 <b>(IR 1031)</b>


	¿Cuál o cuáles son los motivos por los cuales <b>NO</b> ha usado lubricantes (en todas sus relaciones sexuales) ? (Esperar respuesta)	
1030	A la pareja no le gusta/ Al participante no le gusta	Porque el condón ya tiene / no es necesario
	Problemas de acceso (caros, difíciles de conseguir)	Otro ¿Cuál? 4
1031	¿Qué información le gustaría conocer para que los HSH incrementen el uso del condón en sus relaciones sexuales?	_____
1032	¿Qué medio de comunicación cree que sería el más indicado para promover esa campaña?	_____

## XI. Salud – infecciones de transmisión sexual (ITS)


1101	¿Ha oído de las infecciones que se pueden transmitir al tener relaciones sexuales? Sí 1 No 2 (IR 1201)	
1102	¿En los últimos 12 meses, ha tenido alguna infección de transmisión sexual? Sí 1 No 2 (IR 1107) NS/NR 3 (IR 1107)	
	¿Cuál o cuáles infecciones de transmisión sexual le han diagnosticado en un servicio de salud (médico)? (Esperar respuesta)	
1103	a. Gonorrea	e. Sífilis
	b. Clamidiasis	f. Hepatitis B
	c. Herpes	g. Otra, ¿cuál?
	d. Condilomas/ verrugas genitales	
1104	¿Para esa o esas infecciones que tuvo, recibió tratamiento médico? Sí 1 ____ (IR 1106) No 2 ____ (IR 1105)	
	¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento médico?	
1105	a. No tenía dinero para comprarlo	e. No sabía cómo adquirirlo
	b. No tenía carné de aseguramiento	f. Por falta de tiempo
	c. Por vergüenza, ansiedad o temor para solicitarlo	g. El médico no lo ordenó
	d. Por temor a ser discriminado	h. Otro ¿cuál?
1106	La última vez que tuvo una <b>infección de transmisión sexual</b> ¿usó condones al tener relaciones sexuales? Sí 1 No 2 No tuvo relaciones sexuales 3 No Responde 4	
1107	¿Durante <b>LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA AYER</b> usted hizo algo para protegerse de una infección de transmisión sexual? Sí 1 No 2 (IR 1201)	

	¿Qué cosa o cosas hizo durante el <b>LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA AYER</b> para protegerse de una infección de transmisión sexual? ( <i>Esperar respuesta</i> )		
1108	a. Usar condón	e. Lavado de los genitales y el ano del participante al terminar la relación sexual	
	b. Revisar la zona genital o anal de la pareja antes de tener relaciones sexuales	f. Usar lubricantes	
	c. Lavar la zona genital o anal de la pareja con jabón antes de tener relaciones sexuales	g. No hizo nada	
	d. Limpiar la zona genital o anal de la pareja con una sustancia desinfectante antes de tener relaciones sexuales	g. Otro, ¿cuál?	
1109	¿En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, se ha realizado pruebas diagnósticas de Infecciones de transmisión sexual?	Sí 1	No 2

## XII. Conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH-SIDA / pruebas de detección

1201	¿Ha oído hablar sobre el VIH o el SIDA? Sí 1 No 2 ( <i>IR 1301</i> )		
1202	La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por: ( <b>Leer opciones</b> )		
	a. Televisión, radio o prensa	f. Compañeros de trabajo	
	b. Instituciones de salud	g. Organización no gubernamental	
	c. Establecimiento educativo	h. Liga de lucha contra el SIDA	
	d. Familia	i. Campañas promovidas por alguna entidad	
	e. Amigos	j. Otro ¿cuál?	
1203	¿Conoce a alguien que tenga la infección por el VIH o que haya muerto de SIDA? Sí 1 No 2 ( <i>IR 1206</i> )		
1204	¿Algún familiar o amigo cercano vive con el VIH o se ha muerto de SIDA?		
	a. Sí, un familiar	c. No, nadie cercano	
	b. Sí, un amigo cercano		
1205	¿A cuántas personas conoce que viven con el VIH?		Ninguno
1206	¿Ha participado en los <b>ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER</b> , en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA?	Sí 1	No 2 →  1208.a.

	¿Qué entidad(es) le han brindado las actividades de información o educación sobre VIH / SIDA? (Esperar respuesta)	
1207	a. Hospital / Centro de salud	e. Otros grupos
	b. Clínica / Medicina prepagada	f. Alcaldía o Secretarías
	c. Organizaciones (NO gubernamentales o fundaciones)	g. Lugar donde trabaja o trabajó
	d. Iglesias	h. Otro ¿cuál?

**1208. a**  **ENCUESTADOR Lea al encuestado: “Con las preguntas que le voy a leer a continuación se quiere saber lo que usted cree y conoce acerca de la prevención del VIH/SIDA, por lo que no hay respuestas correctas e incorrectas, solamente se busca conocer su opinión”.**

1208	¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final <b>de cada una y en todas</b> las relaciones sexuales?	Sí 1	No 2	NS 3
1209	¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales?	Sí 1	No 2	NS 3

 **ENCUESTADOR Lea al entrevistado: “Con las preguntas que le voy a leer a continuación se quiere saber lo que usted cree y conoce acerca de la transmisión del VIH/SIDA, por lo que no hay respuestas correctas e incorrectas, solamente se busca conocer su opinión”.**

1210	¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?	Sí 1	No 2	NS 3
1211	¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a?	Sí 1	No 2	NS 3
1212	¿Cree que una persona que <b>se ve sana</b> puede estar infectada con el VIH?	Sí 1	No 2	NS 3

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

1213	¿Dentro de su ambiente familiar o laboral es posible recibir el resultado de una prueba de VIH de manera confidencial?	Sí 1	No 2	
1214	¿Alguna <b>vez en la vida</b> se ha realizado la prueba para detectar el VIH?	Si 1	No 2	
1215	<b>EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER</b> ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?	Sí 1	No 2	(IR 1217)
	¿Cuando usted se hizo la prueba fue: ( <b>Leer opciones</b> )			
1216	Por su propia iniciativa y percepción de riesgo (Tuvó sexo desprotegido/ Pareja con VIH /Un conocido o familiar murió de SIDA)	1	Se la realizaron por donación de sangre/ En alguna campaña / En un estudio	3
	Solicitud de trabajo / Por razones normativas (afiliación a EPS / medicina prepagada)	2	La solicitó el personal de salud / Tenía síntomas de ITS	4
1217	¿Hace cuántos meses se hizo una prueba de VIH?	Meses		
1218	Esa última vez que se hizo la prueba de VIH ¿recibió algún tipo de asesoría o consejería?	Sí 1	No 2	(IR 1222) NR 3 (IR 1222)



	En la atención integral que recibe ¿cuales servicios le están brindando? ( <i>Leer opciones</i> )		
1226	a. Información sobre prevención		d. Seguimiento médico
	b. Entrega de condones		e. Seguimiento con ayudas diagnósticas (exámenes de laboratorio)
	c. Tratamiento antirretroviral		
1227	¿Usted ha recibido terapia antirretroviral en los últimos 12 meses?		Si 1 No 2
	Esa última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la hizo? ( <i>Esperar respuesta</i> )		
1228	Centro de Salud/ Hospital/ Clínica	1	Organización/ En una campaña 3
	Laboratorio clínico particular	2	Banco de Sangre 4
1229	¿Considera que tiene algún grado de vulnerabilidad o se encuentra en riesgo para adquirir el VIH o de reinfectarse? Sí 1 No 2_ ( <i>IR 1231</i> )		
	¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que tiene? ( <i>Leer opciones</i> )		
1230	Alto	1	Bajo 3
	Medio	2	No sabe / No responde 4
1231	¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea realizarse una prueba de VIH?		Sí 1 No 2
1016	Desde el año 2017, diferentes organizaciones han desarrollado actividades educativas sobre VIH en el marco del Proyecto de VIH del Fondo Mundial que está operando Fonade en la ciudad, ¿ha participado de estas actividades? Sí 1 No 2		
1017	En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, ha recibido condones o lubricantes de ONG, servicios de salud u otros		Si 1 No 2
1018	En los últimos tres (3) meses contados hasta ayer, ha recibido consejería sobre el uso del condón y sexo seguro		Si 1 No 2
<b>Terapia pre-exposición PrEP</b>			
1232	¿Ha oído hablar de la terapia pre-exposición o PrEP?		Si 1 No 2
1233	¿Alguna vez ha tomado terapia pre-exposición (PrEP)?		Si 1 No 2
1034	La terapia pre-exposición (PrEP) tiene efectos secundarios similares a otros medicamentos utilizados para tratar el VIH. ¿Tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH?		Si 1 No 2
1035	¿Ha oído hablar de la terapia postexposición o PEP?		Si 1 No 2
1036	¿Alguna vez ha tomado terapia postexposición (PEP)?		

### XIII. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

1301	Además de sus parejas sexuales ¿alguien conoce su práctica sexual con otros hombres?	Sí 1	No 2
------	--	------	------

¿Quién o quienes conocen su práctica sexual con otros hombres? ( <i>Esperar respuesta</i> )					
		Si	No		
1302	a. Padre			f. Otro familiar	
	b. Madre			g. En el trabajo / en el estudio	
	c. Pareja mujer			h. Amigos	
	d. Hermanos			i. Vecinos	
	e. Hijos				
1303	¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 __ No 2 __ (IR 1305) Mi familia no sabe 3 (IR 1305)				
¿Cómo ha influido el desprecio o rechazo en sus relaciones familiares? ( <i>Leer opciones</i> )					
1304	a. Fue excluido de actividades familiares		c. Ha tenido que fingir su orientación sexual		
	b. Ha tenido que cambiar de lugar de residencia		d. Otro ¿cuál? _____		
1305	¿En <i>los</i> últimos <i>12 meses calendario</i> ha sufrido algún tipo de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres? Sí 1__ No 2__ ( <i>IR 1309</i> )				
¿Quién o quiénes, <b>en los últimos 12 meses</b> , lo han rechazado por su práctica sexual con otros hombres? ( <i>Leer opciones</i> )					
1306	a. Fuerzas armadas (policía o militares)		g. Compañero/a de trabajo		
	b. Religiosos		h. Profesores o docentes de estudio		
	c. Profesionales de la salud		i. Compañero/a de estudio		
	d. Amigos		j. Desconocidos		
	e. Conocidos o vecinos, no amigos, no familiares		k. Otro, ¿cuál? _____		
	f. Jefes o Superiores de trabajo				
¿Cuál o cuáles fueron los tipos de discriminación o rechazo por su práctica sexual con otros hombres? ( <i>Leer opciones</i> )					
1307	a. Ha sido excluido de actividades sociales		e. Ha tenido que fingir su orientación sexual para obtener un trabajo o ingresar a alguna institución educativa		
	b. Ha sido excluido de actividades laborales		f. Le han solicitado la prueba de VIH		
	c. Le han solicitado la renuncia o lo han despedido		g. Fue negado su ingreso o inscripción a alguna institución laboral o educativa		
	d. Le negaron un ascenso laboral		h. Otro ¿cuál?		
¿Con que frecuencia ha sido rechazado por su práctica sexual con otros hombres?:					
1308	Siempre	1	Algunas veces	3	
	Casi siempre	2	Nunca	4	

1309	¿Conoce a alguien a quien le hayan solicitado la prueba de VIH por su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 ___ No 2 ___	
1310	¿En los últimos 12 meses le han negado la compra de algún(os) bienes o servicios (comprar o arrendar una vivienda, diversión o recreación, hospedaje temporal) por su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 ___ No 2 ___ (IR 1312)	
1311	¿Cuál o cuáles de los siguientes servicios le han negado por su práctica sexual con otros hombres? ( <i>Leer opciones</i> )	
	a. Comprar o arrendar una vivienda	e. Servicios religiosos o espirituales
	b. Atención en alguna tienda de autoservicio o restaurante	f. Diversión o recreación
	c. Atención en algún servicio de salud	g. Hospedaje temporal
	d. Atención en la tienda/cigarrería /droguería / panadería del barrio en donde vive	h. Otro, ¿cuál? _____
1312	¿En los últimos 12 meses ha recibido algún tipo de maltrato en los servicios de salud por su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 ___ No 2 ___	
1313	Cuando recibe servicios de salud, ¿considera necesario ocultar su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 ___ No 2 ___	
1314	Cuándo recibe servicios de salud, ¿tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 ___ No 2 ___	
1315	¿Ha solicitado apoyo o ha acudido a denunciar algún hecho discriminatorio por su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 ___ No 2 ___ (IR 1317)	
1316	¿A dónde acudió? ( <i>Leer opciones</i> )	
	Ministerio público (policía, fiscalía, comisarías) 1	Las universidades 8
	Organismo de la Sociedad Civil (Veeduría, controlaría y personería) 2	Asociaciones cívicas y comunitarias que trabajan en su barrio o localidad 9
	Comisión de Derechos Humanos 3	ONG 10
	Organización LGBT 4	Empresa privada / empresarios 11
	Los medios de comunicación 5	Organizaciones religiosas 12
	JAC de su barrio o localidad 6	Otro, ¿cuál? 13
	Las iglesias 7	
1317	Durante últimos 12 meses contados hasta ayer, ¿alguna de sus parejas sexuales lo obligó a tener relaciones sexuales, a pesar de que usted no quería? Sí 1 ___ No 2 ___ NS/NR 3	
1318	¿En esos últimos 12 meses contados hasta ayer, ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por su práctica sexual con otros hombres? Sí 1 ___ No 2 ___ (IR 1324)	
1319	<b>En los últimos 12 meses calendario</b> ¿cuál o cuáles fueron los abusos o maltratos que sufrió por su práctica sexual con otros hombres? ( <i>Esperar respuesta</i> )	
	a. Violación (abuso sexual)	d. Extorsión
	b. Maltrato físico	e. Robo o asalto
	c. Maltrato verbal	f. Otro, ¿cuál?



1326	¿Alguna vez ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento? Si 1                      No 2                      (IR 1401)		
	Los motivos por los cuales ha evitado buscar servicios de prevención, pruebas diagnósticas de VIH y/o tratamiento han sido:		
1327	a. Temor o preocupación por el estigma del personal o de los vecinos	c. Temor o preocupación por el acoso de la fuerza pública	
	b. Miedo o preocupación por violencia experimentada	d. Otro ¿cuál? _____	

## REDES SOCIALES

1401	En los últimos (6) meses contados hasta ayer, ¿cuántos hombres que han tenido sexo con otros hombres <b>conoce</b> usted y <b>ellos lo conocen a usted</b> ? _____		
1402	¿Cuántos de estos ( <b>número de la 1401</b> ) hombres viven en esta ciudad? _____		
1403	¿Cuántos de estos ( <b>número de la 1402</b> ) hombres son mayores de edad (18 años o más)? _____		
1404	¿Cuántos de estos ( <b>número de la 1403</b> ) hombres usted ha visto la última semana? _____		
1405	¿Cuántos de estos ( <b>número de la 1403</b> ) hombres usted conoce lo suficiente como para que ellos le hubiesen entregado el cupón <b>en una semana</b> , si ellos estuvieran en el estudio? _____		
1406	¿Cuántos de estos ( <b>número de la 1403</b> ) hombres usted conoce lo suficiente como para que ellos le hubiesen entregado el cupón <b>en un día</b> , si ellos estuvieran en el estudio? _____		
1407	¿A cuántos de estos ( <b>número de la 1403</b> ) hombres que usted conoce, que son mayores de edad y que viven en la ciudad los invitaría al estudio? _____		
1408	Si le diéramos ( <b>número de la 1407</b> ) cupones, ¿cuánto tiempo le tomaría entregarlos todos a conocidos suyos que tengan sexo con hombres y que sean mayores de 18 años? Días            1                      →                      _____ Meses         2                      →                      _____		
1409	Si le diéramos ( <b>número de la 1407</b> ) cupones, ¿cuántos de estos cupones usted podría entregar en exactamente 7 días, a partir de este momento a conocidos suyos que tengan sexo con hombres y que sean mayores de 18 años? 		
1410	Si le diéramos ( <b>número de la 1407</b> ) cupones, ¿cuántos de estos cupones usted podría entregar las próximas 24 horas a conocidos suyos que tengan sexo con hombres y que sean mayores de 18 años?                          Ninguno		
1411	¿Cuántos hombres que tienen sexo con otros hombres que usted conoce ya han participado en el estudio, <b>sin contar la persona que le entregó el cupón</b> ?		NS/NR


	¿Cuál fue <b>la principal razón</b> por la cual usted decidió aceptar el cupón y participar en este estudio? ( <i>Esperar respuesta</i> )			
1412	Por el incentivo económico	1	El estudio le parece interesante y / o útil	4
	Por los resultados de la prueba de VIH	2	Porque tenía tiempo libre	5
	Quién me dio el cupón me convenció	3	Otro, ¿cuál? _____	6
	¿Qué relación tiene con la persona que le entregó el cupón? ( <i>Esperar respuesta</i> )			
1413	Amigo	1	Desconocido	4
	Conocido	2	Otro, ¿cuál? _____	5
	Pareja	3		
1414	¿Participa en actividades de alguna agrupación u organización de hombres que tienen sexo con hombres (LGBT)? Sí 1__No 2 __( <i>IR 1416</i> )			
	¿Por qué participa en estas actividades? ( <i>Esperar respuesta</i> )			
1415	a. Educación		e. Para recibir asesoría (médica, jurídica)	
	b. Prevención		f. Para tener apoyo	
	c. Para conocer amigos		g. Otro ¿cuál? _____	
	d. Por trabajo			
1416	¿Tiene a alguien que le ayude en caso de necesitar dinero, comida u hospedaje?	Sí 1	No 2	
1417	¿En caso de una urgencia tiene a alguien que la pueda acompañar al doctor o al hospital?	Sí 1	No 2	
1418	¿Tiene a alguien que le ayude en caso de ser maltratado o abusado?	Sí 1	No 2	
1419	¿Cuántos hombres que tienen relaciones sexuales con hombres considera que viven en esta ciudad?   _____			
1420	¿Tiene a alguien que lo apoye en caso de que viva (viviera) con el VIH?	Sí 1	No 2	
1421	¿Asiste a sitios públicos de reunión (bares, saunas, internet)?	Sí 1	No 2 ( <i>IR 1423</i> )	
	¿En <b>los últimos 12 meses contados hasta ayer</b> a qué sitios asistió? ( <i>Leer opciones</i> )			
1422	a. Salón de masajes		e. Salas o Cabinas de video X	
	b. Saunas / Baños turcos		f. Lugares públicos (parques – calles)	
	c. Centros comerciales		g. Cabinas de internet	
	d. Bar / Discoteca / Taberna		h. Otro ¿cuál? _____	
1423	1423. Diferentes organizaciones han desarrollado actividades educativas sobre VIH en el marco del Proyecto de VIH del Fondo Mundial que está operando Fonade en la ciudad, ¿ha participado de estas actividades?	Sí 1 ( <i>IR 1430</i> )	No 2	

	1424. ¿Por qué no ha participado de las actividades educativas sobre VIH del Proyecto que está implementando Fonade en la ciudad? (Esperar respuesta)	
1424	a. No conoce sobre estas actividades	e. Está en desacuerdo con las organizaciones que ofrecen las actividades
	b. No quiere ser identificada	f. No hace parte de las organizaciones que ofrecen las actividades
	c. No tiene tiempo	g. Las actividades que ofrecen son repetidas
	d. Las actividades que brinda no le llaman la atención	h. Otro ¿cuál? _____
1430	En el mes de abril la universidad CES estuvo en diferentes sitios entregando un (objeto) ¿usted lo recibió? 1.Si ___ 2.No ___ (IR 1436)	
1431	¿El (objeto) que recibió se lo entregó un miembro de la universidad CES que se identificó como tal? 1. Si ___ (IR 1433) 2. No ___	
1432	<b>¿Quién le entregó el (objeto)? (única respuesta)</b>	
	1. Un amigo 2. Un conocido que estaba en el lugar 3. Me lo encontré	4. Mi pareja 5. El dueño del negocio
1433	1433. ¿Me puede mostrar el objeto que recibió, por favor? 1.Si ___ 2.No ___ (IR 1435)	
1434	1434. ¿Le enseñaron el (objeto) 1.Si ___ (IR 1501) 2.No	
1435	1435. ¿Cuál o cuáles son los motivos por los cuales no lleva el (objeto) con usted? (IR 1501)	
	No quiere ser identificado No le interesa No le gusta No le advirtieron que lo llevara consigo	Lo refundió Lo regaló a un amigo Otro _____
1436	1436. ¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no recibió el (objeto)?	
	No se detuvo para recibirlo b. No quiso ser identificado c. No le interesa d. No le gusto	e. Nunca se lo ofrecieron f. No estuvo en estos lugares ese fin de semana g. Otro _____



¿CON QUIÉN O QUIENES se inyecta las drogas?			
1507	a. Amigos		e. Pareja a quien le paga por tener relaciones sexuales
	b. Compañeros de trabajo o estudio		f. Pareja que le paga por tener relaciones sexuales
	c. Pareja estable		g. Desconocidos
	d. Pareja ocasional		h. Otro ¿cuál?

## XVI. Prueba de VIH

 <b>ENCUESTADOR(A):</b> transcriba la siguiente información del <b>consentimiento informado para la recolección de la muestra de sangre:</b>			
1601	Número del consentimiento:	Número del casete I:	
	Número del casete II:		
	Resultado: Sí aceptó y firmó 1    No aceptó 2		
1602	Resultado de la prueba rápida: Reactiva 1.	No reactiva 2.	
1603	Resultado muestra sangre seca: Positivo 1.	Negativo 2.	Indeterminado 3.    No aplica 4.




T114	¿Está de acuerdo con participar en el estudio ?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
T115	¿Por qué no desea participar? (no leer las opciones y marcar todas las categorías que apliquen)	<input type="checkbox"/> 1. Está ocupado <input type="checkbox"/> 2. Temor a ser identificado como HSH <input type="checkbox"/> 3. Desconfianza en la confidencialidad <input type="checkbox"/> 4. Temor a la prueba de VIH <input type="checkbox"/> 5. No le interesa <input type="checkbox"/> 6. No vale la pena por el agradecimiento <input type="checkbox"/> 7. Ya participó en el estudio <input type="checkbox"/> 8. Otro: _____
PARA EL(A) AUXILIAR ADMINISTRATIVO (A): Por favor indicar "Sí" o "No" a las siguientes declaraciones:		
	¿Participante comprende la información suministrada para el desarrollo de la encuesta?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Agradezca y termine la encuesta
	¿Participante está bajo los efectos de alcohol o drogas psicoactivas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> Agradezca y termine la encuesta No 2 <input type="checkbox"/>

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

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

## 13.3 Anexo 3. Consentimiento informado del estudio

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

### Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín, Cali, 2019)

**Introducción:** Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de tres ciudades de Colombia. El estudio está siendo realizado en el marco del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el VIH en Colombia que está implementando Fonade. El objetivo de este documento es brindarle información sobre el estudio, las actividades que se van a realizar y ofrecer un

espacio para que usted pregunte lo que considere necesario, con el fin que todo sea claro y de esta manera pueda decidir si desea o no participar en el estudio.

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

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

**Riesgos e Incomodidades:** No existe riesgo para usted en este estudio, pues no se le realizarán intervenciones o administrarán medicamentos. Sólo se recolectará la muestra de una gota de sangre mediante la punción en un dedo; situación que puede causar leve dolor en el lugar donde se pinche. Esta muestra se tomará exclusivamente para exámenes diagnósticos de ITS entre ellas el VIH.

Es posible que usted se sienta incómodo con algunas preguntas de naturaleza privada, sobre su sexualidad, el consumo de drogas y su historia de vida, que le hará el encuestador. Sin embargo, éstas se realizarán en un lugar discreto y bajo total confidencialidad. En casos extraordinarios, los resultados de la prueba de VIH no serán definitivos, por lo que se requerirá de una nueva muestra que se repetirá a los treinta días calendario.

**Beneficios:** La participación en el estudio y la prueba para la detección de VIH será gratuita. Al completar la Encuesta usted recibirá una compensación material por su tiempo; a su vez, con su participación tiene posibilidad de contribuir en la prevención del VIH de otros pares de su red social.

En la asesoría para la prueba se le explicará en qué consiste el virus, las formas de prevención, el apoyo que recibirá si llegase a salir positivo, y demás temas que usted considere convenientes, que podrán reforzar sus conocimientos y prácticas preventivas sobre el VIH.

Usted recibirá su resultado individual en físico para su uso personal sin costo alguno. También recibirá información sobre la forma en que podrá acceder a los resultados generales de nuestra investigación. De acuerdo con el resultado de la prueba, la persona que le realice la asesoría pos prueba, le orientará si usted necesita de alguna atención adicional, y en caso de ser necesario le remitirá a una institución especializada en atender su caso; esta atención será cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su situación de aseguramiento. Es importante aclararle que el equipo de investigación no tiene responsabilidad frente a los tratamientos o seguimientos clínicos que puedan ser sugeridos como consecuencia de los resultados de los exámenes realizados. Al finalizar la Encuesta y la recolección de la(s) muestra(s) le daremos la oportunidad de apoyarnos invitando a tres conocidos suyos a vincularse al estudio, para lo cual le indicaremos un procedimiento especial. En caso de que las tres personas invitadas acepten la invitación acercándose a la sede, completen la Encuesta y se realicen la(s) prueba(s), usted recibiría una segunda compensación por su esfuerzo y contribución a la investigación. Su participación en este proceso es voluntaria, y no hay ninguna penalización si decide no invitar a sus conocidos.

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

¿A quién acudir en caso de dudas?: Usted puede preguntar al Encuestador(a) cualquier duda que tenga, él (ella) atenderá sus inquietudes o sugerencias. Si usted tiene alguna duda o pregunta sobre el estudio, presenta alguna dificultad o si decide dejar el estudio, puede comunicarse con el(a) investigador principal Dedsy Yajaira Berbesi Fernández al correo electrónico [dberbesi@ces.edu.co](mailto:dberbesi@ces.edu.co) o al teléfono 4440555 Ext 1359. Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación, puede comunicarse con el/la Presidente(a) del Comité de Ética Rubén Manrique Hernández de la Dirección de Investigación e Innovación de la Universidad CES al teléfono en 4440555 o en el correo electrónico [rmanrique@ces.edu.co](mailto:rmanrique@ces.edu.co).

### **Aceptación del participante.**

Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios de salud, en las organizaciones comunitarias y en su trabajo.

Usted recibirá una copia de este consentimiento diligenciado a su solicitud. Antes de firmar si acepta o no, debe sentirse libre de dudas y sin presiones.

Si usted está de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio, y toda la información que se le ha proporcionado, ha sido leída y ha quedado clara, por favor

firme a continuación y marque la casilla correspondiente con su decisión:

Si acepto participar en el estudio \_\_\_\_ No acepto participar en el estudio \_\_\_\_

---

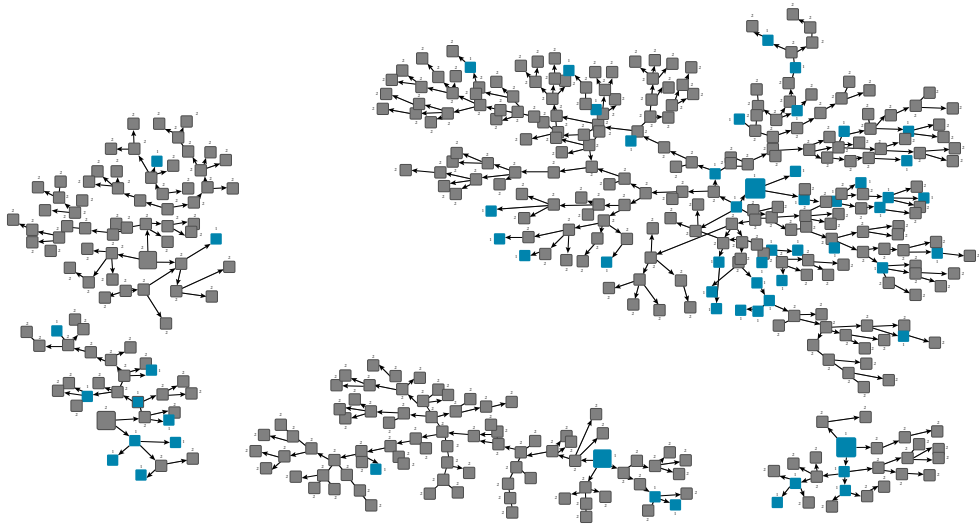
Firma

Documento No.

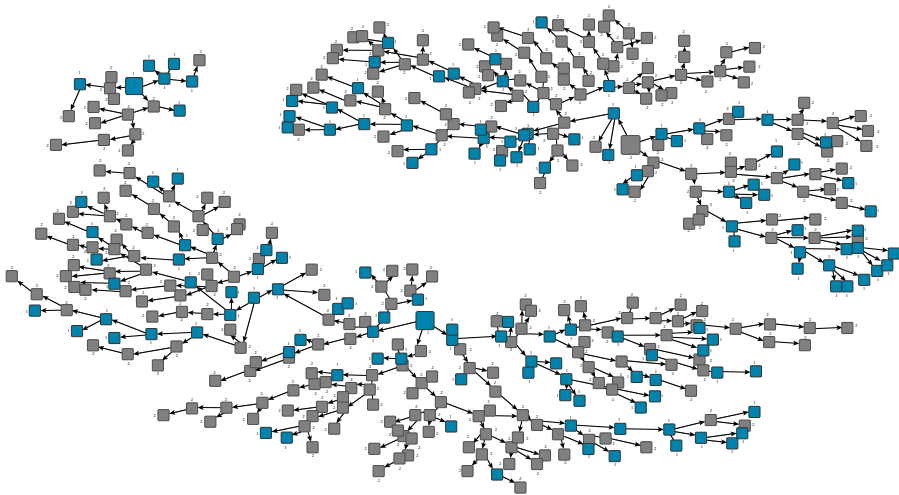
---

Firma del Facilitador del estudio

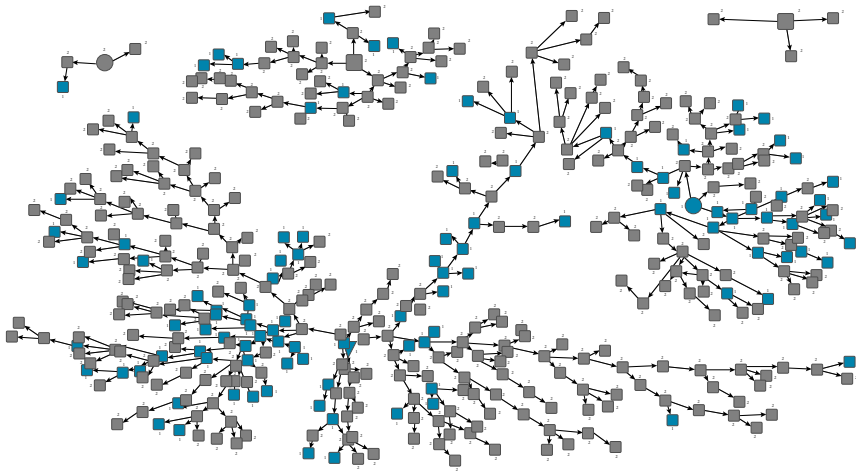
## 13.4 Anexo 4. Redes por semilla por cada una de las ciudades según VIH.



**Figura 23.** Rede de la ciudad de Medellín de HSH que tienen infección por VIH, 2019.



**Figura 24.** Rede de la ciudad de Bogotá de HSH que tienen infección por VIH, 2019.



**Figura 25.** Red de la ciudad de Cali de HSH que tienen infección por VIH, 2019.

Este libro realizado con los resultados de la investigación va dirigido a una amplia audiencia, conformada por las agencias nacionales e internacionales. Asimismo, Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Direcciones Territoriales de Salud (DTS), gremios, entidades de carácter académico-científico y Organizaciones de Base Comunitaria (OBC). La investigación contó con el apoyo y asesoramiento del Mecanismo Coordinador de País, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, y de ENTerritorio.

