

Modelo predictivo para uso del condón y consumo de alcohol como conductas de riesgo relacionadas con el contagio de VIH/SIDA en trabajadoras sexuales de Bogotá- 2015

Investigadora

Marcia Cristina Chavarriaga Ríos

marcia.chavarriaga@urosario.edu.co

marciachavarriaga@gmail.com

Universidad el Rosario-Universidad CES
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Grupo de investigación: Protección social y salud pública

Bogotá, Septiembre de 2016

Modelo predictivo para uso del condón y consumo de alcohol como conductas de riesgo relacionadas con el contagio de VIH/SIDA en trabajadoras sexuales de Bogotá- 2015

Investigadora

Marcia Cristina Chavarriaga Ríos

marcia.chavarriaga@urosario.edu.co

marciachavarriaga@gmail.com

Investigación aplicada- Informe presentado para optar al título de Magister en Epidemiología

Asesor

Milciades Ibáñez Pinilla

**Estadístico mg. Epidemiología, PhD (c) ciencias sociales
Universidad Nacional de Colombia**

Universidad el Rosario-Universidad CES
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Grupo de investigación: Protección social y salud pública

Bogotá, Septiembre de 2016

Nota de salvedad Institucional

“Las Universidades del Rosario y CES no se hacen responsables de los conceptos emitidos por los investigadores en el trabajo; solo velarán por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

DEDICATORIA

A Diosito, porque a diario me fortalece y me llena de luz en los momentos que necesito pensar.

A mi madre que está en el cielo, por enseñarme la perseverancia y disciplina en las tareas encaminadas.

A mi esposo Aldemar y mis hijos Juan José y Sebastián, por perdonarme al quitar mucho del tiempo que es para ellos y con regalarme una sonrisa y un: “tranquila, dale”, me alentaron a seguir adelante en el camino del conocimiento.

AGRADECIMIENTOS

A los profesores y directivos de la universidad CES y El Rosario, por su dedicación y paciencia al compartir su enorme conocimiento.

A mi asesor: profesor Milciades, por tener paciencia con esta terca incansable y guiarme en la elaboración de este proyecto.

Un agradecimiento especial a la organización: **Global Communities y Mecanismo coordinador de país**, por creer en mí y proporcionar la base de datos con la información correspondiente a las 255 mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá, en el marco del trabajo: **“Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015”**.

Tabla de Contenido

1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.1Planteamiento del problema	15
1.2Pregunta de investigación.....	18
1.3Justificación	18
2.OBJETIVOS	20
2.1Objetivo general	20
2.2Objetivos específicos	20
3.HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	21
4.MARCO TEORICO	23
4.1Estado del arte	23
4.1.1Estudios transversales relacionados con VIH y conductas de riesgo... ..	23
4.1.2Estudios analíticos y experimentales relacionados con VIH y conductas de riesgo.....	24
4.1.3Otros estudios relacionados con VIH y conductas de riesgo.....	26
4.2Antecedentes	28
4.2.1Situación epidemiológica del VIH/SIDA en el mundo, América Latina y Colombia.....	28
4.2.2Afectación del VIH/sida en la población de acuerdo al grupo de edad, sexo y ocupación.....	28
4.2.3Factores de riesgo modificables relacionados con la infección por VIH/Sida.....	29
4.3Marco Conceptual	30
4.3.1Trabajadora sexual	30

4.3.2	Conductas de riesgo.....	31
4.3.3	Conductas de riesgo desde la psicología de la salud	31
4.3.4	Modelo de creencias de salud y su aplicación en la adopción de conductas de salud	32
4.3.5	Conductas de riesgo desde la teoría del aprendizaje social	33
4.3.6	Conductas de riesgo para VIH	34
4.3.7	Factores personales y sociodemográficos de riesgo para VIH	35
4.3.8	VIH/SIDA	36
4.3.9	Vías de transmisión del VIH	37
4.3.10	El VIH/SIDA y los objetivos de desarrollo del milenio	37
4.3.11	Modelos estadísticos predictivos	38
4.4.1	Ley 100 de 1993.....	39
4.4.2	Ley 972 de 2005.....	39
4.4.3	Ley 715 de 2005.....	39
4.4.4	Plan decenal de salud pública	40
4.4.5	Decreto 1543 de 1997	40
5.	METODOLOGÍA	41
5.1	Enfoque metodológico de la investigación	41
5.2	Tipo y diseño de estudio	41
5.3	Población de referencia o población blanco	41
5.4	Población accesible.....	41
5.5	Población elegible o población objeto de estudio	42
5.5.1	Criterios de inclusión	42
5.5.2	Criterios de exclusión	42

5.6Muestra	43
5.6.1Diseño de la muestra	43
5.6.2Marco muestral	44
5.6.3Tamaño de la muestra	45
5.7Descripción de las Variables	46
5.8Técnicas de recolección de la información	54
5.8.1Fuente de información	54
5.8.2Instrumentos de recolección de información	54
5.9Proceso de obtención de la información	56
5.9.1Control de errores y sesgos	57
5.10Análisis estadístico	61
6.CONSIDERACIONES ÉTICAS	63
7.RESULTADOS	64
8.DISCUSIÓN	92
9.CONCLUSIONES	97
10.RECOMENDACIONES	99
11.BIBLIOGRAFÍA	100

Índice de tablas

Tabla 1. Indicadores propuestos por ONUSIDA, para el monitoreo y evaluación de la respuesta a la epidemia.....	39
Tabla 2. Definición y operacionalización de las variables (anexo 1).....	99
Tabla 3. Plan de análisis según objetivos de asociación.....	45
Tabla 4. Distribución de condiciones sociodemográficas y relacionadas con la historia sexual de las mujeres trabajadoras sexual, Bogotá 2015.....	59
Tabla 5. Distribución de las condiciones ocupacionales, de uso del preservativo, consumo de SPA y de la vida en pareja de las mujeres trabajadoras sexual, Bogotá 2015.....	62
Tabla 6. Distribución de los conocimientos y prácticas frente al VIH y otras ITS de las mujeres trabajadoras sexual, Bogotá 2015.....	69
Tabla 7. Distribución y pruebas de hipótesis del uso del condón según condiciones demográficas y ocupacionales	73
Tabla 8. . Distribución y pruebas de hipótesis del consumo de alcohol según condiciones demográficas y ocupacionales en mujeres trabajadoras sexuales, Bogotá-2015.....	77
Tabla 9. Variables incluidas en la ecuación del modelo explicativo para uso de condón	79
Tabla 10. Tabla de clasificación para el modelo explicativo uso del condón	79
Tabla 11. Variables incluidas en la ecuación del modelo explicativo para consumo de alcohol.....	81
Tabla 12. Tabla de clasificación para el modelo explicativo para consumo de alcohol.....	82

Anexos y gráficos

Anexo 1. Definición y operacionalización de las variables.....	99
Anexo 2. Cuestionario.....	107
Anexo 3. Consentimiento informado de la investigación.....	125
Gráfico 1. Modelo de creencias de salud.....	22
Gráfico 2. Comparación de medianas edad de inicio y uso del condón en mujeres trabajadoras sexuales, Bogota-2015.....	71
Gráfico 3. Comparación de medianas en las edades de las mujeres que consumen o no alcohol en compañía de sus clientes.....	75
Gráfico 4. Curva ROC para medir la capacidad predictora del modelo para uso del condón	80
Gráfico 5. Curva ROC para medir la capacidad predictora del modelo para consumo de alcohol	82

Resumen

Objetivo: Determinar un modelo predictivo para uso del condón y consumo de alcohol como conductas de riesgo relacionadas el contagio de VIH/Sida en mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá en el año 2015.

Métodos

Estudio de tipo transversal con diseño observacional, se tomaron 255 mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá; La información analizada fue tomada del estudio realizado en cinco ciudades de Colombia en el año 2015, las hipótesis planteadas se soportaron en la asociación entre las condiciones sociodemográficas, de conocimiento, practicas, hábitos, apoyo social y de ocupación propia de las mujeres trabajadoras sexuales que podían explicar y predecir la adopción de conductas riesgosas para VIH/sida como son el uso del condón y el consumo de alcohol en ejercicio de su ocupación.

Resultados

El promedio de edad de inicio en el trabajo sexual fue $22,1 \pm 7,1$ años, tres cuartas partes son solteras y residen en estrato dos y tres; el 96,5% dijo usar el condón con el último cliente y el 27,8% de ellas consumió alcohol durante su último servicio.

En la conducta de riesgo uso del condón, se encontraron asociados entre otras, la edad [OR=1,10(1,03-1,17)], vivir en estrato dos [OR=7,7(1,5-39,5)], el ingreso por trabajo sexual [OR=1,0(1,0-1,0)], la disponibilidad del condón para el servicio [OR=0,03(0,008-0,16)] y contar con otro método de planificación (ligadura de trompas) [OR=4,47(1,0-18,3)].

En la conducta de riesgo consumo de alcohol, se encontró asociado ente otros: estrato socioeconómico dos [OR=5,8(1,54-22,3)], nivel de escolaridad secundaria [OR=0,12(0,16-0,96)], vivir con otros familiares [OR=3,45(1,7-7,02)], ingreso por trabajo sexual [OR=1,0(1,0-1,0)] y el sitio donde se ofrece el servicio [OR=0,07(0,04-0,15)].

Después de ajustar, se encontró que las variables que mejor explican el uso del condón fueron edad [OR=1,1(1,02-1,17)] y disponibilidad del condón [OR=0,04(0,008-0,024)], el modelo tuvo poca sensibilidad 33,3% y buena capacidad predictiva (84,6%).

Las variables que mejor explicaron el consumo de alcohol durante el servicio fueron edad [OR= 0,95(0,91-0,98)], Número de clientes por semana [OR=0,9(0,90-0,98)], sitio donde ofrece el servicio [OR=7,1(3,45-14,8)], y estrato socioeconómico

[OR=1,8 (0,90-3,83)], resultando un modelo con buena sensibilidad (71,8%) y buena capacidad predictiva (86,4%).

Conclusiones

Aspectos como la edad, el estrato socioeconómico, escolaridad, estado civil, ingreso económico por trabajo sexual, edad de inicio en el trabajo sexual, número de clientes antiguos en la última semana, disponibilidad del condón para prestar el servicio y ligadura de trompas como método diferente de planificación, se asociaron estadísticamente con el uso del condón. Sin embargo al ajustar las variables solo la edad y la disponibilidad del condón se mantuvieron como variables explicativas. Cabe anotar, que aunque el modelo mostró buena capacidad predictiva (84,6%), la precisión en sus estimaciones fue baja debido a la poca frecuencia del no uso del condón con el último cliente (3,5%), y la sensibilidad del modelo apenas fue del 33,3%.

Por otro lado, factores como la edad, el estrato socioeconómico, nivel educativo, ingreso económico, sitio de oferta del servicio, composición familiar, número de hijos, número de clientes atendidos en la última semana y número de clientes antiguos mostraron asociación estadística con el consumo de alcohol. Sin embargo, al ajustar las variables solo edad, estrato socioeconómico, sitio donde se ofrece el servicio y número de clientes por semana mantuvieron asociación estadística; observándose además que el estrato socioeconómico (uno y dos) y sitio donde se ofrece el servicio (establecimiento), son factores de riesgo para el consumo de alcohol en ejercicio de la ocupación y la poca edad y un número reducido de clientes por semana se comportan como factores de protección para el consumo de alcohol. El modelo predictivo que se desarrolló para la conducta de riesgo de consumo de alcohol, con una sensibilidad del 71,8% y un poder predictivo del 86,4%.

Palabras clave

Conductas de riesgo, Valor predictivo, prostitución, VIH, métodos.

Abstract

Objective: To determine a predictive model for condom use and alcohol-related risk behaviors as the spread of HIV / AIDS in women sex workers in the city of Bogota in 2015.

Methods

Cross-sectional study with observational design, 255 female sex workers in the city of Bogotá were taken; The information analyzed was taken from the study in five cities in Colombia in 2015, the hypotheses were supported in the association between sociodemographic conditions, knowledge, practices, habits, social support and self-employment of women sex workers they could explain and predict the adoption of risk behaviors for HIV / AIDS as they are condom use and alcohol use in the exercise of their occupation.

Results

The average age of onset in sex work was 22.1 ± 7.1 years, three-quarters are single and living in stratum two and three; 96.5% reported using a condom with the last client and 27.8% of them consumed alcohol during their last service.

In the conduct of risk condom use, were found associated with each other, age [OR = 1.10 (1.03 to 1.17)], living in stratum two [OR = 7.7 (1.5 to 39.5)], the income from sex work [OR = 1.0 (1.0 to 1.0)], the availability of condoms for service [OR = 0.03 (0.008 to 0.16)] and count with another planning method (tubal ligation) [OR = 4.47 (1.0 to 18.3)].

Risk behavior in alcohol, was found associated entity other: socioeconomic two [OR = 5.8 (1.54 to 22.3)], secondary school level [OR = 0.12 (0.16- 0.96)], living with other relatives [OR = 3.45 (1.7 to 7.02)], income from sex work [OR = 1.0 (1.0 to 1.0)] and the site where the service [OR = 0.07 (0.04-0.15)] is offered.

After adjusting, it was found that the variables that best explain condom use were age [OR = 1.1 (1.02 to 1.17)] and condom availability [OR = 0.04 (0.008 to 0.024)] the model had little sensitivity 33.3% and good predictive value (84.6%).

The variables that best explained the consumption of alcohol during service were age [OR = 0.95 (0.91 to 0.98)], number of clients per week [OR = 0.9 (0.90 to 0.98)], where the service site offers [OR = 7.1 (3.45 to 14.8)], and socioeconomic status [OR = 1.8 (0.90 to 3.83)], resulting in a model with good sensitivity (71.8%) and good predictive value (86.4%).

Conclusions

Aspects such as age, socioeconomic status, education, marital status, income from sex work, age of onset in sex work, many old customers in the last week, condom availability to provide the service and tubal ligation as a method different planning, were associated statistically with condom use. However when adjusting the variables only age and condom availability remained as explanatory variables. It should be noted that although the model showed good predictive value (84.6%), the accuracy

of their estimates was low due to the infrequency of no condom use with the last (3.5%) client, and the sensitivity of just model was 33.3%. On the other hand, factors such as age, socioeconomic status, education level, income, site offering the service, family composition, number of children, number of clients served in the last week and a number of old customers showed statistical association with alcohol consume. However, by adjusting the variables only age, socioeconomic status, place where the customer service number is offered weekly statistical association maintained; also observed that the socioeconomic status (one and two) and place where the service (establishment) is offered, are risk factors for alcohol consumption in exercise of the occupation and the young age and a small number of clients per week behave as protective factors for alcohol consumption. The predictive model developed for risk behavior of drinking, with a sensitivity of 71.8% and 86.4% predictive power.

Keywords: Risk behaviors, predictive value, prostitution, HIV, methods.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El trabajo sexual ejercido por mujeres, es uno de los temas que se abordado con frecuencia, sobre todo cuando se trata de indagar sobre factores asociados a la transmisión de VIH/SIDA, considerada esta ocupación como una de las condiciones de riesgo más relacionadas con este evento(1).

Diferentes estudios, han logrado demostrar que los factores de riesgo no se encuentran relacionados únicamente con la ocupación, existen condiciones sociodemográficas y de salud que se suman a los elementos que pueden influir para que las personas desarrollen conductas riesgosas que puedan aumentar la probabilidad de contraer VIH/SIDA(2,3).

Entre el conjunto de factores que pudieran estar relacionados con las conductas de riesgo, pudieran destacarse aspectos como el lugar de procedencia (inmigrantes o desplazadas), antecedentes de otras enfermedades de transmisión sexual, lugar donde ejerce su ocupación, el tener una pareja estable externa al ejercicio de la prostitución (confianza en la pareja), el desconocimiento de vías de contagio, la excesiva confianza o conocimiento del lugar de trabajo y planificación como responsabilidad propia, entre otros(1,4,5).

Así mismo, algunas condiciones sociodemográficas pudieran estar potenciando la adopción de conductas riesgosas para el contagio del virus como el no uso o uso inconsistente del condón, aspectos como la edad avanzada, el bajo nivel de escolaridad y el estrato socioeconómico, la orientación sexual y la composición de la familia en la que la *mujer trabajadora sexual* (MTS) no convive en pareja pueden estar relacionados con estas conductas; diferentes estudios muestran por ejemplo como solo dos de cada diez MTS, cuentan con nivel formación técnica y casi el 80% de las mismas tienen estudios hasta básica secundaria, de igual forma sucede con las MTS que no conviven en pareja; en otro estudio, casi la mitad (46,5%) de las mujeres entre 15 y 24 años, refirió haber usado preservativo en sus relaciones sexuales en los últimos seis meses, todas estas variables mostraron significancia estadística con uso inconsistente del condón, en relación a su ocupación con sus clientes o parejas frecuentes sin convivencia(6–8)

En lo relacionado con aspectos propios de la ocupación, investigaciones realizadas en diferentes países, evidencian como el consumo de SPA, relaciones bajo efectos del alcohol, bajo o nulo conocimiento sobre el VIH y un número superior al promedio de número de compañeros sexuales en los últimos seis meses, tiene un efecto negativo sobre el uso del condón(9–13).

Respecto a otras conductas clasificadas por la OMS como riesgo para VIH, se encuentra tener relaciones sexuales bajo efectos del alcohol, pero este comportamiento (consumo de alcohol) puede está condicionado por otros factores; es así como se observa que elementos como la depresión en mujeres trabajadoras sexuales, la descomposición familiar, la corta edad, el maltrato físico o psicológico y el estado civil soltera o sin relación marital de hecho, entre otros aspectos tiene una relación directa con el consumo de alcohol en ejercicio de su trabajo(14,15).

Pasando al tema del desarrollo del virus, se observa como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), como etapa más avanzada de la infección por VIH, según cálculos de la OMS y ONUSIDA, a finales del año 2013, venía afectando en el mundo a 35 millones de personas; y según el mismo informe, para ese mismo año 2.1 millones de seres humanos contrajeron la enfermedad; presentándose una mortalidad de 1.5 millones de personas por causas relacionadas con el sida, entre los que se mencionan todas esas conductas de riesgo que inexorablemente aumentan la posibilidad de contagio (16).

En el año 2000, en Madrid se realizó un estudio en trabajadoras sexuales con el fin de describir las características sociodemográficas, las condiciones de trabajo, las conductas sexuales, la prevalencia de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; entre los resultados más relevantes se encontró una media en la edad de 28,7 años, la gran mayoría de mujeres trabajadoras sexuales provenían de Latinoamérica (96,%), en el último mes la gran mayoría refirió haber utilizado el preservativo con sus clientes (98%), pero solo el 17,6% con sus parejas, la prevalencia de VIH encontrada fue del 0.2% y de otras ITS del 18% (1).

En América Latina, de acuerdo con los reportes disponibles en ONUSIDA, entre 1997 y 2010, existían 1.5 millones entre niños y adultos viviendo con este virus. En Colombia, el primer caso de VIH/SIDA, se reportó en el año 1983; siendo los jóvenes el grupo etario más afectado y observándose una prevalencia mayor (24%) en grupos poblacionales más vulnerables como son los hombres que tienen relaciones sexuales (RS) con otros hombres y las mujeres que ejercen la prostitución (17,18).

Para el caso colombiano, analizando las características que pudieran aumentar la posibilidad de adoptar conductas riesgosas las cuales son directamente proporcional a la probabilidad de contraer el virus de inmunodeficiencia, se puede observar en este grupo de mujeres trabajadoras sexuales; entre los años 1997 y 2010, en un estudio realizado en este grupo poblacional, que la mayoría usa condón con sus clientes, las cuales manifestaron un promedio de dos clientes por día, pero solo el 17% de estas reportaron usar el condón con su pareja; así mismo, una de cada tres MTS, refiere rotura del preservativo en ejercicio de su ocupación (4,5,17).

En otro estudio realizado en el año 2008 en cuatro ciudades del país, se encontró en MTS, condiciones comunes como el promedio de edad de 30 años, con una desviación estándar máxima en una de las ciudades de 12,8 años; prevalecía las madres solteras con dos o tres hijos, eran sexualmente activas desde los 15 años y ejercían su ocupación desde los 21 años. En la mayoría de los casos planifican con condón pagados por ellas mismas (38%) y como efecto de la información recibida en su mayoría por el hospital o centros de salud donde consultan. Por último, se observa en un 50% de la población (MTS), se hacen citología cervical anual(4).

Geográficamente, y según el informe presentado por el Ministerio de protección social (MPS) y el fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA), casi una cuarta parte de los casos de VIH/Sida reportados se concentran en la capital del país; y con soporte de las fichas de vigilancia epidemiológicas reportadas a través del SIVIGILA y ayuda de los registros de defunción del DANE, el 86% de los casos, provienen de zonas urbanas; así mismo, se encontró un mecanismo probable de transmisión en personas heterosexuales del 70%(19).

En relación al grupo de mujeres trabajadoras sexuales (MTS), se observa para cinco ciudades de Colombia en el año 2012, una prevalencia de VIH/sida del 1.1%; siendo más representativo después de aplicar los factores de expansión en ciudades como Barranquilla, Cali y Bucaramanga, una prevalencia de 3,5, 1,7 y 1,6 respectivamente(16).

Para el caso colombiano en lo relacionado con el VIH, el evento ha sido clasificado por ONU sida como epidemia concentrada, esto debido al número de casos y la distribución de la enfermedad en la población. Es importante entonces, además de conocer la prevalencia del virus en población vulnerable como son las mujeres trabajadoras sexual, el impacto que el evento genera en la población general y cuáles son los factores que pudieran estar potenciando el contagio del virus(20–22).

Reconociendo la magnitud del evento y la tendencia al aumento del mismo, organizaciones como el fondo mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria, en asocio con ONU sida y el Ministerio de la Protección Social, han venido

desarrollando estudios descriptivos con el fin de caracterizar las condiciones de los grupos poblacionales en riesgo de contagio de VIH, así como evaluaciones periódicas incluidas en los mismos estudios, de comportamiento sexual relacionados con el uso del condón, específicamente en personas habitante de calle y profesionales del sexo como las mujeres que ejercen dicha ocupación y hombres que tienen sexo con otros hombres(6,22).

1.2 Pregunta de investigación

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas como edad, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, estado civil, estructura familiar, ingreso económico y condiciones ocupacionales como edad de inicio, sitio de ofrecimiento del servicio, sitio de prestación del servicio, tipo de cliente, confianza en el cliente/pareja, orientación sexual, conocimientos y actitudes frente a VIH, antecedentes de otras ITS, abuso o maltrato recibido en trabajadoras sexuales y otros factores que pudieran llevar a adoptar conductas de riesgo en el ejercicio de su ocupación, surge el interrogante:

¿Cuáles son los factores predictores para desarrollar conductas de riesgo relacionadas con el uso del condón y consumo de alcohol y que aumentan la probabilidad de desarrollar VIH/sida, en las trabajadoras sexuales, en la ciudad de Bogotá en el año 2015?

1.3 Justificación

Según ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud, en Colombia la presentación de casos por VIH puede clasificarse como epidemia concentrada, ya que la prevalencia de esta enfermedad se observa con una frecuencia mayor del 5% en uno o más grupos de población de más alto riesgo, entre los que se encuentran usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen relaciones con otros hombres y trabajadores sexuales, siendo responsabilidad de los sistemas de vigilancia realizar el monitoreo y la adaptación de las actividades de control de dicha epidemia(23).

En concordancia con estudios anteriores, se observa que en ocasiones mujeres trabajadoras sexuales que en la actualidad ejercen dicha ocupación, en algún momento de sus vidas fueron habitantes de calle, representando esta situación un

factor de riesgo más para el contagio de VIH, así mismo se observó que el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales en este grupo de personas fue de 14 años(22).

En el documento presentado en el año 2003 por el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, se menciona como esta epidemia a nivel mundial ha puesto de manifiesto la necesidad de respuesta por parte de los Gobiernos a tres niveles; **(I)** prevención del ingreso al trabajo sexual, **(II)** Protección de las personas involucradas en el trabajo sexual y **(III)** ayuda para salir del trabajo sexual(24).

En coherencia con lo anterior, y además como resultado de la observación de la tendencia al aumento de esta enfermedad, y en la búsqueda de aquellas características con capacidad de predecir la adopción de conductas de riesgo que claramente aumentan la probabilidad de contagio, se sustenta la necesidad de desarrollar una herramienta metodológica que agrupe estas categorías. Así mismo, el interés en la elaboración del modelo predictivo se circunscribe a la necesidad de información para el desarrollo de programas de intervención temprana enmarcados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en un contexto local donde el ejercicio de la prostitución es una ocupación más y en muchos casos como consecuencia de la ausencia de educación y falta de oportunidades laborales para las personas que lo ejercen(18,25,26)

Es de anotar, que aunque existe evidencia científica suficiente que habla sobre los factores de riesgo para VIH, pocos son los estudios regionales con alcance epidemiológico de asociación y/o de correlación, y una proporción mucho menor han planteado un enfoque predictivo para los factores en distintos niveles que pudieran proyectar la adopción de conductas de riesgo(6,9)

De igual forma, y obedeciendo al propósito de organizaciones como la ONU, la OMS, y la cooperación de todos los países del mundo y organizaciones privadas(ONG) y publicas con presencia a nivel mundial, en lo relacionado con el sexto objetivo de desarrollo del milenio, en el que se pretende combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades de tipo infeccioso; se piensa que el estudio propuesto aporte al conocimiento en lo relacionado con las conductas de riesgo y, como el control y/o erradicación de estas por parte de las mujeres trabajadoras sexuales, prediciendo el conjunto de actividades poco seguras en el ejercicio de la prostitución, pudiera impactar en la propagación del virus en la población general (27–29).

La población beneficiada con el desarrollo de este modelo, en primera medida son las mujeres trabajadoras sexuales, por cuanto con los resultados acá obtenidos,

será posible aportar para el diseño y ejecución de proyectos enfocados a la adecuación de las medidas de seguridad en su ocupación y por ende en el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres trabajadoras sexuales y de su contexto.

En segundo lugar, el desarrollo de este modelo de tipo predictivo, representa un aporte metodológico a la ciencia en el tema de VIH/Sida, por cuanto proporciona elementos científicos confiables, susceptibles a validación y aplicación a investigaciones futuras; además de contar con aprobación institucional para fines académicos, se apoya en la voluntad política del distrito, como parte de la misión de la secretaría de integración social, que busca además de impactar las condiciones de vida de la población en general, en beneficio de manera especial a los grupos más vulnerables, aspectos como la equidad en lo relacionado entre otros con condiciones como el acceso y cobertura del sistema de salud.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Determinar un modelo predictivo para uso del condón y consumo de alcohol como conductas de riesgo relacionadas el contagio de VIH/Sida en mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá en el año 2015.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas, de salud, historia sexual y reproductiva y las relacionadas con el sistema de salud de las mujeres trabajadoras sexual en la ciudad de Bogotá en el año 2015.
- Caracterizar las condiciones ocupacionales, de uso del preservativo, consumo de SPA y de la vida en pareja de la población de estudio.
- Describir los conocimientos y actitudes frente al VIH y demás ITS que tienen las mujeres trabajadoras sexuales.
- Identificar aspectos de maltrato y apoyo social de la población en estudio.
- Establecer asociación entre el uso del condón y las variables sociodemográficas, ocupacionales y de conocimiento sobre VIH, ITS y condón.
- Establecer asociación entre el consumo de alcohol y variables sociodemográficas, ocupacionales, de consumo y maltrato en las mujeres trabajadoras sexual.

- Establecer un modelo explicativo y predictivo de las conductas de riesgo relacionadas con el uso del condón y consumo de alcohol para VIH, teniendo en cuenta el aporte de las variables incluidas en la regresión.

3. Hipótesis de investigación

En cuanto al estudio de las variables predictoras sobre las conductas de riesgo de las trabajadoras sexuales se plantea:

Para la construcción de las hipótesis se agruparon las variables en: sociodemográficas, de conocimiento y prácticas respecto al VIH, otras ITS y al preservativo; hábitos de consumo y variables propias de la ocupación. Así mismo, entendiendo que estas variables pudieran explicar y predecir las conductas de riesgo de las trabajadoras sexuales en Bogotá, y tomando como referente además de los resultados de estudios previos en la bibliografía consultada, los parámetros establecidos para temas como conducta de riesgo, creencias en salud y teoría de aprendizaje social(30–32), se espera encontrar:

a. Hipótesis para predecir el no uso del preservativo durante las relaciones sexuales

VARIABLES COMO UNA EDAD SUPERIOR A LOS 50 AÑOS, EL ESTRATO SOCIOECONÓMICO BAJO, UN BAJO NIVEL EDUCATIVO, CON ESTADO CIVIL CASADA O CONVIVIENDO EN PAREJA, HOMOSEXUALIDAD COMO ORIENTACIÓN SEXUAL, CONOCIMIENTO INSUFICIENTE ACERCA DEL USO DEL CONDÓN, MÉTODO DIFERENTE DE PLANIFICACIÓN, Poca información sobre VIH y otras ITS, antecedentes positivos de ITS, ingreso inferior a \$900.000 mensuales como remuneración por trabajo sexual, edad temprana de inicio, atender más de siete clientes en la última semana, ofrecer el servicio en calle, prestar el servicio en calle, tener pareja frecuente (no pago), tener pareja estable por más de un año, número de clientes antiguos atendidos en una semana, poca disponibilidad del método de planificación, método de planificación diferente al preservativo, consumo de SPA, pueden explicar la baja frecuencia en el uso del preservativo, este considerado como conducta de riesgo más relevante en la bibliografía consultada.

b. Hipótesis para predecir el consumo de alcohol durante las relaciones sexuales

Variables como una corta edad, edad temprana de inicio, bajo estrato socioeconómico, nivel educativo bajo, estado civil soltera o sin convivencia marital, familia nuclear incompleta, número promedio de hijos, ingreso inferior a \$900.000 mensuales como remuneración por trabajo sexual, atender más de siete clientes en la última semana, ofrecer el servicio en calle, prestar el servicio en calle, cliente antiguo, consumo de otras SPA y sufrir algún tipo de maltrato frecuente pueden explicar el consumo frecuente de alcohol en las MTS, este considerado como una de las conductas de riesgo con mayor representatividad en esta población.

En lo relacionado con el modelo predictivo propuesto, se establece la siguiente hipótesis:

Se espera que la base de datos utilizada como fuente de información cumpla con los criterios además de precisión, con los de exhaustividad y mutua exclusión en sus variables, proporcionando parámetros de validez interna del estudio y con capacidad predictora para confirmar las hipótesis planteadas.

4. MARCO TEORICO

4.1 Estado del arte

4.1.1 Estudios transversales relacionados con VIH y conductas de riesgo

En España, los sistemas de vigilancia en salud pública tienen entre sus objetivos la identificación constante de las tendencias en la prevalencia de VIH, de otras ITS y de las conductas de riesgo que han sido identificadas en diferentes estudios de tipo transversal, en los que se ha querido caracterizar cuales son las de mayor frecuencia y susceptibles a intervención efectiva(33).

Se observa para Cataluña una estabilización en la prevalencia de VIH, sobre todo en las mujeres trabajadoras sexuales, entre las conductas de riesgo con tendencia al aumento, se encontró la falta de uso del preservativo de forma constante, con cuatro puntos porcentuales en el aumento en seis años (2005-2011), así como el incremento en seis puntos en otras infecciones de transmisión sexual(33,34).

En Barcelona, se encontró prevalencias con tendencia al aumento, en ITS como clamidia, Gonorrea y VIH, especialmente en mujeres con ocupación de prostitutas y hombres que sostienen relaciones íntimas con otros hombres, en lo relacionado con las conductas de riesgo y los factores que posiblemente predispongan a la persona a adoptarlas, se evaluaron aspectos como el sexo, la edad, nivel de escolaridad, país de origen, ITS previa, uso del condón con cliente, uso del condón con pareja estable, tipo de prácticas sexuales; entre los binomios que se identificó significancia estadística, se encuentra el uso de condón ($p<0.001$) y prevalencia de las tres enfermedades estudiadas(y), tipo de práctica sexual ($p<0.001$) y orientación sexual ($p<0.005$) (34).

En Estados unidos se reporta de forma descriptiva, conductas de riesgo a nivel individual que pudieran relacionarse con el contagio de VIH, como número de parejas sexuales a lo largo de la vida, frecuencia de relaciones sexuales sin protección y la tasa de cambio de pareja sexual, ente otros (35).

En China, se evaluó la percepción de las mujeres y mujeres transgénero trabajadoras sexuales respecto al riesgo de contraer VIH por falta de uso del condón, sexo anal y numero de pareja en un periodo de tiempo, se encontraron valores estadísticos significativos y medidas epidemiológicas que sugirieron riesgo(36).

En Perú, se reconoce que la transmisión de VIH es favorecida por conductas sexuales de riesgo, como son relaciones sexuales (RS) sin protección, RS con trabajadoras sexuales o múltiples parejas sexuales, entre otros; en personas infectadas con VIH y que reciben algún tratamiento antirretroviral, el “adormecimiento del virus” que se da por efecto de este, genera la adopción de estas conductas de riesgo, con un pensamiento errado de improbabilidad de transmisión, contrario a esto aumentando la posibilidad de contagio a sus parejas serodiscordantes y propagación del virus en el medio(37).

En Colombia, se reconocen como conductas de riesgo para infección por VIH, condiciones como la falta de uso del condón de forma constante tanto con la pareja estable como con los clientes; así mismo, se han realizado estudios donde se indagan aspectos como antecedentes de ITS reconociendo esta condición como factor que puede predisponer el contagio, se incluyen además en la agenda investigativa y de intervención, aspectos de creencias de las mujeres trabajadoras sexuales respecto a la forma de contraer el virus y cuál es su posición frente a estas condiciones (6,15).

Otros factores sociodemográficos han sido incluidos en los diferentes estudios, entre los que se encuentran, la edad, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, lugar donde ofrece sus servicios, facilidad para el acceso al preservativo, motivo de uso o no uso, etc. (6,11).

4.1.2 Estudios analíticos y experimentales relacionados con VIH y conductas de riesgo

En China, se realizó un estudio de intervención con el propósito de modificar el ambiente de riesgo y prevención a partir del uso del condón femenino, dentro de los diferentes establecimientos donde se llevaba a cabo el trabajo sexual como actividad laboral, basado principalmente en la educación impartida por personal de la salud, los datos utilizados para tomar decisiones en cuanto a la temática abordada y lograr el propósito del estudio, fue la identificación de los factores de riesgo con mayor prevalencia, entre los que se encontró el uso frecuente y constante del preservativo, así como las relaciones sexuales (pareja, tipo y número)(12).

Entre los resultados presentados, se evidencia un incremento en una tercera parte en el uso del condón femenino por parte de las mujeres trabajadoras sexuales luego de la intervención, así como poco impacto del estudio en los establecimientos donde generalmente es el cliente masculino quien hace uso del preservativo(12).

En la india, a través de un estudio con medidas epidemiológicas ajustadas, se buscó establecer la heterogeneidad en el riesgo de VIH, los resultados arrojaron una heterogeneidad considerable entre la población de Karnataka, con poco gradiente en el incremento de la prevalencia del VIH de sur a norte; la mayor prevalencia de VIH y menor prevalencia de ITS en una de las zonas estudiada, sugiere una fase epidémica tardía, contrario a la otra región estudiada (Mysore) donde se observa una prevalencia menor de VIH pero un incremento en las prevalencias observadas de ITS, lo cual sugiere una epidemia en fase temprana(38).

En España, se desarrolló un estudio de casos y controles en pacientes VIH positivos y negativos y el perfil de estos cuando acuden a los servicios de urgencias, se analizaron factores como fumar, consumo de licor, adicción a drogas inyectables entre otras, así mismo se buscó establecer asociación entre los motivos de consulta y algunas condiciones sociodemográficas como la edad, el sexo, nacionalidad, antecedentes personales relativos a la infección por VIH (prácticas sexuales de riesgo, homosexualidad, antecedente de transmisión por transfusión sanguínea, tratamiento antirretroviral de alta eficacia), antecedentes de enfermedad cardiovascular, antecedentes psiquiátricos, abuso de tabaco y alcohol (39).

Se encontró una baja proporción de pacientes infectados que adquirieron el virus como consecuencia de drogas inyectables, y tomando el lugar principal los pacientes que manifestaron tener relaciones sexuales de riesgo; los pacientes con VIH⁺ ingresan en mayor número a los servicios de urgencias y los motivos de utilización no están relacionados con su infección por el virus(39).

En Ecuador, aspectos como la convivencia en pareja, la edad avanzada y el nivel educativo, evidenciaron significancia estadística y mayor riesgo del no uso del condón en mujeres trabajadoras sexuales que ofrecen sus servicios en la calle y sin permiso para hacerlo, respecto a las que lo hacen con el permiso indicado y en establecimientos dispuestos para desarrollar esta ocupación(13).

En Perú, y como se reconoce en diferente literatura a nivel mundial, el consumo de alcohol es uno de los factores de riesgo para el contagio de VIH, después de realizar un estudio en el que se buscó establecer los factores asociados a depresión y consumo de alcohol en mujeres trabajadoras sexuales, se encontró valores estadísticamente significativos en condiciones como cualquier tipo de maltrato, consumo de otras SPA, ingreso menor a mil soles (Col \$924.000) y antecedentes de ITS(14).

En Colombia, en el estudio financiado por la ONU en el año 2012, se realizaron pruebas a 436 mujeres trabajadoras sexuales que ejercen labores en establecimientos y calles de la ciudad de Bucaramanga, se encontró para el caso una prevalencia en el virus de 1,1%, una proporción alta (98%) respondió haber utilizado condón en la última relación sexual con su cliente, y el 60% de las MTS refiere no usar condón con su pareja estable, las mujeres que trabajan en calle manifestaron recibir intervenciones mayor medida por parte de las autoridades sanitarias respecto a las que ejercen en bares, establecimientos o sitios nocturnos(6).

4.1.3 Otros estudios relacionados con VIH y conductas de riesgo

A través de una revisión sistemática de estudios clínicos controlados aleatorizados y cuasialeatorizados, con el propósito de evaluar la efectividad de intervenciones conductuales dirigidas a reducir la transmisión del VIH y de las ITS, en trabajadores sexuales (hombres, mujeres y transexuales) y sus clientes, en países de ingresos bajos y medios, se observó de los 2667 artículos, publicados entre 1980 y 2010, 13 artículos con 8698 participantes cumplían con los criterios de inclusión y análisis, las investigaciones se realizaron en diez países (Armenia, China, Costa de Marfil, la India, Madagascar, México; Filipinas, Sudáfrica, Tailandia y Zimbabue); Las intervenciones identificadas se basaron en varias teorías y modelos de cambios conductuales e incluyeron la teoría cognitiva social, se incluyó además aspectos como la autonomía de la comunidad, microempresas, la educación de colegas, la capacitación para administradores, la promoción del uso de preservativos femeninos, el tamizaje de las ITS, y las pruebas y el asesoramiento voluntarios del VIH. Los resultados de las diferentes intervenciones conductuales se compararon con las intervenciones de control(10).

Entre los resultados se destaca que los trabajadores sexuales en países de ingresos bajos y medios, las intervenciones conductuales que redujeron la incidencia de ITS, estuvieron basadas en la aplicación de la teoría cognitiva social, la promoción del uso del preservativo en ambos sexos, el tamizaje de forma intensiva de ITS, pruebas y asesoramiento voluntario y la educación entre pares, además del acompañamiento en asesoría por parte de los centros médicos, no se observa reducción significativa en la incidencia de VIH (10).

En España se adelantó un estudio predictor con el propósito de desarrollar y validar un modelo predictivo para la identificación de pacientes infectados por VIH con

problemas relacionados con los medicamentos; se tuvieron en cuenta condiciones como que los pacientes estuvieran en tratamiento antirretroviral (TAR), tuvieran seguimiento periódico en consultas de atención farmacéutica y previamente a la dispensación, el conjunto de variables independientes estuvo conformado por: edad y sexo, alergias, creatinina sérica, aclaramiento de creatinina, bilirrubina total, factor de riesgo de adquisición del VIH, consumo de drogas/alcohol, número de comorbilidades no infecciosas y número de comorbilidades infecciosas definidas en estudios anteriores(40), Las variables farmacoterapéuticas relacionadas con TAR que se incluyeron fueron: fármacos que formaban el TAR y adherencia al mismo(41).

El modelo predictivo final obtenido, permitió detectar pacientes de alto riesgo con una gran capacidad discriminadora, así mismo, integró tres factores de riesgo como son la adherencia, la prescripción de fármacos con necesidad de ajuste posológico en enfermedad renal o hepática y el número de medicamentos prescritos al margen del TAR. La variable que se asocia con mayor potencia con el riesgo de PRM es la adherencia(41).

Otro estudio español con fines predictivos, tuvo como propósito estudiar los factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral de pacientes VIH positivos, se incluyeron factores sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos y farmacológicos, los pacientes incluidos en el estudio, fueron aquellos que cumplieron con criterios como: mayores de 18 años infectados por VIH, en tratamiento con cualquiera de las combinaciones posibles de fármacos antirretrovirales, que hubieran estado en tratamiento, al menos, durante los seis meses previos al inicio del estudio con la misma combinación de fármacos y que hubieran recogido su medicación en el Servicio de Farmacia del Hospital donde se recogió la información (42).

En España, año 2008 se desarrolló un modelo con el fin de predecir deterioro cognitivo en pacientes con VIH, teniendo en cuenta aspectos demográficos como edad, género, vía de transmisión del virus, estado laboral y nivel educativo, así como condiciones clínicas (recuento actual de células CD4 y de CD4 nadir, carga viral actual y anteriores, tratamiento antirretroviral actual y anteriores, tiempo de infección, confesión con la hepatitis, etc.) y neuropsicológicos (a partir de una exhaustiva batería de test) (43).

El estudio estuvo basado en comprobar como el recuento más bajo de células CD4 puede ser predictor de cambios neurocognitivos en pacientes infectados con VIH, teniendo en cuenta los diferentes puntos de corte en esta medición, se incluyeron en la regresión aspectos demográficos arriba mencionados y variables clínicas(43).

Se concluyó entre otros aspectos, que en aquellos pacientes con un recuento menor de CD4, el deterioro neurocognitivo era mayor respecto a los del segundo y tercer grupo, con un mayor recuento en su resultado y quienes habían recibido tratamiento con antirretroviral respectivamente, pudiendo decir que la variable elegida como predictora cumplió con su función dentro del modelo aplicado(43).

4.2 Antecedentes

4.2.1 Situación epidemiológica del VIH/SIDA en el mundo, América Latina y Colombia

Desde el inicio de los años 80, la epidemia del VIH/sida, representa uno de los problemas más relevantes de salud pública. Durante las últimas décadas el virus ha ido propagándose a lo largo de los cinco continentes, afectando en mayor o menor medida a todos los estratos sociales y culturales de países desarrollados y especialmente los países en vías de desarrollo(5,17,44).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), representa la pandemia más extendida en los últimos siglos, y es uno de los eventos de mayor preocupación para los países e instituciones de desarrollo. Prueba de ello, son los datos recogidos en diferentes estudios en el contexto mundial(4,5,17).

En América Latina, en el año 2006 alrededor de 1,7 millones de personas estaban infectadas con el virus y al menos 65000 murieron a causa de esta enfermedad, siendo Argentina, Brasil y Colombia los países más afectados(20,27).

En Colombia, las tasas de incidencia son tendientes al ascenso observándose entre los años 1983-1994: 5,3 casos por cada 100.000 hab. Y un incremento a 7,8 casos /100.000 hab. en la década entre 1995 y 2004(45,46).

4.2.2 Afectación del VIH/sida en la población de acuerdo al grupo de edad, sexo y ocupación.

Según datos disponibles por ONUSIDA, el grupo etario más afectado por el VIH/Sida, son los jóvenes y adultos entre 15 y 49 años con un 40% de afectación.

En África subsahariana, se presentaron para el año del informe, dos de cada tres personas viviendo con VIH o sida; en la década de los 80's la razón de masculinidad de personas viviendo con VIH o sida, era de 10-12:1; hacia 2010 era de 1:1 con variaciones regionales, menos del 40% de los jóvenes tenían información básica sobre el VIH y menos del 40% de las personas viviendo con VIH/sida conocían su estado serológico(5).

En lo referente a la ocupación, se observa en estudios realizados en trabajadores sexuales de ambos sexos, que existen diferentes situaciones propias del contexto y que sirven como refuerzo negativo para que se presente el evento: Desplazamiento forzado, pobreza extrema, acceso dispar a la educación, violencia basada en género, desconocimiento de sus necesidades particulares, imposibilidad de acceso a otros mercados laborales, entre otros. Para este último punto, la UNFPA, y la fundación Henry Ardilla en el año 2007, mostró que hasta el 57% de las mujeres trabajadoras sexuales puede ser discriminado laboralmente en algún momento de su vida(1,17).

4.2.3 Factores de riesgo modificables relacionados con la infección por VIH/Sida

En el año 2010, en Sudáfrica uno de las regiones más afectadas por el VIH/AIDS, realizó un estudio con el fin de determinar aquellos factores modificables argumentando que centrarse en ellos, podría evitar hasta en un 80% de las infecciones por VIH en las mujeres sudafricanas(47).

Entre las condiciones mencionadas en dicho estudio, se encuentran aspectos sociodemográficos, el cual el único que destacan no es posible modificar es la edad (< 24 años =<0.005), pero subrayan cinco factores como intervenibles y con alto impacto sobre la probabilidad de desarrollo, estos son: el ser soltera ($p<0.001$), no tener pareja, un frecuencia de relaciones sexuales de más tres por semana ($p<0.048$), la falta de uso de preservativo y los ingresos económicos($p<0.043$)(47).

Los autores concluyen que su estudio aporta una metodología sólida con la que se pueden calcular medidas epidemiológicas cuantitativas de la carga que supone la enfermedad y como interviniendo los factores de riesgo modificables pudiera reducir de forma considerable el número de infecciones(47).

En Guatemala se realizó un estudio con el propósito de describir las condiciones de salud de los pacientes positivos para VIH y el padecimiento de enfermedades crónicas como los eventos cardiovasculares; se encontró que el uso de

antirretrovirales aumenta la probabilidad de padecer este tipo de enfermedad, sobre todo cuando incluye inhibidores de proteasa, pues incrementa cuatro veces el riesgo de infarto agudo al miocardio debido en parte a que ocasiona resistencia a la insulina, Hiperlipidemia, redistribución de la grasa corporal (Lipodistrofia) y disfunción endotelial, todo lo cual favorece un ambiente aterogénico y aterosclerosis acelerada(48,49).

Entre las medidas a tomar para modificar los diferentes factores de riesgo, se mencionan cambios en el estilo de vida como dejar de fumar, modificaciones en la dieta, ejercicio físico regular y evitar el consumo de sal(48).

La organización mundial de la salud según las estadísticas mundiales sobre la enfermedad, plantea diferentes alternativas que pudieran tener impacto en los indicadores globales de contagio, menciona aspectos principalmente como el uso de condón masculino o femenino, pruebas de detección y asesoramiento en relación con el VIH y las ITS, Circuncisión masculina voluntaria practicada por personal médico, prevención basada en el uso de antiretrovÍricos, reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables y eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño (50).

4.3 Marco Conceptual

4.3.1 Trabajadora sexual

Según la Organización de las Naciones Unidas, una trabajadora sexual, corresponde a mujeres adultas y jóvenes que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales, ya sea de forma regular u ocasional, y que pueden definir o no conscientemente estas actividades como generadoras de ingresos(24).

En algún momento del tiempo, organizaciones según estudios realizados propuso redefinir a los trabajadores sexuales con el término profesionales del sexo, considerando este término menos estigmatizante para aquellas personas que lo ejercen(24).

Las trabajadoras sexuales son las mujeres que ejercen su ocupación a través del ofrecimiento de servicios sexuales a cambio de dinero aunque también puede ser

por bienes materiales, comida, entre otros. En el proyecto presentado por el fondo mundial y que ha venido desarrollándose periódicamente desde el año 2012, considera que esta ocupación es ejercida por mujeres, hombres o transexuales a cambio de dinero, por lo tanto por estar considerado como ocupación remunerada, es necesaria la garantía de sus derechos para quienes la ejercen, el cual debe ser reconocido como un trabajo que permite mejorar las “condiciones de desarrollo”, toda vez que sea ejercida por mayores de edad, sin la condición de abuso y/o trata de personas(51).

4.3.2 Conductas de riesgo

Según la OMS, conducta o factor de riesgo se refiere a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Menciona entre estos factores algunos muy importantes como la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene(52).

Esta organización en el informe presentado sobre la salud en el mundo en el año 2002, cuantifica algunos de los riesgos más importantes para la salud humana y se examinan diferentes métodos que han sido destinados a reducirlos, siendo el objetivo último apoyar a los gobiernos de todos los países a reducir esos riesgos y aumentar la esperanza de vida sana de sus poblaciones(21).

Según el informe del año 2013 del banco mundial, “las conductas de riesgo no solo ponen en peligro la salud y reducen la expectativa de vida de la persona, sino que con frecuencia también afectan la vida de los demás. Las consecuencias para la salud y los costos monetarios de las conductas de riesgo para las personas, sus familias y la sociedad en su conjunto son impactantes y justifican la intervención pública” (53).

4.3.3 Conductas de riesgo desde la psicología de la salud

La sicología de la salud, en su propósito de aportar elementos para ser una “persona sana”, se preocupa no solo por promover la salud, sino por conductas saludables que aporten a ese bienestar y alcance de calidad de vida. Sin embargo, para el ser humano adoptar dichas conductas o prácticas saludables, dependen en gran medida de la misma interrelación de la persona con su contexto, en el que emergen

además conjuntos de factores que interactúan entre sí y condicionan la aceptación o rechazo de dichas prácticas(31).

En ese sentido, las conductas adoptadas por el hombre, son explicadas en gran parte por sus creencias en salud, determinada por la relación entre la amenaza percibida de la enfermedad, los beneficios de la conducta en salud o buena práctica sugerida, la percepción de los riesgos y los recursos con los que se cuenta para impulsar la disposición a actuar(54).

4.3.4 Modelo de creencias de salud y su aplicación en la adopción de conductas de salud

El modelo de creencias de salud, basándose en diferentes modelos previamente propuestos por diferentes autores (31,54), se considera como uno de los abordajes teóricos más importantes para explicar los comportamientos desarrollados por el hombre en lo que tiene que ver con el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad. Este modelo incorpora elementos basados en las creencias de las personas y valoraciones internas de los individuos como condicionantes para la puesta en marcha de actividades que aportan a una situación determinada(32).

Los componentes básicos del modelo de creencias de salud, se derivan de la hipótesis que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables: (I) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta y (II) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta; es decir y llevándolo al ámbito en salud: (I) el deseo de evitar la enfermedad (o recuperar la salud cuando se está enfermo) y (II) la creencia que una conducta opuesta o saludable específica puede prevenir la enfermedad (o impactarla cuando se está enfermo) (32).

A continuación se presenta el esquema del modelo de creencias de salud, propuesto por Becker y Maiman en 1975.

Gráfico 1. Modelo de creencias de salud.

Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975 en: (Jiménez, 2003)).



4.3.5 Conductas de riesgo desde la teoría del aprendizaje social

Según su máximo exponente, Albert Bandura (1960), el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que el individuo aprende directamente por medio del condicionamiento operante y clásico, sino también de lo que aprende indirectamente mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones, estos pueden ser tan amplios y significativos como los de aprendizaje directo y son capaces de originar respuestas sociales nuevas(30).

El aprendizaje observacional o social, cobra importancia cuando se puede demostrar como los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzador obvio y se refleja hasta cuando tienen la oportunidad para aplicar el conocimiento; el único requisito para este aprendizaje social, puede ser que la persona observe a otro individuo o modelo llevar a cabo una determinada conducta, se espera entonces con esta teoría (aprendizaje social) despliegue cierta visión sobre la conducta del ser humano en el ámbito social tanto práctico como teórico, basado en la observación de conductas a los semejantes(30).

Ahora bien, la adopción de conductas riesgosas desde el aprendizaje social, puede interpretarse como todos aquellos acontecimientos y estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico, pero con una alta influencia de los modelos sociales observados en los pares o contexto inmediato de los individuos.

4.3.6 Conductas de riesgo para VIH

Los comportamientos o conductas que las personas adquieren en su intimidad o que hacen parte de su ocupación, se convierten en algunas circunstancias en potencializadores del riesgo para contraer VIH/sida; comentarios emitidos por ejemplo por la biblioteca de salud reproductiva de la OMS, se basa en factores de riesgo que pudieran estar relacionados con formas de contraer el virus; como son las relaciones sexuales sin protección, tener otras infecciones de transmisión sexual, tener múltiples parejas sexuales, compartir agujas para inyecciones contaminadas y recibir transfusiones de sangre y hemoderivados contaminados(55).

Estos comportamientos resultan especialmente evidentes en las epidemias de VIH en Asia, Europa oriental y América Latina; donde los trabajadores sexuales y sus clientes representaron alrededor del 12% de las infecciones por VIH (5,46).

No todas las personas en la población son susceptibles al mismo riesgo de contraer VIH. Los comportamientos de riesgo están a veces asociados la concentración de grupos de personas y varían de lugar a lugar. Estos grupos de personas pueden definirse en términos de ocupación, orientación sexual, prácticas sexuales u otros. Las mujeres trabajadoras sexuales, son clasificadas como grupo poblacional con riesgo social; toda vez que emerge el concepto de vulnerabilidad en esta población, debido a la probabilidad que tienen de poco o ningún control sobre el propio riesgo de adquirir la infección o para aquellas que ya viven con el virus el no tener o tener acceso limitado a una asistencia o apoyo adecuado(56).

Así mismo, la carga de la enfermedad recae ampliamente sobre grupos que comparten esta condición de riesgo con las trabajadores sexuales y están representados por sus clientes, usuarios de drogas intravenosas (IDU), y hombres que tienen sexo con hombres(55).

Según el banco mundial, a pesar de los avances en prevención y tratamiento para el VIH/Sida, una de las consecuencias más devastadoras del sexo inseguro se

mantiene como una pesada carga en África al sur del Sahara, sobre todo en el Cono Sur, donde entre el 11% y el 26% de los adultos son portadores del VIH; y reafirma, que distinto a otras dolencias, las enfermedades causadas por malos hábitos de vida o comportamientos peligrosos, son en definitiva el resultado de decisiones tomadas por los individuos, incluso si esas opciones tienen motivaciones complejas, las personas deciden en aspectos como encender un cigarrillo, consumir licor o tener sexo sin protección(57).

En Colombia el comportamiento de la epidemia de VIH es de carácter concentrado, y teniendo en cuenta la prevalencia media para el país y específicamente el de la capital, se han venido adelantando diferentes estudios como responsabilidad adquirida por el distrito, representada entre otros en la vigilancia a poblaciones consideradas como de alto riesgo e identificar como se está comportando la epidemia a lo largo del tiempo(46).

4.3.7 Factores personales y sociodemográficos de riesgo para VIH

Según las características sociodemográficas observadas en diferentes estudios que tienen como tema central la infección por VIH, las mujeres y con bajas edades tienen 14 veces más de probabilidad de adquirir el virus que causa el SIDA, después de mantener relaciones sexuales sin protección con un hombre seropositivo que a la probabilidad que tiene de adquirirlo un hombre en situaciones similares(15). En general se considera que la transmisión de VIH de hombre a mujer es ocho veces más probable que de la mujer al hombre, esta ventaja en la probabilidad de las mujeres se atribuye parcialmente a una mayor área de superficie de exposición en el tracto genital femenino (58).

Apartando las condiciones de edad que pudieran explicar la vulnerabilidad que tienen las mujeres frente a la infección de VIH, es necesario evaluar también las diferencias que existen entre hombres y mujeres respecto a la adopción de conductas sexuales de riesgo, estudios previos han demostrado entre otras, diferencias significativas en factores como la percepción de competencia que tienen las mujeres jóvenes en adoptar medidas seguras al momento de una relación sexual respecto a los hombres de su misma edad, sumado a esto, los hombres se han mostrado más abiertos a aspectos que pudieran potenciar el riesgo de infección como lo es por ejemplo una relación casual(11).

Aunque en los hombres se observa con mayor frecuencia conductas de riesgo diferentes a aspectos biológicos como la edad, son las mujeres quienes presentan mayor vulnerabilidad al momento de materializarse el deseo sexual, por cuanto

culturalmente es el hombre el encargado de tomar la decisión en la forma de protección(1).

Entre las condiciones que hacen parte del conjunto de condiciones sociodemográficas que son factores de riesgo para VIH, cabe mencionar, el estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad, el número de parejas, la estabilidad de las mismas en cierto periodo de tiempo, el uso consistente del condón, la edad de inicio y el consumo de SPA (59).

4.3.8 VIH/SIDA

VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana, SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y este el estadio más avanzado de la infección(60).

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH (61).

El contagio de VIH, suele darse por relaciones sexuales sin protección con una persona infectada; de igual forma, puede adquirirse por el uso compartido de agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada; otra manera de contagio, es lo que se conoce como transmisión vertical, el cual se da cuando la mujer en etapa de gestación, transmite al feto la enfermedad(60,61).

El tiempo que demora en aparecer los síntomas en las personas infectadas con el virus, puede variar mucho de persona a persona; así las cosas, si la persona no recibe tratamiento, los síntomas o signos de la enfermedad pueden presentarse entre 5 a 10 años. El tiempo que transcurre entre el contagio por VIH y el diagnóstico puede variar entre 10 y 15 años, a veces más; el tratamiento con antiretrovíricos puede impactar la enfermedad en el tiempo de evolución y deterioro de la persona, porque evita la multiplicación del virus, y en consecuencia, disminuye la cantidad de virus presente en la sangre del individuo infectado(29).

4.3.9 Vías de transmisión del VIH

VIH es la sigla del virus de inmunodeficiencia humana. El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo. SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estadio más avanzado de esta infección, se trata de una enfermedad infecciosa transmisible y no contagiosa (16,45).

El VIH se encuentra presente en todos los fluidos corporales. No obstante en el caso de secreciones corporales como el sudor, la saliva o la orina, las concentraciones del virus es demasiado bajas como para constituir un riesgo de transmisión; el VIH suele contagiarse a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El Sida también puede contagiarse por compartir agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto (45).

Entre los fluidos corporales que cabe mencionar como medio de transmisión son únicamente: la sangre, el semen y los fluidos vaginales y las clasificaciones de las vías de transmisión son: **(I)** vías de transmisión sexual, **(II)** vías de transmisión parenteral, **(III)** vías de transmisión vertical y **(IV)** otras vías de transmisión como es el caso de las transfusiones sanguíneas y hemoderivados (17,45).

4.3.10 El VIH/SIDA y los objetivos de desarrollo del milenio

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, que consideran eventos en salud pública van desde la reducción del 50% de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial.

En la meta número seis, tiene como indicador trazador la detención y reducción de la propagación del VIH/SIDA para el año 2015 y años posteriores, y considera aspectos como el empoderamiento de las mujeres a través de la educación sobre la enfermedad, tal como varios países lo han demostrado y el uso del preservativo

durante las relaciones sexuales de alto riesgo, considerada esta práctica como uno de los pilares más eficaz en la prevención para el VIH, entre otros (28).

4.3.11 Modelos estadísticos predictivos

Los modelos predictivos o de regresión, son la representación de la relación entre dos o más variables a través de un modelo formal que supone contar con una expresión lógico-matemática que, aparte de resumir cómo es esa relación, va a permitir realizar predicciones de los valores que tomará una de las dos variables (la que se asuma como variable de respuesta, dependiente, criterio o Y) a partir de los valores de la otra (s) la(s) que se asuma(n) como variable explicativa, independiente, predictora o X (62).

En la literatura estadística se han planteado diferentes tipos de modelos predictivos que han dado respuesta a las características que hacen referencia a la distribución de las variables que pueden aparecer implicadas en un determinado modelo. El más conocido es el modelo de regresión lineal (variable de respuesta cuantitativa), si bien, otras opciones a tener en cuenta son el modelo de regresión logística (variable de respuesta categórica) o el modelo de Poisson (variable de respuesta cuantitativa con distribución muy asimétrica), entre otros(63).

En el análisis estadístico a partir de una regresión involucra el estudio de la relación entre dos o más variables, en general se buscan aspectos como: investigar si existe asociación entre diferentes binomios probando la hipótesis de independencia estadística, en segundo lugar, estudiar la fuerza de asociación a través de la medida conocida como coeficiente de correlación y por último, estudiar la forma de la relación y a partir de la forma que tomen los datos proponer un modelo que pueda predecir el valor de una variable a partir de la(s) otra(s)(63).

Para la construcción de un modelo predictivo, es importante tener en cuenta una variable dependiente (Y) y su posible relación con una variable independiente (X); la decisión sobre que análisis usar depende de la naturaleza del OUTCOME y del tipo de función que se propone para establecer dicha relación del outcome y la variable independiente. Así las cosas, las variables independientes (x_1, x_2, \dots, x_n), o variables regresoras, se usan como predictores o son variables de confusión que interesa controlar; y el outcome, variable dependiente o variable respuesta son los atributos sobre los cuales se quiere medir cambios o hacer predicciones(25,26,63).

4.4 Marco Normativo

4.4.1 Ley 100 de 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

Todos los habitantes deberán estar afiliados al SGSSS, así como todos los afiliados recibirán un plan obligatorio de salud, y se debe a nivel estatal promover la participación social en los diferentes programas de salud(64).

4.4.2 Ley 972 de 2005

En el Artículo uno, se declara de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. En este mismo artículo, El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se compromete a garantizar el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos(65).

Además de los programas regulares desarrollados por el Gobierno, el Ministerio de la Protección Social será el encargado de coordinar todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción de la salud, en concordancia con el lema o el tema propuesto a nivel mundial por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, ONUsida, y promoverá, en forma permanente, y como parte de sus campañas, el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de las entidades territoriales y los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud(65).

4.4.3 Ley 715 de 2005

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

Capítulo dos: Competencias de las entidades territoriales en el sector salud, en lo relacionado con salud pública y la garantía en la financiación y prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación(66).

4.4.4 Plan decenal de salud pública

Definición de prioridades, derechos y sexualidad: 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(67).

4.4.5 Decreto 1543 de 1997

Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS).

En su artículo dos: Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; ésta se llevará a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ITS, el VIH y el SIDA(68).

5. Metodología

5.1 Enfoque metodológico de la investigación

Trabajo de investigación con un enfoque cuantitativo, se abordó desde la hipótesis que existen factores capaces de predecir la adopción de conductas de riesgo para VIH como la falta de uso del condón y el consumo de alcohol.

5.2 Tipo y diseño de estudio

Se desarrolló un estudio de tipo transversal con diseño observacional, tuvo como propósito desarrollar un modelo predictivo buscando a su vez confirmar la hipótesis planteada acerca de la asociación entre las condiciones sociodemográficas, de conocimiento, prácticas, hábitos, apoyo social y de ocupación propia de las mujeres trabajadoras sexuales que pueden predecir la adopción de conductas riesgosas para VIH/sida como son el uso del condón y el consumo de alcohol en ejercicio de su ocupación.

5.3 Población de referencia o población blanco

El estudio se desarrolló teniendo como base el grupo de mujeres trabajadoras sexuales en Bogotá para el año 2015 que corresponde a 2730 mujeres, el número de esta población se estimó en el marco del estudio *“Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2015”*, este a su vez como parte del proyecto: *“Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y reducción de la morbi-mortalidad por VIH/sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia”*, financiado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, operado por Global Communities y con el seguimiento del Mecanismo Coordinador de País (69).

Cabe anotar, que el estudio inicial se llevó a cabo en cinco ciudades de Colombia (Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Bogotá) durante el año 2015, pero este estudio solo tuvo en cuenta la población trabajadora sexual de la ciudad de Bogotá cuyo número corresponde a 255 mujeres que ejercen el trabajo sexual como ocupación en las calles y/o establecimientos del distrito.

5.4 Población accesible

Las mujeres trabajadoras sexuales que aportaron información para el estudio inicial realizado en el año 2015, en el que se incluyeron 19 de las 20 localidades de Bogotá, y no se incluyó la zona rural de la ciudad.

De igual forma, se pudo acceder a la información de la población trabajadora sexual que ejercían su ocupación en establecimiento o calle, siendo esta la población accesible para la recolección de información(69).

5.5 Población elegible o población objeto de estudio

Las mujeres que se tuvieron en cuenta para el desarrollo del estudio fueron aquellas mayores de 18 años, que ejercían su ocupación como trabajadora sexual en la zona urbana de la ciudad, que laboraran en establecimientos tales como Whiskerías, clubes o residencias, o en las calles donde se concentra el trabajo sexual como ocupación; no se tuvo en cuenta para el estudio mujeres que ejercían trabajo sexual bajo la modalidad de Score o prepago, o en modalidades no contempladas dentro del estudio(69).

5.5.1 Criterios de inclusión

Se incluyó en el estudio la información disponible en la base de datos proporcionada por el estudio inicial. En primer lugar, se clasificaron aquellas variables que dieron respuesta a los objetivos propuestos para el presente estudio.

En segundo medida, se procedió a revisar aspectos como completitud, coherencia y calidad de la información de las variables.

Cabe citar los criterios que fueron tenidos en cuenta por el proyecto que proporcionó la base de datos para la selección de la muestra de las mujeres trabajadoras sexuales(69):

- Mujer de 18 años o más.
- Mujer que se reconoció como trabajadora sexual de la zona urbana de la ciudad de Bogotá.
- Mujer que ofrecía o ejercía el trabajo sexual en establecimiento o en calle.

5.5.2 Criterios de exclusión

Partiendo de la fuente de información, no se tuvieron en cuenta aquellas variables en las que faltó información, o se consideró que la proporcionada por la característica analizada, no aportó elementos suficientes y necesarios para el análisis del presente estudio. Se excluyeron además los registros con datos

duplicados, respuestas contradictorias o discordantes identificadas en la base de datos.

Cabe mencionar los criterios que se tuvieron como excluyentes para el estudio inicial:

-Mujer que estuviera bajo efectos del alcohol.

En este mismo estudio no fue criterio de exclusión:

-Que la mujer trabajadora sexual (MTS) conociera sobre su estado de infección por VIH o estuviera en tratamiento con antirretrovirales.

-Que la MTS, perteneciera a población en situación de calle o fuera usuaria de drogas intravenosas(69).

5.6 Muestra

5.6.1 Diseño de la muestra

Según la fuente de información del presente estudio, no fue necesario contar con un diseño muestral específico para dar respuesta a los objetivos propuestos, puesto que se procesó la información de las 255 mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá, de la cual se obtuvo los datos y que conformaron el tamaño muestral del estudio inicial.

Sin embargo, cabe mencionar el diseño utilizado para el estudio inicial, el cual teniendo en cuenta que no fue posible obtener un censo o registro de trabajadoras sexuales que prestan sus servicios en establecimiento o calle, se determinó una técnica de muestreo o diseño muestral por agrupaciones polietápico, con el fin que fuera probabilístico, lograr minimizar los sesgos de selección y mantener la eficiencia del estudio, así mismo, se consideraron aspectos que garantizaron la comparabilidad de los resultados con los de estudios anteriores, se optó por usar un muestreo de tiempo y lugar (69).

Cohérente con lo anteriormente dicho, se utilizó una técnica de muestreo en dos etapas, definido como un método proporcional al tamaño y sistemático con una réplica. En la primera etapa (muestreo proporcional al tamaño) se utilizó como criterio la frecuencia absoluta acumulada, y en la segunda etapa (selección de participantes) se utilizó un método sistemático con una réplica, en el cual todas las MTS tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas(69).

Para la realización del muestreo, fue necesario obtener información de las zonas de tolerancia tanto establecimientos como en calle, lugar donde las mujeres mayores

de edad ofrecen y prestan sus servicios sexuales, las fuentes de obtención de los datos fueron los planes de ordenamiento territorial, diagnósticos de situación salud, secretaria de integración social, equidad de la mujer, planeación distrital y todas las zonas de tolerancia debían contar con una población mayor a 20 de trabajadoras sexuales(69)

Las zonas detectadas fueron codificadas con un número único y ubicada geográficamente en el plan o urbano, y al interior de cada una ubicados los establecimientos o sectores de calle donde se ofrecía o ejercía el trabajo sexual, estos sitios también codificados fue lo se conformó como unidades primarias de muestreo (UPM)(69).

A partir del listado de las UPM, se procedió a la selección de la unidad de observación conformada por la mujer trabajadora sexual, a través de la utilización de un muestreo aleatorio sistemático con la probabilidad proporcional al tamaño de UPM y teniendo en cuenta el número aproximado de mujeres por unidad.

Por último, como estrategia de contacto, el equipo operativo del proyecto, inicialmente se acercó a las autoridades, explicó todos los aspectos del estudio como objetivo, tiempo aproximado de permanencia en la zona, las condiciones éticas del mismo y así mismo solicitó su apoyo(69).

Una vez identificadas las MTS, se les entregó material informativo, y se dio instrucciones sobre sitio y hora de cita con el encuestador. Así mismo se les informó sobre el tiempo que requerían para responder el cuestionario. En caso que no asistiera la mujer el día de la cita, se abordó por segunda y última vez, bajo las mismas condiciones, y por ningún motivo con medidas coercitivas para su participación(69).

La mujer encuestada, fue atendida de manera individual y en un sitio donde se cuidó la reserva para la recolección de la información garantizando así mismo su dignidad y autonomía (anexo consentimiento informado del estudio).

5.6.2 Marco muestral

El marco muestral del presente estudio, estuvo determinado por la información proporcionada por las ochenta y cuatro (84) variables incluidas en el estudio correspondiente a la información de las 255 MTS, consignada en la base de datos provista para tal fin.

Cabe mencionar, que para el estudio inicial, el marco muestral estuvo determinada por la lista de las UPM y de las mujeres trabajadoras sexual de la zona urbana de la ciudad de Bogotá, identificadas en establecimiento y calle.

5.6.3 Tamaño de la muestra

Contando con la información suministrada, la muestra estuvo conformada por 255 mujeres trabajadoras sexual, esta fue determinada a través de la estimación de proporción en poblaciones finitas, y teniendo en cuenta aspectos como la procedencia de las mujeres trabajadoras sexuales (zona urbana) y la ubicación del trabajo sexual (en calle o establecimiento), y sin asumir efecto de diseño (deff); a continuación se presenta la fórmula que se utilizó para calcular el tamaño de la muestra(69):

$$n = \frac{(pq)Z^2 N}{(EE)^2 (N-1) + (pq)Z^2}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

N=población

Z= valor crítico del intervalo de confianza para una distribución normal estándar

P=proporción del indicador con mayor varianza (pq)

E=Margen del error permitido

Para efectos del estudio que se planteó:

N= población estimada de trabajadoras sexuales para una ciudad y lugar de trabajo sexual (Bogotá, calle; Bogotá-establecimiento).

Z= 1,96 para un intervalo de confianza del 95%.

p=prevalencia reportada en la ciudad y en el lugar de trabajo sexual en el estudio del año 2012.

E= 1%

Después de calcular el tamaño de la muestra, se ajustó por efecto de diseño (deff=1.5) y se aumentó en un 10% con el fin de prevenir posibles sesgos de información(69).

Así mismo, según describe el estudio, se calcularon los errores muestrales para la estimación de los indicadores del sistema de monitoreo con el supuesto de la muestra para el estimador principal, con el fin de determinar posteriormente la validez estadística de la estimación de los indicadores, a continuación se presenta como lo hicieron en el estudio. **Tabla 1:**

Tabla 1. Indicadores propuestos por ONUSIDA, para el monitoreo y evaluación de la respuesta a la epidemia

Indicador	Bogotá	
	Calle	Establecimiento
Conocimientos métodos	4%	>5%
Creencias correctas	4%	>5%
Uso condón ultimo cliente	3%	5%
Uso consistente condón cliente	5%	5%
UDI en los últimos doce meses	<1%	2%
Solicitud prueba VIH	>5%	>5%
Exposiciones a las intervenciones	5%	>5%

Fuente: "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015".

5.7 Descripción de las Variables

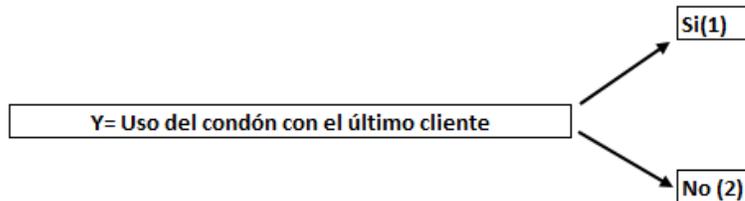
Según los objetivos propuestos se clasificaron las variables de estudio de acuerdo al orden en que se desarrolló el análisis de la información, así mismo, se clasificaron las variables en dependientes e independientes buscando la coherencia de las mismas según las hipótesis planteadas, cabe mencionar que todas las variables analizadas fueron extraídas del instrumento y base de datos proporcionada por el grupo investigador quien realizó el estudio en cinco ciudades(69).

5.7.1 Definición operativa de las variables dependientes

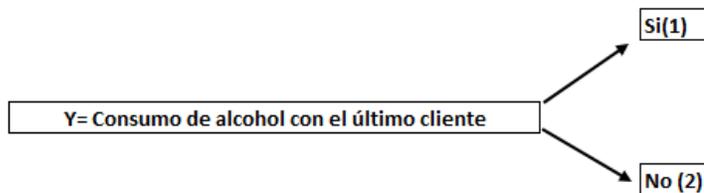
Para el presente estudio se plantearon dos conductas de riesgo como variables dependientes, la definición operativa de dichas variables respuesta, corresponde a los lineamientos propuestos por ONUSIDA, para el monitoreo y evaluación de la respuesta a la epidemia de acuerdo con el Global AIDS response progress reporting(70).

En primer lugar, el uso del condón en la última relación sexual con un cliente, variable categórica nominal, que fue medida a través de la respuesta afirmativa de las mujeres trabajadoras sexual y como segunda categoría o valor de referencia de

esta variable, aquellas mujeres que respondieron que no lo hicieron; el modelo de esta variable se presentó así:



Como segunda variable dependiente, se encuentra el consumo de alcohol con el último cliente, clasificada esta como conducta de riesgo que ha sido explorada en diferentes estudios y en los que se ha evidenciado asociación estadística entre esta condición y el contagio de VIH. Para el análisis de esta variable como consecuencia de la interacción entre otras variables e influencia sobre la misma, se planteó la respuesta afirmativa de consumo de alcohol con el último cliente, en relación con la negación a esta práctica de las mujeres trabajadoras sexual mientras ejercen su ocupación; el modelo de esta variable se presentó así:



5.7.2 Clasificación de las variables independientes según los objetivos propuestos

Variables sociodemográficas, de historia sexual y reproductiva, de salud y relacionada con el sistema de salud

Las variables sociodemográficas utilizadas para dar respuesta al primer objetivo específico fueron:

- Edad
- País, Departamento, Ciudad de nacimiento
- Municipio de residencia
- Etnia
- Estrato socioeconómico
- Nivel educativo
- Estado civil
- Estructura familiar
- Ciudad de residencia anterior
- Dependencia económica
- Ingreso económico mensual

Las variables de historia sexual y reproductiva utilizadas para dar respuesta al primer objetivo específico fueron:

- Edad de primera relación sexual
- Sexo de la persona en primera relación sexual
- Primera relación sexual con consentimiento
- Uso de condón en la primera relación sexual
- Motivo de no uso
- Orientación sexual
- Hijos vivos actualmente
- Prueba de VIH durante el último embarazo
- Resultado de la prueba de VIH del último embarazo

Las variables de salud y relacionadas con el sistema utilizadas para dar respuesta al primer objetivo específico fueron:

- Problemas de salud en el último mes
- Citología en el último año

- Método de planificación actual

Variables relacionadas con las condiciones ocupacionales, de uso del condón, consumo de SPA y de la vida en pareja de las mujeres trabajadoras sexuales

Las variables relacionadas con la ocupación que fueron utilizadas para dar respuesta al segundo objetivo específico fueron:

- Número de parejas sexuales en el último año sin pago
- Sexo de las parejas sexuales en el último año sin pago
- Pareja portadora de VIH o muerto por SIDA
- Relaciones sexuales con personas del mismo sexo
- Edad de inicio como trabajadora sexual
- Tiempo de ocupación
- Tiempo de ocupación en Bogotá
- Ocupación en diferente zona de la ciudad
- Ocupación previa en otras ciudades o países
- Sitio de oferta del servicio
- Sitio de prestación del servicio
- Número de clientes por día
- Número de clientes por semana
- Días promedio por semana de trabajo sexual

Las variables relacionadas con el uso del condón que fueron utilizadas para dar respuesta al segundo objetivo específico fueron:

- Uso del condón en la última semana
- Numero de relaciones sexuales en la última semana(pago y no pago)
- Número de clientes antiguos atendidos en la última semana
- Tiene pareja estable
- Sexo de la pareja estable
- Uso de condón con la pareja estable en la última relación
- Frecuencia de uso del condón con la pareja estable en el último mes
- Razón de no uso del condón con la pareja estable
- Pareja frecuente en menos de un año
- Uso de condón con pareja frecuente en la última relación
- Frecuencia de uso de condón con pareja frecuente
- Razones de no uso con pareja frecuente
- Disponibilidad de condón al momento del servicio

- Uso del condón con el último cliente
- Persona que sugirió el uso del condón (cliente o TS)
- Razones de no uso del condón con el último cliente
- Recibir información sobre el uso adecuado del condón
- Número de condones con disponibilidad al momento del servicio
- Conocimiento sobre el condón femenino

Las variables relacionadas con el consumo de licor y otras SPA que fueron utilizadas para dar respuesta al segundo objetivo específico fueron:

- Consumo de alcohol con el último cliente
- Características del estado de sobriedad y/o consumo del último cliente
- Uso de drogas inyectables
- Última vez de uso de drogas inyectables
- Frecuencia en compartir agujas o jeringas en el consumo de drogas inyectables

Variables relacionadas con los conocimientos y actitudes frente a VIH y otras ITS de las mujeres trabajadoras sexuales

Las variables relacionadas con los conocimientos y actitudes frente al VIH que fueron utilizadas para dar respuesta al tercer objetivo específico fueron:

- Conocimiento acerca del VIH
- Participación en los últimos doce meses en campañas de información o educación sobre VIH
- Prevención del VIH con uso del condón
- Prevención del VIH sin drogas inyectables
- Transmisión del VIH por lactancia materna
- Realización de prueba para VIH
- Fecha de la última prueba de VIH
- Resultado de la última prueba de VIH
- Valoración del grado de vulnerabilidad o de riesgo propio de infectarse de VIH
- Conocimiento sobre otras infecciones que pueden transmitirse por relaciones sexuales
- ITS en los últimos doce meses
- Tipo de ITS en los últimos doce meses
- Conocimiento sobre síntomas de ITS en mujeres
- Conocimiento de síntoma de ITS en los hombres

- Practica que realiza para protegerse de ITS en el último mes

Variables relacionadas con apoyo y redes sociales de las mujeres trabajadoras sexuales

Las variables relacionadas con el apoyo y las redes sociales que fueron utilizadas para dar respuesta al cuarto objetivo específico fueron:

- Maltrato o abuso en el último año por la condición de ser trabajadora sexual
- Tipo de abuso o maltrato
- Persona que realizó el abuso o maltrato
- Maltrato por parte de los servicios de salud por la condición de ser trabajadora sexual
- Participación en alguna organización de trabajadoras sexuales
- Persona de apoyo en caso de maltrato o necesitar servicio medico

Tabla 2. Definición y operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables se presenta como anexo uno.

Tabla 3. Análisis de la información según objetivos de asociación

MEDIDAS ESTADÍSTICAS Y EPIDEMIOLOGICAS				
Análisis Bivariado				
Nº	Objetivo	Variable	Técnica	Prueba de hipótesis
5	Asociación entre conductas de riesgo relacionadas con el uso del preservativo según condiciones demográficas, de conocimiento y de ocupación	Edad	Gráfico de barras y errores	U de Mann Whitney
		Estrato socioeconómico	Grafica de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Nivel educativo	Grafica de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Estado civil	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Orientación sexual	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Conocimiento sobre el condón	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Información sobre VIH e ITS	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Antecedentes de ITS	Grafica de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Ingreso económico por trabajo	Gráfico de barras y errores	U de Mann Whitney
		Edad de inicio	Gráfico de barras y errores	U de Mann Whitney
		Número de clientes en la última semana	Texto	U de Mann Whitney
		Sitio de oferta del servicio	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Pareja frecuente (sin pago)	Grafica de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Pareja estable > 1 año	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Cliente antiguo	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Disponibilidad método planificación	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
Método de planificación diferente al condón	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia		

MEDIDAS ESTADÍSTICAS Y EPIDEMIOLOGICAS				
Análisis Bivariado				
Nº	Objetivo	Variable	Técnica	Prueba de hipótesis
6	Asociación entre conductas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol según condiciones demográficas y de ocupación	Edad	Gráfico de barras y errores	U de Mann Whitney
		Edad de inicio	Gráfico de barras y errores	U de Mann Whitney
		Estrato socioeconómico	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Nivel educativo	Gráfico de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Estado civil	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Composición familiar	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Número de hijos	Texto	U de Mann Whitney
		Ingreso económico por trabajo	Gráfico de barras y errores	U de Mann Whitney
		Número de clientes en la última semana	Texto	U de Mann Whitney
		Oferta del servicio	Gráfico de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Cliente antiguo	Texto	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Consumo de otras SPA	Gráfico de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia
		Algún tipo de maltrato	Gráfico de barras compuestas	Prueba Chi cuadrado/ Razones crudas de prevalencia

5.8 Técnicas de recolección de la información

5.8.1 Fuente de información

La fuente de información utilizada fue de tipo secundaria, a partir de la utilización de la base de datos, como resultado de la aplicación de la encuesta para el proyecto: *“Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015”* financiado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, operado por Global Communities y con el seguimiento del Mecanismo Coordinador de País(69).

5.8.2 Instrumentos de recolección de información

El instrumento tenido en cuenta para el análisis de la información de los datos, fue el aplicado en el proyecto operado por Global Communities con el seguimiento del Mecanismo Coordinador de País(69); de allí se extrajeron las variables a analizar, resultando una proporción del 44,3% de las características incluidas en dicho estudio, las cuales pudieron responder a los objetivos de este estudio.

El cuestionario inicial fue diseñado a partir de modelos de encuestas de vigilancia de comportamiento(71) utilizados en otros países para abordar el tema del VIH, tomando como base para la elaboración de las preguntas los indicadores esenciales de monitoreo y evaluación de las acciones para la respuesta a la epidemia de VIH(72), esta misma encuesta ha sido utilizada en las ciudades donde se ha desarrollado el estudio durante los años 2004 y 2012. (**Anexo 2**).

Las variables resultantes de la clasificación de la base de datos se agruparon de la siguiente manera para dar respuesta a los objetivos:

Variabes sociodemográficas, de historia sexual y reproductiva, de salud y relacionadas con el sistema de salud: en este conjunto de veinte y cinco (25) variables se incluyeron aquellas que pudieran describir las condiciones sociodemográficas y propias de la vida sexual y reproductiva, así como las relacionadas con el estado de salud y la atención de las mujeres trabajadoras sexuales; y algunas variables que haciendo uso del método deductivo pudieran explicar y/o predecir la adopción de conductas de riesgo como el no uso del condón en ejercicio del trabajo sexual y con el último cliente y/o el consumo de alcohol bajo este mismo esquema.

Variables relacionadas con las condiciones ocupacionales, de uso del condón, consumo de SPA y de la vida en pareja de las mujeres trabajadoras sexuales: para este grupo de treinta y ocho (38) variables, se incluyeron las condiciones relacionadas con la ocupación, el uso del condón en ejercicio de su ocupación y en su vida en pareja, y las condiciones que describían el consumo o no de alcohol y sustancias psicoactivas. Así mismo, para la regresión y construcción del modelo predictivo, se seleccionaron las dos variables dependientes: (y_1 = Uso del condón durante el último servicio prestado (último cliente); y_2 = Consumo de alcohol durante el último servicio prestado (último cliente)); cabe anotar, que de este grupo al igual que de los tres restantes, se tuvo en cuenta algunas variables explicativas para la construcción del modelo predictivo, una vez controlada su posible colinealidad.

Variables relacionadas con los conocimientos y actitudes frente a VIH y otras ITS de las mujeres trabajadoras sexuales: para este grupo, se incluyeron quince (15) variables, todas relacionadas con los conocimientos adquiridos y creencias que las mujeres trabajadoras sexuales tienen frente al VIH y a otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

Se evaluaron además aspectos como prácticas desarrolladas por las mujeres estudiadas en lo relacionado con la prevención de ITS y manejo del virus en caso de ser seropositivas.

Variables relacionadas con apoyo y redes sociales de las mujeres trabajadoras sexuales

En el último grupo se incluyeron seis (06) variables, que indagaron aspectos como el maltrato, tipo de este comportamiento hacia ellas, personas y/o instituciones protagonistas de dichos actos; así mismo, se procesó información sobre las organizaciones y personas de apoyo en caso de requerirlo la mujer que ejerce el trabajo sexual como ocupación.

5.9 Proceso de obtención de la información

Se solicitó a la organización Global Communities, la autorización de acceso al protocolo y base de datos del proyecto liderado por esa organización titulado: “Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y reducción de la morbi-mortalidad por VIH/sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia”, y llevado a cabo durante el año 2015(69).

Dicho estudio, se realizó en cinco ciudades de Colombia (Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga y Bogotá), pero como se anotó en párrafos anteriores, por efectos de viabilidad de la investigación y considerando que es una propuesta nueva en el diseño de un modelo predictivo, para este estudio solo se tomó la población de mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá(69)

Una vez otorgada la autorización y con ella el protocolo del proyecto, se revisaron aspectos importantes que contemplan la validez interna del estudio; es así, como se inspeccionaron componentes metodológicos, específicamente en lo relacionado con la selección y tamaño de la muestra, criterios de inclusión y exclusión de las MTS, variables incluidas en el estudio, cuidando aspectos como se anotó anteriormente de exhaustividad y mutua exclusión, entre otros.

Concluyendo con la utilidad por la calidad observada en el diseño del estudio, se procedió a revisar la base de datos y con ella las variables que para el mismo se incluyeron y fueran de utilidad para el logro de los objetivos del presente, se procedió a revisar en detalle, constatando que contara con elementos como completitud en los datos registrados, coherencia de los datos respecto a la pregunta planteada (variable) y sin duplicidad en los mismos.

Así las cosas, se determinó que la base de datos que contenía la información suministrada por las 255 mujeres trabajadoras sexuales que estuvieron seleccionadas para la muestra y que ejercen su trabajo en la ciudad de Bogotá, cumplía con todos los criterios para ser utilizada en el presente estudio y con el uso del 44,2% de las variables de la base de datos en mención, se podría dar cumplimiento al objetivo general y con él, los objetivos específicos del estudio que planteó el diseño de un modelo predictivo para las conductas de riesgo relacionadas con el uso del condón en ejercicio de su ocupación y el consumo de alcohol en esta misma práctica.

5.9.1 Control de errores y sesgos

5.9.1.1 Sesgo de Clasificación

Considerando que la fuente de datos fue secundaria, se limita un poco la garantía en el control de sesgos, específicamente en lo relacionado con el diseño del estudio. Sin embargo, haciendo uso del protocolo proporcionado por el proyecto ejecutor del instrumento y la revisión de la base datos (69), se facilita la identificación de los posibles sesgos y de no haber sido identificado en el diseño, el control, en la fase de análisis de la información.

Por el tipo de estudio desarrollado el cual fue de corte transversal, uno de los sesgos más importantes de clasificación en el que pudiera estar incurriendo es el contar con un instrumento inadecuado o no validado.

Se controló y según se observó en el documento del estudio inicial, con la elaboración del instrumento cuyas preguntas se soportaron en criterios establecidos por organizaciones como ONUSIDA, y estudios nacionales previos en los cuales se aplicó la misma encuesta(69).

Así mismo, se entrenó a los supervisores y encuestadores en aspectos relacionados con forma y contenido de la encuesta. Se organizaron grupos de discusión y preparación en la administración de la encuesta, revisando el instrumento en detalle y realizando un simulacro por parejas de encuestadores, ejercicio realizado con el objetivo de identificar posibles errores en la aplicación del instrumento(69).

Posteriormente, se realizó una prueba piloto de todo el proceso de aplicación del instrumento, la información allí recogida, fue tabulada así como el análisis de los diarios de campo de esta prueba, luego se hizo retroalimentación en el equipo de trabajo con el fin de socializar los errores encontrados.

Otro posible sesgo de clasificación controlado, se soporta en que los datos fueron captados previa sensibilización de las mujeres objeto de estudio, garantizando que aunque la variable: sitio de oferta del servicio (establecimiento-calle) pudiera condicionar de algún modo la exposición (para las dos variables dependientes), este se controló, recogiendo la información equiparada mente en ambos grupos y en diferentes momentos del tiempo, controlando con esto además la exposición condicionada a la medición en un solo momento.

5.9.1.2 Sesgo de información

Dentro de los sesgos de información que pudieron presentarse en la aplicación de la encuesta durante la ejecución del proyecto inicial (69), se encuentra la falta de veracidad en las respuestas dadas por las mujeres del estudio o la información oculta por parte de ellas.

Este sesgo fue controlado, y en coherencia con lo descrito en el control para el sesgo de clasificación, a través de la sensibilización a la mujer trabajadora sexual, cuando en el primer contacto con el equipo del proyecto, se explicó el objetivo del mismo, se proporcionó material informativo y se garantizó tanto la participación voluntaria como aspectos de anonimato y confidencialidad en la información suministrada(69).

Un aspecto que pudiera conducir a un sesgo de información, pudiera haber sido, la inducción a las respuestas o la mala formulación de las preguntas; para lo cual, como se anotó anteriormente, se entrenó a los supervisores y encuestadores en lo relacionado con aspectos de forma y contenido del instrumento(69).

5.9.1.3 Sesgo de selección

Como se ha venido mencionando, para este estudio la fuente de información fue secundaria, elemento que limita un poco el control de errores y sesgos por cuanto no se tuvo injerencia desde el diseño del mismo; sin embargo, se reitera la revisión detallada tanto del protocolo como de la base de datos, buscando verificar la identificación y control de los mismos en la fase inicial del estudio(69).

Los sesgos de selección más comunes en los estudios transversales, se relacionan con la frecuencia del evento estudiado, entre otros aspectos, la alta letalidad de la enfermedad en estudio puede ser un sesgo que condiciona la validez de la investigación y la precisión en las estimaciones; para el caso en particular, es evidente que el evento de estudio no estuvo fundamentado en la estimación de la frecuencia de una enfermedad sino en la frecuencia de uso del condón y consumo de alcohol como conducta de riesgo identificada para el contagio de VIH, estas como condición resultante de la influencia de distintas características individuales, de contexto y de ocupación, entre otras, capaces de modificar, explicar o predecir el comportamiento de la misma.

Otro aspecto observado en el control de posibles sesgos de selección desde el diseño del estudio, se relaciona con la técnica de muestreo, en el que el protocolo es claro en señalar como se realizó todo el proceso de diseño y obtención de la muestra para garantizar la validez externa de la investigación, y el cual se presentó en el componente de muestreo. Así mismo, otro elemento observado, es la técnica de selección de la muestra, en el que se describe ante la dificultad de un muestreo probabilístico clásico por no contar con un censo o registro exacto de las MTS que laboran en establecimiento o calle como marco muestral, la utilización de un muestreo por tiempo y lugar, el cual mantiene la eficiencia del muestreo probabilístico y garantiza la comparabilidad con los resultados de estudios anteriores que estimaron los mismos estadísticos del estudio en el año 2015 y la heterogeneidad entre los individuos encuestados.

Es así, como se utilizó la técnica de muestreo en dos etapas o método proporcional al tamaño y sistemático con una réplica, en la primera etapa en el que la muestra es proporcional al tamaño, se utilizó como criterio la frecuencia absoluta acumulada y para la selección de las participantes se utilizó un método sistemático con una réplica, en el cual, todas las trabajadoras sexuales tuvieron la misma probabilidad de ser seleccionadas(69).

Para el caso del desarrollo del modelo predictivo, el control en los posibles sesgos de selección en las variables que debían ser incluidas para el análisis y que dieran respuesta a los objetivos de asociaciones y de variables explicativas, se sustentó en la revisión detallada de la información consignada en la base de datos, contrastada con las preguntas registradas en el instrumento y la evaluación en la calidad y completitud de la información en ambos registros.

De igual forma, sesgos de selección de las variables identificadas en la base de datos como útiles para dar respuesta a los objetivos y garantizando la validez y confiabilidad de los datos, también estuvo soportada, no solo por la revisión de las variables y el propósito de obtención de información de las mismas en el estudio inicial, sino también por el grado de comparabilidad en las categorías o valores de referencia de las variables de dicho estudio y la investigación desarrollada con el propósito del diseño del modelo predictivo, en el que se validaron los contenidos conceptuales entre unas y otras.

Cabe anotar además, que la definición operativa de las variables desenlace, incluidas para este estudio, se fundamentaron en los lineamientos propuestos por ONUSIDA, para el monitoreo y evaluación de la respuesta a la epidemia de acuerdo con el Global AIDS response progress reporting, y sobre la cual, se clasificaron algunos indicadores que pueden coadyuvar a la validación de las hipótesis propuestas(70).

5.9.1.4 Variables de confusión

Como variables que pudieran estar relacionadas tanto con los factores de exposición como con las conductas de riesgo planteadas como variables dependientes del estudio, y que pudieran subestimar o sobreestimar el efecto de las mismas sobre el desenlace o arrojar estimaciones lejanas al valor real, se presentan para la caso de “*no uso de condón con el último cliente*”, posibles variables confusoras como la edad y el ingreso económico como remuneración para el trabajo ejercido, estando la edad posiblemente relacionada tanto con el uso del condón como con el ingreso económico; así mismo, el ingreso económico pudiera estar cundiendo el efecto del estrato socioeconómico con el uso del condón; para ello se controló en la etapa del análisis de la información (análisis multivariado) a través del ajuste de las variables y se determinó la capacidad de modificar las medidas de asociación entre los diferentes grupos(73).

De igual forma, la variable desenlace: “*consumo de alcohol con el último cliente*” se realizó una regresión logística multivariada ingresando las variables de mayor a menor significancia estadística y extrayendo del modelo aquellas que la ingresarlas modificaban el valor p, de alguna de las variables incluidas anteriormente. Entre las variables que se manejaron con cautela por la posible confusión que pudieran estar generando para el modelo, se encuentran la edad de inicio, el nivel educativo y el ingreso económico como remuneración del trabajo sexual (73).

5.10 Análisis estadístico

Para el procesamiento de la información, se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20.0, en el que a través de tablas de doble entrada se calcularon las frecuencias y la distribución de las variables incluidas en el estudio y algunas en función de las variables dependientes.

El análisis de los datos se desarrolló teniendo en cuenta la naturaleza de las variables, el nivel de medición y sus categorías de referencia o unidad de medida. Así mismo, se realizó el análisis en tres momentos buscando dar respuesta a los objetivos específicos planteados, este esquema puede visualizarse en la tabla 2 (análisis descriptivo) y tabla 3 (análisis bivariado y multivariado).

El análisis descriptivo corresponde al primer momento, en el que se caracterizaron las condiciones de las mujeres trabajadoras sexual, partiendo de los objetivos específicos planteados, y los grupos de variables seleccionados para tal fin. Para este análisis, y como se indica en la tabla dos (2), los resultados se presentan en forma de texto, tablas y gráficos de barras simples, compuestas y/o apiladas, gráfico de sectores o polígono de frecuencias según el caso.

Un segundo momento para el análisis de la asociación entre las variables dependientes (conductas de riesgo) y algunas variables independientes seleccionadas para dar respuesta a los objetivos sexto y séptimo; considerando que las vbles desenlace son cualitativas dicotómicas, en los casos en que la naturaleza de las vbles independientes fueran de naturaleza cualitativa, se utilizaron pruebas de hipótesis como chi cuadrado de independencia o el estadístico Fisher.

Para el caso en los que las vbles independientes fueron de naturaleza cuantitativa que distribuyeron de forma normal, t de student o U de Mann Whitney para las que no presentaron este tipo de distribución(74).

Así mismo se calcularon medidas epidemiológicas como razones de ventaja u Odds Ratio buscando interpretar la probabilidad de adoptar conductas de riesgo las mujeres estudiadas o explicar la adopción de conductas de riesgo según las condiciones estudiadas respecto al grupo de mujeres que desarrollan este tipo de conductas pero no se encuentran expuestas a las mismas condiciones.

Estos valores se obtuvieron luego de la clasificación y estimación de la prevalencia de los diferentes factores de riesgo para el contagio de VIH en la población estudiada.

Por último, antes de estructurar el modelo predictivo, y teniendo en cuenta los resultados tanto de la estratificación de algunos grupos de posibles variables confusoras con el propósito de controlar las estimaciones según estos supuestos, se realizó una regresión logística multivariada para ambas variables respuesta (y_1 =conducta de riesgo relacionado con el uso del condón y y_2 =consumo de alcohol), esto con el fin de ajustar las variables y definir el modelo explicativo que dio lugar a la construcción del modelo predictivo teniendo en cuenta el poder predictivo de las variables incluidas en él.

Los resultados para este tercer momento, se sustentaron en la presentación del modelo final y en la tabla con los Odds ajustados de las variables que finalmente hicieron parte del modelo.

6. Consideraciones éticas

El presente estudio es considerado sin riesgo, se justifica en que no se tuvo contacto directo con la unidad de análisis debido a la fuente de información. Sin embargo, y acogiéndose a la Resolución 008430 de 1993, el estudio inicial, por condiciones de contacto con la fuente y los procedimientos a realizar para la recolección de la información, se clasifica como riesgo mínimo. Se observa en el protocolo provisto por la organización ejecutora del proyecto inicial las siguientes consideraciones éticas(69):

El estudio incluyó principios éticos como el respeto a la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes, así como el respeto a la integridad científica. Todas las personas que fueron involucradas en el estudio, fueron reclutadas y evaluadas a partir del respeto y tolerancia por su condición y características para ser incluidas en el mismo; como retribución o aporte benéfico por su participación, todas fueron sometidas a jornadas de capacitación en temas relacionados con derechos sexuales y reproductivos, entre los que se incluyeron temas relacionados con VIH, toma de muestras, asesoría pre y post prueba, previo acuerdo y firma de confidencialidad sobre la identificación y la información proporcionada por cada una de las mujeres trabajadoras sexual (69).

Así mismo, la investigación, se acogió al artículo 14 de la resolución antes referida, donde menciona el consentimiento informado con todos los elementos que lo conforman; como la autorización escrita por parte de la mujer encuestada. No obstante, se dejó por sentado, que en el momento que la mujer participante, cuando considere que debía hacerlo o decidiera que no podía continuar, estuvo en la libertad de hacerlo, sin afectación en cualquiera de los modos, al su reputación o buen nombre(69).

7. Resultados

Condiciones sociodemográficas y de historia sexual de las mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá

El 97,6% de las mujeres estudiadas nacieron en Colombia, la proporción restante (2,4%) en Venezuela, en cuanto al departamento colombiano de procedencia, se observó gran variación entre estos, casi la mitad (47,9%) proviene de Cundinamarca, la proporción restante (52,1%) se distribuyó en pequeñas fracciones, siendo la más representativa Antioquia con 9,0%, seguido Tolima (5,1%), Valle del Cauca (5,1%) y Meta (4,7%); el 28,2% restante de las mujeres que provienen de otros departamentos, estuvo distribuida en pequeñas proporciones provenientes de Departamentos como Risaralda (4,3%), Santander(3,9%), Caldas(3,1%), Boyacá(2,4%), Quindío (2,4%) y otros que no superan el 2,0%. En lo relacionado con el municipio de residencia, el 97,4% de las mujeres refirió vivir en la actualidad en Bogotá, el 2,6% restante entre los municipios de Medellín (1,4%), Villavicencio, Armenia y Bolívar (0,4%) todos con la misma proporción.

En aspectos sociodemográficos como la edad, Etnia, estado civil y estrato socioeconómico, se encontró que en promedio, las mujeres del estudio tenían 37,7 (+/-12,53) años, ubicándose la mitad de estas entre los 18 y 37 años y el resto de mujeres entre los 38 y 71 años, el rango de edad entre la que menos años tenía y la de mayor edad fue 53 años, la edad más frecuente entre las mujeres es de 26 años y en el último cuartil observado, las mujeres que ejercen la prostitución en Bogotá su edad estuvo entre los 47 y 71 años de edad **Tabla 4.**

El 82% de las mujeres, no se identificó dentro de alguna etnia especial, el 18% restante se distribuye entre negro, mulato o afrocolombiano (14,1%), Indígena (3,5%) y población ROM (0,4%).

En cuanto al estado civil, se observó que siete de cada diez trabajadoras sexuales son solteras (71,0%), seguido de las que viven en unión libre (19,2%), las separadas o divorciadas (8,2%) y en menor proporción las viudas (1,2%) y las casadas (0,4%) **Tabla 4.**

En la distribución del estrato socioeconómico, la mitad de las mujeres del estudio dicen pertenecer a estrato dos (50,2%), una cuarta parte al tres (24,3%), una proporción similar al uno (21,6%) y la proporción restante a estrato socioeconómico cuatro (3,9%), pudiendo decirse, de forma semejante a los estudios

anteriores(1,6,75) que las trabajadoras sexuales de Bogotá están ubicadas en estrato dos y tres.

En lo relacionado con el nivel de escolaridad y composición familiar, se observó que casi la mitad de las mujeres tiene estudios hasta básica secundaria (49%), seguido por una tercera parte de ellas (34,9%) que sus estudios alcanzan la básica primaria, se halló que seis de cada diez mujeres son analfabetas (6,3%) y cuatro de cada diez de ellas (3,9%) tienen formación técnica; solo el 5,4% de las MTS tienen formación tecnológica y universitaria, distribuida en proporciones iguales esta cifra **Tabla 4.**

Una tercera parte de las mujeres trabajadoras sexual manifestó vivir sola (34,5%), y de las que viven con otras personas, el 56,1% lo hace con sus hijos, y de estos el 30,8% además lo hace en compañía de su esposo o compañero permanente, y 30,1% vive en compañía de otros familiares.

En cuanto a la parte salarial y dependencia económica, se observó que tres de cada cuatro mujeres trabajadoras sexual, manifestó que existen persona (s) que dependen económicamente de ella (76,1%); en lo que respecta al ingreso económico mensual de las mujeres, se observa un promedio mensual de \$1.301.725 (+/- \$1.344.515); sin embargo llama la atención el rango tan amplio entre el ingreso mínimo y máximo con una diferencia de \$13.900.000, siendo el valor mínimo \$100.000 y el ingreso mayor de \$14.000.000, llevando a presentar con mayor precisión el dato de la mitad de los datos que corresponde a un ingreso medio (\$900.000), concordante con estudios anteriores (1,14). Cabe anotar, que nueve de cada diez mujeres en el dato relacionado con el ingreso mensual se concentra entre \$100.000 y \$2.700.000 y solo una de cada diez mujeres que ejercen dicha ocupación esta entre este valor (\$2.701.000 y \$14.000.000) **Tabla 4.**

En aspectos relacionados con la historia sexual de las mujeres del estudio como su orientación sexual, la edad de inicio en la vida sexual, sexo y otras condiciones relacionadas con la persona con quien inició su vida sexual, se pudo determinar que el 86,7% se reconoce como heterosexual, el 8,6% bisexual, e 0,8% de las mujeres dice ser homosexual y el 3,9% no sabe que orientación sexual tiene; el promedio de edad de activación en las relaciones sexuales fue de 14,92(+/- 2,81) años, encontrándose la mitad entre los 05 y 15 años (Rq=3) y la otra proporción entre 16 y 26 años; la edad más frecuente observada fue de 15 años y nueve de cada diez mujeres iniciaron su vida sexual entre los 05 y 18 años **Tabla 4.**

En lo referente a características de las personas con quien manifestaron las mujeres haber comenzado su vida sexual, se observó que en promedio tenían 24 (+/- 11,4) años, la mitad de esas personas estaba entre los 10 y 21 años y el resto entre los 22 y 99 años, la edad más frecuente en las personas con quien las mujeres iniciaron fue de 18 años.

Casi la totalidad de las mujeres (98,8%), manifestaron que la persona con quien iniciaron su vida sexual eran hombres, y seis de cada quince de ellas dijeron que su primera relación no fue con consentimiento propio (15,3%); así mismo, se halló que ocho de cada diez mujeres, no utilizó condón en su primera relación sexual (81,6%)

Entre las razones para no usar el condón en su primera relación sexual, se encontró que el 64,9% de las mujeres que no lo usó, justifico por no conocerlos en su momento, seguido de las mujeres en quien la primera relación fue sin consentimiento propio (11,5%), un 7,2% dijo no haberlo utilizado porque existían sentimientos de afecto, el 5,3% dijo que confiaba en la fidelidad de su pareja, un 4,8% nunca ha pensado porque no lo hizo en su momento; se encontraron otras proporciones menores que oscilan entre 0,5 y 2,9% en razones como percepción que su pareja no tenía alguna ITS o padecía VIH, a su pareja no le gustaba y estar uno o ambos bajo efectos del alcohol.

En lo relacionado con el número de hijos de las MTS, se encontró un promedio de 2,44 (+/- 1,5) hijos, siendo el número mínimo de hijos vivos de uno (1) y el máximo diez (10).

Otro aspecto que se analizó fue acerca de la realización de la prueba de VIH durante el último embarazo, se observó que el 63,5% de las mujeres dijo haberse hecho la prueba encontrándose además que en su mayoría (97,9%) el resultado fue negativo, el 1,4% no reclamó los resultados y 0,7% no se los entregaron.

Tabla 4. Distribución de condiciones sociodemográficas y relacionadas con la historia sexual de las mujeres trabajadoras sexual, Bogotá 2015

Variable	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)
Edad		
Mediana (Rq)	37(20)	
Nivel educativo		
Ninguno	16	6,3
Preescolar	1	0,4
Primaria	89	34,9
Secundaria	125	49
Técnico	10	3,9
Tecnológico	7	2,7
Universitario	7	2,7
Total	255	100
Estado civil		
Soltera	181	71
Casada	1	0,4
Unión libre	49	19,2
Separada/divorciada	21	8,2
Viuda	3	1,2
Total	255	100
Ingreso económico mensual		
Mediana (Rq)	\$900.000	(Rq\$900.000)
Promedio (DS)	\$1.301.725	(DS 1.344.515)
Edad primera relación sexual		
Promedio (DS)	14,9 (2,8)	
Primera relación sexual con consentimiento		
Si	215	84,3
No	39	15,3
Total	255	100

Condiciones de salud, planificación familiar y características relacionadas con el sistema de atención de las mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá

Se observó que un poco más de la cuarta parte (27,8%), ha presentado malestar o dolor físico en los últimos treinta días antes de la encuesta, el 15,3% presentó problemas relacionados con su salud mental o problemas emocionales, el 5,9% ha presentado problemas de salud relacionados a lesiones por accidentes o violencia, dos de cada cien MTS (2,4%), problemas de salud por intoxicación o envenenamiento; se observó que solo dos de cada cinco MTS (42,4%), se han realizado citología en los últimos doce meses.

En lo relacionado con los métodos de planificación familiar, se observó que casi todas las MTS, dicen planificar (99,2%), siendo el uso del condón el más utilizado (93,7%) en tiempos anteriores o uso actual por las mujeres del estudio en sus relaciones sexuales además del cuidado como método de planificación, así mismo, casi una tercera parte (32,3%) cuenta con la ligadura de trompas como método para planear la concepción, el 18% de las mujeres planifica con inyección, el 15,7% planifica con DIU o con óvulos, el 13,3% dijo usar pastillas, el 3,1% con métodos naturales y el porcentaje restante con otros métodos como el Jadelle.

Condiciones ocupacionales, de uso del condón, consumo de SPA y de la Vida en pareja de las mujeres trabajadoras sexuales

En aspectos relacionados con la ocupación de las mujeres trabajadoras sexual y el uso del condón en el contexto de pareja y con los clientes al momento del servicio; en lo que respecta a los tipos de relaciones que tienen las MTS, se observó que el 52,9% declaró no tener una pareja estable o compañero sexual permanente desde hace un año o más y de la cual no recibe pago por las relaciones sexuales que tiene con esa persona, el 42% manifestó tener relaciones sexuales al menos con una persona de manera frecuente sin recibir pago durante el último año o más, cuatro de cada cien MTS (3,9%) dijo tener relaciones sexuales con otra persona en el mismo periodo al menos con dos personas y el 1,2% dijo que mantenía relaciones sexuales al menos con tres o cuatro personas hacia un año o más y de las cuales no recibe pago.

En lo relacionado con el sexo y el número de parejas estables en el año de las mujeres, se observó que aquellas en que su pareja son hombres el 89,5% solo han

compartido con una sola persona, seguido del 7,9% que dijo haber tenido dos parejas del sexo masculino en el último año, el 1,8% manifestó tener hasta tres parejas del sexo masculino en el último año y el 0,9% hasta cuatro compañeros sexuales sin pago en el último año.

Respecto a las mujeres, donde su relación con pareja estable en el último año o más, es con otra mujer, se encontró que el 83,3% de las MTS, tuvo relaciones sexuales al menos con una persona de las sexo femenino y el 16,7% restante con al menos dos mujeres en ese mismo periodo de tiempo.

Se observó que una cuarta parte (25%) de las MTS, dijeron haber tenido alguna vez relaciones con personas del mismo sexo, y ninguna con personas transgénero. Así mismo se halló que el 99,2% de las MTS dijeron nunca haber convivido o haber tenido alguna pareja con VIH o que hubiera muerto por esta causa.

En lo relacionado con las condiciones ocupacionales de las mujeres trabajadoras sexuales, se observó que en promedio las mujeres comenzaron a ejercer la prostitución a los 22,1+/- 7,1 años, encontrándose el 50% entre nueve y 20 años de edad y la otra mitad entre 21 y 50 años en la edad de inicio y la edad más frecuente de inicio fueron los 18 años **Tabla 5**.

Tabla 5. Distribución de las condiciones ocupacionales, de uso del preservativo, consumo de SPA y de la vida en pareja de las mujeres trabajadoras sexual, Bogotá 2015

Variable	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)
Edad de inicio		
Mediana	20 (Rq=7)	
Promedio	22,1(+/- 7,1)	
Ingreso económico por trabajo sexual		
Mediana	\$800.000	(Rq= \$900.000)
Promedio (DS)	\$1.175.521	(+/- \$1.059.243)
Número de clientes en una semana		
Mediana	10 (Rq=11)	
Uso del condón con la pareja estable*		
Si	22	18,3
No	97	81,6
Total	120	100
Frecuencia de uso del condón con la pareja estable		
Siempre	26	21,7
La mayoría de veces	5	4,2
Algunas veces	13	10,8
Nunca	69	57,5
No estuvo con la pareja en el último mes	7	5,8
Total	120	100
Uso del condón con pareja frecuente*		
Si	9	24,3
No	28	75,7
Total	37	100
Uso del condón con cliente		
Si	246	96,5
No	9	3,5
Total	255	100
Consumo de alcohol con el último cliente		
Si	71	27,8
No	184	72,2
Total	255	100

*Respuestas para los casos que tienen ese tipo de pareja

En cuanto al tiempo de ocupación, se observó en las mujeres que llevan ejerciendo su oficio en un tiempo menor a 12 meses, que en promedio lo hacen hace 4,7(+/- 3,8) meses, el 50% entre uno y tres meses y en el último cuartil se encontraron mujeres ejerciendo la prostitución entre diez y once meses. En cuanto a las mujeres que dicen llevar más de un año en el oficio, se observó once años a la que más tiempo lleva en él, uno a la de menor tiempo y un promedio similar a las mujeres que ejercen su ocupación hace menos de doce meses.

Dos de cada cinco de las mujeres trabajadoras sexuales (23,1%) manifestaron ejercer su ocupación como trabajadoras sexuales en zonas diferentes de la ciudad, y una de cada cuatro (25,5%) dijo haberlo hecho en otros países o ciudades diferentes a Bogotá.

En lo que respecta a los ingresos promedio por trabajo sexual, se observó una gran variabilidad en los datos, siendo \$98.000 el ingreso mínimo mensual y el valor máximo \$9.000.000; el promedio de ingreso fue de \$1.175.521 +/- \$1.059.243, así mismo, se pudo determinar que el 50% de las MTS, reciben entre el valor mínimo y \$800.000. **Tabla 5.**

Se observó que dos terceras partes (67,8%) de las mujeres del estudio ofrecen sus servicios en la calle, la otra proporción lo hace en establecimientos (32,2%); y entre los lugares donde prestan sus servicios están, cuartos de hotel (75,7%), en los privados o espacios reservados de centros nocturnos (9,0%), en whiskería o heladería (13,7%), en la calle (4,7%), casa de los clientes (3,1%) , en casa de citas, cuartos de hotel (2,4%), y en una proporción menor (0,4% c/u) en bares, parques, oficinas de clientes y tiendas.

En cuanto al número de clientes atendidos por las mujeres, se observó que en promedio en un día atienden 2,9 (+/- 2,1) clientes, esta dato es similar al 50% de los casos (2) estando entre uno y veinte clientes como máximo, así mismo se observó que el número de clientes más frecuente atendido en un día son dos personas.

El promedio de personas que atienden las MTS en una semana, es de 13,4(+/-10,2) clientes, la mitad de ellas atienden entre uno y diez clientes y la otra mitad entre once y sesenta, el número de clientes más frecuente atendidos en una semana es de diez **Tabla 5.**

En lo relacionado con los días promedio de trabajo dedicados a la prostitución, se observó un promedio de 5,19+/-1,5 días, siendo el mínimo de días uno y el máximo

siete, y las mujeres en su mayoría dedican seis días a la semana para ejercer su ocupación como trabajadora sexual.

En lo relacionado con el uso del condón, se observó que nueve de cada diez (89%) mujeres manifestaron haberlo usado siempre en la última semana, el 8,6% dijo haberlo usado casi todas las veces, el 2,0% algunas veces y el 0,4% de ellas dijo que no lo había utilizado en la última semana de trabajo.

Se observó que las mujeres que ejercen el trabajo sexual como ocupación, tuvieron 12,1 (+/-9,9) relaciones sexuales en promedio en la última semana, el 50% de ellas entre una (1) y diez (10) relaciones y la otra mitad entre once (11) y sesenta y dos (62) encuentros sexuales, el número de relaciones más frecuente fue de diez (10) relaciones.

En lo que respecta a los clientes o personas a quienes presta el servicio, se encontró que el 96,5% de las mujeres trabajadoras sexual, manifestó usar el condón durante el último servicio, encontrándose una razón de 27:1 respecto a las que no lo usan

Del 86,6% de las mujeres que utilizaron el preservativo durante la última relación con el cliente, fue porque ellas lo sugirieron, seguido de 12,2% en donde los dos fuer quienes así lo decidieron y un 1,2% fue el cliente quien lo solicitó.

Entre las razones de no uso se encontró en una quinta (22,2%) parte porque al cliente no le gusta, una tercera parte (33,3%) fue un cliente conocido y continuo, una proporción similar (22,2%) el cliente paga más por no usarlo o simplemente no gusta usarlo, un 11,1% no consiguió en ese momento, o tenía el periodo.

El promedio de clientes antiguos, este categorizado como la persona que ha requerido sus servicios por más de una vez, es de 11,6+/- 9,8 clientes, la mitad de ellos estuvo entre uno (1) y diez (10) y el resto entre once (11) y sesenta y uno (61) y el número de clientes más frecuente fue también de diez clientes.

El 47,7% de las mujeres estudiadas manifestó tener pareja estable por más de un año, esta categoría corresponde a personas con las que ha mantenido relaciones sexuales por más de doce meses y de la cual no recibe pago; observándose que por cada mujer trabajadora sexual que no tiene pareja estable, existe 1,12 mujeres que ejerce dicha ocupación y que dice tener una persona con la cual tiene mantiene relaciones íntimas por más de un año y no recibe pago por este concepto.

De las mujeres que tienen pareja estable, se observó que el 95% son hombres y solo dos de cada diez (18,3%) usó el condón la última vez con su pareja y al analizar la frecuencia de uso, se halló que un poco más de una quinta parte (21,7%) dice

siempre usarlo, el 10,8% algunas veces, el 4,2% la mayoría de veces, el 5,8% no estuvo con ella/el en el último mes, y lo que más llama la atención es que más de la mitad (57,5%) dice nunca utilizar el preservativo cuando tiene relaciones íntimas con su pareja **Tabla 5**.

Entre las razones más frecuentes para no usar el preservativo cuando se encuentran con sus parejas, se observa un 30% que a la pareja no le gusta, un 20% cree que su pareja no tiene VIH o alguna ITS, una proporción similar (22,5%) confía en la fidelidad de su pareja, porcentajes similares (5% aprox.) por razones como creer en que se disminuye la sensación del sexo, por la excitación del momento, no le gusta a la MTS, o porque desean estar embarazadas y en proporciones muy pequeñas (1,7% aprox.) siente vergüenza por solicitar el condón como condición para el servicio, porque consideran que es difícil de conseguir, porque estaba bajo efectos del alcohol o porque simplemente nunca lo ha pensado.

Otro aspecto que se analizó, fue el que las mujeres tuvieran una persona con la cual sostenían relaciones sexuales por menos de un año y de quien no reciben pago (pareja frecuente), el 14,5% dijo tenerla; de estas tres cuartas partes no utilizan el preservativo con sus parejas frecuentes, y entre las razones más frecuentes para no usarlo se observan argumentos similares a los de las mujeres que tienen parejas estables, siendo el más representativo el que a la pareja no le gusta (64,9%), o la pareja no quiso (8,1%), en proporciones menores (5% aprox.) son difícil de conseguir o confían en su pareja y en proporción mucho menor (2,0% aprox.) la pareja estaba bajo efectos del alcohol, considera que son caros, se le habían terminado los preservativos o le causan irritación.

En lo relacionado con el conocimiento que tienen las mujeres estudiadas con el uso adecuado del condón, se observó que por cada mujer trabajadora sexual que ha recibido dicha información (79,8%) existen 3,9 que no han recibido esta información.

Así mismo, se observó que el 69,4% de las MTS, dijeron tener disponibilidad inmediata de condones en el momento del servicio, con un promedio de 8,8 (+/- 11,9) condones, la mitad de ellas dijeron contar con entre un (1) y cinco (5) preservativos y la otra mitad con seis (6) y cien (100), el número de condones más frecuente encontrado fue de tres (3).

Por último en lo relacionado con el uso del condón, se observó que tres de cada cinco MTS (60%) ha oído hablar sobre el condón femenino y el 28,1% de estas lo ha usado alguna vez **Tabla 5**.

En aspectos relacionados con los hábitos de las mujeres trabajadoras sexual, específicamente en lo que tiene que ver con consumo de alcohol y el uso de drogas

inyectables, se observó que el 32,8% de las mujeres dijeron que su último cliente se encontraba bajo efectos del alcohol en el momento de solicitar el servicio y el 9,4% bajo efectos de algún alucinógeno.

Se halló que casi una de cada tres (27,8%) mujeres estudiadas consumió alcohol con su último cliente y el 6,7% de ellas consumió drogas en compañía de la última persona que atendió.

En lo relacionado con el uso de drogas inyectables, se observó que el 1,2% de las mujeres estudiadas dice haberlo hecho en los últimos doce meses, y de estas el promedio de uso en el tiempo fue de 6,3 (5,5) semanas, observándose que la mitad de ellas dice haberlo hecho entre una (1) y seis (6) semanas y el otro 50% lo hizo siete (7) y doce (12) semanas, el número más frecuente observado en el uso de drogas inyectables fue el de hace una semana. Así mismo, se observó que ninguna de las mujeres que se inyecta algún tipo de droga, comparte agujas con alguien para hacerlo.

Conocimientos y actitudes frente al VIH y otras ITS de las mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá

Se analizaron aspectos relacionados con el conocimiento y algunas prácticas que las mujeres trabajadoras sexuales tienen sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual ITS, se encontró que la gran mayoría (96,9%) ha oído hablar del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), pero solo un poco más de la tercera parte (36,4%) ha participado en los últimos doce meses en campañas de información o educación sobre el virus **Tabla 6.**

En cuanto a los conocimientos sobre prevención, el 94,4% de las MTS, dice que el virus se puede prevenir con el uso del condón, y dos terceras partes del total (68%) evitando el uso de jeringas ya utilizadas.

En lo que respecta a la transmisión del virus, el 87,9% de las mujeres trabajadoras sexual, dice que este puede pasarse de la mamá gestante al bebé, el 69,6% a través de la lactancia materna y el 11,3% piensa que el virus puede adquirirse si se abraza a alguien que esté infectado.

En lo relacionado con la prueba de VIH, se observó que nueve de cada diez (90,3%) mujeres trabajadoras sexual se ha realizado alguna vez en la vida la prueba para determinar presencia del virus, una parte de ellas (41,3%) en promedio se la realizó hace 4,8 (+/- 2,4) meses, la mitad de ellas manifestó haberlo hecho entre uno (1) y cinco (5) meses y las que más lo hicieron fue hace seis (6) meses; la otra parte que se realizó la prueba (58,7%), dice habérsela realizado en promedio hace 3,17 (+/- 3,1) años, el 50% lo hizo entre un (1) y dos (2) años y el valor más frecuente fue un año atrás **Tabla 6**.

El 84,7% de las mujeres que se realizó la prueba, dijo que el resultado fue negativo, el porcentaje restante (15,3%) no conoció el resultado de la misma. En cuanto a la valoración del grado de vulnerabilidad o riesgo propio que tienen las mujeres trabajadoras sexual de infectarse con VIH, se encontró que siete de cada diez (68,2%), piensa que tiene un riesgo alto, una de cada siete (13,9%) considera que el riesgo es bajo, el 9,4% riesgo medio, y cinco (4,9%) de cada cien MTS, piensa que su ocupación no representa riesgo para contraer el virus.

En lo relacionado con otras ITS, se observó que casi todas las mujeres estudiadas (96,9%) han oído hablar sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y tres de cada cien (2,7%) mujeres ha presentado algún tipo de ITS en los últimos doce meses **Tabla 6**.

Entre los valores más representativos según el tipo de ITS presentada, se encuentra la infección por sífilis y verrugas o condilomas genitales con un 28,6% cada una, herpes y clamidia con 14,5% y 14,3% respectivamente **Tabla 6**.

En cuanto al conocimiento sobre los síntomas de infecciones de transmisión sexual en mujeres, las trabajadoras sexuales estudiadas respondieron en un 58% que si conocían acerca de los mismos, y el 50,6% conoce acerca sobre los síntomas de ITS en los hombres.

Por último, se observó en cuanto a las prácticas desarrolladas por las mujeres para prevenir otras ITS, que el 96,5% utiliza el condón en la prestación de su servicio, un

10% realiza un lavado genital luego de terminar con el servicio, un 9,2% revisa los genitales de su cliente antes de prestar el servicio, un 3,6% lava o desinfecta los genitales de su cliente antes de prestar el servicio y un 5,2% lleva a cabo otras prácticas como las duchas vaginales, no prestar el servicio cuando observa o sospecha alguna infección y otra proporción muy pequeña dijo tomar antibióticos.

Condiciones de maltrato y redes de apoyo social de las mujeres trabajadoras sexuales

Se analizaron aspectos como el maltrato y organizaciones o redes de apoyo con que cuentan las mujeres que ejercen la prostitución en Bogotá; se encontró que casi una de cada tres mujeres (28,2%) dice haber recibido algún tipo de maltrato durante los últimos doce meses, entre los valores más representativos, se encuentra el maltrato verbal con un 84,7%, del total de mujeres dijeron también recibir maltrato físico en un 33,3%, cinco de cada cien mujeres estudiadas (5,6%) dijo haber sido violada en el último año, con una proporción similar el 2,8% del total manifestó haber sido extorsionada o asaltada y un 1,4% dijo haber sido maltratada psicológicamente.

En cuanto de las personas que dijeron recibir el maltrato las MTS, se encontró que la mitad (50%) manifestó haber recibido el maltrato por parte del cliente, a un 37,9% de las mujeres las maltrató un desconocido, el 13,9% la pareja, un 11,1% recibió algún tipo de maltrato por parte de un militar o agente de la fuerza pública, un 8,3% recibió maltrato por parte de un familiar o un conocido, a un 2,8% la maltrataron los hijos, al 6,9% la maltrató el administrador del sitio de trabajo, a un 4,2% un compañero(a) de trabajo y un 1,4% la maltrató un amigo y se halló que una de cada diez MTS (10,2%) ha recibido algún tipo de maltrato por parte de los servicios de salud a los que consulta.

Por último, se observó que siete de cada cien mujeres trabajadoras sexuales (7,5%) participa en alguna agrupación u organización de trabajadoras sexuales y el 63,5% del total de mujeres estudiadas dice contar con alguien que le ayude en caso de ser maltratada o abusada.

Tabla 6. Distribución de los conocimientos y prácticas frente al VIH y otras ITS de las mujeres trabajadoras sexual, Bogotá 2015

Variable	Frecuencia Absoluta	Porcentaje (%)
Participación en campañas de información sobre VIH		
Si	94	36,8
No	161	63,2
Total	255	100
Realización de prueba para VIH		
Si	223	90,3
No	24	9,7
Total	247	100
Conocimiento sobre otras ITS		
Si	247	96,9
No	8	3,1
Total	255	100
ITS en los últimos doce meses		
Si	8	3,2
No	247	96,8
Total	253	100

Conductas de riesgo relacionadas con el uso del condón según condiciones demográficas y de ocupación de las mujeres trabajadoras sexuales

Se estableció la asociación entre el uso del condón con el último cliente y características demográficas y propias de la ocupación de las mujeres trabajadoras sexual.

En lo relacionado con la edad, se encontró diferencia entre las mediana de la edad de las mujeres que utilizan el condón respecto a la mediana de la edad de las mujeres que no lo utilizan ($p= 0,001$) **Tabla 7.**

Respecto al estrato socioeconómico se observó del total de MTS de estrato uno el 10,9% no utilizó el condón durante su última atención, del estrato dos y tres solo el 1,6% en ambos casos, y del estrato cuatro todas usaron el condón. Se observó significancia estadística para las mujeres trabajadoras sexuales que viven en estrato dos y tres ($p=0.06$), observándose mayor probabilidad de no uso en las mujeres de estrato dos respecto a las que viven en estrato socioeconómico uno [$OR=7,71(1,5-39,5)$] **Tabla 7.**

En lo relacionado a la escolaridad, se observó que del total de mujeres estudiadas que no tiene ningún tipo de formación académica, el 12,5% dijo no usar el condón para su trabajo, seguido del 5,6% que tienen formación hasta básica primaria y el 1,6% que cursó hasta básica secundaria y no utilizó el condón durante su último servicio. Se observa significancia estadística entre el nivel de escolaridad y el uso del condón ($p=0,01$), siendo representativo para las que cursaron hasta básica secundaria [OR=8,78(1,14-67,3)] **Tabla 7.**

Al analizar el estado civil de las MTS, se observa mayor representación en la falta de uso del condón durante el servicio en mujeres viudas o que su compañero permanente ha fallecido, seguido de la falta de uso en las mujeres que viven en unión de hecho; el valor p hallado, no revela asociación estadística entre el estado civil y el uso del condón ($p=0,06$); sin embargo al ajustar esta variable con estado civil soltera como la categoría con menor probabilidad en el no uso del condón, se identifica como factor protector para el evento estudiado la condición en las mujeres de ser viudas [OR= 0,57(0,04-0,73)].

En el aspecto de orientación sexual, se observó mayor representación de no uso del condón, en mujeres que dicen tener preferencias sexuales por el sexo opuesto, descartando asociación estadística entre estas variables ($p=0,57$) **Tabla 7.**

El contar con conocimiento sobre el uso adecuado del condón, es un factor que no presenta mucho peso en la falta de uso del condón, pues se observa una similar representación porcentual de uso tanto en mujeres que declararon conocer sobre el uso de este método como en aquellas que dijeron no saberlo; el valor p , permite aceptar la hipótesis de igualdad ($p=0,50$) **Tabla 7.**

Otro aspecto de conocimiento que no estuvo relacionado estadísticamente con el uso del condón fue el de poseer información sobre el VIH ($p=0,25$), observándose mayor representación de no uso del condón en las mujeres que dijeron no tener conocimiento sobre el virus (12,5%).

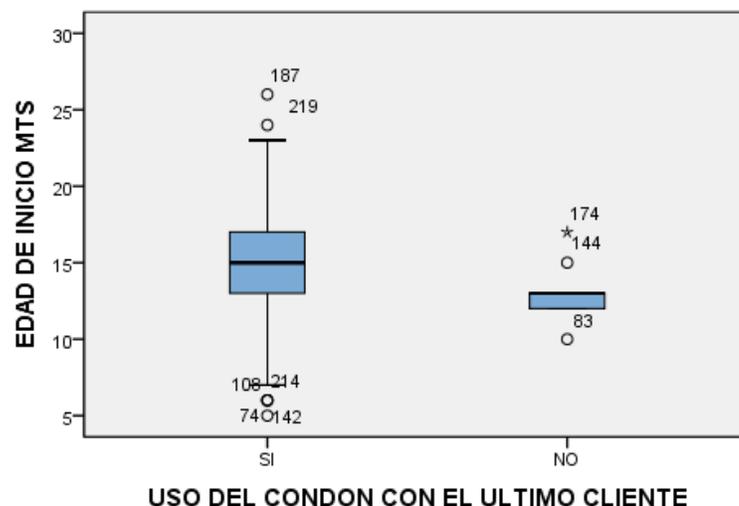
El conocer acerca de otras infecciones de transmisión sexual y el uso del condón, presentó una distribución similar a la del conocer sobre el VIH (12,3%), mostrando así mismo una falta de asociación estadística entre el conocimiento sobre otras ITS y el uso del condón ($p=0,25$).

Similar al dato anterior, no fue posible descartar la hipótesis de igualdad entre el tener antecedente de ITS en los últimos doce meses y el uso del condón ($p=0,78$), observándose mayor distribución porcentual en el no uso del preservativo en las mujeres que dijeron no haber presentado este tipo de infección en el periodo de tiempo indagado (3,7%).

En aspectos económicos como el ingreso por trabajo sexual, se observó promedios más altos de ingreso en mujeres que dijeron haber usado el condón con el último cliente, valores que difieren de los hallados en las medianas de ambos grupos comparados; así mismo, se observó una buena asociación estadística haciendo uso para el cálculo de pruebas no paramétricas ($p=0,008$) **Tabla 7**.

En aspectos ocupacionales como la edad de inicio y el uso del condón, al igual que el dato anterior, se observó diferencias entre las medianas de las edades de inicio, pudiendo determinar que se espera mayor uso del condón en aquellas mujeres que su edad al iniciar en la ocupación de trabajo sexual fue un poco tardía, respecto al uso observado en las mujeres que dijeron haber comenzado su ocupación antes de los 14 años de edad ($p=0,01$) **Gráfico 2**.

Gráfico 2. Comparación de medianas edad de inicio y uso del condón en mujeres trabajadoras sexuales, Bogotá-2015



El número de clientes atendidos en la última semana, fue otra de las condiciones que se plantearon como posible factor de riesgo para la falta de uso del condón, se pudo determinar que no existe asociación estadística entre estas dos variables ($p=0,21$) **Tabla 7**.

Otro factor ocupacional analizado fue el tipo de sitio donde la mujer ofrece el servicio y la posible asociación causal con el uso del condón, aunque se observó poca ausencia de uso en ambos grupos, fue más representativo la falta de uso en mujeres que ofrecen sus servicios en la calle (4,6%) y como resultado de la prueba de

hipótesis utilizada, no fue posible determinar asociación estadística ($p=1,5$) **Tabla 7.**

Al analizar la asociación entre el uso del condón y el hecho que las mujeres trabajadoras sexual tengan pareja frecuente (relaciones sexuales por menos de un año sin recibir pago), se observó que no existe significancia estadística entre los datos ($p=0,38$), siendo mayor la frecuencia de no uso entre las mujeres que dijeron tener este tipo de compañero sexual (5,4%).

De manera similar se observó para las mujeres que dijeron tener pareja estable (relaciones sexuales por más de un año sin recibir pago), Al no encontrar significancia estadística en los datos ($p=0,11$); observándose mayor porcentaje de no uso del condón durante el servicio en las mujeres que no tienen pareja estable (5,2%).

En lo relacionado con el uso del condón y el número de clientes en la última semana, se observa diferencias en las medianas ($p=0,05$) esperando sea mayor el uso en las mujeres que dijeron atender entre uno (1) y diez (10) clientes en la última semana **Tabla 7.**

Otro de los aspectos estudiados fue la disponibilidad del condón al momento del servicio y su relación con el uso del condón; se pudo determinar mayor proporción en la falta de uso en mujeres que no contaron con este método (36,4%), y se observó además una fuerte asociación estadística entre los datos ($p=<0,01$), encontrándose además como factor de protección en aquellas mujeres que si contaron con el condón al momento del servicio [OR=0,37(0,08-0,16)] **Tabla 7.**

Por último, se pudo determinar asociación estadística entre el contar con la ligadura de trompas como método de planificar diferente al condón y el uso del mismo durante el servicio ($p=0,03$), observándose mayor representación porcentual del no uso en las mujeres que cuentan con este tipo de método (7,3%) siendo a la vez un factor de riesgo alto para el no uso en mujeres que lo tienen [OR=4,4(1,0-18)] **Tabla 7.**

Tabla 7. Distribución y pruebas de hipótesis del uso del condón según condiciones demográficas y ocupacionales

Variable	No Uso del condón N (%)	Uso del condón N (%)	Razón de ventajas OR(IC)	Prueba Valor =p
Edad				
Mediana	52(14,5)	36(20)	1,10[1,03-1,17]	P=0,001
Estrato socioeconómico				
Uno	6(10,9)	49(89,1)	1	p=0,06
Dos	2(1,6)	126(98,4)	7,7[1,5-39,5]	
Tres	1(1,6)	61(98,4)	7,4[0,87-64,1]	
Cuatro	0(0)	10(100)	NC*	
Escolaridad				
Ninguno	2(12,5)	14(87,5)	1	p=0,01
Preescolar	0(0)	1(100)	2,3[NC]	
Primaria	5(5,6)	84(94,4)	2,4[0,42-13,6]	
Secundaria	2(1,6)	123(98,4)	8,7[1,1-67,3]	
Técnico/tecnológico	0(0)	17(100)	2,3[NC]	
Universitario	0(0)	7(100)	2,3[NC]	
Orientación sexual				
Homosexual	1(50)	1(50)	1	p=0,578
Heterosexual	7(3,2)	214(96,8)	0,33[0,002-0,57]	
Bisexual	0(0)	22(100)	NC	
No sabe	1(10)	9(90)	0,29[0,03-2,6]	
Conocimiento sobre el uso del condón				
Si	6(3,0)	192 (97)	0,75[0,14-3,83]	p=0,50
No	4(4,0)	48(96)	1	

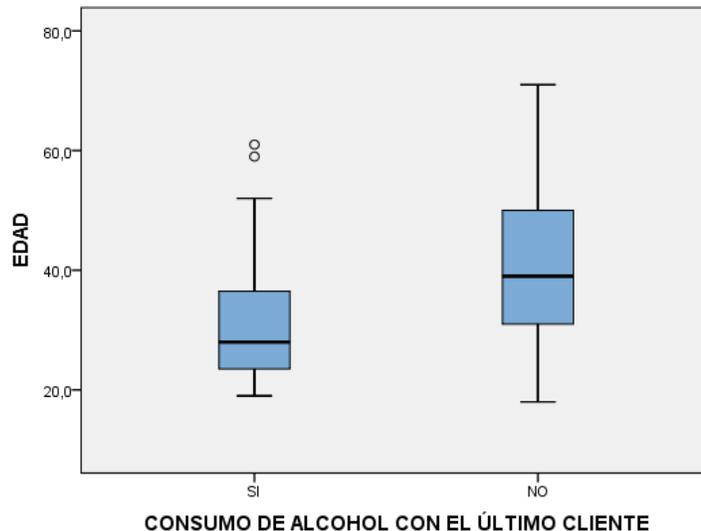
Variable	No Uso del condón N (%)	Uso del condón N (%)	Razón de ventajas OR(IC)	Prueba Valor =p
Ingreso por trabajo sexual				
Mediana	\$300.000 (Rq \$500.000)	\$900.000 (Rq \$900.000)	1,0 [1,0-1,0]	P=0,008
Número de clientes en la última semana				
Mediana	10(9)	10(11)	0,92[0,83-1,03]	P=0,21
Disponibilidad de condón para el servicio				
Si	5(2,0)	239(98)	0,03[0,008-0,16]	
No	4(36,4)	7(63,6)	1	p=0,00
Método diferente (ligadura de trompas)				
Si	6(7,3)	76(92,7)	4,47[1,09-18,3]	
No	3(1,7)	170(98,3)	1	p=0,03

Conductas de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol según condiciones demográficas y de ocupación

Se analizaron aspectos como la edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, composición familiar, ingreso por trabajo sexual y sitio de oferta del servicio entre otros; estos considerados como posibles factores de riesgo para el consumo de alcohol en el momento de prestación del servicio.

Se pudo identificar que existe una marcada diferencia entre las medianas de las edades de las mujeres que consumen alcohol en compañía de su cliente respecto a las que no lo hacen ($p=0,000$), esperándose que a menor edad de la mujer trabajadora sexual es mayor el riesgo de consumo de alcohol **Gráfico 3**.

Gráfico 3. Comparación de medianas en las edades de las mujeres que consumen o no alcohol en compañía de sus clientes



Así mismo, en lo que tiene que ver con la edad de inicio, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medianas de las edades de inicio y su relación con el consumo de alcohol en ejercicio de su ocupación ($p=0,57$) **Tabla 8.**

En lo relacionado con el estrato socioeconómico, se observa un mayor consumo de alcohol con sus clientes en mujeres trabajadoras sexual de estrato cuatro (60%), seguido de las mujeres de estrato tres (45,2%) que igual consumen alcohol con sus clientes; se pudo además determinar que existe una asociación fuerte entre estrato socioeconómico y consumo de alcohol ($p<0,001$), notándose un riesgo más alto de consumo de alcohol para las mujeres de estrato uno y dos respecto a las MTS que viven en estrato socioeconómico cuatro **Tabla 8.**

Otro aspecto analizado fue el nivel de escolaridad de las mujeres estudiadas y su relación con el consumo de alcohol; se pudo determinar que existe más consumo en mujeres que tienen formación tecnológica (71,4%) y universitaria (57,1%); así mismo, se observó que existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de escolaridad y el consumo ($p=0,000$), siendo un factor protector para las mujeres que tienen sus estudios universitarios [OR=0,05(0,04-0,62)] **Tabla 8.**

Respecto al estado civil, se observó que existe mayor representación de consumo en las mujeres que no tienen compañero permanente, como es el caso de las

solteras (30,9%) y las viudas (33,3%); así mismo, pudo determinarse que no existe asociación estadística entre el estado civil y el consumo de alcohol ($p=0,06$).

La composición familiar específicamente aquellas mujeres que dijeron vivir en compañía de otros familiares que no son hijos o esposo, se relaciona estadísticamente con el hecho de consumir alcohol en compañía de sus clientes ($p=0,001$); observándose una representación porcentual de 44,6% que si consumen respecto a un 18,9% que lo hacen y su composición familiar es diferente. Se pudo determinar además que el vivir con otros familiares aumenta el riesgo de consumir alcohol con los clientes en 2,4 veces respecto a las que viven con otras personas [OR=3,4(1,7-7,0)] **Tabla 8.**

Al analizar el número de hijos y su relación con el consumo de alcohol, se observaron diferencias en las medianas del número de hijos y esta conducta de riesgo ($p=0,001$); esperando que aquellas mujeres que tienen menos número de hijos consumen en mayor medida que las tienen más de 2,6 hijos **Tabla 8.**

En lo relacionado con aspectos ocupacionales como el ingreso por trabajo sexual, se pudo determinar diferencias en las medianas de los ingresos de las mujeres que consumen alcohol con sus clientes respecto a los ingresos de quienes no lo hacen ($p=0,000$), esperando que aquellas mujeres que reciben más dinero a cambio de sus servicios sexuales, sean quienes consuman más alcohol **Tabla 8.**

Se observó diferencia en las medianas entre el número de clientes por semana y las mujeres que consumen alcohol respecto a aquellas que no lo hacen ($p=0,009$), pudiendo decirse que a mayor número de clientes por semana, mayor será el consumo de alcohol **Tabla 8.**

En lo relacionado con el número de clientes antiguos (clientes que la han visitado al menos una vez y vuelven por sus servicios), no se observaron diferencias entre las medianas del número de clientes antiguos de las MTS que consumen licor respecto a las que no lo hacen ($p=0,079$).

Se halló asociación estadística entre el sitio donde la mujer trabajadora sexual ofrece sus servicios y el consumo de alcohol ($p=0,000$), observándose mayor proporción de consumo en las mujeres que ofrecen su servicio en los establecimientos (62,2%); así mismo, se pudo determinar que ofrecer el servicio en calle disminuye en un 92,1% el riesgo de consumir alcohol respecto a las que ofertan en establecimientos [OR=0,07(0,04-0,15)] **Tabla 8.**

En lo relacionado con el maltrato y su posible relación con el consumo de alcohol, siendo consistente con los resultados de estudios previos, se observa asociación estadística entre estas dos variables ($p=0,029$); observándose mayor proporción de consumo en las mujeres que han sido maltratadas en el último año (31,7%) respecto a las que no han sido víctimas de esta situación; así mismo, se observa que es mayor el riesgo de consumo para las mujeres maltratadas [OR=1,75(1,02-3,0)]

Tabla 8.

Tabla 8. Distribución y pruebas de hipótesis del consumo de alcohol según condiciones demográficas y ocupacionales en mujeres trabajadoras sexuales, Bogotá-2015

Variable	Consumo de alcohol N (%)	No consumo de alcohol N (%)	Razón de ventajas OR(IC)	Prueba Valor =p
Edad de inicio				
Mediana	20(8)	19(6)	0,91[0,82-1,01]	P=0,571
Estrato socioeconómico				
Uno	11(20)	44(80)	6,0[1,44-25,0]	p=0,029
Dos	26(20,3)	102(79,7)	5,8[1,54-22,3]	
Tres	28(45,2)	34(54,8)	1,8[0,46-7,1]	
Cuatro	6(60)	4(40)	1	
Nivel de escolaridad				
Ninguno	1(6,2)	15(93,8)	1	p=0,00
Preescolar	0(0)	1(100)	NC*	
Primaria	15(16,9)	74(83,1)	0,3[0,4-2,6]	
Secundaria	44(35,2)	81(64,8)	0,12[0,16-0,96]	
Técnico/tecnológico	9(71,4)	5(28,6)	0,26[0,21-3,41]	
Universitario	4(57,1)	3(42,9)	0,50[0,04-0,62]	
Vive con otros familiares				
Si	25(44,6)	31(55,4)	3,45[1,7-7,02]	p=0,001
No	21(18,9)	90(81,1)	1	

*NC= No calculado

Variable	Consumo de alcohol N (%)	No consumo de alcohol N (%)	Razón de ventajas OR(IC)	Prueba Valor =p
Número de hijos				
Mediana	1,96(1)	2,61(1)	1,45[1,09-1,92]	P=0,001
Ingreso por trabajo sexual				
Mediana	\$1.200.000 (1.200.000)	\$790.000 (700.000)	1[1,0-1,0]	p=0,000
Número de clientes por semana				
Mediana	11,1(9)	19,7(12)	1,04[1,0-1,07]	p=0,009
Sitio donde se ofrece el servicio				
Calle	20(11,6)	153(88,4)	0,07[0,04-0,15]	p=0,000
Establecimiento	51(62,2)	31(37,8)	1	
Maltrato				
Si	13(18,1)	59(81,9)	1,75[1,02-3,0]	p=0,019
No	58(31,7)	125(68,3)	1	

Modelo explicativo y predictivo para conductas de riesgo de VIH en mujeres trabajadoras sexuales

Para la construcción de los modelos predictivos de uso del condón y consumo de alcohol, se tuvo en cuenta los datos de las 255 mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Bogotá, indistintamente si habían sido diagnosticadas con el virus o no.

Para ambas hipótesis, se ingresaron al modelo una a una las variables que mostraron significancia estadística en el análisis Bivariado, partiendo de la más significativa ($p=0,000$) hasta la menos significativa ($p= 0,05$). En la medida que se ingresaban y conservaban o no la significancia, permanecían en el modelo.

Una vez realizada la regresión, se pudo constatar que de nueve variables que en el análisis bivariado mostraron significancia estadística con el uso del condón, una vez ajustadas las variables, solo edad y disponibilidad del preservativo pudieron explicar el uso o no del condón al momento del servicio ($p < 0.05$).

El modelo resultante para esta conducta de riesgo fue:

Tabla 9. Variables incluidas en la ecuación del modelo explicativo para uso de condón

variables	Beta	Error estándar	Sig.	OR	95% I.C. para OR	
					Inferior	Superior
Edad	0,095	0,034	0,005	1,1	1,029	1,175
Disponibilidad de condón al momento del servicio	-3,12	0,865	0,000	0,044	0,008	0,241
Constante	-4,984	1,78	0,005	0,007		

a. Variables especificadas en el paso 1: EDAD, DISPONIBILIDAD DEL CONDON INMEDIATO PARA SERVICIO.

Las variables que mejor pudieron explicar el uso del condón fueron: disponibilidad del condón ($p=0,00$) y edad ($p=0.01$), quedando el modelo explicativo conformado por estas variables **Tabla 9**.

La fórmula matemática resultante para el modelo final relacionado con el uso del condón es:

$$P(UC=1) = \frac{1}{1 + \exp(-4,984 + 0,095(X_1) - 3,120(X_2))}$$

Donde:

UC= Uso del condón

Constante=-4,984

X₁=edad

X₂=disponibilidad del condón al momento del servicio (0=si, 1= no)

Sin embargo, y después de ajustar el no uso del condón por las variables edad y disponibilidad de condón para la prestación del servicio, se observó que el modelo posee poca sensibilidad (33,3%), indicando con esto la debilidad del modelo para identificar las mujeres trabajadoras sexuales que realmente no hacen uso del condón al momento del servicio. **Tabla 10.**

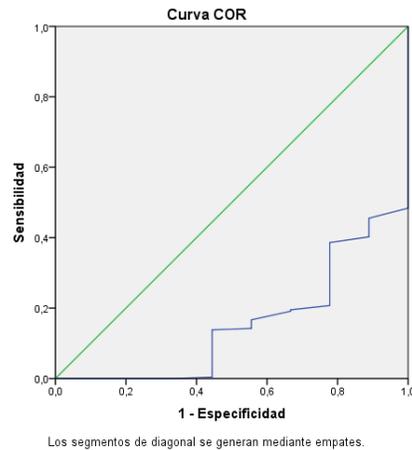
Tabla 10. Tabla de clasificación para el modelo explicativo

Tabla de clasificación				
Observado		Pronosticado		Corrección de porcentaje
		USO DEL CONDON CON EL ULTIMO CLIENTE		
		SI	NO	
USO DEL CONDON CON EL ULTIMO CLIENTE	SI	246	0	100,0
	NO	6	3	33,3
Porcentaje global				97,6

a. El valor de corte es ,500

Al analizar el área bajo la curva se observa buena capacidad predictora del modelo (84,6%), pudiendo asegurar que edad y disponibilidad del condón, tienen buena capacidad para predecir el no uso del condón. Ahora bien, es de aclarar que los modelos predictivos ideales, son aquellos que cuentan con un buen número de variables independientes o predictoras, distinto a lo observado para este caso; así mismo se observó una baja precisión en su intervalo de confianza (0,73-0,95) **Gráfico 4.**

Gráfico 4. Curva ROC para medir la capacidad predictora del modelo para uso del condón



Para la segunda hipótesis relacionada con el consumo de alcohol, se ingresaron como en el caso anterior, una a una las variables que mostraron significancia estadística en el análisis Bivariado, partiendo de la más significativa ($p=0,000$) hasta la menos significativa ($p= 0,05$). Continuando en el modelo aquellas que conservaron significancia estadística.

Así las cosas y luego de ajustar las variables según posible colinealidad, se determinó el modelo explicativo, quedando conformado por las variables edad, estrato socioeconómico, tipo de sitio donde ofrece el servicio y número de clientes por semana.

Las variables que más explican (de mayor a menor significancia) el consumo de alcohol en el momento de prestar el servicio las mujeres trabajadoras sexuales son: Tipo de sitio donde ofrece el servicio ($p=0,000$), edad ($0,001$), Número de cliente por semana ($p=0,004$), y estrato socioeconómico ($p=0,09$); aunque esta última al ajustar las variables, perdió significancia, se observó al ir ingresando al modelo como iba disminuyendo la probabilidad del azar, controlando además la colinealidad con otras variables clasificadas dentro del grupo de las condiciones sociodemográficas y que inicialmente presentaron significancia estadística **Tabla 11**.

Así mismo, se observa que después de ajustar el consumo de alcohol por las variables incluidas en el modelo final, condiciones como el estrato socioeconómico ($OR=1,8$) y sitio donde ofrece el servicio ($OR=7,1$) son factores de riesgo para el

consumo de alcohol en compañía de los clientes, y la edad (OR= 0,9) y el número de clientes por semana (OR=0,9), se comportaron como factores de protección, con un efecto de disminución en la probabilidad de consumo **Tabla 11**.

Tabla 11. Variables incluidas en la ecuación del modelo explicativo para consumo de alcohol

Variables	Beta	Error estándar	Sig.	OR	I.C. 95% para OR	
					Inferior	Superior
Edad	-,0530	,017	,001	0,9	0,918	0,980
Estrato socioeconómico	0,622	,368	,091	1,8	0,905	3,83
Sitio donde se ofrece el servicio	1,968	,372	,000	7,1	3,45	14,8
Número de clientes por semana	-0,060	,021	,004	0,9	0,90	0,98
Constante	-0,650	,744	,382	1,9		

Las variables que mejor explican el consumo de alcohol son: edad, estrato socioeconómico, sitio donde ofrece el servicio y número de clientes por semana, quedando el modelo explicativo conformado por estas variables **Tabla 9**.

La fórmula matemática resultante para el modelo final relacionado con el consumo de alcohol es:

$$P(C.AL=1) = \frac{1}{1 + \exp(-0,65 - 0,053(X_1) + 0,622(X_2) + 1,96(X_3) - 0,60(X_4))}$$

Donde:

C.AL= consumo de alcohol

Constante=-0,65

X₁=edad

X₂= estrato socioeconómico (0=si, 1= no)

X₃=Sitio donde ofrece el servicio (0= calle, 1= establecimiento)

X₄=Número de clientes en la última semana

En lo relacionado a la capacidad que tiene el modelo para captar verdaderamente las personas que consumen alcohol y los factores que pudieran estar explicando dicha conducta de riesgo, se observó que el modelo puede explicar esta asociación en un 71,8% (sensibilidad). **Tabla 12.**

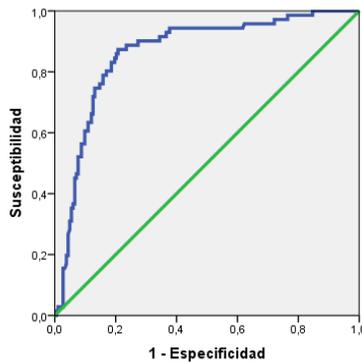
Tabla 12. Tabla de clasificación para el modelo explicativo

Observado		Pronosticado		
		CONSUMO DE ALCOHOL CON EL ÚLTIMO CLIENTE		Porcentaje correcto
		NO	SI	
CONSUMO DE ALCOHOL CON EL ÚLTIMO CLIENTE	NO	160	23	87,4
	SI	20	51	71,8
Porcentaje global				83,1

a. El valor de corte es ,500

Los valores para la probabilidad pronosticada, evidencian una buena capacidad predictora en el modelo y buena precisión en sus estimaciones, con una área bajo la curva de 86,4% (0,81-0,91) **Gráfico 5.**

Gráfico 5. Curva ROC para medir la capacidad predictora del modelo



8. Discusión

Los estudios de tipo transversal traen consigo diferentes limitaciones, tanto al momento del diseño como en el análisis de la información; entre los aspectos más conocidos se encuentra la imposibilidad de hablar de causalidad o de factores de riesgo, por cuanto no se conoce si las condiciones estudiadas precedieron el evento e impidiendo asegurar con esto completamente el criterio de temporalidad (73).

Uno de los elementos más importantes en los estudios analíticos es la consistencia otorgada por los resultados propios y los estudios previos, los cuales facilitan de alguna manera el hablar del cumplimiento de los objetivos y del aporte a la ciencia a partir de un ejercicio riguroso en la aplicación del método científico.

El presente estudio, aunque es de corte transversal, tuvo en cuenta para dar precisamente de alguna manera ese carácter de causalidad, aspectos como los criterios de inferencia causal propuestos por Hill(76).

Elementos como la fuerza de asociación fueron presentados en los resultados de los análisis bivariado para dar respuesta a los objetivos cinco y seis del estudio, la fuerza se evidenció con los OR calculados tanto crudos como ajustados.

La consistencia se presenta a partir de los resultados hallados para este estudio, en donde algunos son similares a estudios realizados en poblaciones diferentes y bajo circunstancias distintas, así como resultados que difieren de lo observado en estudios previos. Así mismo, se tuvo en cuenta la interacción de diferentes condiciones como elementos que explican y /o predicen las conductas de riesgo para contagio de VIH establecidas para este estudio, cumpliendo con esto con el criterio de especificidad.

Otro aspecto relacionado con los criterios acá descritos, son las diferentes condiciones de las mujeres trabajadoras sexual en lo relacionado con aspectos demográficos y ocupacionales básicamente, conjunto de variables desde las que se partió para definir la posibilidad de adoptar las conductas de riesgo como respuesta a la interacción de dichas condiciones incluidas en el estudio, atando además con este, elementos de coherencia con la historia natural y social de la enfermedad.

El virus de inmunodeficiencia adquirida, es reconocido como un evento en salud pública con tendencia al aumento y objetivo de control por parte de las organizaciones a nivel mundial. Así mismo, es un tema que a lo largo del tiempo ha venido estudiándose, con miras a entender desde diferentes esferas las causas que lo originan y como identificando la trazabilidad en los determinantes que condicionan su aparición, pudiera prevenirse la propagación en las diferentes regiones (20,60)

A nivel mundial y nacional se cuenta con valiosas investigaciones que han abordado el tema del VIH, evidencia científica obtenida a partir de la aplicación del método con diferentes enfoques y tipos de estudio, y resultados que presentan no solo la caracterización de la enfermedad y los elementos que lo condicionan, sino datos con poder estadístico y capacidad inferencial. Algunos de estos estudios son por ejemplo el realizado en Colombia cada dos años y desde el 2012, por el fondo mundial de la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (6,11).

Aunque son múltiples las investigaciones realizadas en el tema de VIH y conductas de riesgo, son pocos los estudios con alcance correlacional y aún, más escasos los que proponen el diseño de modelos predictivos que busquen identificar entre los factores ya estudiados, cuales pueden potenciar la adopción de dichas conductas, logrando no solo un aporte metodológico importante para la salud pública y epidemiología, sino una herramienta en la toma de decisiones con enfoque diferencial ajustado a las necesidades de grupos poblacionales especiales y teniendo como base la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Al comparar los resultados de las condiciones sociodemográficas de este estudio con los obtenidos en investigaciones a nivel mundial y de carácter descriptivo, se observan semejanzas en aspectos como la edad, nivel de escolaridad, estado civil y estrato socioeconómico, observándose un poco más elevado el promedio de edad para el presente estudio (1,33,35,75).

Variables como la edad de inicio de las relaciones sexuales fueron comparadas con estudios como el realizado en Perú (36), en el que la edad promedio de inicio en las relaciones sexuales fue de 16,3, comparado con este estudio que fue menor la edad estimada ($x=14,9$ años); otros estudios presentan un promedio de 15 años como la edad de inicio en la vida sexual(4,6).

El tiempo de ocupación como trabajadora sexual para el estudio actual osciló entre uno (1) y once (11) años, dato que difiere en lo observado en el estudio realizado en Cataluña donde el tiempo de ocupación oscila entre dos y más de cinco años(33), para Colombia en cambio se mantiene el promedio observado en estudios anteriores el cual fue de 4,9 años y 4,6 para este estudio(4,6).

Un aspecto que mostró significancia estadística en este estudio y que ha sido estudiado en investigaciones anteriores es el número de hijos y la composición

familiar, comparado con el estudio sobre factores de riesgo en trabajadoras sexuales realizado en Madrid, difiere un poco el dato donde tres cuartas partes de ellas tenían al menos un hijo mientras que para este estudio la misma proporción de mujeres dijeron tener al menos tres hijos(1). Así mismo, en lo relacionado con la composición familiar se observa una similitud del 28% de las mujeres que dijeron vivir en compañía de otros familiares distinto de esposo e hijos (1,6,40).

En cuanto al ingreso económico, este estudio guarda consistencia y coherencia con estudios realizados en Perú, donde las mujeres que ejercían la prostitución devengan un poco más de 1000 soles (USD 296,20) , lo equivalente al 50% de las mujeres Bogotanas que dijeron ganar mensualmente por concepto de su ocupación \$900.000 (USD 310,28)(14).

En lo relacionado con el uso del condón y prácticas relacionadas con esta conducta, se observa consistencia con los estudios revisados previamente, en el actual, el 96,5% de las mujeres admitió usar el condón con el último cliente y el 18,3% lo usó con su pareja estable; frente a lo observado en estudios similares, en Cataluña-España, la prevalencia del uso inconstante del condón con la pareja estable para el año 2011 fue del 94,4% y del uso constante con los clientes del 91,1%. Por su parte en Colombia, se observa similitud en la prevalencia del uso del condón en el último servicio (95%), y un rango entre 60 y 80% de uso del condón con la pareja estable, observándose una diferencia entre ambos estudios(1,6,33).

La disponibilidad del condón al momento del servicio es otro factor comparable con otros estudios, para este el 69,4% dijo tener disponibilidad inmediata y fue significativo este dato con el hecho de usarlo al momento del servicio, en un estudio de Perú, las personas manifestaron que así tuvieran el condón a la mano, en ocasiones no lo usaban por que no se sentía de forma agradable(37).

El conocimiento y uso del condón femenino, fue una de las variables incluidas para este estudio en el que se observó que el 28,1% de las MTS lo ha usado alguna vez, contrastado con el estudio realizado en China donde se realizó un estudio de intervención con campañas sobre el uso de este método y se observó al inicio del estudio un uso similar al de la investigación actual (29,2%)(12).

En cuanto a la realización de la prueba para VIH en este grupo de mujeres, se observó similitud y diferencia con otros estudios, en el estudio de Cataluña para el 2011, solo el 67,8% se había realizado la prueba en el último año, mientras que para Colombia fue del 90,3%; otros estudios si guardan una semejanza con este estudio(33,36).

Los datos arrojados por este estudio en relación con otras ITS, presentan gran diferencia con otros estudios cuando se trata de infecciones como la clamidia, en

donde en el estudio realizado en Barcelona, la prevalencia de este evento en MTS fue de 4,7% mientras que en el actual fue de 14,3% (34).

En relación con el consumo de alcohol, se observa semejanzas con otros estudios, con una prevalencia de consumo de alcohol del 27,8% frente al 22,7% del estudio realizado en Perú con el fin de identificar factores asociados a depresión en Mujeres trabajadoras sexuales(14).

Aspectos demográficos como la edad, la composición familiar, la edad de inicio, el estado civil, mostraron significancia estadística para el uso del condón y consumo de alcohol, estos resultados guardan coherencia con lo hallado en la literatura; en estudios como los realizados en España se observa como los pacientes que consumen alcohol tienen un riesgo más alto de contraer el virus respecto a los que no lo hacen(39).

El estrato socioeconómico y la escolaridad, en el presente estudio presentaron significancia estadística, similar a lo encontrado en un estudio de tipo casos y controles realizado en Ecuador, donde el que la MTS pertenezca a estrato socioeconómico alto, la escolaridad y la edad, se relacionaron estadísticamente con el uso del condón(13).

El ofrecer el servicio en calle o establecimiento son factores que mostraron una alta significancia estadística en este estudio tanto para el uso del condón como para el consumo de alcohol, similares resultados se observan en el estudio realizado en Colombia en el 2012 y en España donde se incorporó esta variable categorizada como sitio de reclutamiento y al igual que para el actual, mostró significancia estadística(6,33,39).

El conocimiento de aspectos relacionados con el VIH, el uso adecuado del condón, los síntomas de ITS tanto en mujeres como hombres, hacen parte de un conjunto de variables que pudieran estar relacionadas con la adopción de conductas de riesgo como es el uso del condón; para este estudio el factor conocimiento sobre el VIH, el uso adecuado del condón y tener información sobre ITS, no se asoció estadísticamente con la conducta de riesgo analizada; distinto a lo observado en la revisión sistemática con el propósito de evaluar la efectividad de intervenciones conductuales dirigidas a reducir la transmisión de VIH y de las ITS, a través de intervenciones basadas en teorías y modelos de cambios conductuales incluyendo la teoría cognitiva social; en este estudio, se logró demostrar cómo después de la aplicación de dichas campañas, se pudo reducir los indicadores de ITS pero no se observó una reducción significativa en la incidencia de VIH (10).

En lo relacionado con el desarrollo de modelos predictivos, aunque el propósito es diferente, porque como se anotó anteriormente, no se tienen información de desarrollo de modelos predictivos para conductas de riesgo en VIH, tanto en el

estudio realizado en España como el actual con fines de aportar una herramienta metodológica, se incluyeron variables explicativas y/o predictivas relacionadas con VIH, como la edad, sexo, pruebas de laboratorio, consumo de drogas o alcohol; cabe anotar que el modelo final con las variables predictoras de ese estudio difiere de las resultantes de la presente investigación(41).

Otros estudios españoles en los que se desarrollaron modelos predictivos con el propósito de evaluar los factores de riesgo influyentes en la adherencia a los tratamientos con antiretrovirales en pacientes HIV+ y factores asociados a deterioro cognitivo en el mismo tipo de pacientes, incluyeron factores como la edad, el estado civil, el sexo, nivel educativo y condiciones clínicas y farmacéuticas propias del evento estudiado; estos estudios son comparables con el actual en lo que concierne a la inclusión y relevancia de las variables sociodemográficas como factores explicativos y/o predictivos del evento relacionado con el VIH(42).

Como se anotó anteriormente, este estudio tiene un aporte significativo desde dos esferas primordialmente: la primera enfocada al aporte de evidencia científica real, útil para el diseño políticas públicas con enfoque diferencial y programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las cuales redundaran en el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres trabajadoras sexuales y en la adopción de medidas de seguridad para el desarrollo de su ocupación.

En segundo lugar, el desarrollo de modelos predictivos, es una metodología poco utilizada en el contexto nacional, sobre todo en lo relacionado con los factores de distintas categorías que impulsan la adopción de conductas de riesgo relacionadas con el VIH; por tanto, el aporte metodológico que el investigador hace a la ciencia tiene relevancia por cuanto visibiliza no solo la calidad de los ejes temáticos y prácticos proporcionados por la academia, sino además porque promueve el desarrollo de diferentes metodologías no solo desde la estadística sino que incorpora la epidemiología como ciencia capaz de explicar los factores que rodean la enfermedad, cumpliendo así con uno de los propósitos magnos de dicha ciencia.

9. Conclusiones

La mayoría de mujeres utiliza el condón con sus clientes, pero la proporción de uso con sus parejas estables o frecuentes apenas llega a una cuarta parte, siete de cada diez mujeres dijo tener disponibilidad de preservativos para la prestación de sus servicios.

Un poco más de la mitad de las mujeres trabajadoras sexual de Bogotá, ofrece sus servicios en la calle y los presta en su mayoría en cuartos de hotel/motel, whiskerías o reservados de centros nocturnos.

Una de cada cuatro mujeres trabajadoras sexual, consume alcohol en compañía de sus clientes, y una tercera parte manifestó que su ultimo cliente se encontraba bajo efectos del alcohol.

Casi tres cuartas partes de las mujeres tienen información sobre el VIH, las ITS y el condón, pero una pequeña proporción ha participado en campañas informativas sobre el virus y otras ITS en los últimos doce meses.

Aspectos como la edad, el estrato socioeconómico, escolaridad, estado civil, ingreso económico por trabajo sexual, edad de inicio en el trabajo sexual, número de clientes antiguos en la última semana, disponibilidad del condón para prestar el servicio y ligadura de trompas como método diferente de planificación, se asociaron estadísticamente con el uso del condón. Sin embargo al ajustar las variables solo la edad y la disponibilidad del condón se mantuvieron como variables explicativas. Cabe anotar, que aunque el modelo mostró buena capacidad predictiva (84,6%), la precisión en sus estimaciones fue baja debido a la poca frecuencia del no uso del condón con el ultimo cliente (3,5%), y la sensibilidad del modelo apenas fue del 33,3%.

Por otro lado, factores como la edad, el estrato socioeconómico, nivel educativo, ingreso económico, sitio de oferta del servicio, composición familiar, número de hijos, número de clientes atendidos en la última semana y número de clientes antiguos mostraron asociación estadística con el consumo de alcohol. Sin embargo, al ajustar las variables solo edad, estrato socioeconómico, sitio donde se ofrece el servicio y número de clientes por semana mantuvieron asociación estadística; observándose además que el estrato socioeconómico (uno y dos) y sitio donde se ofrece el servicio (establecimiento), son factores de riesgo para el consumo de alcohol en ejercicio de la ocupación y la poca edad y un número reducido de clientes por semana se comportan como factores de protección para el consumo de alcohol.

El modelo predictivo que se desarrolló para la conducta de riesgo de consumo de alcohol, con una sensibilidad del 71,8% y un poder predictivo del 86,4%.

10. Recomendaciones

- En cuanto al diseño de estudio, se recomienda adelantar futuras investigaciones con diseño longitudinal prospectivo, tipo estudio cohorte, donde se incluyan variables de exposición para seguimiento como disponibilidad del condón, número de clientes por semana, nivel educativo, ingreso económico, entre otras variables. Esto con el propósito de lograr estimaciones basadas en la causalidad para conductas de riesgo acá planteadas y otras conductas propuestas por organismos internacionales preocupados por el tema.
- En cuanto a la fuente de información, se reconoce las limitaciones que se tiene por ser fuente secundaria y la dificultad de control de las variables e información registrada en la base de datos.
- En cuanto al diseño muestral, se recomienda ampliar el tamaño de la muestra para mejorar la precisión en los datos y confiabilidad del estudio.
- En cuanto a los resultados obtenidos, se recomienda una vez verificada la validez interna y externa del estudio, así como la asociación estadística, fuerza de asociación y control de sesgos en el ajuste de las variables incluidas para el modelo de consumo de alcohol, proponer a organismos como ONUSIDA y fondo mundial contra el VIH, incorporar entre sus indicadores de monitoreo para el control del virus, la conducta de riesgo consumo de alcohol; dadas las estimaciones acá presentadas y el alcance del modelo obtenido.
- Se propone tener en cuenta los resultados de este estudio para el desarrollo de programas basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocados a las mujeres trabajadoras sexuales del distrito, con miras a impactar las diferentes conductas de riesgo y disminuir los indicadores de incidencia tanto de VIH como de otras ITS.
- Se recomienda validar este modelo en estudios posteriores a nivel nacional, dado la sensibilidad y poder predictivo del mismo.

11. Bibliografía

1. Belza M, Clavo P, Menendez B. et al. Condiciones socio laborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. Gaceta sanitaria. 2004;18(3):177-83.
2. De Graaf R, Vanwesenbeeck I, Van Zessen G, Straver CJ, Visser JH. Condom use and sexual behaviour in heterosexual prostitution in the Netherlands. AIDS. 1992;6(1):1223-6.
3. Aguado, C. y Zarco, J. Infección por el VIH: preguntas y respuestas desde atención primaria. Guía de manejo de la infección VIH desde Atención Primaria. Sociedad Española de medicina de familia y comunitaria. Barcelona; 2006.
4. Girón, S. L. , Mateus, J. C. Prevalencia de comportamientos de riesgo frente a VIH/Sida en jóvenes de 15-24 años del Valle del Cauca [Internet]. Cali: Gobernación Valle del Cauca, Fundación FES social; 2007. Disponible en: file:///D:/Downloads/Informe_prevalencia_comportamiento_de_riesgo_VIH_en_jovenes_de_15-24_a%C3%B1os.pdf
5. Organización mundial de la salud. Preguntas y respuestas sobre VIH [Internet]. [citado 15 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
6. Colombia, United Nations Population Fund, editores. Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Bogotá-Colombia: Ministerio de la Protección Social, República de Colombia : UNFPA; 2008. 223 p.
7. Soto V. Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. Rev An Fac- Med. 2006;67(2):152-9.
8. Valencia C, Canaval G. Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. Rev Salud Pública. 2012;14(5):810-21.
9. Chinchá L O, Samalvides C F, Bernabé-Ortíz A, Kruger P H, Gotuzzo H E. Asociación entre el consumo de alcohol y la infección por virus de inmunodeficiencia humana. Rev Chil Infectol [Internet]. febrero de 2008 [citado 4 de agosto de 2016];25(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182008000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
10. Kondagunta N, Nair S, Bhat V, Dutt D, Sathiakumar N. Behavioral interventions to reduce the transmission of HIV infection among commercial sex workers and

their clients in developing countries. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005 [citado 2 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD005272>

11. Sanchez J, Quiles S, Mendez F. Conductas sexuales de riesgo y prevencion del sida en la adolescencia. Papeles de Psicologo [Internet]. 1982 [citado 31 de julio de 2016];85. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/imprimir.asp?id=1076>
12. Liao S, Weeks MR, Wang Y, Li F, Jiang J, Li J, et al. Female condom use in the rural sex industry in China: analysis of users and non-users at post-intervention surveys. *AIDS Care*. junio de 2011;23(sup1):66-74.
13. Gutierrez J, De la sal M, Molina D, et al. Uso inconsistente del condón entre trabajadoras sexuales en Ecuador: resultados de una encuesta de comportamientos. *Rev Salud Pública de México*. marzo de 2006;48(2):104-12.
14. Bohorquez I, Caballero S, Carrera L, et al. Factores asociados a síntomas depresivos en trabajadoras sexuales. *Rev An Fac- Med*. 2010;71(4):277-82.
15. Eugenia Canaval G, Valencia CP, Forero L, Guardela N, Magaña A, Vargas Y. Factores protectores y de riesgo para vih/sida en mujeres de Cali, Colombia. *Cienc Enferm* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 31 de julio de 2016];11(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
16. Mecanismo de coordianción Pais. Resultados del estudio comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en Mujeres trabajadoras sexuales en cinco ciudades de Colombia, 2012. Vol. 1. Bogota; 2012. 62 p.
17. Hoyos Orrego, A.; Massaro Ceballos, M.; Ospina Ospina, M.; Gómez, Builes, C.; Vanegas Arroyave, N.; Tobón Pereira, J. y cols. Serological markers and risk factors for hepatitis B and C viruses in patients infected with human immunodeficiency virus. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de Sao Paulo*. 2006;48(6):321-6.
18. Ministerio de la proteccion social, UNFPA. Mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. 2011.
19. Murcia Aranguren, M.I.; Gómez Marín, J.E.; Alvarado, F.S.; Bustillo, J.G.; Gómez B. y cols. Frequency of tuberculous and non-tuberculous mycobacteria in HIV infected patients from Bogotá, Colombia. *BMC Infectious Diseases*. 2001;1:21.

20. ONUSIDA. Informe anual del ONUSIDA 2009: Uniendo al mundo contra el Sida. Ginebra; 2009.
21. Organización mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo [Internet]. Washington, D. C.: OMS; 2002 feb p. 290. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/2002flerESP.pdf?ua=1>
22. Prevalencia VIH Habitante Calle 2012.pdf [Internet]. [citado 19 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Informes%20Trimestrales%20VIH/Prevalencia%20VIH%20Habitante%20Calle%202012.pdf>
23. Pervilac C., García J.M. Guías Prácticas para poner en marcha la vigilancia del VIH de segunda generación. Ginebra: ONUSIDA; 2003.
24. Trabajo sexual y VIH/SIDA : ONUSIDA Actualización Técnica - jc705-sexwork-tu_es.pdf [Internet]. [citado 20 de junio de 2016]. Disponible en: http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc705-sexwork-tu_es.pdf
25. Orellana L. Análisis de regresión. En: Regresión lineal simple. 1.^a ed. 2008.
26. Milton JS, Turrero Nogués A, Zuluaga P. Estadística para biología y ciencias de la salud. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España; 2007.
27. ONUSIDA/OMS. Situación de la epidemia de SIDA. Estados Unidos de Norte America; 2006 Diciembre.
28. Organización de las Naciones Unidas. Objetivo 6: combatir el VIH, la Malaria y otras enfermedades [Internet]. Podemos erradicar la pobreza, Objetivos de desarrollo dle Milenio. 2012 [citado 30 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/aids.shtml>
29. Organización Mundial de la salud. Preguntas y respuestas pfrecuentes sobre VIH/sida [Internet]. 2015 [citado 28 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
30. Bandura A, Walters H. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid-España: Alianza editorial; 1974.
31. Mucci M, Benaim D. Psicología de la salud. Calidoscopio de prácticas diversas. Psocidebate 6 Psicología, cultura y sociedad. :123-38.
32. San Pedro E, Roales J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Rev. Internacional de Psicología y terapia Psicológica. 2003;3(1):91-109.

33. Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gac Sanit.* mayo de 2014;28(3):196-202.
34. Vall-Mayans M, Villa M, Saravanya M, Loureiro E, Meroño M, Arellano E, et al. Sexually transmitted Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and HIV-1 infections in two at-risk populations in Barcelona: female street prostitutes and STI clinic attendees. *Int J Infect Dis.* marzo de 2007;11(2):115-22.
35. División of STD Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2014 [Internet]. Atlanta: CDC; 2014 [citado 1 de agosto de 2016] p. 177. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats14/surv-2014-print.pdf>
36. Cai Y, Wang Z, Lau JT, Li J, Ma T, Liu Y. Prevalence and associated factors of condomless receptive anal intercourse with male clients among transgender women sex workers in Shenyang, China. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 17 de julio de 2016 [citado 1 de agosto de 2016];19(3 (Suppl 2)). Disponible en: <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20800>
37. Juarez J, Pozo E. Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/Sida y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Rev Perú Med Exp Salud Pública.* 2010;27(1):31-7.
38. Banandur P, Rajaram S, Mahagaonkar SB, Bradley J, Ramesh BM, Washington RG, et al. Heterogeneity of the HIV epidemic in the general population of Karnataka state, south India. *BMC Public Health.* 2011;11(Suppl 6):S13.
39. Callejas S. Estudio de caso-control de los pacientes infectados por el VIH atendidos en urgencias. *Rev de la sociedad Española de medicina de urgencias y emergencias.* 2010;22(4):259-63.
40. Rivas G, Dominguez M, Mochales J, et al. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid, 2007. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83(6):835-46.
41. Morillo R, Martín M, Valverde M, et al. Desarrollo y validación de un modelo predictivo para la identificación de pacientes infectados por el VIH con problemas relacionados con los medicamentos. *Estudio predictor. Farmacia Hospitalaria.* 2012;36(5):343-50.
42. Rodríguez P. Estudio de factores de riesgo influyentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral y desarrollo de un modelo predictivo en pacientes VIH

positivos [Internet]. [Madrid -España]: Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://eprints.sim.ucm.es/36230/1/T36928.pdf>

43. Muñoz JA, Fumas C, Ferrer MJ, Prats a, et al. Nadir CD4 cell count predicts neurocognitive impairment in HIV- infected patients. *Res Hum retroviruses*. 2008;24(10):1301-7.
44. Ministerio de Salud y Protección Social, UNFPA. Panorama VIH/SIDA en Colombia 1983-2010. Un analisis de situación. Bogota- Colombia; 2012. 63 p.
45. R, G-BR Luque-Núñez, McDouall-Lombana J, Moreno-Díaz L, ONUSIDA, grupo tematico para Colombia, Ministerio de la proteccion social. Infección por vih y sida en Colombia. Estado del arte 2000 - 2005. 2006.
46. Secretaria distrital de salud. VIH-SIDA. 2008.
47. Karter M. El centrarse en seis factores de riesgo podría evitar hasta el 80% de las infecciones por VIH en mujeres sudafricanas [Internet]. *HIV & AIDS*. 2010 [citado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.aidsmap.com/El-centrarse-en-seis-factores-de-riesgo-podr%C3%ADa-evitar-hasta-el-80-de-las-infecciones-por-VIH-en-mujeres-sudafricanas/page/1582504/>
48. Bazzini D, Pennington J, Villatoro C. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en el paciente con infeccion por VIH en Guatemala. *Rev Guatemalteca de Cardiología*. marzo de 2014;24(1):19-26.
49. Barbaro g. Cardiovascular Manifestations of HIV Infection. *Circulation*. 2002;106(1):1420-5.
50. Organizacion Mundial de la salud. VIH/SIDA_factores modificables [Internet]. Informativa. 2015 [citado 1 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
51. Lecciones aprendidas del proyecto del Fondo Mundial en Colombia [Internet]. 2007 [citado 20 de junio de 2016]. Disponible en: <http://repository.oim.org.co/bitstream/20.500.11788/663/1/COL-OIM%200144%20V2.pdf>
52. Organizacion Munidal de la salud. Factores de riesgo [Internet]. Temas de salud. 2016 [citado 24 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
53. Banco Mundial. Poner en riesgo la salud: Causas, consecuencias e intervenciones para prevenir las conductas riesgosas. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2013.

54. Wacker R. The Health Belief Model and preventive health behavior: an analysis of alternative models of causal relationships. Retrospective theses and dissertations [Internet]. Iowa State University; 1990 [citado 27 de julio de 2016]. Disponible en: <http://lib.dr.iastate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=10416&context=rtd>
55. BSR Biblioteca de salud reproductiva de la OMS. Intervenciones conductuales para reducir la transmisión de la infección por el VIH, en trabajadores sexuales y sus clientes, en países de ingresos bajos y medios [Internet]. Informativa. 2014 [citado 30 de julio de 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/cd005272_okigboc_com/es/
56. Ministerio de salud, Comisión Nacional del SIDA. Actualizaciones metodológicas para el enfrentamiento de la vulnerabilidad frente al VIH y las ETS. 2006.
57. Banco Mundial. Poner en riesgo su salud [Internet]. 2013 [citado 28 de julio de 2016]. Disponible en: <http://blogs.worldbank.org/health/es/poner-en-riesgo-su-salud>
58. Campero, Lourdes, Herrera, Cristina. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema Salud Pública de México. Rev Salud Pública de México. 2002;44(6):554-64.
59. Carter K, Harry. B, Jeune M, Nicholson D. Percepción del riesgo, comportamientos riesgosos y seroprevalencia del VIH en trabajadoras sexuales de Georgetown, Guyana. 1997;2(4):238-47.
60. biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. VIH/SIDA [Internet]. 2016 [citado 29 de julio de 2016]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/hiv aids.html>
61. Organización mundial de la salud. VIH/SIDA [Internet]. Organización mundial de la salud. [citado 28 de julio de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
62. Canavos GC, Urbina Medal EG. Probabilidad y estadística: aplicaciones y métodos. México [etc.]: MacGraw-Hill; 1990.
63. Wackerly DD, Mendenhall W, Scheaffer RL. Mathematical statistics with applications. 7th ed. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole; 2008. 912 p.
64. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. 100 1993.
65. Congreso de la República. Ley 972 de 2005 [Internet]. 972 2005. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=17080>

66. Congreso de la República de Colombia. Ley 715 de 2005. 715 2005.
67. Ministerio de salud y Protección Social. Plan decenal de Salud pública [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
68. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1543 de 1997. 1543 1997.
69. Ministerio de la Protección Social, UNFPA. Protocolo del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Bogota- Colombia; 2008.
70. UNAIDS, UNICEF, OMS. Global AIDS response progress reporting 2014: construction of core indicators for monitoring the 2011 United Nations political declaration on HIV/AIDS. [Internet]. Geneva; 2014 [citado 7 de agosto de 2016] p. 5-79. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/GARPR_2014_guidelines_en_0.pdf
71. Family Health International. Encuestas de vigilancia del comportamiento [Internet]. DFID; 2000 [citado 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/hiv/strategic/en/bss_fhi_sp.pdf
72. OMS, UNICEF, ONUSIDA. Guía sobre indicadores para la vigilancia y notificación de la respuesta del sector salud al VIH/SIDA [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/hiv/data/UA_2012_Indicator_Guia_es.pdf
73. Rothman KJ. Epidemiología moderna. Madrid: Díaz de Santos; 1987.
74. Daniel WW, León Hernández F. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud. México: Limusa Wiley; 2002.
75. Global Communities. Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por vih en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015.
76. Hill B. The environment and disesa: Associattion or causation? 1965;58(1):295-300.

Anexo 1. Tabla 2 Definición y operacionalización de las Variables

N°	Categoría	Que mide	Variable	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada
1	Sociodemográficas	Describe las condiciones sociodemográficas de las mujeres trabajadoras sexuales de Bogotá incluidas en la muestra	Edad	Cuantitativa/Razón	Años	Independiente	Tabla
2			País, departamento, ciudad de nacimiento	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
3			Municipio de residencia	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
4			Etnia	Cualitativa/Nominal	1. Indígena	Independiente	Texto
					2. ROM		
					3. Raizal del archipiélago de San Andrés		
					4. Palanquero de San Basilio		
	5. Negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente						
6. Ninguna de las anteriores							
5	Estrato socioeconómico	Cualitativa/Ordinal	1. Uno	Independiente	Gráfico de barras		
			2. Dos				
			3. Tres				
			4. Cuatro				
			5. Cinco				
			6. Seis				
6	Nivel educativo	Cualitativa/Ordinal	1. Sin educación	Independiente	Tabla		
			2. Primaria				
			3. Secundaria				
			4. Media/Técnica/tecnología				
			5. Universidad				
			6. Posgrado				
			7. Otros				
7	Estado civil	Cualitativa/Nominal	1. Soltera	Independiente	Tabla		
			2. Casada				
			3. Unión libre				
			4. Divorciada/separada				
			5. Viuda				
			6. Otros				

N°	Categoría	Que mide	VARIABLE	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada
8	Sociodemográficas	Describe las condiciones sociodemográficas de las mujeres trabajadoras sexuales de Bogotá incluidas en la muestra	Estructura familiar	Cualitativa/Nominal	1. Esposo/hijos	Independiente	Texto
2. Hijos							
3. Padres/hijos							
4. Sola							
5. Con otros familiares	6. Con otras personas no familiares						
9			Ciudad de residencia anterior	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
10			Dependencia económica	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Texto
11			Ingreso económico mensual	Cuantitativa/Razón	\$ Col	Independiente	Tabla
12	Historia sexual y reproductiva	caracteriza las condiciones relacionadas con los antecedentes de la vida sexual y de reproducción de las mujeres trabajadoras sexuales estudiadas	Edad primera relación sexual	Cuantitativa/Razón	Años	Independiente	Tabla
13			Sexo de la persona en primera relación sexual	Cualitativa/Nominal	1. Hombre 2. Mujer	Independiente	Texto
14			Edad de la pareja en la primera relación sexual	Cuantitativa/Razón	Años	Independiente	Texto
15			Primera relación sexual con consentimiento	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Tabla
16			Uso del condón en la primera relación sexual	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Gráfico o de sectores
17			Motivo de no uso	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
18			Orientación sexual	Cualitativa/Nominal	1. Homosexual 2. Heterosexual 3. Bisexual 4. No sabe	Independiente	Texto

Fuente: Instrumento aplicado en el proyecto "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015".

N°	Categoría	Que mide	VARIABLE	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada									
19	Historia sexual y reproductiva	caracteriza las condiciones relacionadas con los antecedentes de la vida sexual y de reproducción de las mujeres trabajadoras sexuales estudiadas	Hijos vivos en la actualidad	Cuantitativa/razón	Número	Independiente	Texto									
20			Prueba de VIH durante el último embarazo	Cualitativa/Nominal	1.Si 2. No	Independiente	Texto									
21			Resultado de la prueba de VIH en el último embarazo	Cualitativa/Nominal	1.Positiva 2. Negativa 3.Indeterminado 4.No le entregaron los resultados 5. No reclamó el resultado 6. No sabe/ no responde	Independiente	Gráfico de barra simple									
			22	Problema de salud en los últimos 30 días	Cualitativa/Nominal	1.Lesion causada por violencia 2.Intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros 3. Algún problema mental, emocional o de los nervios 4. Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados	Independiente	Texto								
	23	Problema de salud en los últimos 30 días				Cualitativa/Nominal			1.Lesion causada por violencia 2.Intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros 3. Algún problema mental, emocional o de los nervios 4. Algún problema de salud, dolor físico o malestar diferente a los mencionados	Independiente	Texto					
									24			Citología en el último año	Cualitativa/Nominal	1.Si 2. No	Independiente	Texto
														25		

Fuente: Instrumento aplicado en el proyecto "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015".

N°	Categoría	Que mide	VARIABLE	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada
26	Variables relacionadas con la ocupación	Describen aspectos relacionados con la labor como trabajadora sexual	Número de parejas sin pago en el último año	Cuantitativa/razón	Número/promedio	Independiente	Gráfico de barras
27			Sexo de parejas sexuales sin pago en el último año	Cualitativa/Nominal	1. Mujer 2. Hombre	Independiente	Texto
28			Pareja portadora de VIH o muerto por SIDA	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Texto
29			Relaciones sexuales con personas del mismo sexo	Cualitativa/Nominal	1. Siº 2. No	Independiente	Texto
30			Edad de inicio como trabajadora sexual	Cuantitativa/razón	Años	Independiente	Texto
31			Tiempo de ocupación	Cuantitativa/razón	Años, meses	Independiente	Texto
32			Tiempo de ocupación en Bogotá	Cuantitativa/razón	Años, meses	Independiente	Texto
33			Trabajo sexual en otras zonas de la ciudad	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Texto
34			Trabajo sexual en otras ciudades o países diferentes a Bogotá	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Texto
35			Ingreso mensual aprox, por trabajo sexual	Cuantitativa/razón	\$Col	Independiente	Texto
36			Sitio de oferta del servicio	Cualitativa/Nominal	1. Establecimiento 2. Calle	Independiente	Gráfico de sectores
37			Sitio de prestación del servicio	Cualitativa/Nominal	1. Cuarto de hotel/motel/residencia 2. Dentro de un carro 3. En un privado de un centro nocturno o reservado 4. Bar 5. Taberna Show 6. Parque 7. Parque 8. Calle 9. Casas de clientes 10. Oficinas de clientes 11. Casas de citas, cuartos que rentan/burdel	Independiente	Gráfico de barras simple

Fuente: Instrumento aplicado en el proyecto "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015".

N°	Categoría	Que mide	Variable	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada
38	Variables relacionadas con la ocupación	Describen aspectos relacionados con la labor como trabajadora sexual	Número de clientes por día	Cuantitativa/razón	Número/promedio	Independiente	Texto
39			Número de clientes por semana	Cuantitativa/razón	Número/promedio	Independiente	Texto
40			Días promedio de trabajo sexual por semana	Cuantitativa/razón	Número/promedio	Independiente	Texto
41	Variables relacionadas con la ocupación	Describen aspectos relacionados con la labor como trabajadora sexual	Frecuencia en el uso del condón en la última semana	Cualitativa/Ordinal	1. Siempre 2. La mayoría de veces 3. Algunas veces 4. Nunca	Independiente	Gráfico de sectores
42			Relaciones sexuales en la última semana	Cuantitativa/razón	Número/promedio	Independiente	Texto
43			Número de clientes antiguos atendidos en la última semana	Cuantitativa/razón	Número/promedio	Independiente	Texto
44			Pareja estable	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Texto
45			Sexo de la pareja estable	Cualitativa/Nominal	1. Hombre 2. Mujer 3. Transgenero	Independiente	Texto
46			Uso del condón con la pareja estable	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Gráfico de barras simple
47			Frecuencia en el uso del condón con la pareja estable durante el último mes	Cualitativa/ordinal	1. Siempre 2. La mayoría de veces 3. Algunas veces 4. Nunca 5. No estuvo con él o ella en el último mes	Independiente	Texto
48			Razones de no uso del condón con pareja estable	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
49			Pareja frecuente	Cualitativa/Nominal	1. Si 2. No	Independiente	Gráfico de barras simple

Fuente: Instrumento aplicado en el proyecto "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015".

N°	Categoría	Que mide	Variable	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada
50	Variables relacionadas con el uso del condón	Caracterizan los aspectos relacionados con el uso del condón por parte de las mujeres trabajadoras sexuales	Uso del condón con pareja frecuente durante la última relación sexual	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
51			Razones de no uso del condón con pareja frecuente	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
52			Uso del condón con el último cliente	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Dependiente	Gráfico de sectores
53			Persona que sugirió el uso del condón durante la última atención	Cualitativa/Nominal	1. Trabajadora sexual 2. Cliente 3. Ambos 4. Otro, ¿Cuál?	Independiente	Texto
54			Razones de no uso del condón con el último cliente	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
55			Recibir información sobre el uso adecuado del condón	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
56			Disponibilidad de condón al momento del servicio	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
57			Número de condones disponibles para el servicio	Cuantitativa/razón	Número/promedio	Independiente	Texto
58			Conocimiento y uso del condón femenino	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
59	Consumo de alcohol y otras SPA	Describe la características relacionadas con el consumo de alcohol y otras SPA en mujeres trabajadoras sexuales en el momento del servicio	Consumo de alcohol con el último cliente	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Dependiente	Gráfico de sectores
60			Características del estado de sobriedad y/o consumo del último cliente	Cualitativa/Nominal	1. Estaba bajo efectos del alcohol 2. Estaba bajo efectos de las drogas	Independiente	Texto
61			Uso de drogas inyectables en los últimos doce meses	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Gráfico de sectores
62			Última vez de uso de drogas inyectables	Cuantitativa/Razón	Número/promedio	Independiente	Texto
63			Frecuencia en compartir agujas o jeringas en el consumo de drogas inyectables	Cualitativa/ordinal	1. Con frecuencia 2. A veces 3. Nunca	Independiente	Texto

Fuente: Instrumento aplicado en el proyecto "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015".

N°	Categoría	Que mide	Variable	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada
64	conocimientos y actitudes frente a VIH y otras ITS	Caracteriza los conocimientos y actitudes de las mujeres trabajadoras sexuales frente al VIH y otras ITS	Conocimiento acerca del VIH o el SIDA	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Gráfico de sectores
65			Participación en los últimos doce meses en campañas de información o educación sobre VIH	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
66			Prevención del VIH con uso adecuado del condón	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
67			Prevención del VIH sin drogas inyectables	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
68			Transmisión del VIH	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
69	conocimientos y actitudes frente a VIH y otras ITS	Caracteriza los conocimientos y actitudes de las mujeres trabajadoras sexuales frente al VIH y otras ITS	Realización de prueba para VIH por diferentes vías	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Gráfico de sectores
70			Fecha de la última prueba de VIH	Cualitativa/ordinal	Meses, años	Independiente	Texto
71			Resultado de la última prueba de VIH	Cualitativa/Nominal	1.Positivo 2.Negativo 3.No sabe 4.No contesta 5.Indeterminado	Independiente	Texto
72			Valoración del grado de vulnerabilidad o de riesgo propio de infectarse de VIH	Cualitativa/Nominal	1. Alto 2. Medio 3. Bajo 4.Ninguno 5. No sabe 6. No responde	Independiente	Texto
73			Conocimiento sobre otras infecciones que pueden transmitirse por relaciones	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
74			ITS en los últimos doce meses	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
75			Tipo de ITS en los últimos doce meses	Cualitativa/Nominal	1. Gonorrea 2. Clamidia 3. Herpes 4. Condilomas/verrugas genitales 5. Sífilis 6. Hepatitis B 7. Otra Si, No, Cual?	Independiente	Gráfico de barras simple
76			Conocimiento sobre síntomas de ITS en mujeres	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
77			Conocimiento sobre síntomas de ITS en hombres	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
78			Practica que realiza para protegerse de ITS en el último mes	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto

Fuente: Instrumento aplicado en el proyecto "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015".

N°	Categoría	Que mide	Variable	Naturaleza/nivel de medición	Categoría/Unidad de medición	Clasificación de la variable	Técnica utilizada
79	Apoyo y redes sociales	Describen las características relacionadas con el apoyo que reciben y las redes sociales para las mujeres trabajadoras sexuales	Maltrato o abuso en el último año por la condición de ser trabajadora sexual	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
80			Tipo de abuso o maltrato	Cualitativa/Nominal	1. Violación 2. Maltrato físico 3. Maltrato Verbal 4. Extorsión 5. Robo o asalto 6. Otro, cuál?	Independiente	Gráfico de barras simple
81			Persona que realizó el abuso o maltrato	Cualitativa/Nominal	Diferentes opciones	Independiente	Texto
82			Maltrato por parte de los servicios de salud por la condición de ser trabajadora sexual	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
83			Participación en alguna organización de trabajadoras sexuales	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto
84			Persona de apoyo en caso de maltrato o necesitar servicio medico	Cualitativa/Nominal	1.Si 2.No	Independiente	Texto

Fuente: Instrumento aplicado en el proyecto “Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexual en cinco ciudades de Colombia, 2015”.

	Años	2 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Toda la vida	3 <input type="checkbox"/> → 111	
110	¿En qué municipio, ciudad o país vivía antes?		
	1. LUGAR	2. NOMBRE DEL PAIS ↓	3. NOMBRE DEL MUNICIPIO →
	País	1 <input type="checkbox"/> → 2	4. NOMBRE DEL DEPARTAMENTO ↓
	Municipio	2 <input type="checkbox"/> → 3	
111	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted y cuál es el último año APROBADO en ese nivel?		
	Ninguno	1 <input type="checkbox"/> →	112 - último año aprobado
	Pre-escolar	2 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Primaria	3 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Secundaria	4 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Técnico	5 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Tecnológico	6 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Universitario	7 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Postgrado	8 <input type="checkbox"/> →	__ __
120	¿Cuántos años ha estudiado?		__ __
112	¿Actualmente cuál es su estado civil?		
	Soltera	1 <input type="checkbox"/>	Separada/Divorciada
	Casada	2 <input type="checkbox"/>	Viuda
	Unión libre	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
113	¿Con quiénes vive actualmente?		
	a. Solo	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 114
	b. Hijos(as)	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	c. Esposo	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	d. Compañero(a) permanente	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
	e. Otros familiares y/o no familiares (Padre, madre, otros no familiares)	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
114	¿Actualmente alguien depende económicamente de usted (hijos, familiares u otras personas)?		
	Sí 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/>
121	De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿usted se reconoce cómo?		
	Indígena	1 <input type="checkbox"/>	Palenquero de San Basilio
	Rom	2 <input type="checkbox"/> → 118	Negro, Mulato, afrocolombiano o Afrodescendiente
	Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia	3 <input type="checkbox"/> → 118	5 <input type="checkbox"/> → 118
			Ninguna de las anteriores
			6 <input type="checkbox"/> → 118
122	¿A cuál PUEBLO INDÍGENA pertenece? _____		
123	En promedio ¿Cuánto gana al mes? __ __ __ __ __ __		

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

201	En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, CONTADOS HASTA HOY ¿usted ha tenido alguno(s) de los siguientes problemas de salud:					
	a. Alguna lesión, causada por accidente o violencia.	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>			
	b. Alguna, intoxicación o envenenamiento causado por accidente, intento de suicidio o por terceros	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>			
	c. Algún problema mental, emocional o de los nervios	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>			
202	En los últimos 12 meses, la última vez que buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud, ¿a dónde consultó? (leer opciones)					
	No ha tenido problemas de salud	1 <input type="checkbox"/>	Centro de atención de una EPS/ARS	3 <input type="checkbox"/>		
	Institución, clínica, hospital, centro o puesto de salud de atención pública (Estatat)	2 <input type="checkbox"/>	Otro ¿cuál? _____	4 <input type="checkbox"/>		
209	En los ÚLTIMOS 12 MESES CONTADOS HASTA AYER la última vez que usted buscó ayuda por asuntos relacionados con su salud ¿tuvo que pagar por el servicio?					
	Sí, pago total de los servicios	1 <input type="checkbox"/>	Sí, pago parcial de los servicios	3 <input type="checkbox"/>		
	Sí, pago cuota moderadora	2 <input type="checkbox"/>	No pago nada	4 <input type="checkbox"/>		
203	Recibe atención en salud a través de:					
	Carta de vinculado	1 <input type="checkbox"/>	Fuerzas militares, la policía, el magisterio o ECOPEPETROL (régimen especial)	4 <input type="checkbox"/>		
	Entidad Promotora de Salud del Régimen contributivo (EPS)	2 <input type="checkbox"/>	Resguardo indígena	5 <input type="checkbox"/>		
	Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado (EPSS)	3 <input type="checkbox"/>	No está afiliado (sin carta)	6 <input type="checkbox"/>		
204	¿En los ÚLTIMOS DOCE MESES CALENDARIO se ha hecho citologías? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>					
205	¿Qué método o métodos de planificación ha utilizado o utiliza actualmente?					
	a. Pastillas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	f. Métodos naturales (retiro, método del ritmo)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Condón	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	g. DIU (churusco, "T", o dispositivo intrauterino)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Inyección	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	h. Óvulos y cremas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Ligadura de trompas (esterilización femenina, Pomeroy)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	i. Otro. ¿Cuál? _____	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	e. Implante (Norplant, Jadelle)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>			
206	 ENTREVISTADOR(A): Revise 205. ¿Respondió por lo menos un Sí? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 301					
207	¿A través de quién, quienes o en qué lugares obtuvo estos métodos? (espere respuesta)					
	a. Hospital / Clínica	<input type="checkbox"/>	g. Supermercado / tienda / cigarrería	<input type="checkbox"/>		
	b. Centro o puesto de salud	<input type="checkbox"/>	h. Establecimiento donde trabajo	<input type="checkbox"/>		
	c. Centro de atención de una EPS/ARS (ISS, CAMI, CADIS)	<input type="checkbox"/>	i. Familiar o amigo	<input type="checkbox"/>		
	d. Consultorio médico	<input type="checkbox"/>	j. Cliente	<input type="checkbox"/>		
	e. Profamilia	<input type="checkbox"/>	k. En campanas	<input type="checkbox"/>		
	f. Droguería / farmacia / botica	<input type="checkbox"/>	l. Pareja	<input type="checkbox"/>		
208	¿Quién o quienes pagaron por este método(s)? (Espere respuesta)					

a. La entidad donde está asegurada	<input type="checkbox"/>	e. El dueño del lugar donde trabaja	<input type="checkbox"/>
b. Otra entidad diferente a la que está asegurada	<input type="checkbox"/>	f. Su pareja	<input type="checkbox"/>
c. Usted	<input type="checkbox"/>	g. Familiar o amigo	<input type="checkbox"/>
d. Su cliente	<input type="checkbox"/>	h. Otra. ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>

III. HISTORIA SEXUAL Y REPRODUCTIVA

301	¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual vaginal, anal u oral, con o sin su consentimiento? __ __ Años	
302	¿Esa primera relación sexual fue con un hombre, una mujer, un(a) transgénero? Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Transgénero 3 <input type="checkbox"/>	
303	¿Aproximadamente qué edad tenía la persona con la que tuvo su primer relación sexual? __ __ Ns/Nr <input type="checkbox"/>	
331	¿Esa primera relación sexual fue con su consentimiento? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No responde 3 <input type="checkbox"/>	
332	En esa primera relación sexual ¿usaron condón? Sí 1 <input type="checkbox"/> → 303 No 2 <input type="checkbox"/> No recuerdo <input type="checkbox"/>	
333	¿Cuál o cuáles fueron los motivos por los cuales no usaron condón la primera vez que tuvo relaciones sexuales? <i>(Esperar respuesta) (Esperar respuesta)</i>	
	a. A la pareja no le gustaba <input type="checkbox"/>	l. Eran caros <input type="checkbox"/>
	b. La pareja no estaba de acuerdo en usarlo <input type="checkbox"/>	m. Se habían terminado <input type="checkbox"/>
	c. Usted creía que disminuía el sentir placer <input type="checkbox"/>	n. La relación sexual fue sin su consentimiento <input type="checkbox"/>
	d. Eran difíciles de conseguir <input type="checkbox"/>	o. Sintió vergüenza de pedir el condón <input type="checkbox"/>
	e. Usted estaba bajo los efectos del alcohol <input type="checkbox"/>	p. Nunca lo ha pensado <input type="checkbox"/>
	f. Usted estaba bajo los efectos de las drogas <input type="checkbox"/>	q. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol <input type="checkbox"/>
	g. Usted estaba excitado <input type="checkbox"/>	r. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas <input type="checkbox"/>
	h. Creía que no era seguro <input type="checkbox"/>	s. No quiso usar condón a pesar de conocer los riesgos <input type="checkbox"/>
	i. Creía que la pareja no tenía VIH o alguna ITS <input type="checkbox"/>	t. La pareja está tomando tratamiento antirretroviral <input type="checkbox"/>
	j. Confaba en la fidelidad de su pareja <input type="checkbox"/>	u. Había sentimientos de afecto <input type="checkbox"/>
	k. No quiso usar condón por erotismo <input type="checkbox"/>	v. No los conocía <input type="checkbox"/>
330	En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación se identifica: Homosexual 1 <input type="checkbox"/> Heterosexual 2 <input type="checkbox"/> Bisexual 3 <input type="checkbox"/> No sabe 4 <input type="checkbox"/>	
304	¿Alguna vez usted ha estado embarazada? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 318.1	
305	¿Actualmente está usted embarazada? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
307	¿Cuántas veces ha estado usted embarazada? (incluya los abortos y el embarazo actual)	Primer embarazo 1 <input type="checkbox"/> → 312
		__ __
308	¿De esos embarazos, cuántos abortos ha tenido? (Una pérdida ANTES DE LOS CINCO MESES DE EMBARAZO se	Todos han sido abortos 1 <input type="checkbox"/> → 312
		Ninguno 2 <input type="checkbox"/> → 309

	considera aborto, incluya los provocados y no provocados)	No todos han sido abortos 3 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? __ __	
309	¿De esos embarazos, cuántos nacieron muertos? (Que nacieron diferentes a abortos)	Todos nacieron muertos 1 <input type="checkbox"/> → 317	
		Ninguno 2 <input type="checkbox"/> → 310	
		No todos nacieron muertos 3 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? __ __	
310	¿De esos embarazos, cuántos nacieron vivos?	Todos nacieron vivos 1 <input type="checkbox"/>	
		Ninguno 2 <input type="checkbox"/>	
		No todos nacieron vivos 3 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? __ __	
310.1 ENTREVISTADOR(A): Verifique que la suma de embarazos reportados en las preguntas 308, 309 y 310, sean iguales a la cantidad registrada en 307.			
318	¿Cuántos hijos vivos, tiene actualmente?	__ __	
311	¿Cuándo fue su último parto?	Día __ __	Mes __ __ Año __ __ __ __
312	Durante su último embarazo, ¿asistió o asiste a control prenatal?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 314
313	¿Dónde asistió o asiste a control prenatal?		
	Centro de Salud	1 <input type="checkbox"/>	Otra unidad de salud (IPS, EPS) 4 <input type="checkbox"/>
	Clinica	2 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿Cuál? _____ 6 <input type="checkbox"/>
	Hospital	3 <input type="checkbox"/>	
314	¿Le realizaron una prueba de VIH durante su último embarazo?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 316 NS 3 <input type="checkbox"/> → 316
315	¿Cuál fue el resultado?		
	Positiva	1 <input type="checkbox"/>	No le entregaron los resultados 4 <input type="checkbox"/>
	Negativa	2 <input type="checkbox"/>	No reclamó el resultado 5 <input type="checkbox"/>
	Indeterminado	3 <input type="checkbox"/>	No sabe / No responde 6 <input type="checkbox"/>
318.1 ENTREVISTADOR(A): Lea a la informante: A continuación le voy a realizar algunas preguntas acerca de la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido relaciones sexuales POR UN AÑO O MÁS Y NO LE PAGAN. (Parejas estables)			
319	¿Con cuántas personas tiene relaciones sexuales, desde hace UN AÑO O MÁS y por las que NO reciba pago (Parejas estables)?	__ __	<input type="checkbox"/> Ninguna → 401
320	De esa(s) persona(s) con la(s) que ACTUALMENTE tiene relaciones sexuales, ¿cuántas son hombres y cuántas son mujeres?	a. Hombres __ __	
		b. Mujeres __ __	
		c. Transgénero __ __	
 ENTREVISTADOR(A): Verifique que la cantidad de personas reportadas en las preguntas 319 y 320, sean iguales.			
334	¿Usted ha tenido alguna pareja que viva con el VIH o haya muerto de SIDA?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 3 <input type="checkbox"/>
335	¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> NR 3 <input type="checkbox"/>

IV. TRABAJO SEXUAL

	f. Whiskería / Heladería <input type="checkbox"/>	o. Tienda <input type="checkbox"/>
	g. Centro de Estética/salón de masajes <input type="checkbox"/>	p. Caleta <input type="checkbox"/>
	h. Sauna / Baños de vapor <input type="checkbox"/>	q. Otro ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/>
	i. Baños públicos <input type="checkbox"/>	
413	ACTUALMENTE, ¿en el lugar donde usted trabaja le exigen un carnet que certifique su estado de salud, para ejercer trabajo sexual? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
414	¿Con cuántos clientes tuvo relaciones sexuales el último día que trabajó? __ __ Clientes No recuerda 1 <input type="checkbox"/>	
415	¿Cuántos clientes atiende APROXIMADAMENTE en UNA SEMANA, CONTADA DE LUNES A DOMINGO? __ __ __ Clientes No sabe <input type="checkbox"/>	
416	En una SEMANA PROMEDIO, CONTADA DE LUNES A DOMINGO, ¿Cuántos días realiza trabajo sexual? __ Días Nr <input type="checkbox"/>	
417	En un MES PROMEDIO, ¿Cuántas semanas normalmente realiza trabajo sexual? __ Semanas	
418	¿De los ÚLTIMOS 12 MESES CALENDARIO, en cuantos realizó trabajo sexual? __ __ Meses No sabe <input type="checkbox"/>	
419	En la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ, CONTADA DE LUNES A DOMINGO, ¿Qué tan seguido utilizó condón con sus clientes?	
	Siempre 1 <input type="checkbox"/>	Algunas veces 3 <input type="checkbox"/>
	La mayoría de veces 2 <input type="checkbox"/>	Nunca 4 <input type="checkbox"/>
420	En el ÚLTIMO MES CALENDARIO QUE TRABAJÓ, ¿Qué tan seguido utilizó condón con sus clientes?	
	Siempre 1 <input type="checkbox"/>	Algunas veces 3 <input type="checkbox"/>
	La mayoría de veces 2 <input type="checkbox"/>	Nunca 4 <input type="checkbox"/>
422	En la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ CONTADA DE LUNES A DOMINGO, ¿en qué horario principalmente o en general trabajó usted?	
	Mañana 1 <input type="checkbox"/>	Todo el día 4 <input type="checkbox"/>
	Tarde 2 <input type="checkbox"/>	Otro horario 5 <input type="checkbox"/>
	Noche 3 <input type="checkbox"/>	
423	En la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ, CONTADA DE LUNES A DOMINGO, ¿Con cuántas personas tuvo relaciones sexuales, incluyendo a las que le pagan y las que no (esposo, clientes, amante, amigo, compañero)? __ __ __ Personas No recuerda <input type="checkbox"/>	
424	En la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ, CONTADA DE LUNES A DOMINGO, cuántas de estas personas eran:	
	a. Clientes, es decir la persona nueva o aquella que ya la ha visitado antes y que le paga por tener relaciones sexuales __ __ Personas	Ninguna 1 <input type="checkbox"/> No recuerda 2 <input type="checkbox"/>
	b. Personas con las que ha mantenido relaciones sexuales POR UN AÑO O MÁS Y NO LE PAGAN (Pareja estable) __ __ Personas	Ninguna 1 <input type="checkbox"/> No recuerda 2 <input type="checkbox"/>
	c. Personas con las que ha mantenido relaciones sexuales POR MENOS DE UN AÑO Y NO LE PAGAN (Parejas frecuentes) __ __ Personas	Ninguna 1 <input type="checkbox"/> No recuerda 2 <input type="checkbox"/>
426	¿Gana dinero haciendo otro trabajo que no sea trabajo sexual? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 500	
427	¿Qué otro tipo de trabajo desempeña?	
	Empleada 1 <input type="checkbox"/>	Patrona, dueña o socia 3 <input type="checkbox"/>
	Trabajadora independiente o por cuenta propia 2 <input type="checkbox"/>	

V. PAREJA ESTABLE/PAREJAS FRECUENTES QUE NO PAGAN

500	 ENTREVISTADOR Revise pregunta 319. ¿Tiene pareja estable? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 504
-----	--

516	La pareja estable es: Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Transgénero 3 <input type="checkbox"/>	
500.1	ENTREVISTADOR Lea a la informante: A continuación le voy a realizar algunas preguntas acerca de la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido relaciones sexuales POR UN AÑO O MÁS Y NO LE PAGAN. (Parejas estables)	
502	La ÚLTIMA VEZ que tuvo relaciones sexuales con la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido relaciones sexuales POR UN AÑO O MÁS Y NO LE PAGAN , ¿usaron condón? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 3 <input type="checkbox"/>	
501	En el ÚLTIMO MES CALENDARIO , ¿qué tan seguido usó condones con la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido relaciones sexuales POR UN AÑO O MÁS Y NO LE PAGAN? (<i>Espera respuesta</i>)	
	Siempre 1 <input type="checkbox"/>	Nunca 4 <input type="checkbox"/> → 503
	La mayoría de veces 2 <input type="checkbox"/>	No estuvo con él o ella en el último mes 5 <input type="checkbox"/> → 503
	Algunas veces 3 <input type="checkbox"/>	
503	Cuando usted NO utiliza condón con la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido relaciones sexuales POR UN AÑO O MÁS Y NO LE PAGAN , ¿cuál o cuáles son las razones para ello? (<i>Espera respuesta</i>) Siempre lo utiliza 1 <input type="checkbox"/>	
	a. A la pareja no le gusta <input type="checkbox"/>	k. A usted no le gusta <input type="checkbox"/>
	b. Cree que disminuye lo que siente <input type="checkbox"/>	l. Confía en la fidelidad de su pareja <input type="checkbox"/>
	c. Siente vergüenza de pedir el condón <input type="checkbox"/>	m. Se habían terminado <input type="checkbox"/>
	d. Cree que no es seguro <input type="checkbox"/>	n. No consiguió en ese momento <input type="checkbox"/>
	e. Son difíciles de conseguir <input type="checkbox"/>	o. Desean tener hijos <input type="checkbox"/>
	f. Estaba bajo los efectos del alcohol <input type="checkbox"/>	p. Le causa irritación <input type="checkbox"/>
	g. Estaba bajo los efectos de las drogas <input type="checkbox"/>	q. Nunca lo ha pensado <input type="checkbox"/>
	h. Estaba muy excitada <input type="checkbox"/>	r. La pareja estaba bajo los efectos del alcohol <input type="checkbox"/>
	i. Cree que su pareja no tiene VIH o alguna venérea <input type="checkbox"/>	s. La pareja estaba bajo los efectos de las drogas <input type="checkbox"/>
	j. Son caros <input type="checkbox"/>	
504	¿Usted mantiene relaciones sexuales con personas hace MENOS DE UN AÑO y por las que NO recibe pago (parejas frecuentes)? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 601	
504.1	ENTREVISTADOR Lea a la informante: A continuación le voy a realizar algunas preguntas acerca de la(s) persona(s) con las que ha mantenido relaciones sexuales POR MENOS DE UN AÑO Y NO LE PAGAN. (Parejas frecuentes)	
505	La ÚLTIMA VEZ que tuvo relaciones sexuales con la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido relaciones sexuales POR MENOS DE UN AÑO Y NO LE PAGAN , ¿usaron condón? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
506	Cuando usted NO usa condón con la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido relaciones sexuales POR MENOS DE UN AÑO Y NO LE PAGAN , ¿cuál o cuáles son las razones para ello? (<i>Espera respuesta</i>) Siempre lo utiliza 1 <input type="checkbox"/> → 601	
	a. Confía en él <input type="checkbox"/>	i. Estaba bajo los efectos de las drogas <input type="checkbox"/>
	b. La pareja no quiso <input type="checkbox"/>	j. Cree que él no tiene VIH o alguna venérea <input type="checkbox"/>
	c. La pareja estaba bajo el efecto del alcohol <input type="checkbox"/>	k. Son caros <input type="checkbox"/>
	d. La pareja estaba bajo el efecto de las drogas <input type="checkbox"/>	l. Se habían terminado <input type="checkbox"/>
	e. No supo cómo decirle que lo use <input type="checkbox"/>	m. No consiguió en ese momento <input type="checkbox"/>
	f. Cree que no es seguro <input type="checkbox"/>	n. No le gusta usar condón <input type="checkbox"/>
	g. Son difíciles de conseguir <input type="checkbox"/>	o. Le causan irritación <input type="checkbox"/>
	h. Estaba bajo los efectos del alcohol <input type="checkbox"/>	p. Otro ¿cuál? <input type="checkbox"/>
607	En el ÚLTIMO MES CALENDARIO , ¿qué tan seguido usó condón con la(s) persona(s) con la(s) que ha mantenido	

relaciones sexuales POR MENOS DE UN AÑO Y NO LE PAGAN?			
Siempre	1 <input type="checkbox"/>	Nunca	4 <input type="checkbox"/>
La mayoría de veces	2 <input type="checkbox"/>	No estuvo con él o ella en el último mes	5 <input type="checkbox"/>
Algunas veces	3 <input type="checkbox"/>		

VI. CLIENTES MÁS RECIENTES DE SU TRABAJO SEXUAL

601	¿En qué lugar o de qué forma consiguió a su último cliente? (Espere respuesta)			
	Bar	1 <input type="checkbox"/>	Carretera	8 <input type="checkbox"/>
	Casa	2 <input type="checkbox"/>	Parque	9 <input type="checkbox"/>
	Taberna show	3 <input type="checkbox"/>	Teléfono / Celular / Radio	10 <input type="checkbox"/>
	Hotel / Motel	4 <input type="checkbox"/>	Aviso de periódico	11 <input type="checkbox"/>
	Whiskería / Heladería	5 <input type="checkbox"/>	Calle	12 <input type="checkbox"/>
	Centro de Estética/salón de masajes	6 <input type="checkbox"/>	Casas de citas, cuartos que rentan/burdel	13 <input type="checkbox"/>
	Sauna / Baños de vapor	7 <input type="checkbox"/>	Tienda	14 <input type="checkbox"/>
			En un privado de un centro nocturno o reservado	15 <input type="checkbox"/>
	602	¿Tenía un condón a la mano cuando atendió a su último cliente?		
603	La ÚLTIMA VEZ que tuvo relaciones sexuales con un cliente, ¿usaron condón?			Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 605
604	¿Quién sugirió el uso del condón en esa última oportunidad? (Espere respuesta)			
	Usted	1 <input type="checkbox"/>	} 606	
	El cliente	2 <input type="checkbox"/>		
	Ambos	3 <input type="checkbox"/>		
	Otro, ¿cuál?	4 <input type="checkbox"/>		
605	¿Por cuál o cuáles razones NO utilizó condón con su último cliente? (Espere respuesta)			
	a. Al cliente no le gusta	<input type="checkbox"/>	k. Es un cliente conocido y continuo	<input type="checkbox"/>
	b. El cliente estaba bajo el efecto del alcohol	<input type="checkbox"/>	l. El cliente ofrece pagar por no usarlo	<input type="checkbox"/>
	c. El cliente estaba bajo el efecto de las drogas	<input type="checkbox"/>	m. Se habían terminado	<input type="checkbox"/>
	d. No sabe cómo decirle que lo use	<input type="checkbox"/>	n. No consiguió en ese momento	<input type="checkbox"/>
	e. Cree que no es seguro	<input type="checkbox"/>	o. No le gusta usar condón	<input type="checkbox"/>
	f. Son difíciles de conseguir	<input type="checkbox"/>	p. Porque le causan irritación	<input type="checkbox"/>
	g. Usted estaba bajo los efectos del alcohol	<input type="checkbox"/>	q. Fue el único cliente de la jornada y lo puso como condición (para no irse ese día sin nada)	<input type="checkbox"/>
	h. Usted estaba bajo los efectos de las drogas	<input type="checkbox"/>	r. Otro ¿cuál?	<input type="checkbox"/>
	i. Cree que el cliente no tiene VIH o alguna venérea	<input type="checkbox"/>		
	j. Son caros	<input type="checkbox"/>		
609	Díga que su ÚLTIMO CLIENTE :			
	b. ¿Estaba bajo los efectos del alcohol?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 3 <input type="checkbox"/> NS/NR 4 <input type="checkbox"/>		
	c. ¿Estaba bajo los efectos de las drogas?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 3 <input type="checkbox"/> NS/NR 4 <input type="checkbox"/>		
610	¿Usted tomó alcohol con su ÚLTIMO CLIENTE ?			Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No recuerda 3 <input type="checkbox"/>

611	¿Usted utilizó drogas con su ÚLTIMO CLIENTE ?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	No recuerda 3 <input type="checkbox"/>
613	¿Alguna vez ha rechazado a algún cliente?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 701	No recuerda 3 <input type="checkbox"/> → 701
614	¿En la ÚLTIMA SEMANA QUE TRABAJÓ, CONTADA DE LUNES A DOMINGO a cuántos clientes rechazó?	__ __ No recuerda <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> → 701		
615	¿Por qué motivos lo(s) rechazó? <i>(Espere respuesta)</i>			
	a. Estaba bajo los efectos del alcohol	<input type="checkbox"/>	g. No quería pagarle suficiente	<input type="checkbox"/>
	b. Estaba bajo los efectos de las drogas	<input type="checkbox"/>	h. Me daba desconfianza (robar, violentar, agresivo)	<input type="checkbox"/>
	c. Oía mal / estaba sucio	<input type="checkbox"/>	i. Pensé que tenía una infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>
	d. Estaba agresivo	<input type="checkbox"/>	j. Pidió un servicio que no hago	<input type="checkbox"/>
	e. Él no quería usar condón	<input type="checkbox"/>	k. Otro <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	
	f. No tenía dinero suficiente	<input type="checkbox"/>		

VII. CONOCIMIENTO Y ACTITUDES FRENTE AL CONDÓN

701	¿Conoce algún lugar donde pueda comprar o conseguir condones?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 703	
721	¿Ha recibido información o instrucciones sobre el uso adecuado del condón?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	
702	¿Qué lugares conoce para conseguir o comprar condones? <i>(Espere respuesta)</i>			
	a. Tienda	<input type="checkbox"/>	f. Bar/hotel/motel <input type="checkbox"/>	
	b. Farmacia/droguería/cigarrería	<input type="checkbox"/>	g. Organización <input type="checkbox"/>	
	c. Supermercado	<input type="checkbox"/>	h. Tienda de artículos para sexo <input type="checkbox"/>	
	d. Clínica privada, consultorio	<input type="checkbox"/>	i. Centro nocturno o reservado <input type="checkbox"/>	
	e. Centro de salud/hospital	<input type="checkbox"/>		
703	¿Conoce alguna(s) persona(s) con quien(es) puede conseguir condones? <i>(Espere respuesta)</i>			
	a. Trabajador de la salud	<input type="checkbox"/>	e. Trabajadoras sexuales <input type="checkbox"/>	
	b. Amigos	<input type="checkbox"/>	f. Promotores de organizaciones <input type="checkbox"/>	
	c. Familia	<input type="checkbox"/>	g. Administrador del negocio <input type="checkbox"/>	
	d. Vendedores ambulantes	<input type="checkbox"/>	h. El cliente <input type="checkbox"/>	
704	¿Cuánto tiempo tardaría en conseguir un condón masculino, si le hiciera falta? <i>(Leer opciones)</i>			
	Menos de 30 minutos	1 <input type="checkbox"/>	Más de 1 hora	3 <input type="checkbox"/>
	De 30 minutos a 1 hora	2 <input type="checkbox"/>	NS/NR	4 <input type="checkbox"/>
705	¿En donde mantiene los condones PRINCIPALMENTE ? <i>(Espere respuesta)</i>			
	Con el propietario del lugar de trabajo	1 <input type="checkbox"/>	En el bolso o cartera	4 <input type="checkbox"/>
	En la habitación	2 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? _____	5 <input type="checkbox"/>
	Los trae usted (bolso, seno, perfina, en la bota)	3 <input type="checkbox"/>		
706	¿En este momento usted tiene condones para ejercer su trabajo?	Sí 1 <input type="checkbox"/> → ¿Cuántos? __ __ Condones	No 2 <input type="checkbox"/> → 709	
707	¿Cuántos condones tiene usted consigo en este momento?	__ __ Condones	Ninguno 1 <input type="checkbox"/> → 709	
708	 ENTREVISTADOR: Solicite Que le muestre los condones que la informante tiene en ese momento			
	a. ¿Cuántos condones vio?	__ __ Condones	Ninguno o no los mostró 1 <input type="checkbox"/> → 709	
	b. ¿De donde los sacó?			
	a. Cartera o bolso	<input type="checkbox"/>	d. Brasier	<input type="checkbox"/>
	b. Billetera	<input type="checkbox"/>	e. Ropa (bolsillos)	<input type="checkbox"/>

	c. Media velada <input type="checkbox"/>	f. Zapatos <input type="checkbox"/>
709	¿En la SEMANA PASADA, CONTADA DE LUNES A DOMINGO cuántos condones compró? __ __ Condones Ninguno 1 <input type="checkbox"/> Nunca ha comprado 2 <input type="checkbox"/> → 712	
710	¿Cuánto pago por cada condón la última vez que compró? \$ __ __ __ __ No recuerda <input type="checkbox"/>	
711	¿En donde compró condones la ÚLTIMA VEZ? (Espere respuesta)	
	Tienda 1 <input type="checkbox"/>	Bar/hotel/motel 6 <input type="checkbox"/>
	Farmacia/droguería 2 <input type="checkbox"/>	Organizaciones 7 <input type="checkbox"/>
	Supermercado 3 <input type="checkbox"/>	Tienda de artículos para sexo 8 <input type="checkbox"/>
	Clinica privada 4 <input type="checkbox"/>	Otro, ¿cuál? 9 <input type="checkbox"/>
	Centro de salud/hospital 5 <input type="checkbox"/>	
712	¿Cuántos condones recibió GRATIS la SEMANA PASADA, CONTADA DE LUNES A DOMINGO? __ __ Condones No recibió condones gratis <input type="checkbox"/> → 714	
713	La ÚLTIMA VEZ que recibió condones gratis durante la semana pasada ¿En qué sitio o quién se los suministró? (espere respuesta)	
	Tienda 1 <input type="checkbox"/>	Bar/cantina /taberna 7 <input type="checkbox"/>
	Hotel/Motel/residencia 2 <input type="checkbox"/>	Organizaciones 8 <input type="checkbox"/>
	Lugar de trabajo 3 <input type="checkbox"/>	Amigas/compañeras trabajo 9 <input type="checkbox"/>
	Patrón o jefe 4 <input type="checkbox"/>	Otro, 10 <input type="checkbox"/> ¿cuál?
	Centro de salud/hospital público 5 <input type="checkbox"/>	
Clinica o consultorio privado 6 <input type="checkbox"/>		
720	¿En los ÚLTIMOS DOCE MESES le han dado condones? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
722	¿Cuántos condones recibió GRATIS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES contados hasta ayer? __ __ Condones No recibió condones gratis <input type="checkbox"/>	
714	¿Ha oído hablar del condón femenino? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 801	
715	¿Ha utilizado alguna vez un condón femenino? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
716	¿Conoce alguna persona con quien pueda conseguir condones femeninos? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 801	
717	¿Qué personas conoce para conseguir condones femeninos?	
	a. Trabajador de la salud Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	e. Trabajadoras sexuales Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Amigos Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	f. Promotores de Organizaciones Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Familia Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	g. Otro, ¿cuál? _____ Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Vendedores ambulantes Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	

VIII. SALUD – INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

801	¿Ha oído de las infecciones que se pueden transmitir al tener relaciones sexuales? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
820	En los últimos doce meses, ¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> NS/NR 3 <input type="checkbox"/>		
821	En los últimos doce meses ¿Le han diagnosticado (médico) alguna de las siguientes infecciones?		
	a. Gonorrea Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	e. Sífilis Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
	b. Clamidia Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	f. Hepatitis B Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
	c. Herpes Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	g. Otra Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> , ¿cuál?	
	d. Condilomas / verrugas genitales Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
804	 ENTREVISTADOR: Revise 821 y marque de acuerdo con las respuestas allí registradas.		

	Todas NO 1 <input type="checkbox"/> → 806		Alguna SÍ 2 <input type="checkbox"/>	
805	¿Para esa o esas infecciones que tuvo, recibió tratamiento?		SÍ 1 <input type="checkbox"/> → 806 No 2 <input type="checkbox"/>	
821	¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento?			
	a. No tenía dinero para comprarlo <input type="checkbox"/>			e. No sabía cómo adquirirlo <input type="checkbox"/>
	b. No tenía carné de aseguramiento <input type="checkbox"/>			f. Por falta de tiempo <input type="checkbox"/>
	c. Por vergüenza, ansiedad o temor para solicitarlo <input type="checkbox"/>			g. El médico no lo ordenó <input type="checkbox"/>
	d. Por temor a ser discriminado <input type="checkbox"/>			h. Otro <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____
806	¿Usted conoce algún síntoma de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres?		SÍ 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 808	
	¿Qué síntomas recuerda? (Espere respuesta)			
807	b. Flujo vaginal <input type="checkbox"/>			g. Comezón en los genitales <input type="checkbox"/>
	c. Flujo con olor fétido <input type="checkbox"/>			h. Verruga genital <input type="checkbox"/>
	e. Úlceras o llagas vaginales <input type="checkbox"/>			i. Otro, <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____
808	¿Usted conoce algún síntoma de las infecciones de transmisión sexual en los hombres?		SÍ 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 810	
	¿Qué síntomas recuerda? (Espere respuesta)			
809	b. Secreción genital <input type="checkbox"/>			e. Úlceras o llagas en los genitales <input type="checkbox"/>
	c. Secreción genital con mal olor <input type="checkbox"/>			g. Crestas de gallo (condilomas, verrugas) <input type="checkbox"/>
	h. Otro, <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____			
	¿Qué cosa o cosas hizo durante el ÚLTIMO MES CALENDARIO para protegerse de una infección de transmisión sexual? (Espere respuesta)			
	Nada 1. <input type="checkbox"/> → 811			
810	a. Revisar los genitales del cliente antes de atenderlo <input type="checkbox"/>			d. Lavado vaginal al terminar la relación sexual <input type="checkbox"/>
	b. Lavar los genitales del cliente con jabón antes de atenderlo <input type="checkbox"/>			e. Usar condón <input type="checkbox"/>
	c. Limpiar los genitales del cliente con una sustancia desinfectante antes de atenderlo. <input type="checkbox"/>			f. Otro, <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____
811	En los ÚLTIMOS SEIS MESES CALENDARIO ¿ha tenido algún tipo de flujo o líquido extraño o mal olor, sentido ardor o comezón en su vagina?			
	SÍ 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/> → 813.	
812	¿Hace cuantos días o meses tuvo algo así?			
	Días 1 <input type="checkbox"/> →	__ __		
	Meses 2 <input type="checkbox"/> →	__ __		
813	En los ÚLTIMOS SEIS MESES CALENDARIO ¿ha tenido algún tipo de úlcera o llaga en los genitales?			
	SÍ 1 <input type="checkbox"/>		No 2 <input type="checkbox"/> → 815	
814	¿Hace cuantos días o meses tuvo algo así?			
	Días 1 <input type="checkbox"/> →	__ __		
	Meses 2 <input type="checkbox"/> →	__ __		
815	 ENTREVISTADOR: Revise 811 y 813 y marque de acuerdo con las respuestas allí registradas.			
	Todas NO 1 <input type="checkbox"/> → 901		Alguna SÍ 2 <input type="checkbox"/>	

816	¿Hizo algo para curarse?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 901
817	La última vez que tuvo una úlcera o irritación vaginal, o flujo, ¿qué hizo (Espere respuesta) ?			
	a. Consultó en una institución, clínica u hospital de atención pública	<input type="checkbox"/>	g. Tomó medicinas que tenía en casa o que le recomendaron en la farmacia o droguería	<input type="checkbox"/> → 901
	b. Consultó en una clínica privada	<input type="checkbox"/>	h. Se aplicó un remedio casero	<input type="checkbox"/> → 901
	c. Consultó a un médico particular	<input type="checkbox"/>	i. Les dijo a sus parejas que tenía flujo o infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> → 901
	d. Consultó en una farmacia o droguería	<input type="checkbox"/>	j. Dejo de tener relaciones sexuales al descubrir los síntomas	<input type="checkbox"/> → 901
	e. Consultó a un curandero	<input type="checkbox"/>	k. Uso condón al tener relaciones sexuales mientras tenía los síntomas	<input type="checkbox"/> → 901
	f. Consultó a las compañeras de trabajo	<input type="checkbox"/> → 901	l. Otro, ¿cuál? _____	
818	¿Le ordenaron algún tratamiento?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

IX. CONOCIMIENTOS, OPINIONES Y ACTITUDES HACIA EL VIH-SIDA / PRUEBAS DE DETECCIÓN

901	¿Ha oído hablar sobre el VIH o el SIDA?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 1001		
902	La información que usted tiene sobre VIH, SIDA o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por: (Espere respuesta)					
	a. Televisión, radio o prensa	<input type="checkbox"/>	f. Compañeras de trabajo sexual	<input type="checkbox"/>		
	b. Instituciones de salud	<input type="checkbox"/>	g. Administrador del sitio de trabajo	<input type="checkbox"/>		
	c. Establecimiento educativo	<input type="checkbox"/>	h. Liga de lucha contra el SIDA	<input type="checkbox"/>		
	d. Familia	<input type="checkbox"/>	i. Campañas promovidas por alguna entidad	<input type="checkbox"/>		
	e. Amigos	<input type="checkbox"/>	j. Otro ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>		
903	¿Conoce a alguien que tenga la infección por el VIH o que haya muerto de SIDA?		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		
904	¿Ha participado en los ÚLTIMOS DOCE MESES CALENDARIO , en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA?					
			Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/> → 904.1		
905	¿Qué entidad o personas le han brindado las actividades de información o educación sobre VIH / SIDA?					
	a. Hospital / Centro de salud	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	e. Cruz Roja	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Clínica	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	f. Otros grupos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Organizaciones (NO gubernamentales o fundaciones)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	g. Alcaldía o Secretarías	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Iglesias	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>			
906	¿En qué sitio(s) le han brindado las actividades de información o educación sobre VIH / SIDA?					
	a. Hospital / Centro de salud	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	f. Otros grupos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Clínica	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	g. Lugar donde trabaja o trabajó	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

	c. Organizaciones (NO gubernamentales o fundaciones)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		h. Alcaldía o Secretarías	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Iglesias	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>		i. Otro Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	¿cuál? _____
	e. Cruz Roja	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>				
906.1	ENTREVISTADOR Lea a la informante: 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.						
907	¿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?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
908	¿El VIH se puede prevenir absteniéndose de tener relaciones sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
940	¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no vive con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
909	¿El VIH se puede prevenir teniendo solamente sexo oral?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
910	¿El VIH se puede prevenir al evitar inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
910.1	ENTREVISTADOR Lea a la informante: 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.						
913	¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
914	¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
917	¿El VIH se puede transmitir de la mujer embarazada e infectada al bebé?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
920	¿El VIH se puede transmitir al dar la mano o abrazar a alguien infectado/a?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
921	¿Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su hijo/hija a través de la lactancia materna?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
923	¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
940	¿Cree usted que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela / colegio con los niños que no tienen VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
941	¿¿Usted compraría verduras frescas a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene el VIH?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	NS 3 <input type="checkbox"/>			
923.1	ENTREVISTADOR Lea a la informante: A continuación le realizaré algunas preguntas relacionadas con la prueba del VIH.						
924	¿Dentro de su medio de trabajo es posible recibir el resultado de una prueba de VIH de manera confidencial?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>				
925	¿Alguna vez se ha hecho la prueba para detectar el VIH? → 1001	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>				
	Cuando se hizo la prueba fue:						
926	Por su propia iniciativa	1 <input type="checkbox"/>		La solicitó el personal de salud por motivos diferentes al control prenatal	4 <input type="checkbox"/>		
	Solicitud de trabajo	2 <input type="checkbox"/>		Se la realizaron por donación de sangre	5 <input type="checkbox"/>		
	Requerida en controles prenatales	3 <input type="checkbox"/>		Se la realizaron en alguna campaña	6 <input type="checkbox"/>		
927	¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de VIH?						

	Meses	2 <input type="checkbox"/> →	__ __
	Años	3 <input type="checkbox"/> →	__ __
928	¿Conoció usted los resultados de esa última vez que se hizo la prueba de VIH? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 931		
	¿Cuál fue el resultado de esa prueba?		
929	Positivo	1 <input type="checkbox"/>	No contesta 4 <input type="checkbox"/>
	Negativo	2 <input type="checkbox"/> → 931	Indeterminado 5 <input type="checkbox"/>
	No se	3 <input type="checkbox"/>	
	¿Esta usted actualmente recibiendo atención integral en una institución de salud para el manejo del VIH?		
930	Sí	1 <input type="checkbox"/>	No contesta 4 <input type="checkbox"/>
	No	2 <input type="checkbox"/>	
	No se	3 <input type="checkbox"/>	
	Esa última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la hizo?		
931	Centro de Salud	1 <input type="checkbox"/>	Laboratorio clínico particular 5 <input type="checkbox"/>
	Hospital	2 <input type="checkbox"/>	Banco de Sangre 6 <input type="checkbox"/>
	Clínica	3 <input type="checkbox"/>	En una campaña 7 <input type="checkbox"/>
	Organización	4 <input type="checkbox"/>	
929	Esa última vez que se hizo la prueba de VIH ¿recibió algún tipo de asesoría o consejería? (ESPONTÁNEA-ÚNICA RESPUESTA) Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 933 No Recuerda 998 <input type="checkbox"/> → 933		
	¿Cómo valoraría el grado de vulnerabilidad o de riesgo que Usted tiene de infectarse de VIH? (INDUCIDA-ÚNICA RESPUESTA)		
938	Alto	1 <input type="checkbox"/>	Ninguno 997 <input type="checkbox"/>
	Medio	2 <input type="checkbox"/>	No sabe 999 <input type="checkbox"/>
	Bajo	3 <input type="checkbox"/>	No responde 998 <input type="checkbox"/>

X. DISCRIMINACIÓN Y ESTIGMATIZACIÓN

1001	¿En el último año ha sufrido algún tipo de abuso o maltrato por ser trabajadora sexual? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1004		
	¿Cuál o cuales fueron los abusos o maltratos que sufrió por ser trabajadora sexual?		
1002	a. Violación	<input type="checkbox"/>	d. Extorsión <input type="checkbox"/>
	b. Maltrato físico	<input type="checkbox"/>	e. Robo o asalto <input type="checkbox"/>
	c. Maltrato verbal	<input type="checkbox"/>	f. Otro, cuál? <input type="checkbox"/>
	¿Quién o quienes la maltrataron o abusaron de usted?		
1003	a. Un policía o un militar	<input type="checkbox"/>	g. Un conocido, no amigo, no familiar <input type="checkbox"/>
	b. Un cliente	<input type="checkbox"/>	h. Un desconocido <input type="checkbox"/>
	c. Su pareja estable	<input type="checkbox"/>	i. Administrador del sitio de trabajo <input type="checkbox"/>
	d. Hijos	<input type="checkbox"/>	j. Compañero/a de trabajo <input type="checkbox"/>
	e. Un familiar	<input type="checkbox"/>	k. Otro <input type="checkbox"/> , ¿cuál? _____
	f. Un amigo	<input type="checkbox"/>	
1004	¿Alguna vez ha sido víctima de algún tipo de maltrato en los servicios de salud por ser una trabajadora sexual? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
1005	Cuando recibe servicios médicos, ¿considera necesario ocultar que es una trabajadora sexual? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
1006	Cuando recibe servicios médicos, ¿ha tenido que decir que trabaja en otro oficio? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
1007	Cuándo recibe servicios médicos, ¿tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica que usted es trabajadora sexual? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
1008	¿Alguna vez le han negado alguno de los siguientes servicios por ser trabajadora sexual?		

	a. Al comprar o arrendar una vivienda	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	e. Servicios religiosos o espirituales	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Atención en una tienda de autoservicio o restaurante	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	f. Diversión o recreación	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Atención odontológica	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	g. Hospedaje temporal	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	d. En la tienda/cigarrería /droguería / panadería del barrio en donde vive	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	h. Otro, ¿cuál? _____	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1009	¿Quiénes saben que ejerce el trabajo sexual?					
	a. Padres	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	e. Otro familiar	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	b. Pareja (novio, compañero sexual, esposo)	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	f. En el otro trabajo	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	c. Hermanos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	g. Amigos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
	d. Hijos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	h. Vecinos	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1010	Ha sido rechazada por causa de su trabajo: (Leer opciones)					
	Siempre	1 <input type="checkbox"/>	Algunas veces	3 <input type="checkbox"/>		
	Casi siempre	2 <input type="checkbox"/>	Nunca	4 <input type="checkbox"/>	→ 1012	
1011	¿Quién o quienes la han rechazado por ser trabajadora sexual?					
	a. Fuerzas armadas (policía o militares)	<input type="checkbox"/>	f. Desconocidos	<input type="checkbox"/>		
	b. Religiosos	<input type="checkbox"/>	g. Administrador del sitio de trabajo	<input type="checkbox"/>		
	c. Profesionales de la salud	<input type="checkbox"/>	h. Compañero/a de trabajo	<input type="checkbox"/>		
	d. Amigos	<input type="checkbox"/>	i. Otro <input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		
e. Conocidos o vecinos, no amigos, no familiares	<input type="checkbox"/>					
1012	¿Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o la ha ofendido por ser trabajadora sexual?					
		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>			
1013	¿Ha acudido a solicitar apoyo o a denunciar algún hecho discriminatorio por ser trabajadora sexual?					
		Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	→ 1101		
1014	¿A donde acudió?					
	Ministerio público	1 <input type="checkbox"/>	Organización Religiosa	4 <input type="checkbox"/>		
	Organismo de la Sociedad Civil	2 <input type="checkbox"/>	Otro ¿cuál? _____	5 <input type="checkbox"/>		
	Comisión de Derechos Humanos	3 <input type="checkbox"/>				

1015	¿Por qué motivo o motivos no solicitó apoyo o denunció el abuso o maltrato del que fue víctima? (Leer opciones)					
	a. Falta de confianza en las autoridades de seguridad (DAS, Fiscalía, Policía)	<input type="checkbox"/>	g. No me atreví (por miedo a represalias)	<input type="checkbox"/>		
	b. Falta de confianza en las entidades administrativas e interdisciplinarias (comisaría de familia, defensoría del pueblo)	<input type="checkbox"/>	h. No quería nada que ver con las autoridades de seguridad	<input type="checkbox"/>		
	c. Falta de pruebas	<input type="checkbox"/>	i. No sabía en donde formular la denuncia	<input type="checkbox"/>		
	d. Lo resolvió el participante (conocía al autor)	<input type="checkbox"/>	j. Se requieren muchos trámites	<input type="checkbox"/>		
	e. Lo resolvió mi familia	<input type="checkbox"/>	k. No sabe	<input type="checkbox"/>		
	f. No fue lo suficientemente serio o grave	<input type="checkbox"/>	l. Otro, <input type="checkbox"/>	¿cuál? _____		

XI. REDES SOCIALES

1101	¿Participa en alguna agrupación u organización de trabajadoras sexuales?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1102	¿Tiene a alguien que le ayude en caso de necesitar dinero, comida u hospedaje?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1103	¿En caso de una urgencia tiene a alguien que la pueda acompañar al doctor o al hospital?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
1104	¿Tiene a alguien que la ayude en caso de ser maltratada o abusada?	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

XII. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1201	¿Alguna vez usted ha consumido drogas o alcohol? (excepto los medicamentos con fines médicos o tratamientos)		Sí 1 <input type="checkbox"/>					No 2 <input type="checkbox"/>		
1202	1. ¿En los ÚLTIMOS DOCE MESES CALENDARIO, ha _____?		2. ¿En los ÚLTIMOS 30 DÍAS CONTADOS HASTA HOY con qué frecuencia ha _____?							
			Todos los días	Más de una vez a la semana	Una vez a la semana	Menos de una vez a la semana	Ni una vez			
	a.	¿Consumido alcohol?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	b.	¿Fumado marihuana?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	c.	¿Fumado pipa, crack o bazuco?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	d.	¿Inhalado pipa, crack o bazuco?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	e.	¿Inhalado cocaína?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	f.	¿Inyectado bazuco?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	g.	¿Fumado heroína?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	h.	¿Inyectado heroína?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
	i.	¿Inhalado thiner o pegante?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
j.	¿Consumido éxtasis?	No 2 <input type="checkbox"/> ↓	Sí 1 <input type="checkbox"/> →	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>		
	k.	¿Otras drogas?	¿cuál o cuales?		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
1203	👤 ENTREVISTADOR(A): Revise 1202. f.f. y h. ¿Se ha INYECTADO DROGAS en los ÚLTIMOS DOCE MESES?		Sí 1 <input type="checkbox"/>						No 2 <input type="checkbox"/> → 1208	
1204	¿Hace cuánto tiempo se inyectó drogas por ÚLTIMA VEZ?									
	Meses	1 <input type="checkbox"/> →	__ __							
	Semanas	2 <input type="checkbox"/> →	__ __							
	Días	3 <input type="checkbox"/> →	__ __							
1205	En los ÚLTIMOS 12 MESES CALENDARIO, ¿con qué frecuencia ha compartido usted agujas o jeringas cuando se ha inyectado drogas?		Con frecuencia		1 <input type="checkbox"/>	Nunca		3 <input type="checkbox"/>		
	A veces				2 <input type="checkbox"/>					
1206	¿Generalmente CON QUIÉN se inyecta las drogas?									
	a.	Nadie / Inyecta solo	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/> → 1208	e.		Pareja ocasional	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	
	b.	Trabajadores sexuales	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	f.		Desconocido	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	
	c.	Clientes	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	g.		Amigos	No 2 <input type="checkbox"/>	Sí 1 <input type="checkbox"/>	

Anexo 3. Consentimiento informado para la investigación

Consentimiento informado Investigación sobre Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales de cinco ciudades, Colombia, 2015

Introducción

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre comportamiento sexual y VIH en mujeres trabajadoras sexuales de cinco ciudades de Colombia. El estudio está siendo realizado por Global Communities en el marco del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra la Tuberculosis, la Malaria y el VIH en Colombia.

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 cinco ciudades de Colombia, el número de mujeres trabajadoras sexuales que viven con el VIH y sus comportamientos asociados, para orientar políticas nacionales para controlar la epidemia de VIH en la población.

Procedimientos

Usted fue seleccionada mediante un procedimiento por sorteo en las ciudades de Bogotá DC, Barranquilla, Bucaramanga, Cali y Medellín. Usted es una de las ____ elegidas en su ciudad.

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: primero, cuando se le encueste y se le tome la prueba, y luego, para recibir su resultado. El primer momento le tomará cerca de dos horas y el segundo alrededor de 45 minutos, en un lugar que no permita su identificación.

Riesgos e Incomodidades

El riesgo para usted en este estudio es mínimo, puesto que no se le realizarán intervenciones o administrarán medicamentos. Sólo se tomará 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 el examen del VIH.

Es posible que usted se sienta incómoda con algunas preguntas de naturaleza privada, sobre su sexualidad, el consumo de drogas y su historia de vida, que le hará el 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 de VIH no tienen costo. Con su colaboración podría ayudar a que se conozca la cantidad de mujeres trabajadoras sexuales que viven con VIH en varias ciudades del país y de esta manera establecer medidas para controlar la epidemia.

Le preguntaremos sobre sus comportamientos sexuales que le pueden proteger o poner en riesgo para las infecciones de transmisión sexual o el VIH, sobre las situaciones de maltrato a las que se han enfrentado, el acceso a los sistemas de salud y la pertenencia o no a grupos organizados para ayudar a otras trabajadoras sexuales.

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 positiva, y demás temas que usted considere convenientes, que podrán reforzar sus conocimientos y prácticas preventivas sobre el VIH.

Usted recibirá su resultado individual en físico para su uso personal sin costo alguno. También recibirá información sobre la forma en que podrá acceder a los resultados generales de nuestra investigación.

De acuerdo con el resultado de la prueba, la persona que le realice la asesoría post prueba, le orientará si usted necesita de alguna atención adicional, y en caso de ser necesario le remitirá a una institución especializada en atender su caso; esta atención será cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su situación de aseguramiento.

Global Communities y las personas que le realizan esta encuesta no tienen responsabilidad frente a los tratamientos o seguimientos clínicos que puedan ser sugeridos como consecuencia de los resultados de los exámenes realizados.

Confidencialidad

Toda la información que usted brinde y el resultado de su examen de laboratorio se mantendrán completamente confidenciales. Su nombre no aparecerá en el cuestionario, ni en los resultados finales de la investigación. No se informará su resultado al administrador de su sitio de trabajo así como no se informarán los resultados de cada sitio o persona a las autoridades.

¿A quién acudir en caso de dudas?

Usted puede preguntar al encuestador cualquier duda que tenga, él 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 Clara Ángela Sierra Alarcón al teléfono en Bogotá (1)3138500 Ext. 129 o al correo electrónico csierra@globalcommunities.org.co

Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética de la Universidad El Bosque, Nadia Yadira Castañeda, al teléfono en Bogotá, (1)6331368 Ext. 1520 o en el correo electrónico comiteetica@unbosque.edu.co

Aceptación de la mujer

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

Documento No.

Firma de testigo