

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**CARACTERIZACIÓN Y DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE
INMUNODEFICIENCIA HUMANA DE LA POBLACIÓN DE MUJERES TRANS DE LA
PROVINCIA DE PANAMÁ. JUNIO – JULIO 2013**

DIEGO POSTIGO OTERO

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

PANAMÁ, REPUBLICA DE PANAMÁ
2015

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a diversos actores sin los cuales la realización de esta investigación no habría sido posible.

En primer lugar, a la agencia Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), que proporcionó la financiación para la realización del trabajo de campo.

Al Dr. Aurelio Núñez, Jefe del Programa Nacional de ITS/VIH/sida, por permitirme acceder a la coordinación del trabajo de campo y el acompañamiento continuo.

Al tristemente fallecido Lcdo. Nelson Arambú, epidemiólogo hondureño de la Universidad del Valle en Guatemala, sin cuya asesoría y acompañamiento no habría sido posible una ejecución tan exacta de la metodología.

A la Lcda. Modesta Houghton, asesora de la tesis, por su dirección y acompañamiento.

Al Dr. Anselmo McDonald, a la Lcda. Elisa Mendoza y a la Dra. Magali Díaz, por su apoyo desinteresado y guía en aspectos cruciales de la elaboración de este estudio.

A la Ing. Agustina Carrasco, por su apoyo y asesoría para la utilización y resolución de problemas relacionados con los dispositivos tecnológicos.

A las organizaciones no gubernamentales que participaron sin más interés que el velar por un mejor futuro de las poblaciones a las que representan y por las que trabajan, y que aportaron su experiencia y saber hacer para identificar los lugares de trabajo y poblaciones:

- Asociación Nuevos Horizontes LGBTI
- Asociación Panameña de Personas Trans
- Asociación Viviendo Positivamente
- Grupo Génesis Panamá +

Al equipo de campo, que realizó un excelente trabajo para que la implementación de la metodología fuera lo más exacta que, tanto las condiciones adversas, como horarios intempestivos y situaciones potencialmente peligrosas, lo permitieron:

Alejandro Fábrega
 Arnaldo Ortega
 Bárbara Delgado
 Camila Montenegro
 Candy González
 Daniela Ortega
 Diego Gutiérrez
 Eric Gonzales
 Franklin Vergara
 Gabriel Díaz
 Iris Reyes

Izamarah Batista
 Jeisson
 Jesús Jiménez
 Jeymy
 Joel Huffington
 Jonnathan Robinson
 Juan Alonzo
 Juan Alveo
 Juan David Parra
 Kenny Batista
 Leyka del Cid

Lia Gutiérrez
 Luis Pineda
 Luis Soane
 Magdiel De Gracia
 Mixair Nolasco
 Omar
 Rachel Benítez
 Romel García
 Sofía De Gracia
 Valeria Flores
 Zuleyka Rodríguez

INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	ii
INDICE GENERAL	1
INDICE DE CUADROS	4
INDICE DE FIGURAS	6
ABREVIATURAS	8
1. RESUMEN	1
6. SUMMARY	2
7. INTRODUCCIÓN	3
8. OBJETIVOS	5
9. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO	6
9.1 Marco conceptual	6
9.2 La situación del virus de inmunodeficiencia humana en Panamá	7
5.2.1 Las poblaciones más afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana	10
9.3 Hipótesis de investigación	14
9.4 Definición de las variables en estudio	14
9.5 Uso de la información sobre caracterización y determinación del riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en las personas trans en Panamá	20
9.6 Área de trabajo	20
10. METODOLOGÍA	21
10.1 Diseño metodológico	21
10.2 Definición operacional de las poblaciones	22
10.3 Criterios de inclusión	22
10.4 Determinación del tamaño de población de mujeres trans en la provincia de Panamá	23
10.4.1 Método para el mapeo de lugares de reunión	23
10.4.2 Mapeo de lugares de residencia y trabajo de mujeres trans	25
10.4.3 Método captura-recaptura	26
10.4.4 Censo	29

10.4.5	Confidencialidad y Protección de los Participantes.....	33
10.4.6	Asuntos humanos - Consideraciones.....	33
10.4.7	Diseño y elaboración de los marcadores para las fases de captura y recaptura	35
10.5	Caracterización de la población y determinación del riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana de mujeres trans de la provincia de Panamá	37
10.5.1	Tabulación y análisis	38
10.6	Elaboración del índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la población de mujeres trans.....	41
11.	RESULTADOS	44
11.1	Datos sociodemográficos de la población entrevistada	44
11.2	Identificación de los comportamientos de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana entre las mujeres trans mayores de edad en la provincia de Panamá	53
11.3	Discriminación o rechazo a los que son sometidos las mujeres trans.....	71
11.4	Uso de hormonas, tipo de procedimientos y otros aspectos relacionados con el proceso de feminización de las mujeres trans.....	81
11.5	Presencia de ideación suicida e intentos de suicidio entre mujeres trans.	82
11.6	Datos para la determinación del tamaño de la población de mujeres trans en la provincia de Panamá.....	83
11.7	Índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá.	84
12.	DISCUSIÓN	85
12.1	Características sociodemográficas de la población entrevistada.....	86
12.2	Comportamientos de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana entre las mujeres trans	90
12.3	Discriminación hacia las personas trans en la provincia de Panamá.....	92
12.4	Procesos de feminización corporal.....	93
12.5	La ideación suicida e intentos de suicidio.....	94
12.6	Tamaño de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá	94
12.7	Índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la población de mujeres trans de la provincia de Panamá	94
13.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	96
13.1	Características sociodemográficas de la población entrevistada.....	96
13.2	Comportamientos de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana entre las mujeres trans	98
13.3	Discriminación hacia las personas trans en la provincia de Panamá.....	101
13.4	Procesos de feminización corporal.....	102

13.5	La ideación suicida e intentos de suicidio.....	102
13.6	Índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la población de mujeres trans de la provincia de Panamá	103
14.	BIBLIOGRAFÍA.....	104

INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. DESTINOS Y FECHAS DE LAS SALIDAS PARA EL MAPEO DE LUGARES DE REUNIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.....	25
CUADRO 2. VARIABLES Y VALORES SELECCIONADAS PARA LA ELABORACIÓN DEL ÍNDICE DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH.	42
CUADRO 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN RANGO DE EDAD. 2013.	44
CUADRO 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN ETNIA GUNA U OTRAS. 2013.	45
CUADRO 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. 2013.	47
CUADRO 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL. 2013.	49
CUADRO 8. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN INGRESO MENSUAL. 2013.	50
CUADRO 9. NIVEL EDUCACIONAL DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN ETNIA INDÍGENA U OTRA. 2013.	51
CUADRO 10. INGRESO MENSUAL DECLARADO POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN ETNIA INDÍGENA U OTRA. 2013.....	51
CUADRO 11. IDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL DE LAS MUJERES TRANS DE PANAMÁ, SEGÚN RANGO DE EDAD. 2013	52
CUADRO 12. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE TIENEN PAREJA ESTABLE SEGÚN FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN CON PAREJA ESTABLE. 2013.....	53
CUADRO 13. MOTIVOS DE NO USO DE CONDÓN CON PAREJA ESTABLE ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE TIENEN PAREJA ESTABLE. 2013.....	54
CUADRO 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN RELACIONES SEXUALES A CAMBIO DE DINERO EN EL ÚLTIMO AÑO. 2013.	56
CUADRO 15. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL. 2013.....	57
CUADRO 16. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN LUGAR DE TRABAJO SEXUAL. 2013.....	58
CUADRO 17. DISTRIBUCIÓN DE LOS RIESGOS PERCIBIDOS POR LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ EN SU TRABAJO SEXUAL. 2013.	59
CUADRO 18. FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.....	60
CUADRO 19. DISTRIBUCIÓN DE LAS RAZONES DE NO USO DE CONDÓN CON CLIENTE ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.....	62
CUADRO 20. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PRÁCTICAS SEXUALES SELECCIONADAS ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.....	63
CUADRO 21. CONSUMO DE DROGAS ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL. 2013.....	64

CUADRO 22. DISTRIBUCIÓN DE LAS NECESIDADES SENTIDAS DE SALUD ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	65
CUADRO 23. ASISTENCIA DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ A LAS CLÍNICAS AMIGABLES DEL MINISTERIO DE SALUD. 2013.	66
CUADRO 24. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN PERCEPCIÓN DE RIESGO PROPIO DE INFECCIÓN POR VIH. 2013.	69
CUADRO 25. MEDIOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE VIH ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	70
CUADRO 26. PERCEPCIÓN DE RECHAZO POR IDENTIDAD DE GÉNERO ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	72
CUADRO 27. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES ORIGEN DE RECHAZO POR IDENTIDAD DE GÉNERO ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	73
CUADRO 28. EXPERIENCIA DE AGRESIÓN VERBAL POR IDENTIDAD DE GÉNERO ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	74
CUADRO 29. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES ORIGEN DE LA AGRESIÓN VERBAL SUFRIDA POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	75
CUADRO 30. EXPERIENCIA DE AGRESIÓN FÍSICA SUFRIDA POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ POR SU IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013.	76
CUADRO 31. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES ORIGEN DE LA AGRESIÓN FÍSICA SUFRIDA POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ POR SU IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013.	78
CUADRO 32. EXPERIENCIA DE VIOLACIÓN SEXUAL ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	79
CUADRO 33. AGENTE ORIGEN DE LA VIOLACIÓN SEXUAL DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.	80
CUADRO 34. IDEACIÓN SUICIDA POR RANGO DE EDAD EN MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123.	83
CUADRO 35. RESULTADOS DE LA DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE POBLACIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. JUNIO - JULIO DE 2013.	83
CUADRO 36. SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA EN ANÁLISIS BIVARIADO.	85

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. TASA DE VIH EN ALGUNAS REGIONES DE SALUD DE PANAMÁ. 2012. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SALUD.....	8
FIGURA 2. SOBREVIVENCIA DE PACIENTES CON VIH A LOS 12 MESES DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, AÑOS 2009 Y 2010.0 FUENTE: INFORMES UNGASS Y ACCESO UNIVERSAL	9
FIGURA 3. TASA DE MORTALIDAD POR SIDA EN PANAMÁ EN LOS AÑOS 1999 Y 2010. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SALUD...	9
FIGURA 4. PORCENTAJE DE CASOS POR VÍA DE TRANSMISIÓN DECLARADA EN LOS SERVICIOS DE SALUD. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA DEL MINISTERIO DE SALUD. SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS. 2010.	10
FIGURA 5. PREVALENCIA DE VIH EN PANAMÁ POR POBLACIÓN CON INFORMACIÓN DISPONIBLE. ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS REFERIDOS EN EL TEXTO.	12
FIGURA 6. PROPORCIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN GRUPO DE EDAD. N = 123	45
FIGURA 7. RANGO DE EDAD DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN ETNIA. 2013. N = 123.....	46
FIGURA 8. PROPORCIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL. 2013. N = 123	48
FIGURA 9. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE TRABAJAN. 2013. N = 63	49
FIGURA 10. INGRESO MENSUAL DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE TRABAJAN. 2013. N = 63.....	50
FIGURA 11. USO DEL CONDÓN CON SU PAREJA ESTABLE ENTRE LAS MUJERES TRANS CON PAREJA ESTABLE DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 29	54
FIGURA 12. MOTIVOS DE NO USO DE CONDÓN CON LA PAREJA ESTABLE EN MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 29.....	55
FIGURA 13. PRÁCTICA DE RELACIONES SEXUALES A CAMBIO DE DINERO EN EL ÚLTIMO AÑO ENTRE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123.....	56
FIGURA 14. AUTOIDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE TUVIERON RELACIONES A CAMBIO DE DINERO EN EL ÚLTIMO AÑO. 2013 N = 40.....	57
FIGURA 15. LUGAR DE TRABAJO SEXUAL DE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 19.....	58
FIGURA 16. RIESGOS PERCIBIDOS POR LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO SEXUAL. 2013. N = 19.....	60
FIGURA 17. USO DEL CONDÓN CON CLIENTES POR PARTE DE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 19.....	61
FIGURA 18. MOTIVOS DE NO USO DEL CONDÓN CON CLIENTES ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 19.....	62
FIGURA 19. PRÁCTICAS SEXUALES MÁS COMUNES ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 19.....	63

FIGURA 20. CONSUMO DE DROGAS SEGÚN IDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL EN LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013 N = 123.....	65
FIGURA 21. NECESIDADES DE SALUD SENTIDAS EN MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123.....	66
FIGURA 22. ASISTENCIA A CLÍNICAS AMIGABLES POR MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123.....	67
FIGURA 23. PERCEPCIÓN DEL RIESGO PROPIO DE INFECCIÓN POR VIH EN MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123.....	69
FIGURA 24. MEDIOS DE OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOBRE VIH POR MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123.....	70
FIGURA 25. PROPORCIÓN DE PERCEPCIÓN DE RECHAZO POR IDENTIDAD DE GÉNERO EN MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123.....	72
FIGURA 26. AGENTE ORIGEN DEL RECHAZO EN MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE SINTIERON RECHAZO POR IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013. N = 49	73
FIGURA 27. PROPORCIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE EXPERIMENTARON AGRESIÓN VERBAL POR IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013. N = 123.....	74
FIGURA 28. AGENTE ORIGEN DE LA AGRESIÓN VERBAL HACIA MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE EXPERIMENTARON AGRESIÓN VERBAL POR IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013. N = 51.....	75
FIGURA 29. PROPORCIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE EXPERIMENTARON AGRESIÓN FÍSICA POR IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013. N = 123	76
FIGURA 30. FUENTE ORIGEN DE LA AGRESIÓN FÍSICA HACIA MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE EXPERIMENTARON AGRESIÓN FÍSICA POR IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013. N = 41	78
FIGURA 31. PROPORCIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE SUFRIERON VIOLACIÓN SEXUAL. 2013. N = 123	79
FIGURA 32. FUENTE ORIGEN DE LA VIOLACIÓN SEXUAL HACIA MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE EXPERIMENTARON AGRESIÓN FÍSICA POR IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013. N = 33	80

ABREVIATURAS

AHNMP	Asociación de hombres y mujeres nuevos de Panamá
ANH	Asociación nuevos horizontes
APLAFA	Asociación para el planeamiento de la familia
APPT	Asociación panameña de personas trans
CAP	Conocimientos, actitudes y práctica
CDC	Centros para el control de las enfermedades de Estados Unidos, por sus siglas en inglés
CVP	Consejería y prueba voluntaria
GLBTIO	Gay, lesbiana, bisexual, transexual, intersexual y omeguit
GPP+	Grupo génesis Panamá positivo
HSH	Hombre que tiene sexo con hombres
IC	Intervalo de confianza
ICGES	Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud
ITS	Infección de transmisión sexual
JRI	Junta de revisión institucional
MINSA	Ministerio de salud
OACNUDH	Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos
OMS	Organización mundial de la salud
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas para el sida
OPS	Organización panamericana de la salud
PASMO	Siglas en inglés para Asociación Panamericana de Marketing Social
PEMAR	Población en más alto riesgo de infección por VIH
PROBIDSIDA	Fundación pro bienestar de las personas con VIH y sida
SAE	Sucesos adversos esperados
TS	Trabajo sexual
UDI	Usuario de drogas intravenosas
UNGASS	Sesión especial de la asamblea de las Naciones Unidas sobre VIH, por sus siglas en inglés
USD	Dólares estadounidenses, por sus siglas en inglés
VDT	Tiempo variable de asistencia, por sus siglas en inglés
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
VP	Asociación viviendo positivamente

1. RESUMEN

La infección por el VIH está concentrada en tres poblaciones en Panamá, incluyendo las mujeres trans. Este estudio caracteriza la población de mujeres trans mayores de 18 años de la provincia de Panamá y elabora un índice de su riesgo de infección por VIH. Se realizó un censo de la población y se determinó el tamaño de su población, y se aplicó una encuesta a la población censada. El análisis de la encuesta arroja datos sociodemográficos de la población, como una mediana de edad de 27.0 años, un alto porcentaje de población de la etnia guna (32.5%), un nivel educativo promedio de secundaria completa y un 15.4% que manifiestan ser trabajadoras sexuales, entre otros. Entre las prácticas relacionadas con el riesgo de infección por VIH destacan un alto uso del condón, tanto con pareja estable (69%) como en el trabajo sexual (73.7%), con casi 8 de cada 10 (78.9%) de estas trabajando en la calle o en bares. Los riesgos percibidos están relacionados en su mayoría con su salud y su seguridad. Se encontró un alto porcentaje de usuarias de drogas, especialmente entre las trabajadoras sexuales (47.4%), así como necesidades de salud inatendidas (80.5%), que podrían expresar una exclusión de los servicios de salud. Un 39.8% de todas ellas perciben haber sido discriminadas en alguna ocasión. Existe necesidad de acompañamiento en transición de género, y un 22.1% habían tenido ideación suicida. El tamaño de población es de 387 (233-542, IC95%). Se halló significancia estadística en la distribución de mujeres trans por nivel educativo según etnia guna u otras, en la distribución por nivel de ingresos según etnia indígena u otras y en la proporción de consumidoras de drogas según consideración como trabajadoras sexuales ($p < 0.05$). De acuerdo con el índice de riesgo desarrollado, un 49.6% de las mujeres trans tienen mayor probabilidad de riesgo de infección por VIH.

6. SUMMARY

HIV infection in Panama is concentrated in three key populations: transgender women, men who have sex with men and sex workers. This study offers information on the characterization of the population of transgender women over 18 yrs. of age in the province of Panama and designs a risk-of-infection index. A population census was implemented and population size was estimated using capture-recapture methodology. A survey for characterization was applied. Survey analysis throws socio-demographic data such as median age of 27.0 years, a high percentage of Guna ethnic origin (32.5%) an average level of secondary education and 15.4% of transgender women self-identifying as sex workers. HIV-risk related behaviors include high rate of consistent condom use with stable partners (69%) and in sex work (73.7%) and almost 8 out of 10 (78.9%) of the latter work either on the streets or at bars. Risks perceived by sex workers are health and security-related. A high percentage of drug users was found especially among sex workers (47.4%) as well as unattended health needs (80.5%) indicating a possible exclusion from health services. 39.8% of all transgender women report to have been discriminated against at least once based on their gender identity, including at health services. A need to support gender transition was found as well as 22.1% of suicidal intention. Population size is 387 (233-542, IC95%) transgender women. Statistical significance was found in the distribution of transgender women by educational level by Guna ethnic origin or other, in the distribution by income level by indigenous ethnic origin or other, and in the proportion of drug users by self-identification as sex workers ($p < 0.05$). According to the risk index developed 49.6% of transgender women have a higher probability of risk of infection with HIV.

7. INTRODUCCIÓN

El VIH ha ido expandiéndose en Panamá desde la aparición del primer caso de sida en 1984, hasta llegar al actual estimado de 20,000 casos o una prevalencia de 0.7% de la población de 15 y más años de edad (Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud – MINSa, 2013a), que afectan a todos los estratos y grupos poblacionales, de los cuales 6,411 (Programa Nacional de ITS/VIH/sida del MINSa, 2014) estaban en tratamiento antirretroviral en 2013, y de acuerdo a las Estimaciones y Proyecciones de VIH/sida se estima que lo necesita un total de 9.966 personas (Departamento de Epidemiología del MINSa, 2013a).

Son tres las poblaciones más afectadas por el VIH. En primer lugar, figura la población de mujeres trans (Programa Nacional de ITS/VIH/sida del MINSa, 2013), seguidas de los hombres que tienen sexo con otros hombres, tras los cuales se sitúan las trabajadoras sexuales independientes (Hakre et al., 2013a).

A lo largo de los años se ha ido controlando la infección, aunque el Modelo de Modos de Transmisión del VIH aún se estima que se producen 3,379 nuevas infecciones anuales, o una incidencia de 140 x 100,000 (Departamento de Epidemiología del MINSa, 2013b). Más de la mitad de las infecciones nuevas se producen entre los hombres que tienen sexo con hombres. En el caso de las mujeres trans, si bien los números absolutos no son altos, debido a un tamaño de población que se presume pequeño, la incidencia estimada según el modelo antes citado es de 3,016 x 100,000, lo cual resulta alarmante.

Ante esta situación, urge el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de programas específicamente dirigidos a reducir y controlar la infección en estos grupos. Para el caso de hombres que tienen sexo con otros hombres y de las trabajadoras sexuales, existen datos suficientes para proceder al diseño de estos programas, con información tanto nacional como internacional que puede guiar la implementación y el monitoreo de los avances. Sin embargo, para el caso de la población de mujeres trans, existe muy poca información, puesto que hasta muy recientemente habían estado siempre subsumidas en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres, a pesar de tener unas características y unas necesidades diferentes.

En el capítulo 4 se definen los objetivos, y el marco conceptual y teórico en el capítulo 5.

La metodología utilizada se encuentra descrita en el capítulo 6, y los resultados de su aplicación en el capítulo 7. El capítulo 8 detalla la discusión de los mismos, tras la que se extraen conclusiones y recomendaciones, que se encuentran en el capítulo 9.

La bibliografía consultada se detalla en el capítulo 10.

Esta tesis refleja el estudio realizado para la caracterización y la determinación del riesgo de infección por VIH de esta población, esperando que contribuya al conocimiento que permita unas intervenciones más eficaces y finalmente un control del VIH, así como un mayor respeto por esta población.

8. OBJETIVOS

El objetivo general de esta investigación es determinar el riesgo de infección por VIH de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá entre los meses de junio y julio de 2013.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Caracterizar a la población de mujeres trans en la provincia de Panamá.
2. Identificar los comportamientos de riesgo para la infección por VIH entre las mujeres trans mayores de edad.
3. Conocer los tipos de discriminación a los que son sometidas las mujeres trans por su identidad de género.
4. Identificar el uso de hormonas, tipo de procedimientos y otros aspectos relacionados con el proceso de feminización de las mujeres trans.
5. Identificar la presencia de ideación suicida e intentos de suicidio entre mujeres trans.
6. Determinar el tamaño de la población de mujeres trans en la provincia de Panamá.
7. Realizar un índice de riesgo de infección por VIH de la población de mujeres trans en la provincia de Panamá.

9. MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

9.1 Marco conceptual

VIH (virus de inmunodeficiencia humana), retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos) y destruye o daña su funcionamiento. La infección por este virus provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, lo que deriva en "inmunodeficiencia" (Programa de las Naciones Unidas para el Sida – ONUSIDA, 2008).

Sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), constituye una definición de vigilancia basada en indicios, síntomas, infecciones y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmunitario que resulta de la infección por el VIH.

VIH avanzado, definición clínica correspondiente al desarrollo de la infección con la aparición de ciertas enfermedades oportunistas.

Hombre que tiene sexo con hombres, es la persona nacida con sexo biológico masculino, con identidad de género masculina, que mantiene relaciones sexuales con otros hombres, independientemente de su orientación sexual declarada (heterosexual, gay o bisexual).

Mujer trans, persona nacida con sexo biológico masculino cuya identidad de género es la de mujer, ya sea que la exteriorice de manera pública, en privado o no lo haga.

Omeguit, persona de la etnia guna nacida con el sexo masculino y que adopta ciertos roles y apariencia sociales reservados al género femenino en dicha etnia.

9.2 La situación del virus de inmunodeficiencia humana en Panamá

El primer caso de sida se detectó en Panamá en el año 1984. Desde entonces y hasta finales de la primera década del S. XXI, los casos nuevos de sida se fueron incrementando de manera sostenida hasta alcanzar alrededor de 800 casos nuevos anuales (Departamento de Epidemiología del MINSA, 2010). Esta cifra se ha venido manteniendo constante desde entonces.

La razón de masculinidad en los casos de sida en los primeros años de la epidemia era de 17:1, que se vino reduciendo hasta alcanzar 3:1 y se ha sostenido así durante el último quinquenio. La tasa de letalidad acumulada alcanzaba en 2011 el 67%, aunque con probabilidad será menor la de los últimos años (Departamento de Epidemiología del MINSA, 2011a). Con estos datos, en 2013 se alcanzó una prevalencia estimada en el 0.7% de la población general, aunque las cifras son mucho mayores en las poblaciones en más alto riesgo, como se examina en la sección siguiente. Se estima que son en total alrededor de 20,000 personas de 15 y más años las que están infectadas por el VIH en el país (Departamento de Epidemiología del MINSA, 2013a).

La distribución de la epidemia no es regular a lo largo del territorio nacional, puesto que oscila grandemente entre las tasas de VIH más bajas de Veraguas (42.5/100,000), Darién (43/100,000) y Ngäbe Buglé (48.3/100,000), y las más altas de Panamá Metro (266.5/100,000), Guna Yala (338.2/100,000) y Colón (424.3/100,000), según refleja el informe sobre personas en estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana (Departamento de Epidemiología del MINSA, 2011b). No obstante, debe señalarse que estas cifras corresponden a casos de VIH registrados, que no necesariamente se corresponden con las cifras reales, pues la mayoría de las personas no se han hecho nunca una prueba de VIH y el virus puede tardar años

en provocar síntomas, por lo que el sistema puede no recoger los datos de las infecciones recientes (Figura 1).

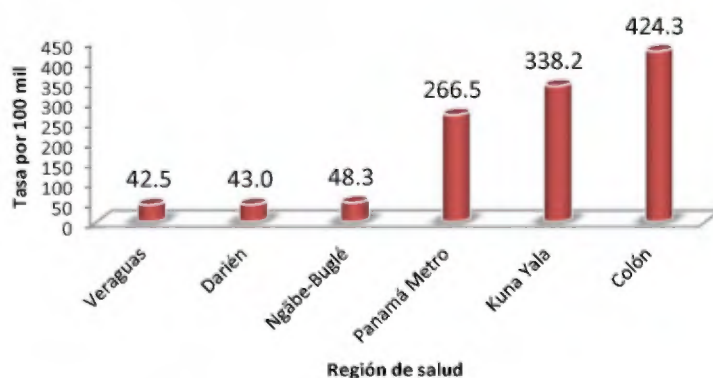


Figura 1. Tasa de VIH en algunas regiones de salud de Panamá. 2012. Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

La tasa nacional de sida es de 23.7 por 100,000 y la tasa de incidencia de sida acumulada de la República de Panamá desde 1984 hasta diciembre de 2010 es de 426.10 por 100,000 habitantes. La epidemia está concentrada en los grandes conglomerados urbanos (Departamento de Epidemiología del MINSa, 2010).

En cuanto a la sobrevivencia de las personas con VIH, se ha incrementado la de aquellas personas que llevan 12 meses en tratamiento, desde un 77.4% en 2009 a un 93.4% en el 2010¹ (Figura 2). No obstante, el tratamiento no alcanza a todas las personas que lo necesitan, pues se estima que sólo un 64.3% de las estas lo estaba recibiendo en 2012 (Programa Nacional de ITS/VIH/sida del MINSa, 2014).

¹ Después de esta fecha no ha sido posible medir este indicador en todas las clínicas de tratamiento antirretroviral del país.

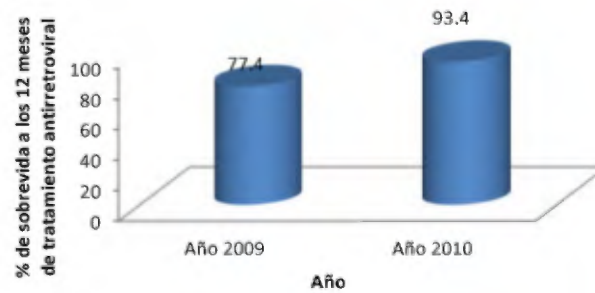


Figura 2. Sobrevida de pacientes con VIH a los 12 meses de tratamiento antirretroviral, años 2009 y 2010.0 Fuente: informes UNGASS y Acceso Universal.

Las defunciones producidas por sida descendieron en los últimos años. La tasa de mortalidad específica por sida por 100,000 habitantes descendió de 17.4 en el año 1999 (490 muertes) a 13.4 en el año 2010 (471 muertes). Esta disminución está posiblemente asociada a la administración de la terapia antirretroviral, y a las medidas de prevención y control implementadas (Figura 3).

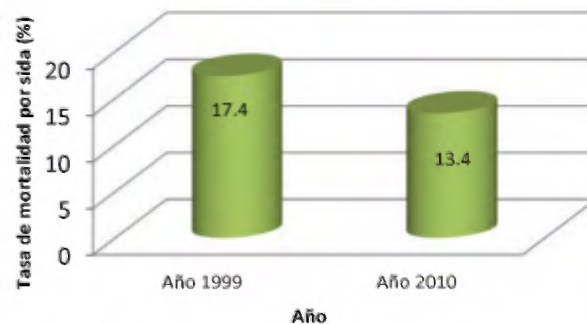


Figura 3. Tasa de mortalidad por sida en Panamá en los años 1999 y 2010. Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.

La principal vía de transmisión del VIH en el país son las relaciones sexuales no protegidas.

El sistema de vigilancia registra las vías de transmisión declaradas, y en 2010 se reportaron como

heterosexuales el 50.8% de los nuevos registros y los hombres que tienen sexo con hombres, incluyendo hombres con relaciones bisexuales, el 16.2% (Figura 4). El restante 33.0% no respondieron y/o están en proceso de investigación (Departamento de Epidemiología del MINSA, 2010). Estas cifras pueden estar sesgadas por la discriminación hacia las personas homosexuales. De hecho, un estudio sobre VIH y derechos humanos refleja otras cifras, ya que un 50.6% de los hombres con VIH, entrevistados por sus pares en una muestra aleatoria, se declara homosexual o bisexual (OPS/OMS, 2010a). Un ejercicio para la proyección de los modos de transmisión del VIH en el país entre los casos de 2013 estimó que el 54.5% de los nuevos casos ese año serían entre hombres que tienen sexo con hombres y un 37.9% entre personas heterosexuales con prácticas de alto riesgo (Departamento de Epidemiología del MINSA, 2013b).

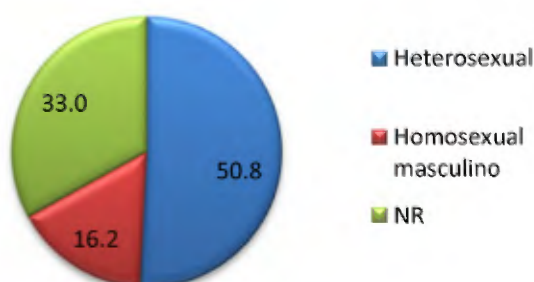


Figura 4. Porcentaje de casos por vía de transmisión declarada en los servicios de salud. Elaboración propia a partir de datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud. Sección de Estadísticas. 2010.

5.2.1 Las poblaciones más afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana

La expansión del VIH está muy determinada por factores sociales como la discriminación y la exclusión (ONUSIDA – OACNUDH, 2003). Es por dicha razón que las poblaciones más afectadas son también aquellas que son excluidas y discriminadas en sus sociedades. A nivel mundial, las poblaciones en más alto riesgo de infección por VIH son los hombres que tienen sexo con otros

hombres (HSH), las trabajadoras sexuales, las personas transgénero y los usuarios de drogas por vía intravenosa (ONUSIDA, 2011).

En América Latina, las poblaciones más afectadas son las indicadas anteriormente (ONUSIDA – PNUD, 2009). En esta región, los HSH tienen una probabilidad 33 veces mayor de infección que la población general (OPS/OMS, 2010b). De acuerdo con la base de datos de poblaciones en mayor riesgo de infección por el VIH en América Latina de la OPS/OMS, los estudios de los últimos cinco años de prevalencia de VIH con muestras representativas de HSH arrojan datos de prevalencias entre el 5 y 15% en Centroamérica, entre 10 y 30 veces más que en población general. En el caso de las trabajadoras sexuales, estos datos rondan el 5%, 10 veces más que en la población general. El uso de drogas por vía intravenosa no es común en Centroamérica y no se encontraron estudios sobre la relación entre el uso de otras drogas y el VIH en esta región.

En Panamá, las poblaciones más afectadas por el VIH son los HSH, las personas trans y las trabajadoras sexuales. Estas poblaciones tienen una prevalencia de VIH hasta casi 30 veces mayor que la de la población general, según los resultados de un estudio nacional de epidemiología del VIH (Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud – ICGES, 2010). Las trabajadoras sexuales cautivas (las que trabajan en clubes controlados por el Ministerio de Salud) presentan una tasa de infección por VIH muy baja (0.2%) (Kakre et al., 2013a). Este último dato podría ser reflejo de la eficacia del programa del Ministerio Salud, desafortunadamente llamado Programa de Higiene Social, aunque se argumenta que este programa está dirigido en realidad a proteger a los clientes de las trabajadoras sexuales y no a estas mismas, pues en el momento en que resultan positivas, son expulsadas del programa de prevención (OPS/OMS, 2007).

Las trabajadoras sexuales clandestinas o ambulantes, que son aquellas que ejercen su trabajo fuera del control del Ministerio, sí presentan altas tasas de infección por VIH (1.6%) (Kakre

et al., 2013a), seguramente debido a que no cuentan con la protección de ningún programa y sí llevan a cabo actividad sexual de alto riesgo. No obstante, se registra un alto porcentaje de uso del condón (Population Services International, 2008), lo que puede explicar que la prevalencia haya disminuido en los últimos años.

La epidemia de Panamá está muy concentrada en ciertos grupos, y la población general aún está en unos niveles muy bajos. El estudio del ICGES en 5,000 mujeres de 15 años en adelante encontró que únicamente el 0.12% tiene VIH, lo que resulta una tasa realmente baja. El hecho de que la tasa en embarazadas sea más alta, del 0.3%, se explica sin duda debido a que estas personas han tenido necesariamente comportamientos de riesgo para el VIH, pues no utilizaron protección o no la utilizaron correctamente.

En la Figura 5 se pueden observar los datos más recientes de prevalencia de VIH en las diferentes poblaciones.

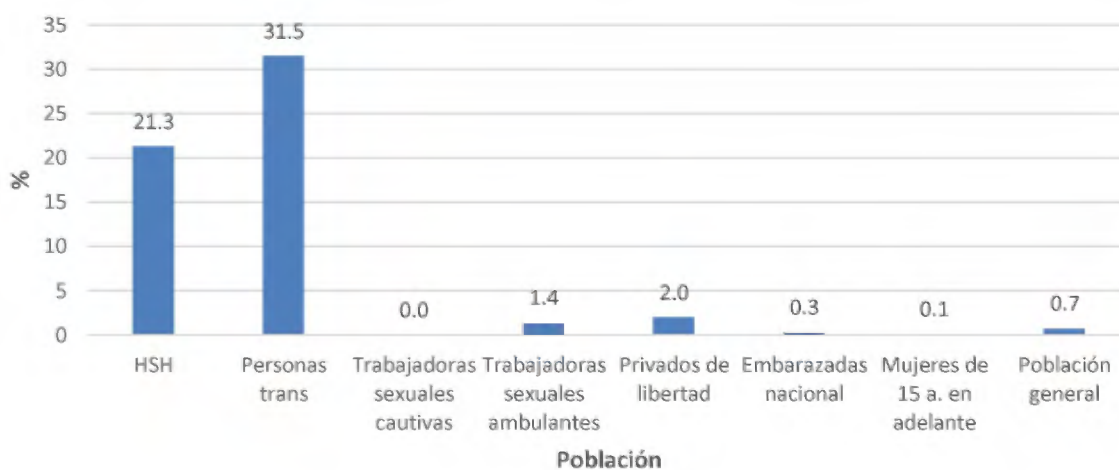


Figura 5. Prevalencia de VIH en Panamá por población con información disponible. Elaboración propia a partir de datos referidos en el texto.

Se han realizado estudios para medir el comportamiento/actitud en los HSH y las trabajadoras sexuales (Organización Panamericana de Mercadeo Social – PASMO, 2012). Se ha encontrado que el uso del condón es muy alto (78.0% y 90.6%, respectivamente, siendo de 88.8% entre las mujeres trans trabajadoras sexuales), y la realización de la prueba fluctúa mucho entre poblaciones (8.1% de los HSH y 86.3%, respectivamente), seguramente debido a la existencia de un programa dirigido específicamente a trabajadoras sexuales.

Los esfuerzos para reducir la incidencia y prevalencia del VIH en la región de Centro América dependerán en gran manera del nivel de conocimiento sobre las poblaciones en más alto riesgo de infección por VIH (PEMAR), incluyendo a las trans y los HSH. Existe una variedad de encuestas de vigilancia y de enfoque que proveen datos de seroprevalencia y comportamiento de los grupos antes mencionados. Se ha llevado a cabo una serie de encuestas de comportamiento, que junto con otros estudios del comportamiento, proveen información sobre el riesgo que implica el comportamiento sexual entre trans y HSH. Sin embargo, se han incluido pocos ejercicios de estimación del tamaño de población en estas actividades de recolección de datos.

A la vez que crecen los programas de prevención y cuidado, aumenta la necesidad de estimaciones confiables sobre el tamaño de las poblaciones en mayor riesgo de contraer el VIH. Como se veía, en Panamá, las epidemias de VIH se concentran principalmente en las poblaciones de HSH, trans y trabajadoras sexuales. Los cálculos del tamaño de estas poblaciones se realizan normalmente con métodos no sistemáticos, y se sospecha que los números que proporcionan son menores a la realidad. Para intervenir exitosamente en los países con epidemias concentradas se requiere enfocarse con mayor precisión en las PEMAR. Se necesitan números sobre el tamaño de la población en las ciudades donde viven o trabajan los individuos para planificar y calcular la cobertura de la educación de pares y la consejería con prueba voluntaria, entre varias otras

actividades preventivas. Los programas de cuidado que se formulen de acuerdo a las estimaciones confiables de tamaño de PEMAR producirán mejores resultados, ya que representan una gran porción de los pacientes de cuidado de VIH.

9.3 Hipótesis de investigación

La hipótesis nula de esta investigación es que no existe relación entre las variables de la caracterización de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá y su riesgo de infección por VIH.

9.4 Definición de las variables en estudio

Para conseguir los objetivos propuestos, las variables a ser medidas son las siguientes:

Variable	Definición operacional	Indicadores
Edad	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Número de años completos transcurridos desde el momento del nacimiento
Lugar de residencia	Lugar en el que habita la persona desde hace 30 días	Residencia en la provincia de Panamá o en el resto del país
Tipo de vivienda	Características del lugar físico en que reside la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Casa/apartamento • Institución u hogar • Precaristas • Cuarto de hotel o pensión • Situación de calle
Nivel educacional	Nivel máximo de estudios completados	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior universitaria • Postgrado/maestría/doctorado

Condición laboral	Desarrollo de labor remunerada al momento de la encuesta	<ul style="list-style-type: none"> • Trabaja • No trabajo
Lugar de empleo	Distrito en que desarrolla la labor remunerada	Cada uno de los distritos de la provincia de Panamá
Salario	Cantidad de balboas recibidos a cambio de su labor remunerada por mes	<ul style="list-style-type: none"> • < 400 balboas • Entre 400 y 800 balboas • Entre 800 y 2,000 balboas • > 2,000 balboas
Origen étnico	Raza con que se identifica	<ul style="list-style-type: none"> • Negra • Latina • Mestiza • Blanca • Asiática • Indígena guna • Indígena Ngäbe-Buglé • Indígena Emberá • Árabe • Otra
Pareja estable	Relación con una pareja por más de 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Razones de no uso de condón con pareja estable	Motivos que llevan a tomar la decisión de no usar el condón con la pareja estable	<ul style="list-style-type: none"> • Su pareja lo rechaza • Disminuye la sensibilidad • Siente vergüenza de pedirlo • No es seguro • Es difícil de conseguir • Es muy costoso • Está bajo efectos de drogas • Está muy excitada • A usted no le gusta • Confía en su pareja • Consumió excesivamente alcohol/drogas • Cree que su pareja no tiene VIH y/o ITS • Otro
Uso de condón con pareja estable	Uso continuo del condón con la pareja estable	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Algunas veces • Nunca
Relaciones sexuales transaccionales	Relaciones sexuales a cambio de dinero, drogas, alcohol o comida en los últimos 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Autoidentificación como trabajadora sexual	Se considera trabajadora sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

Tiempo en trabajo sexual	Cantidad de años y meses desde que comenzó a ejercer el trabajo sexual	N° de años y/o meses
Lugar de trabajo sexual	Área física donde ejerce el trabajo sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Calle • Bar • Domicilio • Otro
Número de clientes nuevos	Número de clientes no atendidos anteriormente que se han atendido en la semana anterior a la encuesta	N° de clientes nuevos (0-1-2-3-4 y +)
Número de clientes fijos	Número de clientes que requieren sus servicios al menos una vez al mes	N° de clientes fijos
Relación entre trabajo sexual y consumo de alcohol y/o drogas	Percepción de mayor facilidad para ejercer el trabajo sexual por el consumo de alcohol o de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Uso de condón en el trabajo sexual	Frecuencia de la utilización del condón en las relaciones sexuales originadas en el trabajo sexual. Razones para no usarlo	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • A veces • Nunca
Tipo de prácticas sexuales en trabajo sexual	Tipo de práctica sexual según clasificación de sexo oral, penetración anal insertiva o receptiva, con o sin condón	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo oral al cliente sin preservativo • Recibir semen en la boca • Recibir penetración anal sin preservativo • Penetración anal al cliente sin preservativo • Recibir penetración anal con preservativo • Penetración anal al cliente con preservativo
Uso de condón en las prácticas más riesgosas	Uso del condón en la última penetración anal	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Uso de lubricante cada vez que se da una penetración durante el trabajo sexual	Frecuencia de la utilización de lubricante en las penetraciones durante las relaciones sexuales laborales	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • A veces • Nunca
Uso recreativo de sustancias psicotrópicas	Tipo de drogas utilizadas	<ul style="list-style-type: none"> • Marihuana • Heroína

		<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína • Piedra • Pegamento • Pastillas • Otras
Manera de consumo de sustancias psicotrópicas	Vía de consumo de la droga	<ul style="list-style-type: none"> • Por la boca • Por la nariz • Inyectada • Por el ano • Otra
Uso compartido de agujas	Utilización para uso de droga de agujas usadas por otra persona anteriormente	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Necesidades sentidas de atención en salud	Tipo de atención de salud que requiere	<ul style="list-style-type: none"> • Atención psicológica • Prevención y tratamiento de ITS/VIH/sida • Atención hormonal • Cirugía de feminización (implante de mamas, nariz, manzana de Adán, etc.) • Cirugía de reasignación de sexo • Odontología • Consulta general • Otra
Padecimiento de ITS	Haber sido diagnosticada con ITS en algún momento	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Uso de tratamiento hormonal	Utilización de tratamiento a base de hormonas para feminizar su apariencia	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Tipo de tratamiento hormonal	Presentación del tratamiento que utiliza para feminizar su apariencia	<ul style="list-style-type: none"> • Pastillas • Inyección • Otro
Inyecciones hormonales por personal idóneo	Aplicación o no de las inyecciones de hormonas por personal idóneo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Conocimiento sobre efectos de terapia hormonal	Conocimiento de la posible toxicidad del tratamiento hormonal aplicado incorrectamente	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Procedimientos quirúrgicos para cambiar apariencia	Realización de procedimientos que requiere intervención quirúrgica para feminizar su apariencia	<ul style="list-style-type: none"> • Feminizar frente • Nariz • Pómulos • Feminización de la quijada • Manzana de Adán

		<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de tamaño de los hombros • Implantes de mamas • Lipoescultura • Lipomodelado de caderas, glúteos y piernas
Prácticas estéticas y/o quirúrgicas clandestinas	Realización de procedimientos que requiere intervención quirúrgica para feminizar su apariencia por personal no idóneo	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Conocimiento de las principales formas de transmisión y prevención del VIH, así como de los principales mitos	<p>Conocimiento sobre la posibilidad de transmisión del VIH a través de las siguientes prácticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beso profundo • Compartir objetos personales • Donar sangre • Transfusión de sangre • En la piscina • Penetración sexual no protegida • Picadura de insectos • La peluquería • Sudor y lágrimas • Saliva 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Percepción de rechazo por su condición de trans	<p>Sentimiento de rechazo por identidad de género de algunos de los siguientes actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Pareja • Hijos • Fuerzas policiales • Religiosos • Vecinos • Profesionales de la salud • Encargado de local • Compañero/a de trabajo • Familiares • Otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Experiencias de agresión verbal	<p>Haber sufrido agresión verbal por identidad de género de algunos de los siguientes actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Pareja • Hijos • Fuerzas policiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No

	<ul style="list-style-type: none"> • Religiosos • Vecinos • Profesionales de la salud • Encargado de local • Compañero/a de trabajo • Familiares • Otro 	
Experiencias de agresión física	<p>Haber sufrido agresión física por identidad de género de algunos de los siguientes actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Pareja • Hijos • Fuerzas policiales • Religiosos • Vecinos • Profesionales de la salud • Encargado de local • Compañero/a de trabajo • Familiares • Otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Experiencias de abuso policial	Haber sufrido abuso verbal o físico por parte de las fuerzas del orden	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Experiencias de violación sexual	<p>Haber sufrido violación sexual por parte de algunos de los siguientes actores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconocidos • Pareja • Hijos • Fuerzas policiales • Religiosos • Vecinos • Profesionales de la salud • Encargado de local • Compañero/a de trabajo • Familiares • Otro 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Posicionamiento frente al suicidio	Haber pensado y/o intentado el suicidio en alguna ocasión	<ul style="list-style-type: none"> • Sí • No
Riesgo de infección por VIH	Probabilidad de riesgo de infectarse con VIH a partir de variables sociodemográficas y de comportamiento predictoras.	0 – 1

9.5 Uso de la información sobre caracterización y determinación del riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en las personas trans en Panamá

La información que resulta de esta investigación puede apoyar los procesos de planificación, monitoreo y evaluación de los programas de prevención y atención del VIH y otras ITS entre la población de mujeres trans de Panamá, tanto por parte de las instituciones públicas de salud, como de las privadas, y de las no gubernamentales. Además, los datos recopilados y la información resultante pueden ser utilizados por las instituciones antes mencionadas, pero sobre todo por las organizaciones no gubernamentales, para los procesos de abogacía e incidencia política dirigidos a la consecución del bienestar de la población trans de Panamá.

9.6 Área de trabajo

El área de trabajo de esta investigación son los lugares de encuentro de la comunidad trans de la provincia de Panamá, comprendidos desde la localidad de Chepo en el este hasta la de Capira en el oeste. Estos lugares pueden ser locales de ocio, de trabajo, incluyendo trabajo sexual, o de residencia de las personas que se identifican como mujeres trans.

10.METODOLOGÍA

10.1 Diseño metodológico

Se trata de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, con asociación de variables, que aplica dos métodos distintos para la determinación del tamaño de una población: de captura/recaptura y de censo, que además se utiliza para aplicar una encuesta para recopilar información para caracterizar a la población.

Los métodos para la determinación del tamaño de población ya han sido ampliamente utilizados en ecología para el cálculo de poblaciones de animales (Williams, Nichols y Conroy, 2002). En años recientes, estos métodos se están empleando para el cálculo de poblaciones humanas de difícil acceso, como las poblaciones de la diversidad sexual. Se han desarrollado estudios de estimación de tamaños de poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres y de mujeres trans en Colombia (Ministerio de Protección Social de Colombia, 2010), Guatemala (Universidad del Valle de Guatemala, 2013), El Salvador y Honduras. Estas metodologías son recomendadas por las Naciones Unidas para el cálculo del tamaño de las poblaciones de la diversidad sexual (Grupo de Trabajo de ONUSIDA/OMS sobre la Vigilancia del VIH e ITS, 2010).

10.2 Definición operacional de las poblaciones

- **Mujer trans.** Personas nacidas con sexo masculino, que desarrollan una identidad femenina y se identifican como mujer o como trans, independientemente del rol social que adopten, que puede estar determinado por factores externos como discriminación, acceso a servicios básicos, etc. (Mecanismo de Coordinación Regional, 2014).
- **Omeguit.** Personas miembros de la etnia guna, nacidas con sexo masculino, que desarrollan un rol social que adopta características y funciones propias de las mujeres y de las asignadas a esta categoría social entre la etnia guna. Mantienen relaciones sexuales con hombres, generalmente guna. Este estudio hizo una diferenciación de las personas omeguit de las mujeres trans, dado que las y los omeguit gozan de un grado de aceptación por parte de su cultura (guna) mucho mayor que las mujeres trans no guna y, por lo tanto, sus caracterización puede ser diferente, así como las consecuencias de la discriminación social (Grupo Génesis Panamá Positivo, 2014).

10.3 Criterios de inclusión

- Personas mayores de 18 años de edad, nacidas con sexo masculino, que se identifican como mujer o como trans, y que acuden a los sitios identificados.
- Omeguit mayores de 18 años (miembros de la etnia guna que desarrollan un rol social de mujer, habiendo nacido con sexo de hombre).

10.4 Determinación del tamaño de población de mujeres trans en la provincia de Panamá

10.4.1 Método para el mapeo de lugares de reunión

Como paso previo a la implementación de la metodología de captura y recaptura o la del censo de mujeres trans, fue necesario realizar un mapeo del lugar exacto donde se reúnen las mujeres trans.

El mapeo se llevó a cabo en dos fases. En un primer momento, se llevaron a cabo 3 reuniones con las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con esta población, con el fin de obtener la siguiente información.

- Listado de todos los lugares de reunión
- Una primera aproximación de los horarios de apertura
- Horarios de mayor afluencia de público de mujeres trans
- Posibilidad de encontrar grupos diferentes de personas en días u horarios diversos.

Las fechas de las reuniones fueron 14 y 18 de febrero de 2013.

Las reuniones se llevaron a cabo en las oficinas del Programa Nacional de ITS/VIH/sida, y se convocó a las organizaciones siguientes.

- Asociación de Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP).
- Asociación Nuevos Horizontes GLBTIO (ANH).
- Asociación Panameña de Personas Trans (APPT)
- Asociación Viviendo Positivamente (VP).
- Fundación PROBIDSIDA.
- Grupo Génesis Panamá Positivo (GGP+).

La información que se recabó sobre cada uno de los sitios es la siguiente.

Nombre	Dirección	Días de apertura	Horario de apertura	Persona de contacto	N° de contacto	Días de mayor afluencia
Horas de mayor afluencia	Población	Contactos	Cantidad estimada de HSH y trans por noche	Fecha de verificación del sitio	N° máx. personas	N° mín. personas

Como resultado de estas reuniones, se llegó a un listado final de sitios de encuentro de mujeres trans, que no se adjunta por razones de confidencialidad, privacidad y seguridad. El listado está en poder del Programa Nacional de ITS/VIH/sida del Ministerio de Salud. Estos lugares fueron georreferenciados con el software de Google Maps.

Una segunda fase del mapeo fue la verificación de los sitios de encuentro. Para ello, se conformó un equipo compuesto por el coordinador del estudio y uno/a de los informantes clave que habían aportado información en la primera fase.

Los objetivos de la fase de verificación fueron los siguientes.

- Confirmar y documentar la existencia y ubicación del lugar
- Obtener la siguiente información del lugar
 - Nombre del lugar
 - Persona de contacto
 - Dueño/a
 - Horario de apertura
 - Días de mayor afluencia
 - Horas de mayor afluencia
 - Teléfono de contacto
 - Asistencia de mujeres trans
 - Promedio de personas que acuden cada día de la semana
 - Geolocalización (para ello se utilizó la aplicación Maps de Google)

Para ello, se utilizó el formato e instructivo que se adjunta como Anexo 1. Se realizaron 7 salidas de campo, con los destinos y fechas que se detallan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. DESTINOS Y FECHAS DE LAS SALIDAS PARA EL MAPEO DE LUGARES DE REUNIÓN DE LA POBLACIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Área	Número de salidas	Fechas
Panamá Oeste	1	3 de abril de 2013
Panamá Este	3	8, 9 y 22 de mayo de 2013
Panamá Centro	2	15 y 23 de mayo de 2013

Las áreas más inseguras del municipio de San Miguelito fueron excluidas del mapeo, por razones de seguridad. Inicialmente se incluyó la cantina Los Caracoles en la Gran Estación de San Miguelito, muy concurrida por la comunidad de la diversidad sexual del área, pero este local fue clausurado en el mes de abril, previo al comienzo de la implementación de la metodología.

Según se indica en los instrumentos, debía entrevistarse al encargado/a del local, así como a una persona de la población. Adicionalmente, al dueño del local se le ofrecía información sobre el estudio que se iba a implementar, así como sobre las fechas en que se realizaría y la disposición de los equipos.

Como Anexos 2 al 5 se adjuntan los informes de las visitas de verificación.

10.4.2 Mapeo de lugares de residencia y trabajo de mujeres trans

Este mapeo se realizó de manera separada, puesto que la metodología requerida fue diferente. En primer lugar, se llevó a cabo una reunión con la Junta Directiva de la Asociación Panameña de Personas Trans (APPT), para que proporcionaran la información sobre las áreas en que trabajan o residen mujeres trans en las áreas de Panamá Este y Panamá Centro. Esta misma reunión se llevó a cabo con la Presidenta de la Asociación Nuevos Horizontes GLBTIO, para obtener la información sobre los lugares de residencia y trabajo de las mujeres trans de Panamá

Oeste. El listado de áreas de residencia y trabajo no se adjunta por razones de confidencialidad, pero reposa en poder del Programa Nacional de ITS/VIH/sida.

Estas áreas se georreferenciaron en el momento de realizar la encuesta.

10.4.3 Método captura-recaptura

El método de captura/recaptura utiliza dos muestras independientes y superpuestas para calcular el tamaño de la población de mujeres trans.

Para obtener estas muestras, se entrenó a pares de la población, que “marcaron” a todos los miembros de la población objetivo identificados en una lista exhaustiva de lugares de reunión de esta población.

Los lugares de captura fueron definidos previamente mediante un mapeo de los sitios de reunión (ver Sección 6.4.1 en página 23). El “marcaje” se hizo mediante la entrega de un objeto identificador único, que fue un calendario, un *sticker* o un llavero, dependiendo del momento. (ver Sección 6.4.7 en página 35).

En una segunda captura, se volvió a visitar estos lugares y una vez más se marcó a todos los miembros de la población objetivo haciendo distinción entre quienes fueron marcados en la primera captura (recapturados) y quienes no lo fueron. Esta vez se entregó un marcador o identificador único diferente. El número de participantes en la segunda muestra a quienes se les dio objetos únicos en la primera muestra se usó para calcular la proporción de los *recapturados*, y el tamaño de la población se calculó a partir de esta proporción.

En ambas capturas se utilizó un formulario de breve encuesta (Anexo 6) para asegurar, por una parte, el cumplimiento de los criterios de inclusión y, por otra parte, que solamente se estuviera marcando una vez a cada persona.

Este método asume una población cerrada, es decir, que sus miembros no están yendo y viniendo dentro y fuera de la población entre cada ronda de captura y recaptura. También asume que hay una probabilidad igual de que los miembros de la población sean marcados y que las rondas de captura y recaptura sean independientes.

La fórmula para calcular el tamaño de la población es:

$$N = \frac{(n_1 \times n_2)}{m}$$

en donde:

- N = cálculo del total del tamaño de la población
- n1 = el número de individuos alcanzados en la primera captura
- n2 = el número de individuos alcanzados en la segunda captura
- m = el número –de marcados- en ambas poblaciones (personas que fueron recapturadas)

Herramientas para la recopilación de datos

Se utilizó el documento titulado “Formato para la Recopilación de Datos por Conteo Directo” (Véase Anexo 6). Para asegurar su exactitud y validez, el personal fue capacitado para completarla correctamente.

Para asegurar la exactitud y fácil manejo, los formularios fueron evaluados previamente y editados antes de la recopilación de datos.

Considerando la posibilidad de duplicar el conteo de individuos que asistan a múltiples lugares de reunión, los conteos directos fueron conducidos dentro de un marco de tiempo lo más corto posible (dos semanas) para minimizar la movilización entre lugares de reunión.

La confidencialidad del conteo se aseguró a través de los siguientes pasos:

- Para mantener el anonimato de la fuente de datos, en ningún caso se solicitó información personal que pudiera identificar a las personas entrevistadas.
- Únicamente el equipo de implementación del estudio tuvo acceso a los formularios de recopilación de datos o archivos de información. Todos los formularios de recopilación de datos serán destruidos después de la evaluación correspondiente tras un plazo de cinco años, a contar desde la presentación de los resultados de este estudio.

Los instrumentos también hacen referencia a hombres que tienen sexo con hombres, pues se llevó a cabo un ejercicio simultáneo de estimación del tamaño de su población, que no forma parte de esta tesis.

a) **Tamaños de muestra**

Una particularidad de este estudio es que se parte del desconocimiento del tamaño de la población, precisamente para determinarlo. Por lo tanto, no fue posible establecer un tamaño muestral. En cada sitio de estudio de la ciudad se les pidió a los encuestadores que distribuyeran los objetos únicos a todas las mujeres trans que cumplieran con la definición de la población marcada en todos los sitios identificados.

10.4.4 Censo

1. Participantes

Entre las participantes para el método de censo se incluyeron a las líderes comunitarias, organizadores o defensores de la población, y otros informantes claves que pudieron incluir miembros de las poblaciones objetivo.

2. Herramientas para la recopilación de datos

Se utilizó el documento titulado “Encuesta para mujeres trans de la provincia de Panamá” (Véase Anexo 7). El personal del proyecto completó esta encuesta en cada lugar señalado en el mapeo. Para asegurar su exactitud y validez, el personal fue capacitado para completarla correctamente.

Para asegurar también su fácil manejo, los formularios fueron evaluados previamente y editados antes de que comenzara la recopilación de datos.

Considerando la posibilidad de duplicar el conteo de individuos que asistan a múltiples lugares de reunión, los conteos directos fueron conducidos dentro de un marco de tiempo lo más corto posible (dos semanas) para minimizar la movilización entre lugares de reunión, y se les preguntó como parte de la encuesta si ya se les había aplicado dicho instrumento y entregado el marcador correspondiente.

Para asegurar la confidencialidad de la encuesta a mujeres trans de la provincia de Panamá, se siguieron los siguientes pasos:

- Para mantener el anonimato de la fuente de datos, el formulario contiene códigos del sitio de estudio pero no contiene los nombres e información identificativa de las mujeres trans entrevistadas.

- Al igual que ocurrió los instrumentos para la implementación de la metodología de captura-recaptura, únicamente el equipo de implementación del estudio tuvo acceso a los formularios de recopilación de datos o archivos de información, y todos los formularios de recopilación de datos serán destruidos pasado el plazo de cinco años desde la presentación de los resultados de la encuesta.

3. Implementación

Para el método de censo, se elaboró una lista y un mapa de los sitios donde se conoce que los miembros de la población objetivo viven, trabajan o se reúnen (ver Sección 6.4.2 en página 25). El mapeo de la población identifica las ubicaciones donde las poblaciones objetivos se reúnen, trabajan y/o viven y estima el tamaño de la población en cada uno de las ubicaciones identificadas. Los líderes comunitarios y los informantes clave tales como el personal de una ONG, proveedores de servicios de salud, organizaciones sociales y propietarios de los lugares de reunión contribuyeron a una lista de ubicaciones y ayudaron en la generación de un mapa.

Los sitios fueron validados a través de las entrevistas con informantes claves en cada localidad y se obtuvo la información sobre los días y horas de reunión de los miembros de la población objetivo en ese lugar, permitiendo de esta manera la preparación de un listado de puntos de reunión y los días y horarios asociados con cada lugar. La lista contiene la dirección de cada lugar, e incluye lugares donde existe comercio sexual y donde se reúnen mujeres trans (p.e. bares y discotecas), así como los domicilios particulares y lugares de trabajo de las mismas. También incluye otras ubicaciones, como centros comerciales y restaurantes. Por razones de confidencialidad y seguridad, no se adjunta el listado de sitios de reunión, que está en poder del Programa Nacional de ITS/VIH/sida.

Para obtener el tamaño de la población a través del censo se utilizó el conteo de observación directa. Para conteos de observación directa, el equipo de campo observa la población objetivo en el sitio y cuenta cada miembro que pueda ser marcado.

4. Tamaño de la muestra

No se puede determinar un marco muestral, pues se desconoce el tamaño de la población, que es lo que se quiere averiguar. El método de censo depende en gran medida del listado de sitios en que se encuentra la población objetivo. El número de visitas del equipo de campo y de los informantes claves que completaron el formulario de censo, varió en cada lugar, dependiendo de la cantidad de sitios e informantes claves en cada ciudad.

Como resultado del conteo de la población en los lugares antes descritos, se obtuvo un total de 123 mujeres trans elegibles, que se tomaron como muestra para aplicar la "Encuesta para mujeres trans de la provincia de Panamá".

5. Manejo de datos

Los formularios de las encuestas fueron completados por los informantes claves junto con el personal del equipo de campo para poder responder cualquier pregunta sobre el formulario. Estos formularios fueron recopilados después de la sesión y enviados al coordinador. El coordinador duplicó la información de manera electrónica en archivos protegidos con clave y todos los formularios fueron archivados bajo llave. Esta información estará disponible para uso público, previa solicitud y aprobación del Programa Nacional de ITS/VIH/sida, excluyendo la que pueda identificar los lugares de reunión, trabajo y/o domicilio de las mujeres trans, y se

conservará por cinco años, contados a partir de la publicación de los resultados de este estudio. Después de este período de tiempo, la información será destruida.

6. Adiciones a la información y análisis

Se agregaron los resultados reportados para obtener el número total de mujeres trans registradas, estimaciones bajas y altas de población. La información fue analizada con otras fuentes de información (de captura y recaptura). Los resultados se revisaron y se obtuvo consenso de todas las organizaciones técnicas y colaboradores.

b) Supuestos

- Es probable que miembros de la población objetivo que se reúnan en dichos lugares asistan al mismo lugar en días y horarios similares. Hay más probabilidad de que un individuo marcado en cierto lugar y horario (VDT) durante la etapa de captura sea recapturado si el mismo VDT es visitado durante la fase de recaptura. Esto resultaría en una estimación baja del tamaño de la población. En cambio, si los individuos son marcados en cierto VDT será menos probable que sea recapturado si se considera VDT distintos. Esto resultará en una estimación alta del tamaño de la población. Para alcanzar estas tendencias, todos los VDT marcados durante la primera captura fueron considerados durante la etapa de recaptura.
- La calidad de la información se podía ver comprometida si la identificación de una superposición estuviera sujeta a error. Se tuvo cuidado al escoger objetos únicos diferentes, pero sin estigmatizar o etiquetar. Asimismo, las preguntas fueron debidamente formuladas para asegurarse de la debida identificación por parte de aquellos que reciben dichos objetos únicos.

- En algunos casos, es probable que una proporción significativa de toda la población no tuviera la misma probabilidad de ser capturada en ninguna de las muestras de captura. Se hizo necesario reconocer esta limitación en la interpretación de los resultados.

10.4.5 Confidencialidad y Protección de los Participantes

- Método de Censo: Todo los datos agregados que se recopilaron de los informantes clave son anónimos. No se recopilaron datos que pudieran identificar a un individuo cuando los informantes clave llenaron el cuestionario. En los conteos directos, no se recopiló ni registró información que pudiera identificar a un individuo.
- Método de captura/recaptura: En el método de captura/recaptura no se recopiló ni guardó información identificadora alguna.

10.4.6 Asuntos humanos - Consideraciones

No se recopiló ninguna información que pueda identificar a un individuo. El protocolo se entregó para su aprobación a la JRI de CDC y al Comité de Bioética del ICGES. Adicionalmente al protocolo, el comité de ética hizo un repaso del contenido y el lenguaje del consentimiento informado para asegurarse que puedan ser comprendidos con facilidad por los participantes de la encuesta y también para asegurarse de que todos los aspectos de la encuesta para la investigación se explicaron apropiadamente a los sujetos antes de que se involucraran en la misma. Para poder mantener la confidencialidad, no se adjuntó ningún nombre ni información

que pueda identificar a un individuo junto con los formularios de encuesta. Todos los formularios debieron identificarse solamente con un código numérico personal único. Los registros de las encuestas se mantendrán bajo llave en un archivador en la oficina central del Programa Nacional de ITS/VIH/sida. Todos los formularios de consentimiento se mantendrán en la oficina del estudio en un archivo separado de los demás formularios de estudio y serán destruidos después de cinco años de presentados los resultados del estudio (el formulario de consentimiento se puede encontrar en la primera página del Anexo 7, de la "Encuesta para mujeres trans de la provincia de Panamá").

Riesgos potenciales y beneficios de los participantes

Dadas las medidas de confidencialidad tomadas, no se identificaron riesgos potenciales para los participantes en el estudio.

No hubo un beneficio directo para los participantes de este estudio.

No se esperaban sucesos adversos graves (SAE) como parte de este estudio. Cuando ocurrió algún suceso adverso, entonces se documentó y reportó al Programa Nacional de ITS/VIH/sida junto con los mecanismos necesarios para poner todo en orden y corregir las dificultades. En una ocasión, uno de los encuestadores sufrió un asalto con hurto en las cercanías de uno de los lugares donde se implementó la metodología de captura-recaptura (Tocumen). En otra oportunidad, el equipo de encuestadoras sufrió acoso por parte de los clientes de la cantina La Saoco y se sustituyó el equipo por otro con miembros masculinos. En dos ocasiones, se hubo de suspender la aplicación de las encuestas debido a persecuciones policiales de las mujeres trans trabajadoras sexuales (Avenida de los Mártires). Para solventar esta situación, se solicitó al Jefe

del Programa Nacional de ITS/VIH/sida que informara de las actividades del estudio para evitar el acoso a las participantes en las noches en que se habían planificado.

En otras dos ocasiones se dieron situaciones que, aunque no afectaron directamente a la implementación del estudio, sí afectaban la sensación de seguridad de los equipos encuestadores, pues se dio una muerte por asesinato de una persona totalmente ajena al estudio en los alrededores de uno de los lugares de encuesta (Bar La Madrid) y un secuestro en los alrededores de la Discoteca The Point. Ambos sucesos fueron reportados a la policía y, en el primer caso, se suspendió la actividad.

Se facilitó entrenamiento a todo el personal del proyecto sobre cómo identificar y reportar riesgos potenciales a los participantes, como violación de confidencialidad u otras actividades intencionales o no intencionales que pudieran comprometer la integridad de las participantes, de las personas encuestadoras o del estudio.

10.4.7 Diseño y elaboración de los marcadores para las fases de captura y recaptura

Como se estudiaba en la sección 6.4.3 en la página 26, la metodología de captura-recaptura requiere que se entregue un marcador en la captura de cada una de las personas elegibles para el estudio con dos finalidades. En primer lugar, para evitar la doble captura de la persona en la misma fase, y en segundo lugar, para conocer en la recaptura si dicha persona es una recapturada. Igualmente, en la fase de recaptura se requiere el marcaje de la persona, para evitar la doble captura.

El marcador debía ser diferente para la captura y para la recaptura, y debía reunir las siguientes características.

- Fácil de guardar en bolsillo o cartera.
- Utilidad práctica para el portador.
- Fácil recordación.
- No ser similar a otros objetos repartidos por las organizaciones de la sociedad civil.

Con estas características se diseñaron los marcadores. Para el primer marcaje, se diseñó una tarjeta de un solo color predominante y con una imagen poco común. Esto garantiza la recordación. Una de las caras contenía un calendario del año, y la otra cara números de servicios públicos de emergencia. Esto garantiza la utilidad para el portador. Con estas características se diseñó el siguiente calendario. El número en el centro de la

Ilustración 1 representa el número de marcadores que se produjeron, en base a los máximos de las estimaciones de asistencia a los sitios de reunión que se obtuvieron en la fase del mapeo.

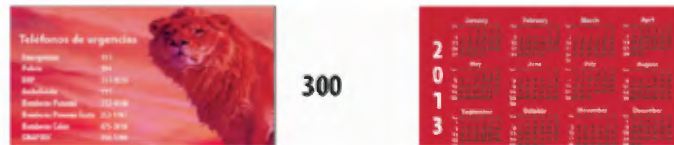


Ilustración 1. Marcador utilizado para el primer marcaje.

Para el segundo marcaje, se produjeron con las características antes enunciadas los marcadores que se muestra en la

Ilustración 2. Se llevó a cabo una reunión con los miembros de las organizaciones de la sociedad para la validación de los marcadores el 18 de febrero de 2013, y los marcadores fueron validados.

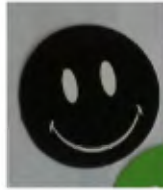


Ilustración 2. Marcador utilizado para el segundo marcaje.

Para la encuesta de mujeres trans durante el censo, se produjo un marcador diferente, que se muestra en la

Ilustración 3.



Ilustración 3. Marcador utilizado para la implementación del censo.

10.5 Caracterización de la población y determinación del riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana de mujeres trans de la provincia de Panamá

La caracterización y determinación del riesgo de infección por VIH se llevaron a cabo mediante el análisis de la encuesta que se aplicó a la población resultante de la aplicación de la metodología del censo, detallada más arriba.

Las variables objeto de análisis y el análisis que se realizó son los detallados en el plan de tabulación y análisis de la sección 6.5.1 en las páginas 38 y siguientes. El formulario de la encuesta se adjunta como Anexo 7.

10.5.1 Tabulación y análisis

Objetivo	Variables	Plan de tabulación y análisis
<p>1. Identificar los comportamientos de riesgo para la infección por VIH entre las mujeres trans mayores de edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de pareja estable • Uso de condón con pareja estable • Razones de no uso de condón con pareja estable • Tipo de drogas ilícitas utilizadas • Manera de consumo de drogas • Uso compartido de agujas • Necesidades sentidas de atención en salud • Atención de la salud en instalaciones públicas o privadas • Padecimiento de ITS • Conocimiento de las principales formas de transmisión y prevención y mitos del VIH • Relaciones sexuales transaccionales • Autoidentificación como trabajadora sexual • Tiempo realizando trabajo sexual • Lugar de trabajo sexual • Número de clientes nuevos • Número de actos con clientes nuevos • Número de clientes fijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de trabajo sexual • Distribución según edad y trabajo sexual • Distribución según edad y trabajo sexual • Distribución según nivel educacional y consumo de drogas, atención de la salud, conocimiento sobre VIH y estatus propio, seguridad en las relaciones sexuales, tipo de trabajo y condiciones de trabajo sexual. • Distribución según edad, lugar de residencia, origen étnico, tipo de vivienda y nivel educacional, seguridad en las relaciones sexuales, condiciones de trabajo sexual, consumo de drogas, atención de la salud, conocimiento de VIH y sobre estatus y percepción de aceptación social. • Distribución según condiciones laborales y seguridad en las relaciones. • Distribución según consumo de drogas, seguridad en las relaciones y condiciones laborales.

	<ul style="list-style-type: none"> • Relación entre trabajo sexual con el consumo de alcohol y/o drogas ilícitas • Uso de condón en el trabajo sexual • Relación entre uso de condón en trabajo sexual con consumo de alcohol y/o drogas ilícitas • Tipo de prácticas sexuales en trabajo sexual • Uso de condón en las prácticas sexuales más riesgosas • Uso de lubricante para la penetración durante el trabajo sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución según tipo de trabajo y consumo de drogas. • Distribución según nivel educacional, origen étnico y tipo de vivienda, tipo de trabajo, condiciones laborales, seguridad en las relaciones, condiciones de trabajo sexual, consumo de drogas, atención de la salud, conocimiento sobre VIH y estatus propio y percepción de aceptación social.
2. Conocer los tipos de discriminación a los que son sometidas las mujeres trans por su identidad de género	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de rechazo • Experiencias de agresión verbal • Experiencias de agresión física • Experiencias de violación sexual • Experiencias de abuso policial 	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio de experiencias de rechazo y distribución según agentes de rechazo • Promedio de experiencias de agresión verbal y distribución según agentes de agresión verbal • Promedio de experiencias de agresión física y distribución según agentes de agresión física • Promedio de experiencias de rechazo y distribución según agentes de rechazo • Promedio de experiencias de violación sexual y distribución según violadores • Promedio de experiencias de abuso policial • Distribución según seguridad en las relaciones y atención de la salud, conocimiento sobre VIH y estatus propio, percepción de aceptación social
3. Identificar el uso de hormonas, tipo de procedimientos y otros aspectos relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de tratamiento hormonal • Tipo de tratamiento hormonal 	Afirmativo/negativo

con el proceso de feminización de las mujeres trans	<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción de tratamiento hormonal por personal médico autorizado • Administración de tratamiento hormonal inyectable por personal de salud autorizado • Conocimiento sobre efectos secundarios de terapia hormonal • Prácticas estéticas y procedimientos quirúrgicos para cambiar apariencia • Prácticas estéticas y/o quirúrgicas clandestinas 	
4. Identificar la presencia de ideación suicida e intentos de suicidio entre mujeres trans	<ul style="list-style-type: none"> • Posicionamiento frente al suicidio 	<p>Haber considerado suicidio en alguna ocasión / No haberlo considerado</p> <p>Haber intentado alguna vez el suicidio / no haberlo intentado</p>
5. Determinar el tamaño de la población de mujeres trans en la provincia de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres trans encontradas en el 1er y 2° marcaje y recapturadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Número/porcentaje de mujeres trans del 1er marcaje, del segundo y las recapturadas
6. Caracterizar a la población de mujeres trans en la provincia de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Lugar de residencia • Orientación sexual • Identidad de género • Origen étnico • Nivel educacional • Tipo de trabajo • Condiciones de trabajo sexual • Consumo de drogas • Conocimiento sobre VIH • Percepción de aceptación social de la propia transexualidad • Realización de trabajo sexual • Condiciones de trabajo sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Promedio y mediana de edad • Porcentaje de lugar de residencia • Distribución según edad, lugar de residencia, origen étnico, tipo de vivienda, nivel educacional, seguridad en las relaciones sexuales, condiciones de trabajo sexual, consumo de drogas, atención de la salud, conocimiento de VIH y sobre estatus y percepción de aceptación social. • Porcentaje de trabajo sexual • Distribución según edad y trabajo sexual
7. Realizar un índice de riesgo de infección por VIH de la población de	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Lugar de residencia • Orientación sexual • Identidad de género 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución según nivel educacional y consumo de drogas, conocimiento sobre

mujeres trans en la provincia de Panamá	<ul style="list-style-type: none"> • Origen étnico • Nivel educacional • Tipo de trabajo • Condiciones de trabajo sexual • Consumo de drogas • Conocimiento sobre VIH • Percepción de aceptación social de la propia transexualidad • Realización de trabajo sexual • Condiciones de trabajo sexual 	<p>VIH, tipo de trabajo y condiciones de trabajo sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución según consumo de drogas y condiciones laborales. • Distribución según tipo de trabajo consumo de drogas. • Distribución según nivel educacional, origen étnico, tipo de trabajo, condiciones laborales, condiciones de trabajo sexual, consumo de drogas, conocimiento sobre VIH y percepción de aceptación social.
---	--	---

Todos los datos fueron tabulados en cuadros y presentados en figuras. Para el análisis de estas variables se utilizaron porcentajes como medidas de frecuencia relativa y se aplicaron medidas de tendencia central y la desviación estándar. Para identificar las diferencias estadísticamente significativas se utilizó la prueba de Chi² o el test exacto de Fischer, según correspondiera, y el valor de la probabilidad (p value). Se consideró significancia estadística para un valor de $p \leq 0.05$.

10.6 Elaboración del índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la población de mujeres trans.

Para la elaboración del índice de riesgo de infección por VIH en esta población, en primer lugar, se seleccionaron, basados en la literatura nacional e internacional, las variables que formaban parte de las preguntas que se realizaron a todas las mujeres trans entrevistadas y que se asocian al riesgo o la protección de la infección por VIH. No se pudo encontrar sustento en la literatura para la inclusión de algunas variables, pero sí la selección de un indicador proxy que

esté fundamentado. Las variables elegidas, su clasificación y la variable proxy, en su caso, se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2. VARIABLES Y VALORES SELECCIONADAS PARA LA ELABORACIÓN DEL ÍNDICE DE RIESGO DE INFECCIÓN POR VIH.

VARIABLES	VALORES
Rango de edad ²	18-24, 25-29, 30-39 y 40-49
Nivel educacional ³	ninguno, primaria, secundaria, universitaria
Identidad de género ⁴	omeguit – no omeguit
Abuso de clientes ⁵	sí – no
Consumo de alcohol o drogas ⁶	sí – no
Haber padecido una ITS ⁷	sí – no
Sexo transaccional ⁸	sí – no

Luego de la selección, se procedió a ponderar cada una de los valores de las variables, asignando pesos a cada una de ellas sobre un total posible de 100% para cada variable. Para ello, se aplicó la siguiente fórmula:

$$31.5\% = yx + \frac{zx}{n}$$

donde

x es el riesgo de que el sujeto con el valor de referencia esté infectado por VIH

² No se encontró una sustentación de que esta variable suponga un riesgo para la infección, pero sí indicadores que se asocian a la misma y han sido medidos, como el conocimiento de las formas de transmisión y prevención del VIH, en la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados de la Contraloría General de la República de 2013, que se utilizó como variable proxy.

³ Para esta variable se utilizó la información del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (2013)

⁴ Para esta variable no existe un sustento en la literatura. No obstante, se decidió explorar la influencia de la condición de trans o de omeguit, basado en la mayor aceptación de esta condición entre la comunidad guna que de la condición de trans entre la población general.

⁵ No se ha medido el incremento en el riesgo de infección por VIH como resultado del abuso de los clientes pero, como establece la OMS/ONUSIDA (2000), el abuso, incluyendo la violación, de las trabajadoras sexuales, puede incrementar directamente el riesgo de infección por el trauma y las laceraciones en los órganos sexuales.

⁶ El uso de drogas incrementa en 4 el riesgo de infección por VIH (Ostrow DG et al., 2009).

⁷ El padecimiento de una ITS aumenta hasta en 5 veces el riesgo de infección por VIH (Fleming y Wasserheit, 1999)

⁸ El trabajo sexual aumenta en 11 veces el riesgo de infección por VIH (Baggaley, Boily, White y Alary, 2009).

n es el índice de incremento del riesgo de infección de un valor respecto del otro valor de la misma variable

y es el peso en porcentaje del valor de referencia en la variable

z es igual a 100% menos el peso del valor de referencia en la variable

31.7% es la prevalencia de VIH estimada para la población de mujeres trans (Programa Nacional de ITS/VIH/sida del MINSA, 2013).

El valor de la $x/100$ fue el peso asignado por ponderación a cada valor de referencia de cada variable. En los casos de valores cuyo incremento suponen factor de protección, como es el caso del nivel educacional, el peso asignado es $1-x/100$.

Como resultado de esta ponderación, se obtuvo la tabla incluida en el Anexo 8.

La suma de la ponderación de cada variable de riesgo ofrecía un valor de entre 0.23 y 0.68. Siendo que la mediana de los valores es 0.33, se determina que las mujeres trans cuyas variables obtengan un valor ponderado total de 0.33 o más están en mayor riesgo de infección por VIH que aquellas cuyas variables obtengan un valor ponderado total menor a 0.33.

11.RESULTADOS

11.1 Datos sociodemográficos de la población entrevistada

Del total de mujeres trans entrevistadas en esta investigación (123), 6 de cada 10 (76; 61.8% - 28.5%+33.3%) tenían menos de 30 años de edad, siendo el grupo de 25 a 29 años de edad el de mayor porcentaje (41; 33.3%). Sólo una de cada 10 mujeres trans (14; 11.4%) tenía 40 años o más (Figura 6). La mediana de edad es de 27.0 años.

Cuadro 3. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN RANGO DE EDAD. 2013.

Rango de edad	N°
18-24	35
25-29	41
30-34	28
35-39	5
40-44	11
45+	3
n = 123	

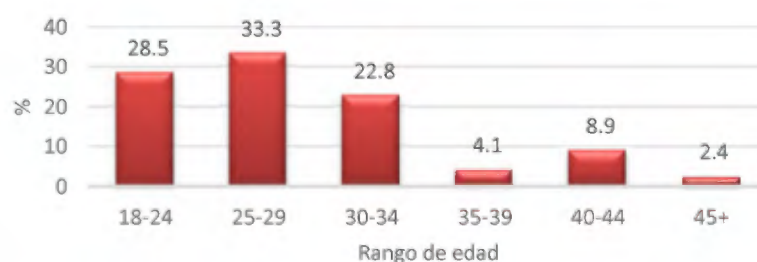


Figura 6. Proporción de mujeres trans de la provincia de Panamá según grupo de edad.
n = 123

Entre las mujeres trans entrevistadas, las indígenas son las que más tempranamente (13; 37.1% de las de entre 18 y 24 años) se identifican como trans (Figura 7), aunque no existe una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.7560$) en la distribución de las mujeres trans encuestadas, según rango de edad por etnia declarada, guna u otra. Sin embargo, sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre el porcentaje de la representación de la etnia guna en la población general (2.2%, según el Censo de Población y Vivienda del Instituto de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República) y la representación encontrada en esta muestra (32.5%).

Cuadro 4. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN ETNIA GUNA U OTRAS. 2013.

Demás etnias	Indígena guna
22	13
29	13
18	10
4	1
8	3
3	0
n = 123	

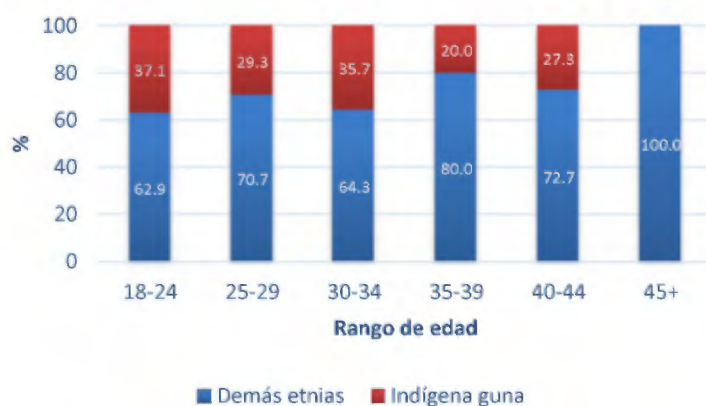


Figura 7. Rango de edad de las mujeres trans de la provincia de Panamá, según etnia. 2013. n = 123

11.1.1 Distribución étnica de las mujeres trans

Según los grupos étnicos declarados por las personas entrevistadas, los mayores porcentajes de mujeres trans corresponden a las mestizas e indígenas, con un 47.1% (58) y 39.9% (49), respectivamente. Los menores porcentajes se ubicaron entre las mujeres negras (9; 7.3%) y blancas (6; 4.9%). Del total de mujeres trans indígenas (49), 81.6% (40) se identifican como indígenas guna. Cinco entrevistadas eran de la étnica Ngäbe-Buglé y 4 de la étnica Emberá.

11.1.2 Situación habitacional de las mujeres trans

La gran mayoría de las mujeres entrevistadas (114; 92.7%) viven en casa o apartamento, aunque un 3.25% (4) viven en hotel o pensión y el mismo porcentaje son precaristas. Un 0.81% (2) están institucionalizadas en hogares o instituciones.

11.1.3 Nivel educativo de las mujeres trans

Un 19.5% (24) de las entrevistadas cuentan con educación universitaria o de posgrado. Casi la mitad (56; 45.5%) de las mujeres trans entrevistadas completaron la educación secundaria, mientras que un 11.4% (14) la comenzaron sin llegar a completarla. Un 22.8% (28) alcanzaron algún nivel de escolaridad primaria (completa o incompleta), Figura 8.

Cuadro 5. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN NIVEL EDUCATIVO. 2013.

Nivel de estudios	Frecuencia
Postgrado/maestría/doctorado	9
Superior universitaria	15
Secundaria completa	56
Primaria completa	18
Secundaria incompleta	14
Primaria incompleta	10
Ninguno	1
n = 123	

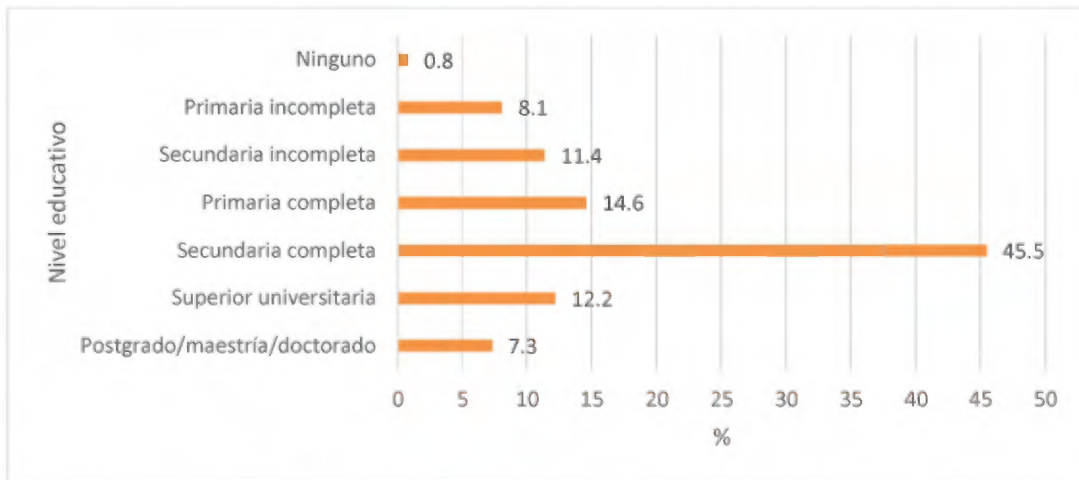


Figura 8. Proporción de mujeres trans de la provincia de Panamá, según nivel educacional. 2013. n = 123

11.1.4 Identidad de las mujeres trans

Una de cada 2 (61; 49.6%) de las entrevistadas se identificó como mujer trans, un 27.6% (34) como mujeres, y cerca de una de cada cuatro (28; 22.8%) como omeguit.

11.1.5 Orientación sexual de las mujeres trans

Casi nueve de cada 10 de las participantes en este estudio (109; 88.6%) indicaron ser heterosexuales. Una de cada 10 (13; 10.6%) se identificó como bisexual, mientras que menos de un 1% (1) como lesbianas.

11.1.6 Situación laboral de las mujeres trans

El 51.2% (63) de las mujeres trans entrevistadas manifestó desarrollar un trabajo remunerado, mientras que el 48.8% (60) no lo hace. Entre las mujeres trans de la provincia de

Panamá que declararon una ocupación laboral, la mayor proporción (39; 31.7%) lo hace en centros de belleza, seguidas por el grupo que lo hace en hostelería (20; 15.9% del total) y las que declararon trabajo sexual como su ocupación (16; 12.7%), Figura 9.

Cuadro 6. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL. 2013.

Tipo de trabajo	Frecuencia
Mantenimiento	3
Ventas/comercio	4
Administrativo	5
Proyectos ONG	6
Independiente	7
Trabajo sexual	8
Hostelería	10
Belleza	20
n = 63	



Figura 9. Ocupación de las mujeres trans de la provincia de Panamá que trabajan. 2013. n = 63

De acuerdo al ingreso mensual, 8 de cada 10 (55 + 47; 44.4% + 38.1%) de las mujeres trans entrevistadas tienen un ingreso mensual menor de 800 dólares, siendo 38.1% las que perciben menos de 400 dólares, Figura 10.

Cuadro 7. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN INGRESO MENSUAL. 2013.

Ingreso mensual	Frecuencia
> 2,000 dólares	2
Entre 801 y 2,000 dólares	9
Entre 400 y 800 dólares	28
< 400 dólares	24
n = 63	

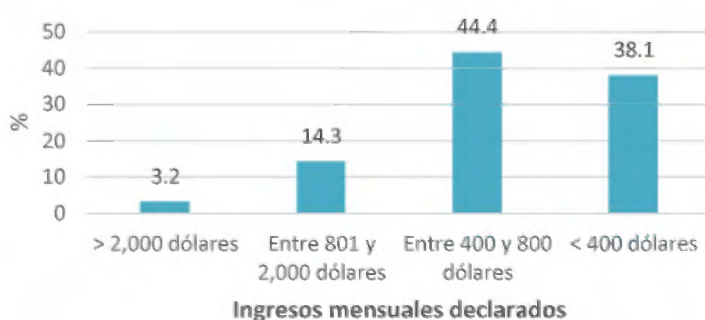


Figura 10. Ingreso mensual de las mujeres trans de la provincia de Panamá que trabajan. 2013. n = 63

11.1.7 Distribución de las mujeres trans por variables según etnia

Al analizar la distribución de mujeres trans entre las mayores y las menores de 30 años según pertenecieran al grupo de indígenas guna o de los demás grupos étnicos, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.7560$). No hubo diferencias estadísticamente significativas al realizar este análisis entre las mayores y las menores de 35 años ($p = 0.2968$), ni entre las mayores y menores de 40 años ($p = 0.3525$), según dicha clasificación.

La distribución de mujeres trans por nivel educativo según etnia indígena y demás grupos étnicos presenta una diferencia significativa, siendo mayor el acceso a la educación entre las mujeres trans no indígenas ($p = 0.0106$), Cuadro 8.

Cuadro 8. NIVEL EDUCACIONAL DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN ETNIA INDÍGENA U OTRA. 2013.

Nivel educativo	Demás grupos étnicos	Indígena
Hasta secundaria completa	54	45
Superior universitaria	20	4
n = 123 Chi ² = 5.5323 p = 0.0186		

Existe una diferencia significativa en la distribución por nivel de ingresos (mayor o menor de USD 400.00), según etnia indígena u otras etnias, según se muestra en el Cuadro 9.

Cuadro 9. INGRESO MENSUAL DECLARADO POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN ETNIA INDÍGENA U OTRA. 2013

Ingreso	Demás grupos étnicos	Indígena
< 400.00 dólares	39	45
≥ 400.00 dólares	35	4
n = 123 Chi ² = 19.0815 p < 0.05		

No existe una diferencia significativa ($p = 0.4589$) en la identificación como trabajadora sexual entre las de etnia indígena y las de otras etnias.

11.1.8 Distribución de las mujeres trans según variables por identificación como trabajadora sexual

No se encontró diferencia significativa en la distribución de las mujeres trans entrevistadas según rango de edad, por identificación como trabajadora sexual o no (Cuadro 10). La proporción de mujeres trans de la provincia de Panamá que se identifica como trabajadora sexual se mantiene estable (entre el 15 y 17%) en los rangos de edad entre los 18 y 34 años. Esta proporción se incrementa hasta el 40% en el rango de edad de 35 a 39 años. Ninguna de las mujeres trans de 40 años o más se identifica como trabajadora sexual. Tampoco hay diferencia estadísticamente significativa cuando el corte se hace entre las menores y las mayores de 30 años ni entre las menores y mayores de 40 años.

Cuadro 10. IDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL DE LAS MUJERES TRANS DE PANAMÁ, SEGÚN RANGO DE EDAD. 2013

Rango de edad	No se identifica como TS	Sí se identifica como TS	Total general
18-24	29	6	35
25-29	34	7	41
30-34	24	4	28
35-39	3	2	5
40-44	11	--	11
45 y +	3	--	3
n = 123 glb 5 p = 0.4093			

De igual manera, no se halló diferencia significativa ($p = 1.0000$) en la proporción que se considera como trabajadora sexual entre las que tienen hasta estudios de secundaria y las que tienen estudios superiores.

11.2 Identificación de los comportamientos de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana entre las mujeres trans mayores de edad en la provincia de Panamá

11.2.1 Uso del condón con pareja estable

Una de cada 4 mujeres trans, es decir el 23.6% (29/123) de la provincia de Panamá tienen pareja estable. Casi siete de cada diez de ellas (20/29) utilizan siempre el condón en las relaciones sexuales con su pareja estable. Un 6.9% (2/29) no lo utiliza nunca (Figura 11).

Cuadro 11. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE TIENEN PAREJA ESTABLE SEGÚN FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN CON PAREJA ESTABLE. 2013.

Uso de condón con pareja estable	Frecuencia
A veces	7
Nunca	2
Siempre	20
n = 29	



Figura 11. Uso del condón con su pareja estable entre las mujeres trans con pareja estable de la provincia de Panamá. 2013. n = 29

La razón más frecuente de no uso de condón con pareja estable fue el rechazo de la pareja al condón (6/29; 20.7%), seguida de la confianza en la pareja y la incomodidad de su uso (ambas con un 17.2%; 5/29). La menos frecuente fue estar bajo los efectos de las drogas (1/29; 3.4%), Figura 12.

Cuadro 12. MOTIVOS DE NO USO DE CONDÓN CON PAREJA ESTABLE ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ QUE TIENEN PAREJA ESTABLE. 2013.

Motivo de no uso de condón con pareja estable	Frecuencia
Pareja estable lo rechaza	6
A usted le gusta más sin condón	5
Disminuye la sensibilidad	5
Confía en su pareja	5
Consumió exceso de alcohol	4
El condón igual es inseguro	4
Cree que su pareja no tiene VIH	3
Siente vergüenza de pedirlo	2
Es difícil de conseguir	2
El condón es caro	2
Está muy excitada	2
Está bajo los efectos de drogas	1
n = 29	

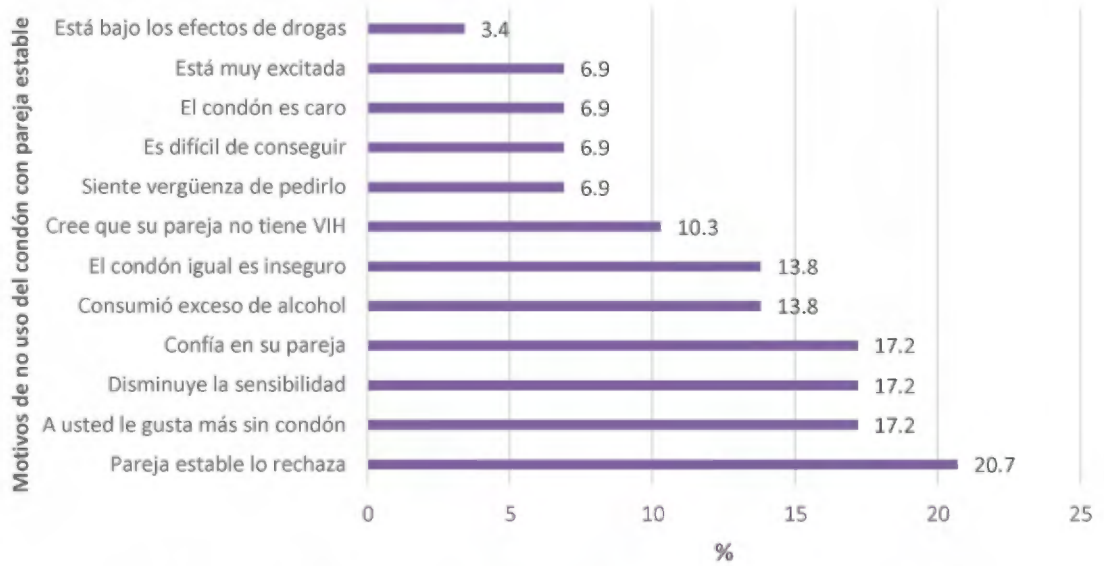


Figura 12. Motivos de no uso de condón con la pareja estable en mujeres trans de la provincia de Panamá, 2013. n = 29

11.2.2 Relaciones sexuales transaccionales

Una de cada tres mujeres trans de la provincia de Panamá (32.5%, 40/123) manifestó haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero o bienes en el último año (Figura 13).

Cuadro 13. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN RELACIONES SEXUALES A CAMBIO DE DINERO EN EL ÚLTIMO AÑO. 2013.

Relaciones sexuales a cambio de dinero en el último año	Frecuencia
No	83
Sí	40
123	

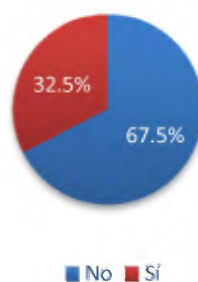


Figura 13. Práctica de relaciones sexuales a cambio de dinero en el último año entre mujeres trans de la provincia de Panamá. 2013. n = 123

La mayor proporción de mujeres trans que habían tenido relaciones sexuales a cambio de dinero se reportó entre las que habían completado la educación primaria (25/40; 63.0%), sin diferencias significativas estadísticamente entre ningún grupo de escolaridad y el resto de los niveles educativos.

11.2.3 Prácticas de riesgo relacionadas con el trabajo sexual

Cerca de la mitad de las mujeres trans que mantuvieron relaciones sexuales a cambio de dinero en el último año (47.5%: 19/40) se calificaron como trabajadoras sexuales (Figura 14).

Cuadro 14. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL. 2013.

Autoidentificación como trabajadora sexual	Frecuencia
No	21
Sí	19
40	



Figura 14. Autoidentificación como trabajadora sexual entre las mujeres trans de la provincia de Panamá que tuvieron relaciones a cambio de dinero en el último año. 2013 n = 40

La mayoría (52.6%; 10/19) de las mujeres trans que se identifican como trabajadoras sexuales ejercían su trabajo en la calle. Una de cada cuatro (5/19; 26.3%) lo hacía en bares (Figura 15).

Cuadro 15. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN LUGAR DE TRABAJO SEXUAL. 2013.

Lugar de trabajo sexual	Frecuencia
Calle	10
Bar	5
Otro/No contesta	2
Otro/Internet	1
Domicilio	1
n = 19	

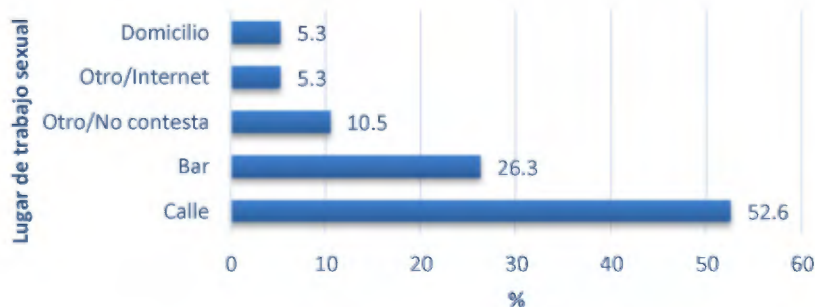


Figura 15. Lugar de trabajo sexual de las mujeres trans trabajadoras sexuales de la provincia de Panamá. 2013. n = 19

La mitad de las mujeres trans trabajadoras sexuales de la provincia de Panamá tienen 1 acto sexual con cada cliente nuevo. Una de cada 4 (5/19; 26.3%) tiene más de 4 actos sexuales con cada cliente nuevo. Ocho de cada 10 (16/19) tenían clientes fijos. Una de cada dos (10/19) conciben el alcohol como un facilitador del trabajo sexual, mientras que cuatro de cada 10 (8/19) conciben como facilitador a las drogas.

Más de la mitad (10/19; 53.0%) de estas mujeres consideraron que el alcohol y/o las drogas influyen en el uso del condón con sus clientes, ya sea a veces o siempre.

Casi la totalidad (18/19; 94.7%) de las mujeres trans trabajadoras sexuales perciben el abuso policial como un riesgo en su trabajo. Cerca de 3 de cada 4 (14/19) también percibía como

un riesgo el abuso por parte de los clientes. Dos de cada 3 (13/19) consideraron que las peleas con las compañeras y contraer enfermedades son un riesgo, en tanto que una de cada 4 (5/19) percibió como riesgo la explotación por parte de dueños de local en los que laboraban (Figura 16).

Cuadro 16. DISTRIBUCIÓN DE LOS RIESGOS PERCIBIDOS POR LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ EN SU TRABAJO SEXUAL. 2013.

Riesgos percibidos por las mujeres trans en el trabajo sexual	Frecuencia
Abuso de policía	18
Abuso de clientes	14
Pelea con compañeras	13
Contraer enfermedades	13
Robos callejeros	10
Alcoholismo	9
Ser descubierta en el hogar	9
Ser reconocida	8
Drogadicción	8
No salir del medio	7
Explotación de dueños de local	5
n = 19	

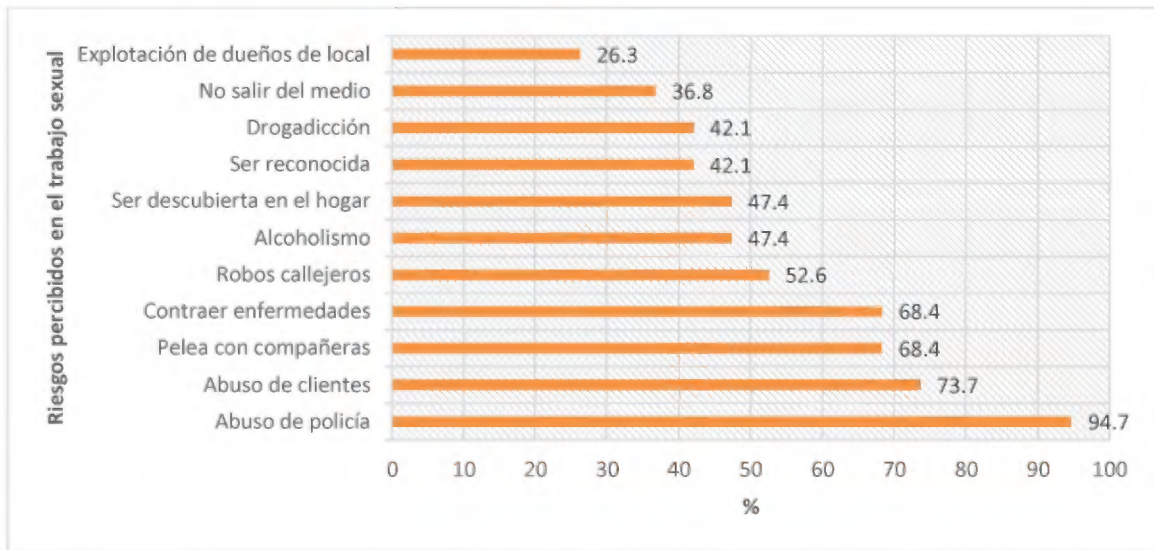


Figura 16. Riesgos percibidos por las mujeres trans trabajadoras sexuales de la provincia de Panamá en el desarrollo del trabajo sexual. 2013. n = 19

La gran mayoría de las mujeres trans trabajadoras sexuales (14/19; 73.7%) manifestaron utilizar siempre el condón con sus clientes. Un 21.1% (4/19) expresaron usarlo a veces, y ninguna manifestó no usarlo nunca (Figura 17).

Cuadro 17. FRECUENCIA DE USO DE CONDÓN ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Frecuencia de uso de condón en TS	Frecuencia
A veces	4
Siempre	14
N/R	1
n = 19	



Figura 17. Uso del condón con clientes por parte de las mujeres trans trabajadoras sexuales de la provincia de Panamá. 2013. n = 19

Cuatro de cada 5 (15/19) mujeres trans trabajadoras sexuales siempre utilizaban el condón en el trabajo sexual, mientras que el resto lo utilizaba a veces. No se encontró diferencia estadísticamente significativa entre las menores y las mayores de 30 años, como tampoco se encontró entre las que tienen pareja estable y las que no, ni entre los diferentes grupos de nivel educativo ($p = 1.0000$).

Las razones de no uso del condón con los clientes entre las mujeres trans trabajadoras sexuales de la provincia de Panamá son muy diversas. Tres de las 4 más mencionadas están relacionadas con el cliente (ya sea que se opone, que ofrece pagar más o que piensa que el cliente no tiene VIH), mientras que la cuarta se refiere a los efectos de las drogas (Figura 18). El mayor motivo de no uso del condón con los clientes entre las mujeres trans trabajadoras sexuales fue debido a que el cliente se opone (4/19; 21.0%). Los menores porcentajes se obtuvieron para las opciones de consumo excesivo de alcohol, dificultad de conseguir condones e inseguridad de los mismos, con 10.5% (2/19) cada una.

Cuadro 18. DISTRIBUCIÓN DE LAS RAZONES DE NO USO DE CONDÓN CON CLIENTE ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Razones de no uso de condón con cliente	Frecuencia
Cliente se opone	4
Está bajo los efectos de las drogas	3
El cliente ofrece pagar más	3
Cree que el cliente no tiene VIH	3
Condón igual es inseguro	2
Es difícil de conseguir	2
Consumió exceso de alcohol	2
N =19	



Figura 18. Motivos de no uso del condón con clientes entre las mujeres trans trabajadoras sexuales de la provincia de Panamá. 2013. n = 19

Entre las mujeres trans trabajadoras sexuales, se observa que 6 de cada 10 (12/19), en alguna ocasión, mantenía sexo oral sin condón. Casi la mitad de ellas (9/19) recibían semen en la boca y más de la mitad (57.9%; 11/19) recibían penetración anal sin preservativo en alguna ocasión. Un 31.6% (6/19) manifestaron no utilizar el condón para la penetración anal al cliente en alguna de las frecuencias estudiadas. Seis de cada 10 (12/19) siempre utilizan lubricante en la penetración (Figura 19).

Cuadro 19. DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA DE PRÁCTICAS SEXUALES SELECCIONADAS ENTRE LAS MUJERES TRANS TRABAJADORAS SEXUALES DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Práctica	Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca	NS/NC
Sexo oral sin preservativo	1	2	9	6	1
Recibir semen en la boca	1	1	7	10	0
Recibir penetración anal sin preservativo	1	1	8	9	0
Penetración anal al cliente sin preservativo	1	1	4	13	0
Recibir penetración anal con preservativo	7	2	8	2	0
Penetración anal al cliente con preservativo	5	4	5	5	0
Uso de lubricante en penetración	12	0	2	0	5
n = 19					

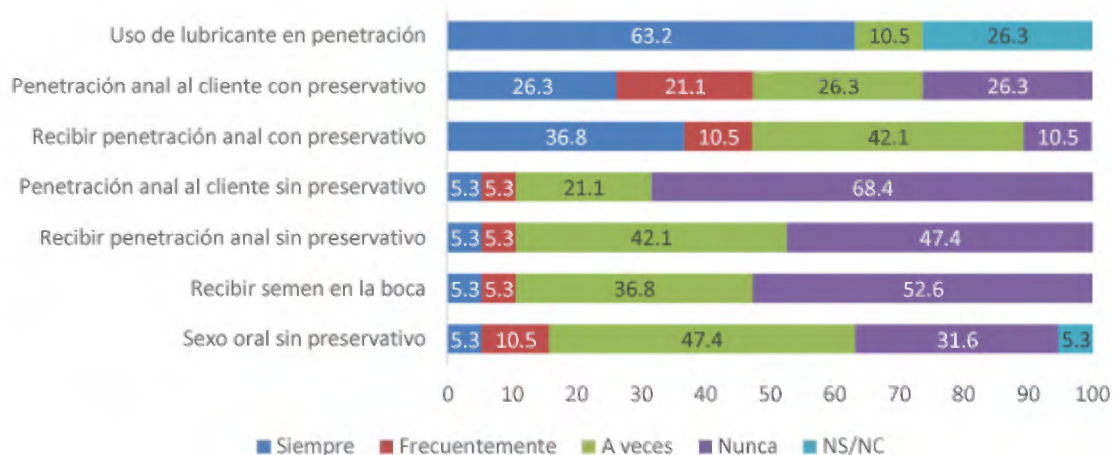


Figura 19. Prácticas sexuales más comunes entre las mujeres trans trabajadoras sexuales de la provincia de Panamá. 2013. n = 19

Entre las mujeres trans trabajadoras sexuales entrevistadas se estimó una prevalencia de consumo de drogas en los últimos doce meses de 47.4% (9/19). La droga más consumida fue la marihuana (8/9; 88.9%), seguida de la cocaína (6/9; 66.7%) y, en la menor proporción, la heroína (1/9).

11.2.4 Uso de drogas

El único rango de edad en que las mujeres trans de la provincia de Panamá manifestaron no usar drogas es el de 45 años y más. En el resto de rangos de edad, la proporción disminuye desde el 26% (9/35) de los 18-24 años al 14% (4/28) de entre 30 y 34 años. La mayor proporción de uso de drogas se encuentra entre las que tienen 35 y 39 años (2/5; 40%). No se encontró diferencia estadísticamente significativa en el uso de drogas entre las menores y las mayores de 30 años ($p = 0.3566$), ni entre las que tienen pareja estable y las que no la tienen ($p = 0.2824$).

Sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de mujeres trans que declararon consumir drogas según se consideraran trabajadoras sexuales (9/19; 47.4%) o no (15/104; 14.4%) (Figura 20). Ninguna de las trans trabajadoras sexuales comparte jeringas para el uso de drogas.

Cuadro 20. CONSUMO DE DROGAS ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, SEGÚN AUTOIDENTIFICACIÓN COMO TRABAJADORA SEXUAL. 2013.

Se considera TS	No consume	Sí consume
No	89	15
Sí	10	9
n = 123 Chi ² = 9.1041 p < 0.05		

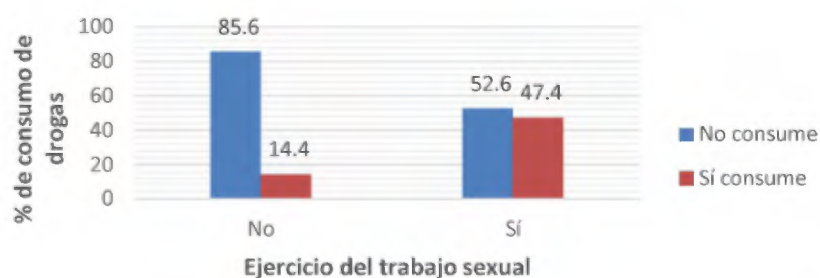


Figura 20. Consumo de drogas según identificación como trabajadora sexual en las mujeres trans de la provincia de Panamá. 2013 n = 123

11.2.5 Necesidades de salud sentidas y atención de la salud

Las principales necesidades de salud sentidas por las mujeres trans (Figura 21) son la consulta general (8 de cada 10; 99/123; 80.5%), la atención psicológica (7 de cada 10; 85/123; 69.1%) y la prevención y tratamiento del VIH (2 de cada 3; 81/123; 65.9%). Las menos frecuentes fueron la cirugía de reasignación de sexo (16/123; 13.0%) y la cirugía de feminización (22/123; 17.9%).

Cuadro 21. DISTRIBUCIÓN DE LAS NECESIDADES SENTIDAS DE SALUD ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Necesidades sentidas de salud	Frecuencia
Consulta general	99
Atención psicológica	85
Prevención y TX del VIH	81
Odontología	79
Atención hormonal	40
Cirugía feminización	22
Cirugía de reasignación de sexo	16
Otras	2
n = 123	



Figura 21. Necesidades de salud sentidas en mujeres trans de la provincia de Panamá. 2013. n = 123

La mayoría (70/123; 56.9%) de las mujeres trans de la provincia de Panamá ha asistido a la clínica amigable de Santa Ana (Figura 22), mientras que una minoría había asistido a la de Veranillo (9/123; 7.3%) o las clínicas de APLAFA (6/123; 4.9%).

Cuadro 22. ASISTENCIA DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ A LAS CLÍNICAS AMIGABLES DEL MINISTERIO DE SALUD. 2013.

Clínica amigable	Frecuencia
Santa Ana	70
Veranillo	9
APLAFA	6
Ninguna	38
n = 123	

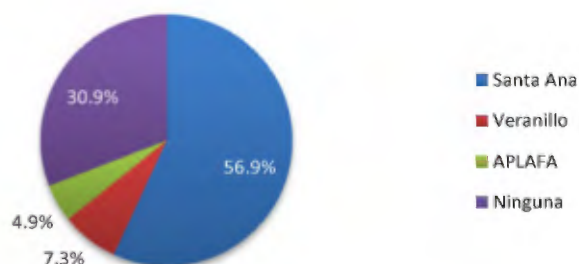


Figura 22. Asistencia a clínicas amigables por mujeres trans de la provincia de Panamá. 2013. n = 123

11.2.6 Conocimiento sobre VIH y sida

Casi la totalidad de las mujeres trans de la provincia de Panamá (117/123; 95%) ha escuchado hablar del VIH o sida en algún momento.

Menos de la mitad (59/123; 48%) de las mujeres trans de la provincia de Panamá que participaron en el estudio sabe reconocer que existe una diferencia entre el VIH y el sida.

Para los efectos de esta encuesta, se consideraron como modos de transmisión del VIH los siguientes: transfusión de sangre contaminada y penetración sexual sin condón. Se consideraron prácticas de riesgo las siguientes: “besar o le besan el ano”, “recibir semen en su boca”, “semen entra en contacto con heridas”, “recibir semen en el ano”, “sexo oral sin preservativo” y “ser penetrada sin preservativo”. En este sentido, dos de cada tres tienen conocimientos erróneos sobre los modos de transmisión del VIH, mientras que tres de cada cuatro tenían conocimientos erróneos sobre las prácticas de riesgo para la transmisión del VIH.

Se incluyó una pregunta con el objetivo de medir el conocimiento, entre las entrevistadas, sobre si una persona con VIH presenta algunas características específicas de la infección. Al respecto, encontramos que una de cada 3 desconocía los efectos físicos del VIH sobre el organismo.

Las ITS padecidas más señaladas entre las mujeres trans de la provincia de Panamá son las sífilis (9/123; 7.3%), la gonorrea (5/123; 4.1%) y el herpes genital (4/123; 3.2%). Un 9% (11/123) del total declara haber recibido tratamiento para la cura de la ITS.

Siete de cada 10 mujeres trans que participaron en el estudio consideraban que tienen un riesgo entre mediano (40/123; 32.5%) y muy alto (48/123; 39.0%) de contraer el VIH. Una de cada cuatro (29/123) indicó que su riesgo era bajo o nulo (Figura 23).

Cuadro 23. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ SEGÚN PERCEPCIÓN DE RIESGO PROPIO DE INFECCIÓN POR VIH. 2013.

Percepción del riesgo propio de infección por VIH	Frecuencia
No responde	2
No sabe	4
Ningún riesgo	9
Bajo	20
Mediano	40
Muy alto	48
n = 123	

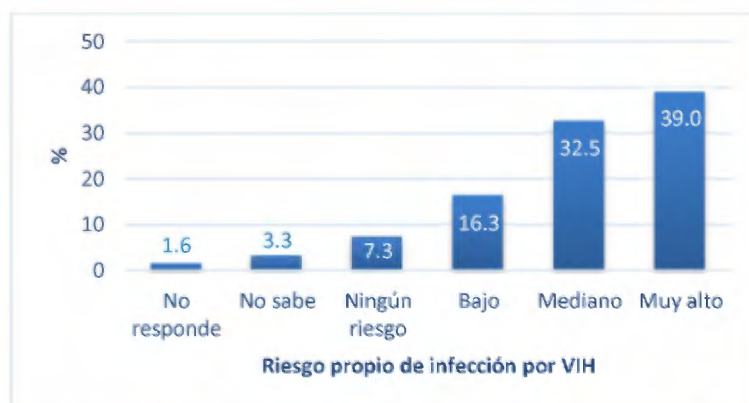


Figura 23. Percepción del riesgo propio de infección por VIH en mujeres trans de la provincia de Panamá. 2013. n = 123

El 52.6% (12/19) de las trabajadoras sexuales trans consideran que tienen un riesgo muy alto de infección por VIH y un 42.1% (8/19) consideran que este riesgo es mediano o bajo.

De entre las mujeres trans trabajadoras sexuales que realizan la práctica de mayor riesgo, que es ser penetrada sin preservativo (10/19), sólo el 40.0% (4) considera que está en riesgo muy alto de adquirir VIH.

El medio de obtención de información sobre VIH más mencionado fueron los medios de comunicación masiva (7 de cada 10 mujeres trans -69.9%- lo mencionaron), seguido por las

amistades (65.0%), las campañas oficiales (60.2%), la familia (57.8%) y el entorno laboral (44.7%) (Figura 24).

Cuadro 24. MEDIOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE VIH ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Medios de obtención de la información sobre VIH	Frecuencia
Medios masivos	86
Amigos	80
Campañas oficiales	74
Familia	71
Compañeras de trabajo	55
Otros	14
n = 123	



Figura 24. Medios de obtención de la información sobre VIH por mujeres trans de la provincia de Panamá. 2013. n = 123

11.2.7 Realización de la prueba de VIH

Respecto de la realización de la prueba de VIH alguna vez en su vida, una de cada cuatro mujeres trans de la provincia de Panamá entrevistadas no se la había realizado nunca. Entre las trabajadoras sexuales, el 98.5% se había realizado alguna vez la prueba, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.0031$) y sólo el 47.4% de todas ellas considera que tiene un riesgo muy alto de infección por VIH.

El único rango de edad en el que se encuentra que todas las mujeres trans de la provincia de Panamá se han realizado la prueba de VIH es el de 45 años y más. La proporción es menor entre las más jóvenes (20/35; 57%), aumentando hasta el 85.7% (12/14) en el rango de entre 40 y 44 años. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre las menores y las mayores de 30 años ($p = 0.3769$), ni entre los diferentes grupos de nivel educativo. El grupo de nivel educativo en que una menor proporción de mujeres trans se había realizado la prueba fue el de primaria incompleta, donde 6 de cada 10 (11/18) se la habían realizado. Ocho de cada 10 de las mujeres trans con la educación secundaria completa (45/56) se habían realizado la prueba de VIH.

De entre todas las mujeres trans que se habían realizado la prueba de VIH en alguna ocasión, 1 de cada 3 se la había realizado hacía seis meses o menos.

11.3 Discriminación o rechazo a los que son sometidos las mujeres trans.

Se consideraron diversos grados de manifestación de la discriminación por identidad de género, siendo el más leve la percepción de rechazo, pasando por la agresión verbal, la agresión física, la detención policial y, por último, la violación sexual, a causa de la identidad de género.

11.3.1 Percepción de rechazo por identidad de género

La discriminación o rechazo por la identidad de género ha sido sentida en alguna ocasión por 4 de cada 10 (50/123) mujeres trans encuestadas (33.3% en alguna ocasión y 6.5% frecuentemente) (Figura 25).

Cuadro 25. PERCEPCIÓN DE RECHAZO POR IDENTIDAD DE GÉNERO ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, 2013.

Percepción de rechazo por ser trans	Frecuencia
Algunas veces	41
Frecuentemente	8
Nunca	73
No responde	1
n = 123	

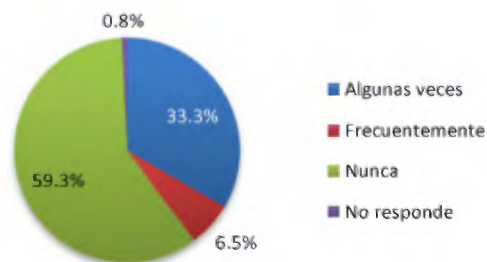


Figura 25. Proporción de percepción de rechazo por identidad de género en mujeres trans de la provincia de Panamá, 2013. n = 123

Entre las mujeres trans de la provincia de Panamá que manifestaron haber percibido rechazo por su identidad de género en algún momento, 9 de cada 10 (45/50) señaló como fuente del rechazo a las fuerzas policiales y 6 de cada 10 (30/50) a representantes de las iglesias (religiosos). Tanto los familiares, profesionales de la salud y la pareja, fueron señalados como fuente del rechazo por un 45% (22/50) de las encuestadas que habían sufrido rechazo (Figura 26).

Cuadro 26. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES ORIGEN DE RECHAZO POR IDENTIDAD DE GÉNERO ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Agente origen del rechazo	Frecuencia
Otros	2
Encargado de local	7
Compañeras de trabajo	17
Pareja	22
Profesionales de la salud	22
Familiares	22
Vecinos	27
Religiosos	31
Desconocidos	36
Fuerzas policiales	45
n = 49	

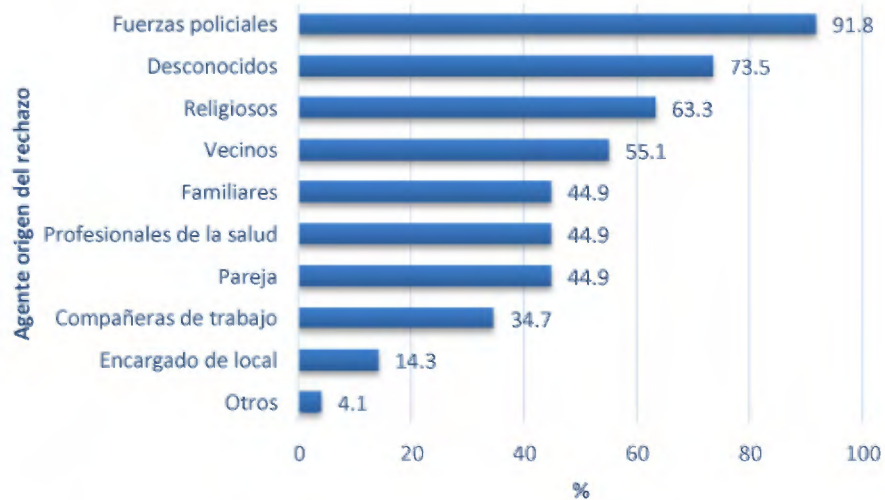


Figura 26. Agente origen del rechazo en mujeres trans de la provincia de Panamá que sintieron rechazo por identidad de género. 2013. n = 49

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de mujeres trans que manifestó haber sentido rechazo y las que no, según su condición de jóvenes

o adultas ($p = 0.5034$). Tampoco hubo significancia estadística entre las mujeres trans con diferentes niveles educativos ($p = 0.5511$).

11.3.2 Agresión verbal por identidad de género

Cuatro de cada 10 mujeres trans de la provincia de Panamá participantes en el estudio (51/123) fueron sujeto en algún momento de agresión verbal a causa de su identidad de género (33.3% -41- alguna vez y 8.1% -10- frecuentemente) (Figura 27).

Cuadro 27. EXPERIENCIA DE AGRESIÓN VERBAL POR IDENTIDAD DE GÉNERO ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Experiencia de agresión verbal por ser trans	Frecuencia
Frecuentemente	10
Algunas veces	41
Nunca	72
n = 123	

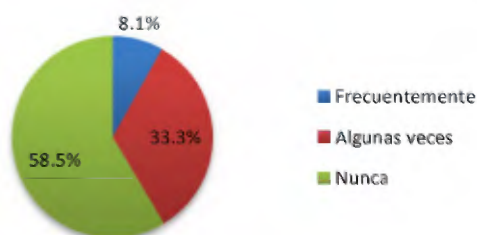


Figura 27. Proporción de mujeres trans de la provincia de Panamá que experimentaron agresión verbal por identidad de género. 2013. n = 123

Las fuerzas policiales fueron señaladas como fuente de la agresión verbal en mayor grado (45/51; 88.2%), seguidas por la pareja y desconocidos (32/51; 62.7% cada uno). Los profesionales

de la salud fueron señalados como agresores verbales por 1 de cada 4 mujeres trans (13/51) que ha sufrido dicha agresión (Figura 28).

Cuadro 28. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES ORIGEN DE LA AGRESIÓN VERBAL SUFRIDA POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ, 2013.

Agente agresor verbal	Frecuencia
Fuerzas policiales	45
Desconocidos	32
Pareja	32
Vecinos	23
Religiosos	19
Profesionales de la salud	13
Compañero/a de trabajo	12
Familiares	11
Encargados de local	4
Otro	2
Hijos	1
n = 51	

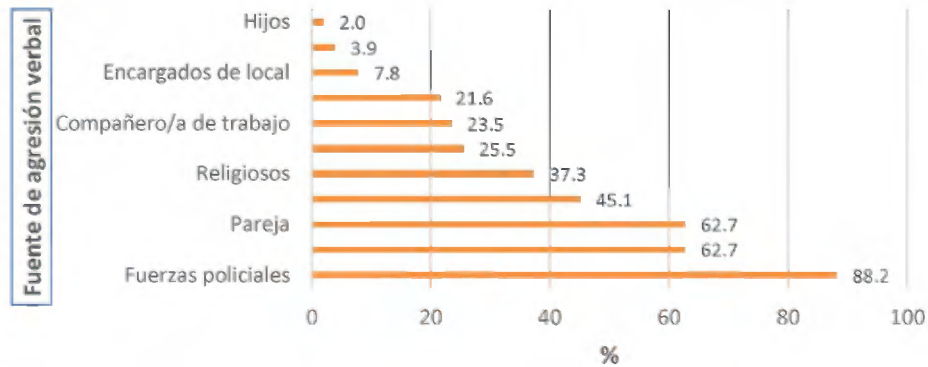


Figura 28. Agente origen de la agresión verbal hacia mujeres trans de la provincia de Panamá que experimentaron agresión verbal por identidad de género. 2013. n = 51

Las experiencias de agresión verbal por identidad de género hacia mujeres trans de la provincia de Panamá se encontraron en todos los rangos de edad. De todos los grupos de edad

investigados, el mayor porcentaje de mujeres trans que ha sufrido esta experiencia (algunas veces y frecuentemente) se encontró en el rango de 35 a 39 años (4/5; 80%); el análisis diferenciado según frecuencia de ocurrencia reflejó que la mayor proporción de mujeres trans que sufre esta violencia de manera frecuente se encuentra en el rango de 25 a 29 años de edad (6/41; 15%). No obstante, no se observa una diferencia significativa según los rangos de edad ($p = 0.2604$).

Una de cada 3 mujeres trans entrevistadas (40/123) reportó haber sufrido agresión física a causa de su identidad de género en algún momento (algunas veces y frecuentemente) (Figura 29).

Cuadro 29. EXPERIENCIA DE AGRESIÓN FÍSICA SUFRIDA POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ POR SU IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013.

Experiencia de agresión física por ser trans	Frecuencia
Nunca	83
Algunas veces	29
Frecuentemente	11
n = 123	

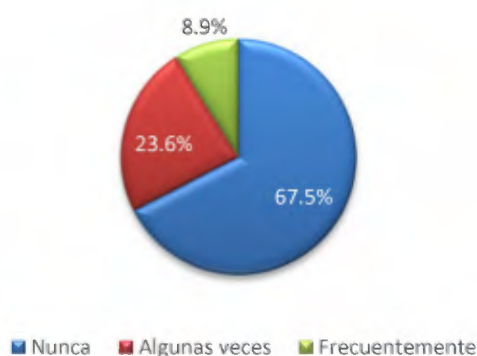


Figura 29. Proporción de mujeres trans de la provincia de Panamá que experimentaron agresión física por identidad de género. 2013. n = 123

Fueron identificados como agresores físicos, en primer lugar, la pareja (33/40; 80.5%), seguidos por las fuerzas policiales (32/40; 78.0%) y desconocidos (19/40; 46.3%). Un 7.3% (3/40) de las mujeres trans agredidas señala a los profesionales de la salud (Figura 30).

Cuadro 30. DISTRIBUCIÓN DE LOS AGENTES ORIGEN DE LA AGRESIÓN FÍSICA SUFRIDA POR LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ POR SU IDENTIDAD DE GÉNERO. 2013.

Agente origen de la agresión física	Frecuencia
Hijos	0
Otro	0
Encargados de local	1
Religiosos	2
Profesionales de la salud	3
Familiares	5
Compañero/a de trabajo	6
Vecinos	9
Desconocidos	19
Fuerzas policiales	32
Pareja	33
n = 40	



Figura 30. Fuente origen de la agresión física hacia mujeres trans de la provincia de Panamá que experimentaron agresión física por identidad de género. 2013. n = 41

Todas las mujeres trans de entre 35 y 39 años (5) habían sido agredidas físicamente, en contraste con las mujeres trans de entre 30 y 34 años, entre las que cerca de 8 de cada 10 (22/28; 78.6%) nunca había sufrido agresión física.

La violación sexual fue reportada por una de cada 4 mujeres trans (33/123). Un 2.4% del total (3/123) declara que sufre violaciones de manera frecuente. Una de cada 10 mujeres (11/123) no respondió a esta pregunta (Figura 31). Como perpetradores de la violación sexual, se señaló con mayor frecuencia a desconocidos (20/33; 60.6%), seguidos por familiares y la pareja (19/33; 57.6%) y las fuerzas policiales con un 48.5% (16/33) de todas las que declaran haber sido violadas (Figura 32). No se encontró diferencia significativa entre las mayores y menores de 30 años ($p = 0.9320$).

Cuadro 31. EXPERIENCIA DE VIOLACIÓN SEXUAL ENTRE LAS MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Experiencia de violación sexual	Frecuencia
Nunca	79
Algunas veces	30
Frecuentemente	3
N/R	11
n = 123	

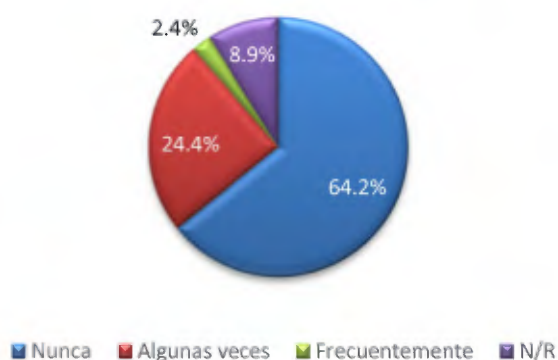


Figura 31. Proporción de mujeres trans de la provincia de Panamá que sufrieron violación sexual. 2013. n = 123

Cuadro 32. AGENTE ORIGEN DE LA VIOLACIÓN SEXUAL DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013.

Agente origen de la violación sexual	Frecuencia
Hijos	0
Religiosos	1
Profesionales de la salud	1
Encargados de local	1
Otro	2
Compañero/a de trabajo	4
Vecinos	8
Fuerzas policiales	16
Pareja	19
Familiares	19
Desconocidos	20
n = 33	

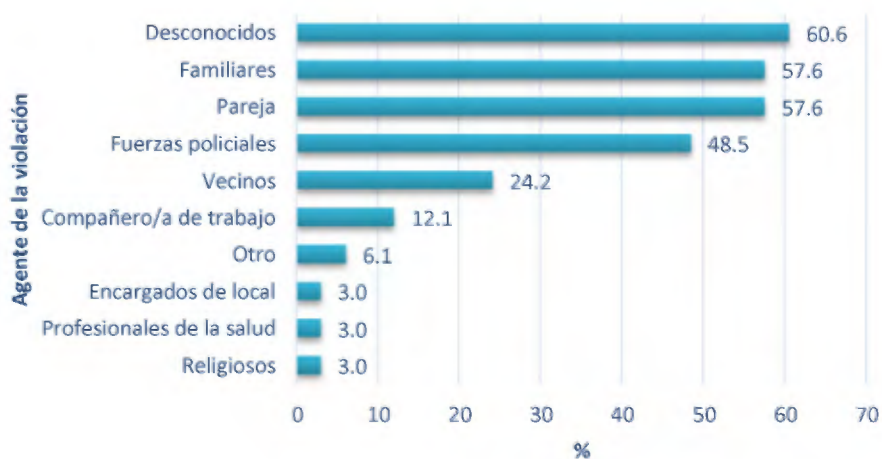


Figura 32. Fuente origen de la violación sexual hacia mujeres trans de la provincia de Panamá que experimentaron agresión física por identidad de género. 2013. n = 33

Se encontró que la proporción de mujeres trans que fueron violadas es mayor entre las que manifiestan ser trabajadoras sexuales que entre las que no lo son, sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.1458$).

Se encuentran mujeres trans violadas en todos los rangos de edad. Una vez más, el grupo de entre 35 y 39 años de edad fue el más afectado, reportándose, para este grupo, el 80% de mujeres trans violadas. Una de cada 5 mujeres trans de ese rango de edad y 1 de cada 3 de las que tenían 45 o más años de edad, no contestaron a esta pregunta. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las menores y las mayores de 30 años ($p = 0.7234$).

El 52.8% de las mujeres trans encuestadas (65/123) reportó haber sido detenida por su identidad de género en alguna ocasión, es decir, por ser mujer trans.

El análisis según grupo de edad indica que se reportaron detenciones policiales por identidad de género en todos los rangos de edad de las mujeres trans de la provincia de Panamá, siendo el grupo de entre 35 y 39 años las que más han experimentado este tipo de detención policial (22/28; 78.6%). La menor proporción de mujeres trans con esta condición se encuentra en el grupo de 30 a 34 años de edad. No se evidenció una diferencia significativa entre las menores y mayores de 30 años ($p = 0.3850$).

11.4 Uso de hormonas, tipo de procedimientos y otros aspectos relacionados con el proceso de feminización de las mujeres trans.

Cerca de 3 de cada 10 mujeres trans encuestadas (29.3%; 36/123) se habían aplicado tratamiento hormonal para feminizar su apariencia en algún momento. De ellas, el 77.8% (16/36) se había aplicado tratamiento inyectable y un 55.6% (20/36) se había administrado tratamiento por vía oral (pastillas).

Una de cada 10 mujeres trans (13/123) había asistido en algún momento a una consulta sobre el uso del tratamiento hormonal con un especialista endocrinólogo, y sólo un 45% (55/123)

sabía que la administración de tratamiento hormonal sin asesoramiento médico puede causar hepatitis.

Una de cada 12 mujeres trans entrevistadas (8.1%; 10/123) se había realizado algún procedimiento, quirúrgico y/o no quirúrgico, para feminizar su apariencia. De ellas, 9 se habían sometido a tratamientos quirúrgicos y 4 habían recurrido a tratamientos no quirúrgicos (3 se habían sometido a los dos tipos de tratamientos indicados en esta encuesta). Cuatro de las 10 mujeres trans que habían recurrido a los tratamientos, lo hicieron en condiciones de clandestinidad.

11.5 Presencia de ideación suicida e intentos de suicidio entre mujeres trans.

Una de cada cinco mujeres trans encuestadas (27/122; 22.1%) había considerado la opción del suicidio en alguna ocasión. De estas, el 81.5% (22/27) lo había intentado en algún momento.

No se observó una relación estadísticamente significativa entre la condición de trabajadora sexual de la mujer trans y el intento de suicidio ($p = 0.7637$), ni entre ser mayor o menor de 30 años de edad y dicho intento de suicidio ($p = 0.5784$).

Se reportan pensamientos suicidas en todos los rangos de edad. En general, se observa un aumento proporcional entre el porcentaje de mujeres trans que manifestaron tener ideas suicidas y el aumento de la edad, a excepción de los grupo de 30 a 34 y 40 a 44 (Cuadro 33). Dos tercios de las mujeres trans de 45 años y más entrevistadas ha tenido pensamientos suicidas.

Cuadro 33. IDEACIÓN SUICIDA POR RANGO DE EDAD EN MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. 2013. N = 123

¿Ha pensado en suicidarse?	Sí	No	N/R	Total
Rango de edad				
18-24	5	30	--	35
25-29	10	30	1	41
30-34	6	22	--	28
35-39	2	3	--	5
40-44	2	9	--	11
45+	2	1	--	3
n=123				

11.6 Datos para la determinación del tamaño de la población de mujeres trans en la provincia de Panamá

Todas las mujeres trans entrevistadas tenían 18 años de edad o más. En la primera captura se registraron 116 mujeres trans para el estudio en los sitios de reunión de HSH y de trans, de las cuales resultaron elegibles 110.

Durante la segunda captura, el número de registros de mujeres trans para el estudio fue de 50, de las cuales fueron 48 las elegibles. De estas, habían sido marcadas en la primera captura (recapturadas) 13. El resumen de los resultados se puede encontrar en el Cuadro 34.

Cuadro 34. RESULTADOS DE LA DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE POBLACIÓN DE MUJERES TRANS DE LA PROVINCIA DE PANAMÁ. JUNIO - JULIO DE 2013.

Captura	Abordadas	Capturadas elegibles	Recapturadas	Mujeres trans en los sitios de reunión de HSH y de trans
1ª captura	116	110	N/A	387 (233-542, IC95%)
2ª captura	203	48	13	

11.7 Índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá.

Como se mencionaba en la sección 6.6, página 41, para la elaboración del índice de riesgo se analizaron las variables que se asocian al riesgo o a la protección frente a la infección por VIH. Los valores de estas variables fueron ponderados asignando pesos a cada una de ellas sobre un total posible de 100% para cada variable. Para ello, se aplicó la fórmula detallada en dicha sección, así como la ponderación de cada valor de referencia de cada variable, y se procedió a la correspondiente categorización de los resultados de la ponderación.

Como resultado de la aplicación del índice de riesgo, se encontró que sesenta y un (62) casos, o el 50.4% de los mismos, tienen mayor probabilidad de riesgo de infección por VIH.

12.DISCUSIÓN

A continuación se presenta el Cuadro 35 con los resultados que arroja el análisis bivariado de los resultados de la encuesta.

Cuadro 35. SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA EN ANÁLISIS BIVARIADO

Variable	Prueba - valor	p
Distribución de mujeres trans por nivel educativo según etnia indígena y demás grupos étnicos	Chi ² – 5.5323	0.0106
Distribución por nivel de ingresos (mayor o menor de USD 400.00), según etnia indígena u otras etnias	Chi ² – 19.0815	0.0000
Proporción de mujeres trans que declararon consumir drogas según se consideraran trabajadoras sexuales	Chi ² – 9.1041	0.0025
Proporción de la representación de la etnia guna en la población general y en la población de mujeres trans	Chi ² – 13.76	0.0002
Tasa de ocupación laboral en población general y en muestra	Chi ² – 49.69	0.0002
Realización de la prueba de VIH según identificación como TS o no	Chi ² – 8.71	0.0031

12.1 Características sociodemográficas de la población entrevistada

La mediana de edad de la población trans de la provincia de Panamá entrevistada (27.0 años) es mucho menor que la encontrada en la población de entre 18 y 49 años de esta provincia estimada para 2013, que está en el rango de entre 40 y 44 años (INEC – Contraloría General de la República, 2010). Esto puede ser indicativo de una menor esperanza de vida de la población trans respecto de la población general (77.1 años, de acuerdo a los Indicadores Básicos de País – MINSA, 2014) que, si bien no se ha medido en Panamá, sí se ha observado en otros países donde esta medición se ha hecho, con un resultado de 35 años de esperanza de vida media (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo de Argentina, sin fecha).

El dato de esperanza de vida permitiría el cálculo del indicador de Años de Vida Perdidos. Si se toma el supuesto de que la esperanza de vida promedio de las mujeres trans de la provincia de Panamá es la misma que la encontrada en Argentina (35 años), y teniendo en cuenta que la esperanza de vida media al nacer en la provincia de Panamá en el año 2010 era de 79 años (INEC, 2012), se puede hallar el valor del indicador de años de vida perdidos. No se utiliza el dato de esperanza de vida promedio específico para hombres ni para mujeres, sino el promedio de población general, ya que la mortalidad está condicionada tanto por factores biológicos (incluido el sexo) como por determinantes sociales y culturales. El género es uno de estos factores determinantes sociales (Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, 2009). Al adoptar esta población el rol del género femenino, no es posible determinar en qué medida su mortalidad puede estar influida por factores biológicos o por factores sociales, por lo que no sería posible inclinarse por la asignación de la esperanza de vida de ninguno de los dos sexos.

Aplicando la fórmula sencilla para encontrar la diferencia entre la esperanza de vida promedio y la esperanza de vida en esta población

$$AVP = \bar{X} - \bar{x}$$

donde

AVP son los años de vida perdidos

\bar{X} es igual a la esperanza de vida media de la población general de la provincia de Panamá

\bar{x} es igual a la esperanza de vida media de la población de mujeres trans

Como resultado, se obtiene que los AVP de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá son 44. Esto supone una cifra superior incluso a la esperanza de vida promedio supuesta para ellas, y sin duda una cifra que representa una pérdida de años de vida, de productividad y disfrute de derechos básicos de enorme magnitud y evidencia una responsabilidad de intervención del Estado para subsanarlo (PNUD, 2014). El Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de las Naciones Unidas (2000, 2009, 2012) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014) se han pronunciado estableciendo la responsabilidad de los Estados en el aseguramiento del bienestar de la población de personas trans, por lo que el Estado panameño tiene la obligación de reducir esta brecha, aunque para ello es necesario contar con más información sobre la situación de este colectivo.

La proporción de mujeres trans de más de 35 años es mayor entre las omeguit de la etnia guna. Este dato podría ser indicador de una mayor esperanza de vida de las personas omeguit que de las mujeres trans, fruto de una mayor aceptación social y cultural en su comunidad y, por lo tanto, mejores condiciones de vida. Esta aceptación puede ser la razón de que la proporción de

indígenas guna entre las mujeres trans (32.5%) sea mucho mayor que la encontrada en la población guna en la población general de la República (2.2%) (INEC – UNFPA, 2010). La diferencia entre los porcentajes de representación de la etnia guna en la población general y en la población de mujeres trans es estadísticamente significativa ($p = 0.0002$). En el extremo opuesto se encuentra una infrarrepresentación de las mujeres de etnia negra entre las mujeres trans con un 7.3% del total, mientras que el porcentaje de personas que se autoidentificaron como afrodescendientes en 2010 ascendía a 11.3% entre la población total de Panamá (INEC – UNFPA, 2010). Esto puede deberse a una mayor discriminación hacia la diversidad sexual entre las personas de esta etnia, como se pudo comprobar en otros estudios (Durell y Chlong, 2007), que tenga como consecuencia una menor asunción de la identidad transgénero. No obstante, la diferencia entre la representación de la etnia negra en la población general y en la muestra del estudio no es estadísticamente significativa ($p = 0.4585$).

Respecto del nivel educativo, se encuentra que un 76.4% de las mujeres trans entrevistadas llegaron al menos a comenzar la educación secundaria. La población general tenía en 2013 una tasa bruta de matrícula de 72.1% en educación premedia y media (FUDESPA – UNICEF, 2013), lo que supone un porcentaje menor que el de la población trans. Dado que se experimenta una fuerte discriminación hacia las mujeres trans en todos los ámbitos, incluido el de la educación, puede pensarse que este alto nivel de escolaridad se deba a que las mujeres trans comienzan la transición de género una vez se ha completado la educación secundaria.

Se encuentra diferencia estadísticamente significativa entre el nivel educacional de las trans indígenas y las no indígenas, siendo mayor el acceso a la educación entre estas últimas (27.0% de las mujeres trans no indígenas tenían estudios universitarios, frente al 8.2% de las

indígenas), en línea con indicadores nacionales, que muestra un promedio de años de escolaridad muy superior en la población general (9.2) que en las áreas indígenas (4.1) (Durell y Chlong, 2007).

La tasa de ocupación entre la población trans de Panamá es de 51.2%, incluyendo a aquellas que se identifican como trabajadoras sexuales, con un 48.8% sin empleo. Estas cifras contrastan claramente con la tasa de desempleo nacional, que era de 4.1% en agosto de 2013 (INEC – Contraloría General de la República, 2014). Esta diferencia no es achacable a una menor formación, como se veía en las secciones anteriores, por lo que puede deberse a los altos índices de estigma y discriminación que sufre esta población. Los ámbitos de trabajo están muy circunscritos al área de la belleza y la hostelería, con algunas mujeres trans empleadas por proyectos de organizaciones no gubernamentales dirigidos específicamente a ellas.

De entre las mujeres trans empleadas, un 38.1% percibía por su trabajo menos de USD 400.00, estando la mediana de salario en el rango de entre USD 400.00 y 800.00. En este caso se observa también una diferencia con el salario medio mensual promedio de la población general de la República, que ascendía en 2013 a USD 984.12 (INEC – Contraloría General de la República, 2014).

La diferencia que se observa entre los ingresos de las mujeres trans indígenas y las no indígenas (91.8% de las mujeres trans indígenas tienen ingresos menores de USD 400.00, frente al 52.7% de las no indígenas) también se refleja en la población general, que tiene ingresos mayores a la población indígena (INEC – Contraloría General de la República, 2014). No obstante, las diferencias en ocupación y en salarios no implican una mayor tendencia al trabajo sexual entre las mujeres trans de ninguna etnia, ni entre las de diferentes edades o diferentes niveles educacionales.

12.2 Comportamientos de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana entre las mujeres trans

El uso del condón entre las mujeres trans es alto (69% de las que tienen pareja estable y 73.7% de las trabajadoras sexuales siempre usan condón), aunque aún existe un 31% de ellas que no lo utiliza siempre con su pareja estable. Entre las causas de no uso, la de mayor frecuencia es el rechazo de la pareja. El uso del condón entre las trabajadoras sexuales es más alto, pero aún lejos del 100% ideal para una práctica tan riesgosa.

Si bien casi un tercio de las mujeres trans informa haber tenido relaciones sexuales transaccionales, sin diferencias entre subgrupos, menos de la mitad de ellas se identifican como trabajadoras sexuales. La gran mayoría de las trans trabajadoras sexuales ejercen su trabajo en la calle y/o en bares, donde se podría alcanzar a casi el 80% de ellas.

El alcohol y las drogas se convierten en un facilitador para la toma de riesgo en el trabajo sexual en muchos casos. Respecto del no uso del condón las cuatro principales causas están relacionadas, o bien con los clientes (se oponen, ofrecen pagar más o no aparentan tener VIH) o con el uso de drogas, que realizan casi 9 de cada 10 trabajadoras sexuales. Estos riesgos se comprueban al examinar las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales, que en proporciones significativas incluyen algunas de mucho riesgo para la transmisión del VIH, como ser penetradas sin preservativo, penetrar sin él o no utilizar lubricante. No obstante, se halló una diferencia estadísticamente significativa entre la realización de la prueba de VIH y la autoidentificación como trabajadora sexual, siendo el porcentaje de realización de la prueba mayor en el grupo que se identifica como trabajadora sexual (98.5% frente a 47.4% de las que no se identifican como trabajadora sexual – $p = 0.0031$). Esta diferencia no parece que se deba a una mayor percepción del riesgo, pues se veía anteriormente que no es alto el porcentaje que se considera en riesgo

(39%), sino que podría ser fruto de los programas de prevención que se aplican tanto desde la sociedad civil como desde las instancias gubernamentales, como indicaba el alto porcentaje que conocían las clínicas amigables del Ministerio de Salud.

Cuatro de los cinco primeros riesgos identificados por las trans trabajadoras sexuales están relacionados con la violencia de que son objeto. El uso de drogas es significativamente menos frecuente entre las no trabajadoras sexuales que entre las que sí lo son, en concordancia con la percepción de que su uso facilita el ejercicio del trabajo sexual.

La principal necesidad de salud sentida es la de atención general, a pesar de que teóricamente podrían recibir esta atención en numerosos establecimientos de salud de la provincia. Es probable que esta necesidad esté relacionada con el alto nivel de discriminación que siente esta población por parte de los profesionales de la salud (45% de las que informan sentirse discriminadas, que son el 40% del total de las trans). La atención psicológica y la atención relacionada con el VIH también son sentidas como necesidad por más del 65% de las mujeres trans entrevistadas. En este contexto es importante señalar que el 64.2% de las mujeres trans conocían y habían asistido a alguna de las clínicas amigables que el Ministerio de Salud tiene en la ciudad de Panamá.

Debe resaltarse que son pocas las mujeres trans que demandan reasignación sexual o cirugías de feminización.

En cuanto al conocimiento sobre VIH, la existencia del virus y del sida no es desconocida para casi ninguna de las mujeres trans, aunque menos de la mitad reconoce la diferencia entre ellos. Dos tercios de ellas tenían conocimientos erróneos sobre la prevención y la transmisión del VIH, lo que puede ser una de las causas de las prácticas riesgosas que se examinaban más arriba.

No obstante, un porcentaje alto de todas ellas (71.5%) tienen conciencia de estar en riesgo de infección por VIH.

Los porcentajes de ITS que informan las mujeres trans son muy bajos, comparados con los encontrados para algunas ITS, como herpes genital en las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres de la ciudad de Panamá (72.9%) (Hakre et al., 2013b) y de sífilis en mujeres trabajadoras sexuales del país (74.2%) (Hakre et al., 2013a), lo que podría dar una idea de un subregistro importante de ITS en esta población, aunque esta proporción era menor entre las que se identifican como trabajadoras sexuales. Dado que el estudio no incluía la toma de muestras para prueba de VIH, no es posible saber si esta menor percepción de riesgo entre las trabajadoras sexuales se debe a que ya sepan que están infectadas por el virus, aunque llama la atención que el menor porcentaje de percepción de riesgo (39.0%) se dé entre las que tienen prácticas de riesgo para la infección.

12.3 Discriminación hacia las personas trans en la provincia de Panamá

La percepción de discriminación y experiencias de rechazo por la identidad de género de las mujeres trans en la provincia de Panamá es alta, ya que al menos 4 de cada 10 de ellas han experimentado rechazo y/o violencia verbal por este motivo. Prácticamente en todos los casos de las mujeres trans que lo han sentido, el origen ha sido de las fuerzas policiales, que son precisamente quienes deben garantizar la seguridad de esta población.

Llama la atención que la mitad de las mujeres trans que reportan haber sido rechazadas, señala al personal de salud, igual que lo hace un cuarto de las que han sufrido violencia verbal.

Esta situación puede explicar las necesidades sentidas de salud expresadas con anterioridad, que no se pueden satisfacer en un entorno hostil.

Un tercio de ellas han sufrido agresión física, aunque en este caso el mayor agresor es la pareja (80.5%) seguido muy de cerca por la policía (78.0%). Aunque sean minoría, algunas (7.3%) reportan violencia física por profesionales de la salud.

Esta violencia ha escalado en numerosas ocasiones hasta la violación sexual, que la reportan una de cada 4 mujeres trans, algunas (3%) reportan que les ocurre de manera frecuente. Llama la atención que casi una de cada 10 (8.9%) no respondió a esta pregunta.

Más de la mitad (52.3%) informa haber sido detenida en alguna ocasión por su identidad de género, que no es causal de delito en Panamá (Código Penal de la República de Panamá).

12.4 Procesos de feminización corporal

El deseo de feminizar su apariencia es común entre las mujeres trans de la provincia de Panamá, que se manifiesta en la aplicación de tratamiento hormonal por parte del 29.3% de ellas, principalmente en presentación inyectable y de pastillas. Sin embargo, sólo una de cada 3 mujeres trans que se administra tratamiento hormonal ha asistido en alguna ocasión al especialista y desconocen los riesgos de dicho tratamiento de manera no controlada. El 40% de las mujeres trans que recurrió a tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos de feminización lo hicieron en condiciones de clandestinidad, poniendo en riesgo su salud.

12.5 La ideación suicida e intentos de suicidio

La ideación suicida o haber considerado la opción del suicidio en alguna ocasión es muy alta entre la población trans (22.1%) y resulta llamativo que de entre las que lo habían considerado, más de un 80% lo había intentando en alguna ocasión, sin que ello esté relacionado con su condición de trabajadora sexual o su edad.

12.6 Tamaño de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá

Respecto de la población de mujeres trans, la aplicación de la fórmula señalada en la Sección 6.4.3 a partir la página 26, ofrece un resultado del total de mujeres trans que acuden a los sitios de reunión, residencia y trabajo identificados en el mapeo en la provincia de Panamá de 387, en un rango de entre 387 y 542, a un IC de 95%. Esto supone un 0.08% de la población masculina de la provincia de Panamá del rango de edad representado en la encuesta (505,513), lo cual es consistente con el porcentaje de 0.1% que ofrece la literatura internacional (California Department of Health Services - Tobacco Control Section, 2004; Reed, Rhodes, Schofield y Wylie, 2009).

12.7 Índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la población de mujeres trans de la provincia de Panamá

De acuerdo con los resultados de la aplicación del modelo propuesto para el índice de riesgo, el 50.4% (62/123) de las mujeres trans de la muestra tienen mayor probabilidad de riesgo de infección por VIH que el 49.6% restante.

Dado que se trata de una muestra pequeña, no se podía seleccionar dos muestras independientes aleatoriamente para validar el modelo. Igualmente, no se conoce otro conjunto de datos con las mismas características con los que se pudiera validar. Así que se compararon los resultados que ofrece el modelo con los datos de riesgo de VIH producto del índice generado. Esto permitió validar el modelo, ya que el mismo tuvo la capacidad de estimar el 90.1% del total de los casos de riesgo de VIH (los datos de riesgo ofrecían un resultado de 44.7% -55/123 - del total de los casos en mayor riesgo), por lo cual, dado los indicadores estadísticos del modelo y lo plausible del mismo, lo consideramos adecuado.

13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La hipótesis nula de trabajo se rechaza, ya que se encuentra una relación estadísticamente significativa entre algunas variables de la caracterización de la población de mujeres trans de la provincia de Panamá (en concreto, haber tenido una ITS, realizar sexo transaccional y el consumo de alcohol o drogas) y su riesgo de infección por VIH, que se incrementa en presencia de dichas variables.

13.1 Características sociodemográficas de la población entrevistada

Conclusiones

- La mediana de edad de las mujeres trans mayores de 18 años de la provincia de Panamá (27.0 años) es mucho menor que la de la población general, lo que puede ser un indicativo de una esperanza de vida significativamente inferior a la de la población general de Panamá. Esto se puede deber a la situación de marginación y discriminación en que vive esta población, que le limita el acceso a servicios sociales básicos, lo que ocurre en menor medida entre la población trans guna (omeguit).
- La aceptación social de la diversidad sexual puede ser un factor determinante de la expresión de la identidad de género diferente de la dominante, como ocurre en la etnia guna, puesto que la proporción de indígenas guna entre las mujeres trans (32.5%) es mucho mayor que la encontrada en la población guna en la población general de la República (2.2%), siendo estadísticamente significativa dicha diferencia ($p = 0.0002$).

- Las mujeres trans, en promedio, no gozan de nivel educacional menor que la población general (el promedio cuenta con educación secundaria), lo que no necesariamente implica que haya aceptación de la diversidad sexual en este ámbito, sino que puede darse una transición de género una vez que se finaliza la educación secundaria. Las mujeres trans indígenas tienen acceso significativamente menor a la educación que las no indígenas ($p = 0.0106$).
- Las mujeres trans de Panamá enfrentan una tasa de desempleo (48.8%) significativamente superior a la de la población general ($p = 0.0002$), que puede estar relacionada con la discriminación en el ámbito laboral, y tienen acceso a salarios menores que la población general. Existe diferencia significativa de salarios entre las mujeres indígenas y las no indígenas ($p = 0.0000$).
- Los años de vida perdidos por la población de mujeres trans de la provincia de Panamá suponen un incumplimiento de la responsabilidad del Estado panameño en el aseguramiento del bienestar de esta población.

Recomendaciones

- Diseñar e implementar estudios en profundidad sobre algunos aspectos de la población trans, como la esperanza de vida, situación de salud y barreras al acceso a los servicios de salud y al trabajo, entre otros derechos básicos.
- Diseñar e implementar programas en base a la evidencia recabada, que permitan la igualdad en el disfrute de los derechos básicos en igualdad de condiciones que la población general.

13.2 Comportamientos de riesgo para la infección por el virus de inmunodeficiencia humana entre las mujeres trans

Conclusiones

- La tasa de uso de condón es alta (73.7% en el trabajo sexual), aunque hay espacio de mejora, especialmente con la pareja estable (69.0%).
- Existe un grupo significativo de mujeres trans que tiene relaciones transaccionales (32.5%), sin identificarse necesariamente como trabajadora sexual, por lo que no se verían beneficiadas de las intervenciones dirigidas a las trabajadoras sexuales, a pesar de poder llevar a cabo prácticas similares.

Recomendaciones

- Profundizar el trabajo de prevención del VIH con la población trans, ya sea que se identifiquen como trabajadora sexual o no, para incrementar y mantener el uso del condón.
- Incluir a las parejas estables de las mujeres trans en los programas de abordaje para la prevención y tratamiento de VIH y otras ITS.
- Las intervenciones sobre prevención del VIH y para la promoción de la salud deben ser realizadas por pares (otras personas trans) para garantizar el acercamiento a la población, así como una apropiación por dicha población de las intervenciones. Estas intervenciones pueden ser la razón por la que la proporción de mujeres trans TS que se realizaron la prueba es significativamente superior a la del total de mujeres trans ($p = 0.0031$).

Conclusiones

- La gran mayoría de las mujeres trans trabajadoras sexuales ejercen su trabajo en lugares públicos, especialmente la calle y/o en bares (78.9%).

- Existe un alto índice de uso de alcohol y drogas para facilitar el trabajo sexual entre las mujeres trans que lo ejercen (52.6%). De hecho, su uso es significativamente mayor entre las trabajadoras sexuales que entre las que no lo son ($p = 0.0025$).
- Las situaciones relacionadas con la violencia, que son la forma máxima de discriminación, tienen un peso principal entre los riesgos que corren las mujeres trans trabajadoras sexuales, mencionadas por la práctica totalidad de las trabajadoras sexuales, poniéndolas en mayor riesgo de infección por VIH.
- Los clientes juegan un papel muy importante en la decisión sobre el uso del condón en el trabajo sexual de las mujeres trans.

Recomendaciones

- Las intervenciones para la prevención y atención de la población trans trabajadora sexual deben diseñarse adaptadas al abordaje en espacios abiertos, como la calle y/o bares.
- El abordaje de la población trans trabajadora sexual debe incluir medidas para el control y reducción de riesgos en el uso y abuso de alcohol y drogas.
- Las intervenciones para el abordaje de las mujeres trans trabajadoras sexuales deben incluir también a los clientes y a las fuerzas policiales.

Conclusiones

- El desconocimiento sobre las formas de transmisión y de prevención del VIH es alto (75%), lo que puede estar relacionado con el alto porcentaje de prácticas de riesgo.
- Las mujeres trans manifiestan un acceso muy reducido a los servicios de salud, tanto los más básicos como los especializados para su condición, lo que puede estar relacionado con los altos niveles de discriminación detectados en los servicios de salud.

- Las clínicas amigables del Ministerio de Salud se constituyen como una sólida base para ampliar este acceso.
- Las intervenciones más invasivas, como la reasignación de sexo (13.0%) o las cirugías de feminización (17.9%), son demandadas por una proporción pequeña de la población trans.
- Es muy probable un subregistro alto de ITS entre la población trans, lo que aumentaría su riesgo de infección por VIH.
- Los mensajes de prevención a través de los medios de comunicación y las campañas oficiales llegan a gran parte de la población de mujeres trans.

Recomendaciones

- Las intervenciones de prevención y control del VIH deben reforzar información básica sobre la transmisión y prevención del VIH.
- Debe utilizarse la base de las clínicas amigables del Ministerio de Salud para la atención de las mujeres trans, enfatizando en la sensibilización del personal de salud para no discriminación y la creación de capacidades para atender las necesidades de salud, desde las más básicas hasta la reasignación de sexo para las que lo demanden, pasando por atención endocrinológica, salud mental y odontológica.
- Debe incluirse la prevención y tratamiento de otras ITS en los mensajes de promoción y en la atención de las mujeres trans.

13.3 Discriminación hacia las personas trans en la provincia de Panamá

Conclusiones

- La discriminación y el rechazo a que se ven sometidas las mujeres trans de Panamá son muy altos y tienen potenciales efectos directos en el acceso a los servicios más básicos.
- Las fuerzas policiales son sentidas como los principales violadores de derechos de las mujeres trans (91.8%). En lo relacionado a salud, el personal de salud se encuentra en los primeros puestos de percepción de casi todas las formas de discriminación o violación de derechos.
- La violencia a la que se ven sometidas las mujeres trans dificulta una normalización de su vida que facilite una correcta atención de salud.
- Las mujeres trans son víctimas frecuentes de violación sexual, lo cual no sólo es una grave violación de derechos humanos y contribuye a dicho clima de violencia, sino que se constituye en un factor de riesgo directo de infección por VIH.

Recomendaciones

- Diseñar e implementar una política nacional de inserción y normalización de la diversidad sexual en todos los ámbitos sociales.
- Diseñar e implementar un programa interdisciplinar dirigido específicamente a los estamentos de seguridad y a los servicios de salud para revertir la situación de vulneración de derechos humanos hacia la población de mujeres trans.

13.4 Procesos de feminización corporal

Conclusión

- La administración de tratamiento hormonal y la práctica de intervenciones de feminización por personal no autorizado constituyen un riesgo común y elevado entre las mujeres trans, lo cual puede estar relacionado con el rechazo que sienten en los servicios de salud o por la falta de capacidades de los servicios para atender necesidades tan específicas.

Recomendación

- Sensibilizar a la población de mujeres trans sobre los riesgos del tratamiento hormonal por personal no autorizado.
- Crear las capacidades en las clínicas amigables del Ministerio de Salud para la atención endocrinológica de las mujeres trans.

13.5 La ideación suicida e intentos de suicidio

Conclusión

- La ideación suicida e intento de suicidio son mucho más elevados en la población de mujeres trans que entre la población general, y constituyen un riesgo para su salud física y mental, así como para su vida.

Recomendaciones

- Estudiar las causas y circunstancias de la ideación suicida entre la población de mujeres trans.

- Incluir la atención de salud mental, con énfasis en la detección de la ideación suicida y en evitar los intentos de suicidio, entre la población de mujeres trans en las clínicas amigables del Ministerio de Salud.

13.6 Índice de riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la población de mujeres trans de la provincia de Panamá

Conclusión

- El modelo de índice de riesgo propuesto ofrece resultados consistentes con la evidencia científica que se encuentra en la literatura y puede por lo tanto ser aplicado en las intervenciones para la prevención del VIH en esta población.

Recomendaciones

- Incorporar el modelo al diseño e implementación de las intervenciones para la prevención del VIH en la población de mujeres trans en Panamá.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. CÁCERES C., KONDA K., PECHENY M., CHATTERJEE A. y LYERLA R. (2006). Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries. *Sexually Transmitted Infections*, 82 (Suppl III).
2. CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES - TOBACCO CONTROL SECTION (2004). *California LGBT Tobacco Survey 2003-04*. Accesible en https://www.cdph.ca.gov/programs/tobacco/Documents/Resources/Publication_s/CTCP-LGBTTobaccoStudy.pdf
3. COMISIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza.
4. COMISIÓN GLOBAL SOBRE EL VIH Y LA LEY (2012). *Riesgos, Derechos y Salud*. Nueva York, EEUU.
5. COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS. Comentario General 18 – No discriminación (37 periodo de Sesiones, 1989), párrafo 7.
6. DURELL, M. y CHLONG, C. Race, gender expectations and homophobia: a quantitative exploration. *Race, Gender and Class* 14:1-2 (299-317).
7. FAO. *Vocabulario referido a género*. Accedido el 9 de julio de 2013 en www.fao.org/docrep/x0220s/x0220s01.htm.
8. FUDESPA – UNICEF (2013). *La educación en Panamá: 5 metas para mejorar*. Panamá, Panamá.
9. GRANT, R. M. et al. Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men (2010). *New England Journal of Medicine*, 363(27):2587
10. GRUPO DE TRABAJO DE ONUSIDA/OMS SOBRE LA VIGILANCIA DEL VIH E ITS (2010). *Guidelines on estimating the size of Populations Most At Risk to HIV*. Ginebra, Suiza.
11. HAKRE, S. et al. Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections and factors associated with syphilis among female sex workers in Panama. *Sex Transm Infect* 2013; 89:156–164.
12. HAKRE, S. et al. Prevalence of HIV, Syphilis, and Other Sexually Transmitted Infections among MSM from Three Cities in Panama. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 91, No. 4
13. INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD (2013). *Estudio de epidemiología del VIH*. Panamá, Panamá.

14. INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN, LA XENOFOBIA Y EL RACISMO. *Identidad de género*. Buenos Aires, Argentina.
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (2010). *Estimaciones y proyecciones de la población total, provincia y comarca indígena, según sexo y edad: al 1 de julio de 2013*. Panamá, Panamá.
16. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (2012). *Estimaciones y proyecciones de la población total, provincia y comarca indígena, según sexo y edad: al 1 de julio de 2013*. Panamá, Panamá.
17. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (2013). *Estimación de la población total en la República, por provincia y comarca indígena, según sexo y grupos de edad: años 2000-30. Boletín 14, noviembre*. Panamá, Panamá.
18. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO – CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA (2014). *Población de 15 y más años de edad en la República, por condición en la actividad económica: Encuesta de Mercado Laboral, agosto de 2001-2014*. Panamá, Panamá.
19. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO – UNFPA (2010). *Diagnóstico de la población afrodescendiente en Panamá. Censos nacionales 2010 XI de población y VII de vivienda*. Panamá, Panamá.
20. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO – UNFPA (2010). *Diagnóstico de la población indígena en Panamá. Censos nacionales 2010 XI de población y VII de vivienda*. Panamá, Panamá.
21. INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE (2009). *Informe sobre el acceso a recursos del Fondo Mundial por parte de las poblaciones más vulnerables al VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires, Argentina.
22. INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE (2011). *Enfoques de género y sexualidad. Respondiendo al VIH. Informe sobre los resultados de una encuesta realizada entre las Organizaciones de Enlace de la Alianza*. Brighton, Reino Unido.
23. JOHN SNOW INC. / OPS/OMS (2013). *Blueprint for the provision of comprehensive care for trans persons and their communities in the Caribbean and other Anglophone countries*. Washington DC, EE.UU.
24. KLEINBAUM, D. et al. *Applied regression analysis and other multivariate methods*. Ed. Duxbury Press 1998.
25. MECANISMO DE COORDINACIÓN REGIONAL (2014). *Enfoque conjunto para aplicaciones de VIH/Sida en la región de Centroamérica y la República Dominicana ante el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria 2014-2020*. El Salvador, San Salvador.
26. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL (2010). *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en siete ciudades de Colombia*. Bogotá, Colombia.
27. MINISTERIO DE SALUD – DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA, DIRECCIÓN NACIONAL DE PLANIFICACIÓN (2010). *Informe anual de casos de sida*. Panamá, Panamá.

28. MINISTERIO DE SALUD. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (2011a). *Informe acumulativo de la situación de sida*. Panamá, Panamá.
29. MINISTERIO DE SALUD, DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (2011b). *Personas en estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Años 2001-2010*. Panamá, Panamá
30. MINISTERIO DE SALUD (2011). *Análisis Comparativo de los Informes sobre los avances de Panamá hacia la consecución de los compromisos de UNGASS y Acceso Universal: Principales Resultados y Brechas*. Panamá, Panamá.
31. MINISTERIO DE SALUD (2012). *Estimaciones y proyecciones de VIH/sida 2011*. Panamá, Panamá.
32. MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL (2011). *Normas para el manejo terapéutico de las personas con VIH en la República de Panamá*. Panamá, Panamá.
33. MINISTERIO DE SALUD – DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (2013a). *Estimaciones y proyecciones de VIH/sida 2013*. Panamá, Panamá.
34. MINISTERIO DE SALUD – DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (2013b). *Modelo de Modos de Transmisión del VIH*. Panamá, Panamá.
35. MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA (2013). *Estudio para la estimación del tamaño de las poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans en la provincia de Panamá*. Panamá, Panamá.
36. MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA NACIONAL DE ITS/VIH/SIDA (2014). *Informe nacional sobre los progresos realizados en el país. Panamá, 2014. Periodo comprendido entre Enero de 2012 y Diciembre de 2013*. Panamá, Panamá.
37. MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA – UNIDAD DE VIH / CENTRO DE ESTUDIOS EN SALUD / UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA (2012). *Estimación del tamaño de la Población de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y transgénero femeninas de tres ciudades de Nicaragua*. Managua, Nicaragua.
38. MORALES, S., PAZ, G. y HERNÁNDEZ, B. (2010). *Estimación del tamaño de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH: hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales en seis ciudades de Guatemala*. Guatemala, Guatemala.
39. MORALES, S. (diciembre de 2009). *Estimación del tamaño de poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad al VIH*. Universidad de Valle de Guatemala. En *Consulta Técnica*. Simposio en la reunión de USAID para Centroamérica. Accesible en <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Sonia%20Morales.pdf>
40. ONUSIDA (2011). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*. Ginebra, Suiza.
41. ONUSIDA (2012). *UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work*. Ginebra, Suiza.
42. ONUSIDA / PNUD (2009). *UNAIDS Action Framework. Universal Access for Men who have Sex with Men and transgender people*. Ginebra, Suiza.
43. ONUSIDA – PNUD (2011). *The 'AIDS and MDGs' Approach: What is it, why does it matter, and how do we take it forward?* Nueva York, EE.UU.

44. ONUSIDA – OACNUDH (2003). *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales*. Ginebra, Suiza.
45. ONUSIDA – USAID|PASCA (2011). *Medición del gasto en sida 2010*. Panamá, Panamá.
46. ONUSIDA (2014). *The Gap Report*. Ginebra, Suiza.
47. ONUSIDA (2015). *How AIDS changed everything. MDG 6. 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response*. Ginebra, Suiza.
48. ONUSIDA (2015). *UNAIDS 2016-2021 Strategy. Development process and opportunities for stakeholder engagement*. Ginebra, Suiza.
49. OPS/OMS (2007). *VIH y Derechos Humanos. Legislación, política y práctica en cinco países de Centroamérica*. Panamá, Panamá.
50. OPS/OMS (2009). *Base de datos de poblaciones en más alto riesgo de infección por VIH en América Latina y el Caribe de la OPS/OMS*. Accesible en http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1608&Itemid=1408
51. OPS/OMS (2010a). *Derechos humanos de las personas con VIH/sida en Panamá*. Panamá, Panamá.
52. OPS/OMS (2010b). *Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe*. Washington DC, EEUU.
53. OPS/OMS (2011). *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Washington DC, EE.UU.
54. OPS/OMS (2012). *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en América Latina y el Caribe*. Washington DC, EEUU.
55. OPS/OMS (2013). *Consulta técnica sobre la vigilancia de la resistencia del VIH en la región de América Latina y el Caribe. Informe de la reunión*. Brasilia, Brasil.
56. OPS/OMS (2014). *Por la salud de las personas trans Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Washington DC, EE.UU.
57. OPS/OMS (2014). *Access to antiretroviral drugs in low- and middle-income countries. Technical report*. Washington DC, EE.UU.
58. OMS (2009). *Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños*. Ginebra, Suiza.
59. OMS (2014). *HIV, universal health coverage and the post-2015 development agenda. A discussion paper*. Ginebra, Suiza.
60. OMS (2015). *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector*. Ginebra, Suiza.
61. ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS. Resoluciones AG/RES. 2435 (XXXVIII-O/08), AG/RES. 2504 (XXXIX-O/09), AG/RES. 2600 (XL-O/10), AG/RES. 2653 (XLI-

- O/11), AG/RES. 2721 (XLII-O/12) y AG/RES. 2807 (XLIII-O/13), "Derechos humanos, orientación sexual e identidad y expresión de género".
62. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE MERCADEO SOCIAL (PASMO) (2011). *Conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/SIDA y el uso de condón en TCS y HSH en Guatemala*. Guatemala, Guatemala.
 63. POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (2008). *Panamá (2007): Estudio TRaC de VIH/SIDA entre Trabajadoras Sexuales Femeninas en Ciudad Panamá, Darién y Veraguas*. Washington DC, EEUU.
 64. PNUD (2012). *Masculinidades plurales. Reflexionar en clave de género*. Buenos Aires, Argentina.
 65. PNUD (2013). *"Como ir todos los días al matadero" Informe de Resultados Estudio sobre el Bullying Homofóbico en Instituciones Educativas Públicos de Chile, Guatemala y Perú*. Lima, Perú.
 66. PNUD (2014). *Informe de Desarrollo Humano de Panamá 2014*. Panamá, Panamá.
 67. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS – PNUD (2013). *Informe sobre la situación de los Derechos Humanos de las Mujeres Trans en El Salvador*. San Salvador, El Salvador.
 68. RED DE CONOCIMIENTO EN MUJER Y EQUIDAD DE GÉNERO (2007). *Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS*. Ginebra, Suiza.
 69. REDLACTRANS (2012). *La noche es otro país. Impunidad y violencia contra mujeres transgénero defensoras de derechos humanos en América Latina*. Buenos Aires, Argentina.
 70. REDLACTRANS (2014). *Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en Latinoamérica y el Caribe*. Buenos Aires, Argentina.
 71. REED, B., et al (2009). *Gender variance in the UK: Prevalence, incidence, growth, and geographic distribution*. Gender Identity Research and Education Society. 1-36.
 72. Texto Único Código Penal de la República de Panamá. Adoptado por la Ley 14 de 2007, con las modificaciones y adiciones introducidas por la Ley 26 de 2008, la Ley 5 de 2009, la Ley 68 de 2009 y la Ley 14 de 2010.
 73. USAID (2011). *Diagnóstico situacional de estigma y discriminación relacionado a la homofobia, transfobia, comercio sexual y personas con VIH en Centroamérica*. Guatemala, Guatemala.
 74. USAID|PASCA (2014a). *Estigma y Discriminación asociados al VIH Encuesta de opinión pública Panamá, 2013*. Panamá, Panamá.
 75. USAID|PASCA (2014b). *Índice para la medición del esfuerzo de programa de VIH y sida en Panamá AIDS Program Index (API) 2013*. Panamá, Panamá.
 76. WILLIAMS, B. K., J. D. Nichols, and M. J. Conroy (2002). *Analysis and Management of Animal Populations*. Academic Press, San Diego, California, EE.UU.