

Grupos étnicos y el VIH/SIDA en Panamá

Introducción

Panamá cuenta con una población de 3,405,813 habitantes, según el último Censo de Población del año 2010. Esto la convierte en uno de los países menos poblados del continente americano, pero es uno de los países más étnicamente diversos del mundo. Dentro de esta diversidad étnica se encuentran siete grupos indígenas que habitan a lo largo del todo el país. Los grupos indígenas constituyen el 12.3% (417,559) de la población panameña (Censo de Población y Vivienda 2010, Instituto Nacional de Estadística y Censo, Panamá). Panamá ha sido clasificado por el PNUD como uno de los cinco países más desiguales del mundo. A pesar de que posee un Producto Interno Bruto per capita de los más altos de América Latina, alrededor del 40% de su población vive en situación de pobreza y 16,6% en pobreza extrema. En zonas indígenas la población que vive en condiciones de pobreza llega a 90% (Programa Global de VIH/SIDA, Banco Mundial, 2006).

Según datos del Banco Mundial desde que apareció el VIH/SIDA en Panamá, la epidemia ha crecido concentrada en grupos identificados como de alta vulnerabilidad, como son las trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, los jóvenes y la población indígena (Programa Global de VIH/SIDA, Banco Mundial, 2006). Así vemos que los indígenas Kunas tienen, según estimaciones del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de Panamá, una prevalencia de VIH/SIDA que duplica a la población general (Programa Global de VIH/SIDA, Banco Mundial, 2006).

En el año 2005 se realizó un estudio exploratorio en la comarca Kuna y poblados periféricos metropolitanos que informa que los Kunas en general carecen de información sobre ITS/VIH/SIDA, la mayoría de las mujeres nunca han utilizado condón y muchos no saben que es. La actividad sexual en las mujeres se inicia entre los 11 y 15 años, en los varones un poco más tarde y son iniciados por los omegit (grupo trans-género que son percibidos como mujeres). Existe una gran estigmatización con respecto al VIH/SIDA ya que al existir altos niveles de desconocimiento acerca de la enfermedad, no saben cómo relacionarse con

Resultados Clave

- Los niveles de conocimientos comprensivos sobre el VIH fueron menores en los grupos indígenas, tanto en mujeres (3.7%), como en hombres (2.4%) comparados con los no indígenas (mujeres 20.1% y hombres 17.4%).
- Se encontraron más actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH/SIDA en los grupos indígenas, en mujeres (77.8%), y en hombres (76.9%) que en los no indígenas (mujeres 42.6% y hombres 45.2%).
- Menos mujeres y hombres indígenas se han realizado la prueba de VIH/SIDA voluntariamente (4.8% y 6.2% respectivamente) comparado con los no indígenas (mujeres 9.2% y hombres 13.8%).
- Los porcentajes más altos de dificultad para acceder a un condón, en caso de requerirlo, lo tuvieron las mujeres y los hombres de las etnias indígenas (50.2% y 20.9% respectivamente) comparado con los no indígenas (mujeres 18.1% y hombres 3.7%).
- Las mujeres indígenas tuvieron los porcentajes más altos del inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 15 años), con un 31.6% comparado con las no indígenas (9.4%).
- Casi el doble (8.1%) de las mujeres no indígenas reportaron múltiples parejas sexuales (más de 2) en los últimos 12 meses en comparación con las indígenas (4.7%). Entre los hombres, la variable etnia no afectó el número de parejas sexuales.
- Un poco más de la cuarta parte (27.4%) de los hombres no indígenas habían pagado por tener relaciones sexuales con una mujer, alguna vez en la vida comparado con 9.5% de los hombres indígenas.

personas viviendo con VIH. Sin embargo, tanto los Sahilas (autoridades comunitarias) como los médicos tradicionales se muestran muy receptivos a tener más información referente al VIH/SIDA. (Silvestre y Núñez 2005).

Por otra parte en un estudio realizado en Guatemala sobre Etnicidad y Riesgo de VIH (Taylor et al., 2012) se concluyó que existe un nivel bajo de comportamientos de riesgo entre la población indígena, aunque mostraron menos conocimientos comprensivos sobre el VIH, más actitudes negativas hacia las personas viviendo con el VIH y un acceso limitado a las pruebas.

Según Mazín (2011) la vulnerabilidad de los grupos indígenas suele argumentarse alrededor de la pobreza, la marginalidad o la falta de poder social, sin embargo, mientras no se desglose el significado del término vulnerabilidad y se puedan analizar los efectos de la misma sobre la vida cotidiana individual, familiar y comunitaria el término es un fonema vacío, redundante: “la gente pobre sufre pobreza.”

Según el antropólogo Núñez Noriega (2011) la vulnerabilidad de los grupos indígenas frente a la epidemia se relaciona directamente con la falta de respeto a los derechos humanos fundamentales, a su vez atravesados por condicionamientos de género y matrices culturales, sólo en la medida en que sean reconocidas las necesidades podrán ser cambiadas y/o reorientadas en beneficio de sus propios protagonistas para construir políticas públicas de prevención, atención y mitigación del daño, pues en su contexto sociocultural se vislumbra la amenaza de una epidemia que podría ser más seria, complicada y comprometedora de lo que aparece a primera vista.

Los objetivos de este análisis secundario de La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009) son:

1. Describir los factores socio-demográficos entre los indígenas y no indígenas
2. Describir los niveles de conocimiento comprensivo del VIH; actitudes hacia las personas viviendo con VIH/SIDA, comportamientos relacionados al VIH como son el uso del condón, el número de parejas sexual, el pago de favores sexuales y el historial de hacerse la prueba del VIH, la violencia física o sexual sufrida por la mujer por parte de su pareja entre indígenas y no indígenas de Panamá.

Metodología

Muestra

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009) generó información sobre conocimientos, prácticas y actitudes hacia el VIH/SIDA asociadas a ciertas condiciones de riesgo en áreas urbana, rural, e indígena de Panamá. El marco de muestreo y la muestra de ENASSER 2009 fueron elaborados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá, basados en el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2000. El tamaño de la muestra se calculó de forma independiente para cada provincia y área indígena utilizando muestreo aleatorio simple proporcional. El diseño del estudio fue descriptivo transversal. Se seleccionaron 903 segmentos los cuales se investigaron por “barrido.” La cobertura total de la muestra fue de 6,600 viviendas y 6,732 hogares en donde se entrevistaron a 5,831 mujeres entre 15 a 49 años de edad y 2,813 hombres entre 15 a 59 años de edad.

Variables Clave

Las variables utilizadas para el análisis fueron las siguientes:

Factores de riesgo para el VIH

Conocimiento comprensivo sobre el VIH—La variable conocimiento comprensivo es una variable compuesta por la unión de 5 preguntas entorno al VIH/SIDA. Las personas que fueron consideradas con conocimiento comprensivo tenían que tener las 5 repuestas correctas. Esta variable hace referencia a los hombres y mujeres que contestaron correctamente que el uso de condón durante las relaciones sexuales y teniendo una sola pareja sexual fiel reduce el riesgo de contraer el VIH y que una persona que luce saludable puede tener el virus del VIH. También rechazaron las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión del VIH: que el virus puede ser transmitido a través de picadas de mosquitos y compartiendo alimentos con personas infectadas.

Actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH—

Las actitudes negativas de los encuestados hacia las personas viviendo con VIH/SIDA se definió como una variable compuesta por la sumatoria de al menos dos de las siguientes preguntas:

1. No estarían dispuestos (o no saben si estarían dispuestos) a cuidar un familiar que enfermera de VIH/SIDA.
2. No le comprarían (o no saben si le comprarían) frutas o vegetales a un vendedor infectado del VIH/SIDA.
3. No se debe permitir (o no saben si se debe permitir) dar clases a un maestro infectado del VIH/SIDA.
4. Mantener en secreto (o no sabe si mantener en secreto) que un familiar suyo es una persona enferma del VIH.
5. Una persona no tiene derecho (o no sabe si tiene derecho) a mantener el resultado de su prueba de VIH positiva en secreto.

Múltiples parejas sexuales—se refería al número de parejas sexuales que las mujeres y los hombres, sexualmente activos, habían tenido en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.

Pago por sexo—se refería a los hombres que habían tenido relaciones sexuales y que respondieron que sí habían pagado por tener sexo, alguna vez en la vida. Solamente los hombres fueron preguntados sobre pagar por sexo.

Prueba de VIH/SIDA—La prueba de VIH/SIDA hace referencia solo a los hombres y mujeres, que alguna vez en la vida, se habían realizado la prueba por voluntad propia. En esta variable se excluyó a las personas que se realizaron la prueba por obligación, ya sea porque era un requisito de salud, exigido por su trabajo, o por alguna otra índole de carácter obligatorio. Esta información se obtenía al responder a la pregunta “Usted se hizo la prueba por voluntad propia o porque tenía que presentar el resultado en algún lugar”

Victimización de violencia física o sexual—se refería a las mujeres, alguna vez casada/unidas, que contestaron al menos un sí en las preguntas de violencia física o sexual, por parte de su esposo alguna vez en la vida:

1. Le amenazado con hacerle daño a usted o alguien cercano a usted.
2. La empujó, sacudió o le tiró algo.
3. Le abofeteó o le dobló el brazo.
4. La golpeó con el puño o con algo que pudo hacerle daño.
5. La ha pateado o arrastrado.
6. Trató de estrangularla o quemarla.
7. La amenazó con un cuchillo, pistola u otro tipo de arma.
8. Ha utilizado la fuerza física para obligarla a tener relaciones sexuales aunque usted no quería.
9. La obligó a realizar actos sexuales que usted no aprueba.

Acceso al condón—La variable dependiente acceso al condón hace referencia a los hombres y mujeres que conocían de algún lugar donde ellos pensaban que podían obtener condones si así lo deseaban.

Edad de la primera relación sexual—Esta variable se definió como la edad en que hombres y mujeres tuvieron su primera relación sexual. Las categorías de esta variable fueron:

- antes de los 15 años,
- 15 a 19 años, y
- 20 años y más.

Factores socio-demográficos

Etnia—hacía referencia a los hombres y mujeres que reconocía pertenecer o no a algún grupo étnico, al responder la pregunta: “A qué grupo étnico o racial pertenece.” Las categorías utilizadas para la etnia fueron Kunas, Ngöbe Buglé, Emberá Wounaan, Emberá, Naso o Teribe, Bri Bri, Bokota y no indígena.

Baja escolaridad—se categorizó con baja escolaridad a los hombres y mujeres que tenían un grado académico por debajo de lo esperado para su edad cronológica, al igual que los que no habían asistido nunca a la escuela.

Área de residencia—se refería a las zonas donde vivían habitualmente los hombres y mujeres al momento de la encuesta, las cuales estaban agrupadas en zonas urbanas, rurales e indígenas.

Edad—la edad de los encuestados se agrupó en jóvenes entre 15 a 24 años de edad para ambos sexos y en adultos entre 25 a 49 años de edad para las mujeres y entre 25 a 59 años de edad para los hombres.

Estado civil—se categorizó en tres grupos, los casados o unidos, los divorciados incluyendo a viudos, o separados de unión y los solteros que eran los que nunca habían estado casados o unidos.

Religión—hacía referencia a las creencias religiosas de los hombres y mujeres, las cuales se agruparon en católicos, protestantes, profesan otras religiones y no pertenecen a ninguna religión.

Métodos de análisis

El análisis secundario de ENASSER 2009 se realizó utilizando el programa informático de análisis estadístico de Stata 13.0 SE. utilizó el muestreo para hombre y mujer y los datos fueron ajustado, tomando en cuenta, la probabilidad de selección y tomando en cuenta la selección de segmentos censales como unidad primaria de muestreo y la estratificación de la muestra. Para investigar la relación entre etnicidad y el nivel de conocimientos comprensivos sobre el VIH/SIDA, las actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH/SIDA y las conductas de riesgo se utilizó el Chi Cuadrado de Pearson, con una $p < 0.05$ para determinar la significancia estadística.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este análisis secundario fue que ENASSER 2009 tenía un diseño transversal, este no nos permitió establecer un factor de causalidad, solo se pudo establecer asociaciones entre las variables. El análisis bivariado, también representó otra limitación importante ya que al analizar solo la influencia de una variable independiente sobre otra dependiente, no se pudo controlar otros factores que podían influir en el análisis y que explicaran la asociación.

La encuesta al abordar una temática altamente sensitiva como era lo concerniente a la sexualidad, podría haber introducido sesgos sistemáticos. Los encuestados, hombres y mujeres, podían responder de acuerdo a sus expectativas socialmente aceptadas o podían negarse a contestar preguntas que consideraban intimidantes o que los avergonzaban. Otra de las limitaciones de ENASSER 2009 fue la no participación de la Comarca Kuna Yala y que representa a uno de los grupos indígenas más numerosos del país. Las personas de la etnia Kuna que participaron fueron aquellos que vivían fuera de la comarca, y que representó solo el 6% del total de los grupos indígenas encuestados.

Resultados de Mujeres

Características socio-demográficas

La muestra total de mujeres entre 15 a 49 años fue de 5,831. El 25.1% pertenecían a alguna de las etnias indígenas y 74.9% a la población no indígena. Las mujeres indígenas pertenecían a 7 grupos específicos: 61.3% eran de la etnia

Ngobe Bugle, 23.3% Emberá, 7.5% Embera, Wounaan, 6.1% Kunas, 1.4% Naso, 0.4% Bri Bri y 0.07% eran de la etnia Bokota. Según el área de residencia, el 47.6% de las mujeres vivían en áreas rurales, el 34.8% en áreas urbanas y el 17.6% vivían en áreas indígenas.

La distribución por edad de estas mujeres presentó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos indígenas y no indígenas, encontrándose que el 44.1% de las mujeres indígenas eran jóvenes entre los 15 a 24 años de edad frente al 33.2% de mujeres no indígenas. En cuanto al nivel de escolaridad el 72.7% de las mujeres de las etnias indígenas tenían una baja escolaridad frente al 21.9% de las mujeres no indígenas, estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

En cuanto al estado civil se encontró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos étnicos, observándose que el 71.5% de las mujeres indígenas estaban casadas o en unión frente al 58.4% de las mujeres no indígenas. Entre las mujeres indígenas, 18.0% eran solteras comparado con 31.9% de las no indígenas. No hubo una diferencia significativa en cuanto a ser divorciada, separada o viuda.

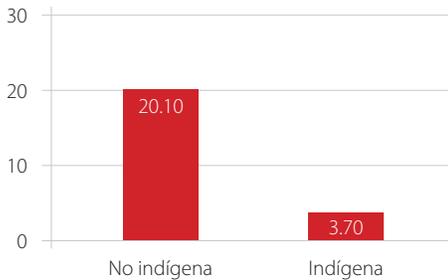
En relación a la religión que profesaban las mujeres de las etnias indígenas se encontró que 17.7% eran católicas, 32.3% eran protestantes y 50.1% pertenecían a otra religión o no profesaban ninguna. En el grupo de mujeres “no indígenas” se encontró que 74.4% eran católicas, 16.2% protestantes y 8% profesaban otra religión o no pertenecían a ninguna. Estas diferencias en las creencias religiosas entre los grupos de mujeres indígenas y no indígenas fueron estadísticamente significativas.

Conocimientos, actitudes, y prácticas relacionadas al VIH en mujeres

Conocimientos comprensivos sobre el VIH/SIDA

Se encontró asociación estadística entre la etnia y el conocimiento comprensivo sobre VIH/SIDA en las mujeres encuestadas. El conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA en las mujeres no indígenas fue de 20.1% y en las indígenas, de solo 3.7% ($p=0.000$), resultando entre estas mujeres más conceptos errados sobre la transmisión del VIH como son que se pueden infectar por medio de las picaduras de mosquitos y compartiendo alimentos con personas

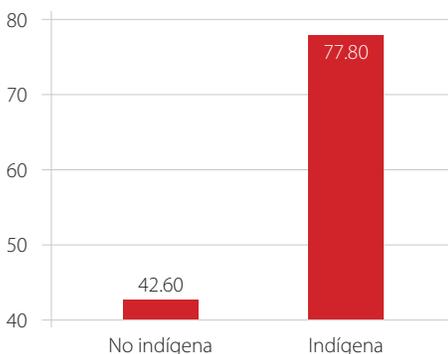
portadoras del VIH, al igual que tener menor conocimiento de que una persona que luce saludable puede ser portadora del virus y sobre el manejo de las medidas de prevención como son considerar la fidelidad mutua y el uso del condón como una medida de prevención efectiva (Gráfica 1).



Gráfica 1—Porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años con conocimientos comprensivos sobre el VIH/SIDA según grupo étnico ($p=0.000$).

Actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH

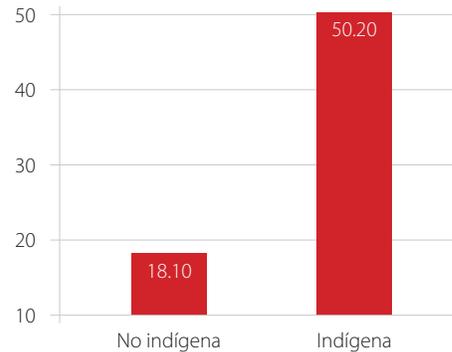
De las mujeres que conocían o habían escuchado hablar del VIH/SIDA, el 42.6% de las no indígenas tenían actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH (PVV) frente al 77.8% de las mujeres indígenas que también tenían actitudes negativas. Estos niveles más altos de un comportamiento de no aceptación hacia las PVV en el grupo de mujeres indígenas, resultaron estadísticamente significativos ($p=0.000$). Las mujeres indígenas estarían menos dispuestas a comprarle frutas o vegetales a un vendedor portador del VIH/SIDA, no estarían de acuerdo en permitir que los maestros con VIH siguieran enseñando en la escuela o no estarían dispuestas a cuidar a un familiar que enfermera del VIH/SIDA o preferirían mantener en secreto, si un familiar enfermera con VIH/SIDA o niegan el derecho que tiene una persona de mantener la confidencialidad de los resultados de su prueba VIH positiva (Gráfica 2).



Gráfica 2—Porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años con actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH/SIDA según grupo étnico ($p=0.000$).

Acceso al condón

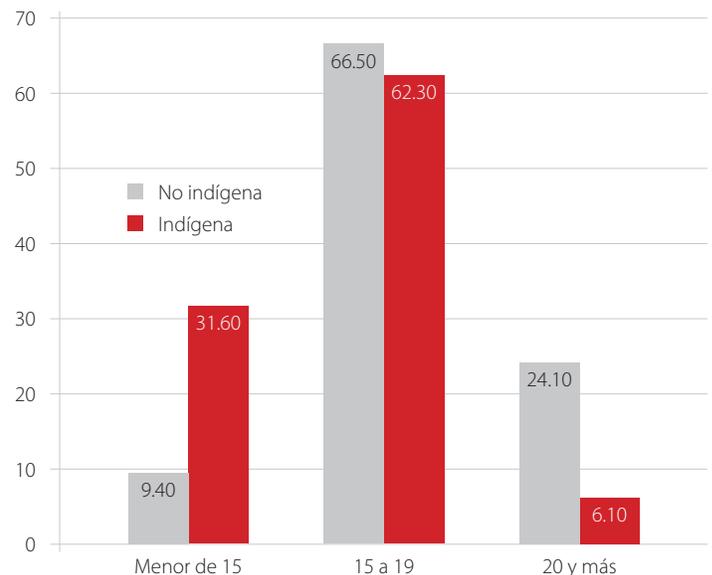
El 50.2% de las mujeres indígenas informaron que no tenían acceso a un condón, este porcentaje fue significativamente menor en las mujeres no indígenas: solo 18.1% de las no indígenas informaron no tener acceso a un condón ($p<0.000$) (Gráfica 3).



Gráfica 3—Porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años que no tiene acceso al condón según grupo étnico ($p=0.000$).

Edad de la primera relación sexual

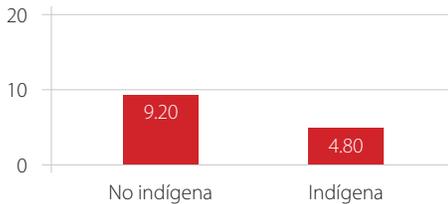
Entre las mujeres que reportaron haber iniciado vida sexual activa, el porcentaje de edad de la primera relación fue significativamente menor entre las mujeres indígenas que entre las no indígenas. Se pudo observar que el 31.6% de las indígenas tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, mientras que sólo el 9.4% de las no indígenas iniciaron vida sexual activa en este mismo rango de edad (Gráfica 4).



Gráfica 4—Porcentaje de edad de primera relación sexual entre mujeres de 15 a 49 años según etnia ($p=0.000$).

Realización de la prueba de VIH

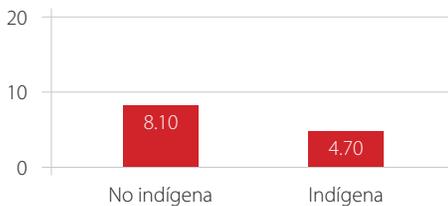
Casi el doble de mujeres no indígenas (9.2%) se habían realizado la prueba de VIH voluntariamente alguna vez en la vida, comparado con las mujeres indígenas (4.8%). Se encontró asociación entre estas dos variables: etnia y realización de la prueba con una $p=0.003$ (Gráfica 5).



Gráfica 5—Porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años que se han realizado la prueba de VIH por voluntad propia según grupo étnico ($p=0.003$).

Múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses

En cuanto a la conducta de riesgo de tener múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses, se encontró que el 8.1% de las mujeres no indígenas habían tenido más de una pareja sexual, en comparación con el 4.7% de las mujeres de las etnias indígenas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.005$) (Gráfica 6).



Gráfica 6—Porcentaje de mujeres entre 15 a 49 años con múltiples parejas sexuales según grupo étnico ($p=0.005$).

Victimización de violencia física o sexual de parte de su pareja

El 15.4% de las mujeres reportaron haber sufrido algún tipo de violencia física o sexual alguna vez en su vida. Las diferencias entre los grupos indígenas y no indígenas fueron iguales en términos estadísticos.

Resultados de Hombres

Características socio-demográficas

La muestra total de hombres entre 15 a 59 años de edad fue de 2812. El 24.7% pertenecían a alguna de las etnias indígenas y el 75.3% a la población no indígena. Los hombres indígenas pertenecían a 5 grupos étnicos: 61.7%

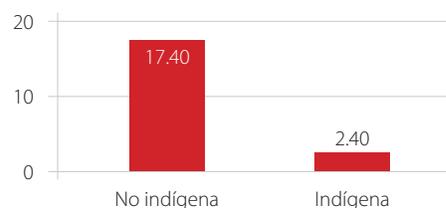
eran Ngobe Bugle, 22.5% Embera Wouann, 9.3% Embera, 5.2% Kunas y 1.3% eran Naso. Por área de residencia se encontró que 38.2% de los hombres vivían en áreas urbanas, 44.9% en áreas rurales y un 16.9% vivían en las comarcas indígenas. La distribución por edad de estos hombres fue muy similar entre los grupos indígenas y los no indígenas. El 68.1% eran hombres adultos entre 25 a 59 años y 31.9% eran jóvenes entre 15 a 24 años de edad.

Un poco más de la mitad de los hombres de las etnias indígenas tenían baja escolaridad (53.4%) frente a un 29.3% de los hombres no indígenas, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.000$). En cuanto al estado civil de los hombres no se encontró asociación entre las etnias, la mayoría de los encuestados estaban casados o en unión (59.2%), el 5.1% eran divorciados o separados de unión y el 38.7% eran solteros. En relación a la religión que profesaban los encuestados, las diferencias entre los grupos indígenas y los no indígenas fueron similares. El 66.3% eran católicos, 15.2% protestantes, 12.9% no creyentes y 5.6% pertenecían a otras religiones o creencias.

Conocimientos, actitudes, y prácticas relacionadas al VIH en hombres

Conocimientos comprensivos sobre el VIH/SIDA

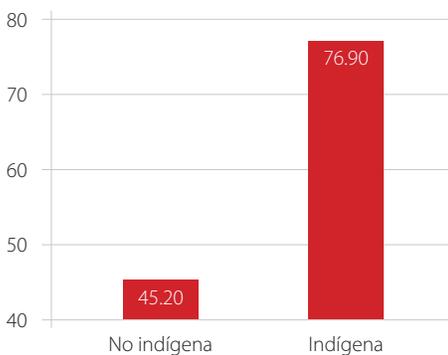
Existe asociación estadística entre la etnia y el conocimiento comprensivo sobre VIH/SIDA en los hombres encuestados. El conocimiento comprensivo sobre el VIH/SIDA en los hombres no indígenas fue de 17.4% y en los indígenas de solo 2.4%, resultando entre estos hombres más conceptos errados sobre la transmisión del VIH como son que se pueden infectar por medio de las picaduras de mosquitos y compartiendo alimentos con personas portadoras del VIH, al igual que tener menor conocimiento de que una persona que luce saludable puede ser portadora del virus y sobre el manejo de las medidas de prevención como son considerar la fidelidad mutua y el uso del condón como una medida de prevención efectiva (Gráfica 7).



Gráfica 7—Porcentaje de hombres entre 15 a 59 años con conocimiento comprensivo según grupo étnico ($p=0.000$).

Actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH

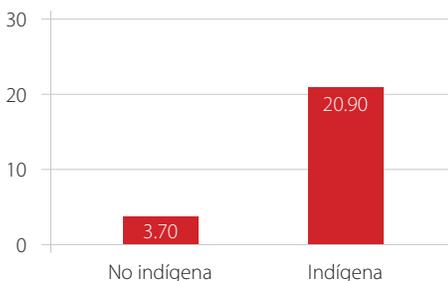
De los hombres que conocían o habían escuchado hablar del VIH/SIDA, el 45.2% de los no indígenas tenían actitudes negativas hacia las personas viviendo con VIH (PVV) frente al 77.0% de los hombres indígenas. Estos niveles más altos de una actitud de no aceptación hacia las PVV en el grupo de hombres indígenas, resultaron estadísticamente significativos ($p=0.000$) Los hombres indígenas estarían menos dispuestos a comprarle frutas o vegetales a un vendedor portador del VIH/SIDA, no estarían de acuerdo en permitir que los maestros con VIH siguieran enseñando en la escuela o no estarían dispuestos a cuidar a un familiar que enfermera del VIH/SIDA o preferirían mantener en secreto si un familiar enfermera con VIH/SIDA o niegan el derecho que tiene una persona de mantener la confidencialidad de los resultados de su prueba VIH positiva (Gráfica 8).



Gráfica 8—Porcentaje de hombres entre 15 a 59 años con actitudes negativas hacia las personas viviendo con el VIH/SIDA según grupo étnico ($p=0.000$).

Acceso al condón

El 20.9% de los hombres indígenas informaron que no conocían de lugares donde se pudiera tener acceso a un condón, este porcentaje fue significativamente menor en los hombres no indígenas: sólo 3.7% de los no indígenas informaron no tener acceso a un condón ($p<0.000$) (Gráfica 9).



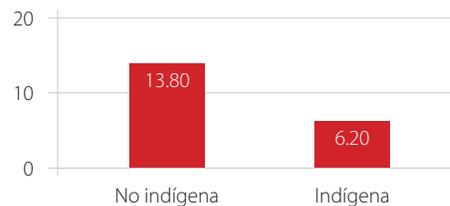
Gráfica 9—Porcentaje de hombres entre 15 a 59 años que no tienen acceso al condón según grupo étnico ($p=0.000$).

Edad de la primera relación sexual

Entre los hombres que reportaron haber iniciado vida sexual activa, el porcentaje de edad de la primera relación resultó muy similar entre los hombres indígenas que entre los no indígenas. El 27.6% tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años de edad, 61.7% entre los 15 a 19 años de edad y 10.6% después de los 19 años edad.

Realización de la prueba de VIH

El 13.8% de los hombres no indígenas se realizaron la prueba de VIH voluntariamente alguna vez en la vida frente a solo 6.2% de los hombres indígenas que se sometieron a la prueba. Estas diferencias fueron estadísticamente significativa ($p=0.001$) (Gráfica 10).



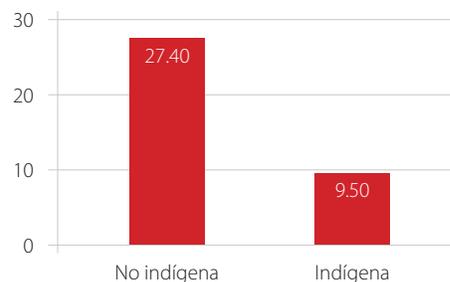
Gráfica 10—Porcentaje de hombres entre 15 a 59 años que se han realizado la prueba de VIH según grupo étnico ($p=0.001$).

Múltiples parejas sexuales en los últimos 12 meses

Entre los hombres, el número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, resultó similar entre los indígenas y los no indígenas. El 78.6% reportó una sola pareja sexual en el último año y 21.4% admitió dos o más parejas sexuales.

Pagar por sexo alguna vez en la vida

Hay una asociación entre la etnia de los encuestados y pagar por sexo. Más hombres no indígenas han pagado por sexo (27.4%) comparado con los hombres de las etnias indígenas (9.5%) ($p=0.000$) (Gráfica 11).



Gráfica 11—Porcentaje de hombres entre 15 a 59 años que han pagado por sexo según grupo étnico ($p=0.000$).

Implicaciones Programáticas

Implementar programas que trabajen en las comunidades indígenas para incrementar la concienciación sobre el VIH/SIDA: Los resultados indicaron que mujeres y hombres de las etnias indígenas tenían conocimientos comprensivos más limitados y actitudes más negativas hacia las PVV, resultados similares fueron encontrados por el estudio de Taylor et al., (2012) sobre etnicidad y VIH en Guatemala. Aunque múltiples factores se pueden relacionar con menos conocimientos comprensivos y mayores actitudes negativas, los resultados muestran que los indígenas también tenían bajos niveles de escolaridad: 72.7% de las mujeres y 53.4% de los hombres no habían alcanzado un grado de educación acorde a su edad cronológica. Esto sugiere la necesidad de evaluar y ampliar los programas educativos que se llevan a estas comunidades. En Panamá el Programa Nacional de VIH/SIDA del Ministerio de Salud, lleva programas educativos a través de dos clínicas de Terapia Antirretroviral, donde se ofrece una atención integral solo a las personas que acuden a dichas clínicas, en las comunidades de la comarca Kuna Yala y en la Provincia de Bocas del Toro. Adicional es necesario ampliar la cobertura de estos programas, y que no solo lleguen a una población indígena limitada, sino a toda la diversidad étnica de los pueblos indígenas de nuestro país.

Como intervención preventiva se deben crear estrategias para mejorar el acceso al uso del condón: Este análisis evidenció que los indígenas de ambos sexos, no tienen un fácil acceso a los condones, la mitad de las mujeres (50.2%) informaron que aunque ellas quisieran no podían conseguir un condón y 20.9% de los hombres tampoco conocían de lugares donde obtener condones. Una acción importante es crear puntos de acceso estratégicos de abastecimiento de condones en las comunidades, ligado con programas de educación sexual sobre las medidas de prevención de las ITS/VIH/SIDA.

Fortalecer los programas de divulgación para la realización de la prueba de VIH: Los resultados evidencian que solo 4.8% de las mujeres indígenas y 6.2% de los hombres indígenas se han realizado la prueba por voluntad propia, estos bajos porcentajes de realización de la prueba evidencia no solo un menor acceso a los servicios básicos de salud, sino también otras variables sociodemográficas, como son los niveles más bajo de escolaridad, las condiciones de

vida rural y geográficas apartadas de estas comunidades, resultados similares fueron encontrados por Taylor et al., en Guatemala (2012). Las estrategias de divulgación y concientización deben orientarse a trabajar para crear conciencia sobre el VIH e incrementar los conocimientos sobre las estrategias de prevención y a la eliminación de las barreras hacia la prueba de VIH. Es necesario realizar compañías en las comunidades indígenas, que son una población que necesita una atención específica de acuerdo a sus características, que promuevan no solo que las mujeres embarazadas acudan a realizarse la prueba durante el control prenatal, la cual es de carácter voluntario, sino también a toda la comunidad indígena incluidos los hombres.

Conocer el inicio de vida sexual activa como una práctica de riesgo para el VIH es importante para los esfuerzos educativos de prevención: Se encontraron diferencias entre las mujeres indígenas que iniciaron su actividad sexual a una temprana edad (edad de la primera relación sexual antes de los 15 años), iguales resultados se observaron en el ya citado estudio guatemalteco de Taylor et al., (2012) donde quedó claro que la etnicidad afectó las probabilidades de que las mujeres tengan su primer coito antes de los 15 años. Se debe tomar en consideración la necesidad que las mujeres indígenas estén informadas sobre los riesgos aumentados que implica el inicio de vida sexual activa a edades muy tempranas, no solo están más expuestas a las ITS/VIH/SIDA, sino también más expuesta a embarazos de alto riesgo y por consecuencia a una mayor morbi-mortalidad materna.

Conocer prácticas de riesgo, como las múltiples parejas sexuales y el pago por sexo entre la población, es importante para los esfuerzos de prevención: Los resultados demuestran que el número de pareja sexuales es más bajo en las mujeres indígenas que en las no indígenas. Entre los hombres la etnicidad no afectó el número de parejas sexuales. Igualmente los resultados indican que más hombres no indígenas habían pagado por tener relaciones sexuales con una mujer. Para futuros estudios se recomienda una mayor representación de los diferentes pueblos indígenas, como es el caso específico de la Comarca Kuna Yala que no pudo ser incluida en esta encuesta. La muestra de este grupo se obtuvo fuera de la Comarca, la cual fue de solo 6% del total de los indígenas.

Bibliografía

- Banco M (2006). América Latina y el Caribe—Programa Global del VIH/SIDA, *Reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en Centroamérica Panamá: Situación del VIH/SIDA y respuesta a la epidemia.*
- Herrera C, et al. *Jóvenes que han pagado por tener relaciones sexuales con una mujer y factores de riesgo asociados.* Informe de Análisis Secundario ENSMI 2008/2009. MEASURE Evaluation is funded by the U.S. Agency for International Development (USAID)
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2010) Censo de Población y Vivienda 2010. Contraloría General de la Republica de Panamá.
- Mazín, R (2011) De lugares comunes a recomendaciones concretas: el VIH entre pueblos originarios y poblaciones indígenas del hemisferio occidental. *Desacatos*, núm 35, enero–abril. 2011, pág. 87–94.
- Ministerio de Salud, Panamá, Dirección General de Salud, Departamento de Vigilancia de la Salud, “Epidemiological Situation of AIDS in Panamá”, *Situación epidemiológica del Sida en la república de Panamá*, 2009.
- Núñez Noriega G (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-SIDA: una explotación sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos* no.35 México enero./abril, pág 13–28
- PASMO/USAID y otros. *Hidden Risks in Central America, A multi-national study 2003–2004, knowledge, attitudes and practices regarding HIV, use of the condom and other health topics*, Panamá. Diciembre 2004.
- Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud. Reporte del progreso de la respuesta del país a la epidemia de VIH/SIDA, Panamá.2006
- Silvestre, Eva, et al., (2005) *Informe de Resultados de un RAP Explorando VIH/SIDA con Comunidades Kuna en Panamá*
- Taylor, Tory, et al., (2012) *Etnicidad y Riesgo de VIH en Guatemala*, MEASURE Evaluation is funded by the U.S. Agency for International Development (USAID).

