

Silencios, etnicidades y VIH: visibilizando algunas problemáticas en la incidencia y prevalencia de la epidemia en los pueblos originarios de Latinoamérica

Recibido: 17-01-2017 Aceptado: 23-03-2017

Patricia Ponce¹, Rubén Muñoz Martínez², Matías Stival³.

Resumen

Se presentan los resultados de una investigación cuyo objetivo general fue describir y analizar la situación de prevalencia epidemiológica, prevención y tratamiento del VIH en los pueblos indígenas en Latinoamérica. Para ello, se revisaron un total de 304 materiales provenientes de 16 países de Latinoamérica. En este artículo se analizan algunas de las razones de la invisibilización del impacto de la epidemia del VIH en los pueblos indígenas de Latinoamérica, y se presenta la situación de 9 países de la región en los que se dispone de evidencia sobre la prevalencia/incidencia de VIH en ciertas poblaciones indígenas. A partir del análisis del escaso material cuantitativo y cualitativo existente en la actualidad, se evidencian determinantes multinivel que deben de ser estudiados detalladamente considerando, como eje exploratorio nodal, la vulnerabilidad diferencial asociada a la condición étnica.

Palabras clave: VIH, pueblos indígenas, vulnerabilidad social, racismo y epidemiología diferenciada.

Introducción

Las reflexiones y los datos que presentamos en este artículo surgen del Informe Final correspondiente a la consultoría "Estado del Arte sobre VIH y Pueblos Indígenas en Latinoamérica" financiada por ONUSIDA, a petición del Secretariado Internacional de Pueblos Indígenas ante el VIH/sida, la sexualidad y los Derechos Humanos (SIPIA). La misma tuvo por objetivo general analizar las políticas, declaraciones, programas, artículos académicos y protocolos publicados abocados al acceso a servicios, la prevención, la atención y el tratamiento del VIH para pueblos indígenas en Latinoa-

¹Profesora Investigadora del Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Unidad Golfo. Xalapa, Veracruz, México. pattyponce@gmail.com

²Profesor-Investigador CONACYT en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Sureste. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. México. rubmuma@hotmail.com

³Profesor de la Escuela de Antropología de la Universidad Nacional de Rosario. Integrante del Programa Antropología y Salud de la Universidad de Buenos Aires. Rosario, Argentina. matiasstival@yahoo.com.ar

Dirección para correspondencia:

Dra. Patricia Ponce. Calle Encanto S/N, El Mirador, 91170 Xalapa Enríquez, Veracruz. México. pattyponce@gmail.com

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses en la realización de la investigación reflejada en el artículo

mérica y realizar recomendaciones en los campos de las políticas públicas, la investigación y las praxis profesionales de los actores gubernamentales, del sector salud, de la sociedad civil y EN los liderazgos y EN LAS comunidades indígenas.

A lo largo de la consultoría se trabajó de manera coordinada con SIPIA y ONUSIDA a través de un diálogo permanente, continuo e incluyente que en todo momento tuvo como objetivo que dicha investigación fuera retroalimentada por ambos grupos.

La epidemia del VIH en la medida en que involucra la transmisión por vía sexual trajo consigo, la necesidad de hablar de sexualidad, de prácticas sexuales, de diversidad sexual, de género y de acceso a los servicios de salud, así como de entender la vulnerabilidad y las conductas de riesgo de personas y grupos de población.

En este contexto, en Latinoamérica algunas investigaciones han mostrado que la migración, la ruralidad y la pobreza son factores de mayor vulnerabilidad al VIH. Estas investigaciones, sin embargo, no especifican la condición étnica de sus sujetos de estudio y es frecuente que los servidores públicos consideren que la población indígena está cubierta cuando se realizan acciones en comunidades rurales, olvidando que buena parte de dichos pobladores latinoamericanos vive ya en las ciudades. Además, las intervenciones para la prevención o la atención no incluyen la especificidad de la condición indígena y cuando lo hacen es sólo al nivel de mensajes de radio en alguna lengua.

Algunas de las razones de la invisibilización del impacto de la epidemia del VIH en los pueblos indígenas de Latinoamérica desde la ausencia de investigación epidemiológica, social y de políticas públicas son, en términos de lo que señala para México Guillermo Núñez (1), las siguientes:

- a) los estereotipos sociales sobre quién es un indígena y cómo viven, en la medida que son concebidos como algo exótico, que mora en lugares inaccesibles y que por lo tanto el VIH no significa una amenaza para ellos;
- b) la creencia sobre "su sexualidad natural" (de que todas y todos son heterosexuales) y la constante asociación de la epidemia con la homosexualidad, ha implicado la idea de que como entre los y las indígenas ésta no existe entonces no hay riesgo frente al VIH;
- c) la intención de no tratar de estigmatizar más a estas poblaciones;
- d) la suposición de que las políticas universalistas, en salud, en el medio rural y migratorio tienen

en cuenta a la población indígena sin observar su especificidad sociocultural en un contexto marcado por la discriminación y el racismo.

Si bien todas las razones mencionadas con anterioridad son aclaratorias y operan como discursos y prácticas de diverso tipo, la relativa a "no tratar de estigmatizar más a estas poblaciones" es una de las líneas nodales que recurrentemente aparecen en diversos espacios de toma de decisiones y/o discusión como argumento central en la defensa de no investigar sobre el VIH en pueblos indígenas. A partir de los materiales publicados y las discusiones en foros, congresos y encuentros en los que hemos participado consideramos que existen -siendo un tanto esquemáticos- dos posicionamientos al respecto: el primero consiste en una posición de resistencia en diversos ámbitos como el de la toma de decisiones, la academia o ciertos sectores de la población indígena afectados o no, a trabajar sobre un tema que se considera "altamente estigmatizador" con población que de por sí ha sido históricamente marginada (lo cual ha sucedido en otros contextos, como en Europa, con el VIH y la población migrante de origen subsahariano (2)). En este sentido, el argumento en defensa de "no estigmatizar más" y no hablar de VIH en pueblos indígenas, los condena a la invisibilización frente a una epidemia que ya les afecta y genera sufrimiento.

Por nuestra parte, entendemos el riesgo de que se haga un mal uso de la asociación entre la epidemia y la condición y/o identidad indígena. El peligro estriba, desde esta óptica, en el uso de la sobredeterminación cultural para explicar el comportamiento de la epidemia en la población indígena, en este caso, atribuyendo las causas de la misma a variables explicativas que culpabilizan y que son pre-existentes a la epidemia y reactualizadas por ella. Esto es, un uso esencialista de la diferencia, ser indígena, como determinante cultural en la adquisición del virus, a través de atributos esencialistas y estereotípicos, reforzando el imperativo del otro como amenaza y fuente de problemas.

En esta resistencia de diversos actores (incluyendo a algunos líderes indígenas) es importante identificar esos imaginarios históricos de la alteridad amenazante que representa el indígena para la población blanco-mestiza mayoritaria, a la que se podría sumar de manera estigmatizante ahora el VIH y los juicios morales sobre sus modos de transmisión. Asimismo, ese otro imaginario en el cual la modernidad, representada por los blancos, mestizos y el mundo urbano y global, supone una amenaza para la tradi-

ción, en su forma patrimonial representada por los indígenas y el mundo rural “anclado a la naturaleza” e “inamovible”. Se trata de imaginarios esencialistas y universalistas.

La segunda posición, la que está a favor de la realización de investigaciones e intervenciones en materia de salud pública sobre el VIH junto a los pueblos indígenas, es la que nosotros/as compartimos. Consideramos que las razones esgrimidas con anterioridad en contra de este tipo de trabajos son, en parte, consecuencias de la ausencia de los mismos. Esto es, la no existencia de datos de prevalencia y cualitativos sobre el comportamiento de la epidemia en la población indígena permite que el racismo y la discriminación operen desde la impunidad del silencio acrecentando brechas sociales e incluso, en algunos casos documentados, diezmando a su población. Impide, por un lado, visibilizar a aquellas personas que, por la posición en la estructura social que ocupan fruto del racismo, la discriminación y la desigualdad, son vulnerables a la adquisición del VIH o viven con la infección. Por otro, dificulta el acceso al tratamiento, la vinculación, el seguimiento oportuno y reproduce la epidemia. Ser indígena no es un determinante “per se” que a la hora de considerar la vulnerabilidad diferencial a la adquisición del VIH se encuentre más allá del contexto socioeconómico y político en el que se inscribe y sin articulación con variables como la clase social, la identidad sexo-genérica y el estatus jurídico-administrativo (en contextos migratorios). Por el contrario, es un determinante en sociedades en las que opera el poder, y a este le sustenta la ideología, sobre el lugar social y simbólico en la redistribución de los recursos que, por imposición, les corresponde a aquellas personas que son indígenas.

Un sinónimo de este poder es, desde nuestro punto de vista, el espacio de la vulneración silenciosa a la que se aboca a las personas indígenas en el nombre de las políticas e investigaciones de corte universalista que renuncian al particularismo mencionado, apelando a una suerte de *comunitas*, el de la población mayoritaria blanca-mestiza, en el que los cuerpos no están racializados. En otras palabras, obviando al racismo como principio organizador y reproductor de la estructura social en una suerte de asimilación/homogeneización segregacionista. Niega la cultura para emparentar el abordaje de un problema de salud que se supone análogo entre población mestiza e indígena y ahonda en la segregación que produce el impacto diferencial del VIH en una población históricamente marginada: la indígena.

Visibilizar realidades como la epidemia del VIH en los pueblos indígenas de Latinoamérica, a través de datos empíricos de corte cuantitativo y cualitativo, no exonera de potenciales usos de corte discriminatorio, por la procedencia cultural, y estigmatizador, por la condición de salud, que se puedan hacer con la información que se obtenga. No podemos como investigadores/as controlar los usos posteriores fruto de la descontextualización que se haga de esos datos, por ello es necesario no aislar la variable étnica sino entenderla y, explicarla, articulada a otras de tipo socioeconómico y político, como la identidad sexo-genérica, la pobreza, la migración y la dominación. A su vez, es fundamental resaltar las modalidades en las que el racismo invisibiliza la desigualdad social negando la etnicidad, como categoría de análisis de la realidad y, cómo en esta situación ser indígena, mujer, disidente sexual, pobre, marginado y migrante expone a determinantes sociales, genéricos y culturales que se traducen en una vulnerabilidad diferencial a la adquisición del VIH.

Los escasos estudios desagregados por etnicidad sobre prevalencia epidemiológica existentes revelan datos desalentadores y alertan sobre la necesidad de conocer el comportamiento de la epidemia en esta población y abordar sus repercusiones en términos preventivos, de atención y seguimiento oportuno.

Material y métodos

Para realizar el mencionado informe se revisaron un total de 304 textos provenientes de 16 países de Latinoamérica. Detallamos los países y la cantidad de textos revisados provenientes de cada uno: Argentina 7; Bolivia 28; Brasil 31; Chile 15; Colombia 19; Costa Rica 2; Ecuador 8; El Salvador 6; Guatemala 31; Honduras 10; México 40; Nicaragua 11; Panamá 11; Paraguay 4; Perú 38; Venezuela 7. A su vez, se revisaron 36 materiales regionales.

Se evidencia una notable heterogeneidad en el material compilado con respecto a las regiones, países, grupos étnicos y al campo relativo a la prevención, atención y seguimiento oportuno del virus. A su vez, se manifiesta una importante disparidad en el número de materiales existentes, así como también en los formatos de los mismos (investigaciones, experiencias locales, notas periodísticas, informes epidemiológicos, tesis, diagnósticos, informes, etc.). La búsqueda de los materiales se efectuó principalmente a través de actores sociales significativos conocedores de la temática referenciados por el Secretariado Internacional de Pueblos Indígenas

y Afrodescendientes ante el VIH/sida, la Sexualidad y los Derechos Humanos (SIPIA) y ONUSIDA. Complementariamente se realizó una búsqueda directa de otras fuentes de información, por ejemplo, programas de congresos, tesis, artículos y referencias bibliográficas; así mismo se revisaron 100 documentos más de diferente tipo, que fueron descartados al no proporcionar contenidos específicos sobre VIH y población indígena en Latinoamérica.

A partir de la búsqueda, recolección, lectura y análisis de los materiales obtenidos, se procedió a clasificarlos. Un primer ordenamiento consistió en distinguir los documentos que abordan estrictamente la problemática del VIH en los pueblos originarios, de los que si bien aportan cierta información contextual no lo hacen de un modo directo y explícito. Luego se organizó el material por cada país. Por último, se realizó un análisis transversal de las experiencias relevadas en función de los ejes analíticos planteados.

Resultados

Destacamos a continuación los casos de 9 países de Latinoamérica en los que se dispone de evidencia sobre la prevalencia de VIH en ciertas poblaciones indígenas. Aclaramos que no se incluye la situación de Argentina, debido a que no se dispone de estudios epidemiológicos que den cuenta de la situación de la epidemia en los pueblos originarios de este país. No obstante, existen investigaciones que señalan la presencia de casos de VIH en determinadas comunidades indígenas, principalmente ubicadas en contextos urbanos (3) e incluso el Programa Municipal de Sida de la ciudad de Rosario identificó los primeros casos en las poblaciones indígenas en dicha localidad a principios de 2000.

Chile

Según estimaciones presentadas al Ministerio de Salud por parte de la antropóloga Malva Marina Pedrero "la población indígena Aymara del país, en los años 2010 y 2011, presentó una tasa de mortalidad por VIH de 9,1 por cada 100 mil habitantes" mientras que para la población no indígena fue de 2,9 por cada 100 mil habitantes. Es decir, "los Aymara tienen hasta 3 veces más riesgo de morir por causas relacionadas al VIH" (4). En este sentido, datos de mortalidad por VIH reportados del 2004 al 2009 constatan que 3 de cada 10 muertes por VIH fueron de personas pertenecientes a este grupo indígena. Su riesgo de morir por esta infección de 2004 a 2006

era un 160 % más alto que el del resto de la población y, del 2007 al 2009 fue un 170 % mayor (5).

Venezuela

Una pesquisa periodística (6,7) sostiene que en 2011 el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas y el Instituto de Biomédica de la Universidad Central de Venezuela realizaron investigaciones en 26 comunidades Warao del Delta del Orinoco encontrando la presencia del virus en el 9,55% de los habitantes de 8 comunidades, lo cual representa una prevalencia altísima tomando en cuenta que en el país es del 0,56%. La comunidad más afectada es la Usidu (21,6%).

Reportan que dichas comunidades llevan conviviendo con el virus cerca de 15 años, que se ha encontrado con una cepa más agresiva que desarrolla síntomas del sida en menos de 5 años y que hay comunidades ya desaparecidas, arrasadas por el sida, afectando principalmente a jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. Además, hay altas tasas de prevalencia de tuberculosis, hepatitis y sífilis.

La pesquisa periodística considera que tal situación de vulnerabilidad se debe a la alta movilidad de los Warao, la migración, su cercanía con Bolívar - considerado un lugar marcado por el tráfico de drogas y el trabajo sexual- y el personal de los barcos transportadores de mercancías de la industria minera que entran sin control sanitario procedentes de Filipinas. Por otro lado, sostiene que hay un claro desinterés del Estado venezolano que se traduce en el escaso o nulo acceso a los servicios de salud, infraestructura, falta de medicamentos antirretrovirales, de médicos, leche maternizada, falta de medios de transportación, de embarcaciones, vehículos para supervisar la red hospitalaria y programas de prevención (6,7).

Panamá

Traa-Valarezo (8) señala como grupos vulnerables con alta incidencia de VIH y muy afectados por el sida a los pueblos afro Panameños, los pueblos de Kuna Yala; así como las poblaciones que habitan en los distritos de San Miguelito, del Chepo, los de la zona libre de Colón y del Canal de Panamá caracterizadas por altos índices de migración, fuerte tráfico internacional, violencia y trabajo sexual.

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER), constata que el Programa Global del VIH/sida del Banco Mundial elaborado en el

2006, sostiene que la epidemia se ha concentrado en grupos de alta vulnerabilidad y, entre ellos coloca a la población indígena (9). La ENASSER registra que el 90 % de los pueblos indígenas del Panamá viven en condiciones de pobreza, poseen baja escolaridad, alta movilidad, los varones recurren con frecuencia a la contratación del trabajo sexual, poseen poca comprensión sobre el VIH, manifiestan altos índices de discriminación para quien está afectado/a por el virus, tienen poco acceso a pruebas de detección y al condón, inician su vida sexual tempranamente -sin protección-, acostumbran a tener múltiples parejas y, las mujeres sufren de violencia física y sexual constante por parte de sus cónyuges y novios.

Un estudio exploratorio realizado en el año 2005 en la Comarca Kuna y poblados periféricos revela que dichas poblaciones carecen de información sobre el VIH, el 80 % no usa condón, la mayoría de las mujeres nunca lo han usado, el 40 % lo desconocen, las mujeres inician su vida sexual antes que los hombres (entre los 11 y 15 años), los varones lo hacen con los omegit (grupo transgénero), hay altos niveles de discriminación con quien padece el virus y las autoridades y médicos tradicionales se mostraron receptivos a tener mayor información sobre la epidemia (10).

En el año 2009, se realizó un diagnóstico entre la población Kuna y los resultados no muestran mayores diferencias con el realizado en el 2005: el 58 % de los varones consumen alcohol, el 54 % nunca se ha realizado la prueba de VIH, el 83 % no usan condón y el 40 % no lo conoce.

De las personas que tienen VIH sólo el 60 % recibe tratamiento ARV, el 40 % no lo toma, el 91 % no tiene tratamiento para tuberculosis asociada al VIH, el 62 % desconoce los resultados de sus CD 4, el 20 % de sus parejas murió a consecuencia del sida y el 20 % sufre discriminación (11).

En el Plan Estratégico Multisectorial de VIH y Sida Prioridades 2007-2010 se reporta que la epidemia está concentrada en hombres que tiene sexo con otros hombres, trabajadora/es sexuales y las poblaciones indígenas de Ngäbe Emberá y Kuna, esta última con una prevalencia dos veces mayor que la estimada para población en general (10).

En el proyecto de Fortalecimiento de líderes transgéneros de la etnia Kuna de Panamá (11) se practicaron 101 test de detección del VIH a un grupo de omegiti de los cuáles el 12,9 % resultaron positivos.

En el documento "Situación de Salud de Panamá" (12) se constata que las regiones que reportan mayores casos y tasas más altas de malaria, dengue, tuberculosis y leishmaniasis son las comarcas de Kuna Yala y Ngäbe Buglé. Además, poseen elevadas tasas de fecundidad, desempleo, analfabetismo, deserción escolar, mortalidad, mortalidad materno-infantil, desnutrición crónica, sobrepeso y su esperanza de vida es de 10 años menos que la población en general.

El informe sobre "El avance en la lucha contra el sida" (13) menciona que los hombres de la etnia Ngäbe Buglé que migran cada año desde Panamá hacia las zonas altas de Costa Rica a trabajar en la cosecha del café, muchas veces acompañados de sus familias, es un grupo altamente vulnerable por su pobreza, alta movilidad, falta de organización política y ubicación geográfica. Sostiene que están desinformados sobre los riesgos del VIH, sus formas de transmisión y prevención; la mayoría de ellos y ellas nunca han usado un condón, no saben cómo usarlo y solamente entre el 3 % y el 11 % se ha hecho una prueba de detección. El informe señala que las mujeres son mucho más vulnerables a la adquisición de una ITS, incluyendo el VIH.

El Plan Estratégico Nacional de Carácter Multisectorial para ITS, VIH y sida 2009-2014 (14), coloca a los pueblos originarios entre los grupos vulnerables, destacando a los Kuna y los Ngäbe Buglé como prioridad media de intervención por considerar que hay falta de evidencias o son limitadas. Sin embargo y, contradictoriamente el mismo documento señala que la República de Panamá tiene una tasa acumulada de 138.8 por 100 mil habitantes en base a la población del año 2004 y los pueblos de Kuna Yala de 234,9, siendo la segunda localidad del país después de Colón con mayor tasa de VIH.

En el último Plan Estratégico Multisectorial de VIH/sida 2014-2019 (15), nuevamente señala a la población indígena como un grupo vulnerable, ponderando que la tasa de seropositividad para el país es de 0,3 % y en Kuna Yala es de 0,4 %, siendo la región sanitaria con mayor tasa de seropositividad.

Ecuador

En Ecuador existe una norma (16) que obliga a desagregar los datos relativos a la etnicidad en el registro clínico y en los datos estadísticos, sin embargo nuestra experiencia investigativa en el país nos muestra que esto no se ha llevado a la práctica en la actualidad. Los únicos datos epidemiológicos

desagregados por etnicidad de los que se dispone corresponden a un estudio realizado, entre 2009 y 2013, en la región de Morona Santiago por Family Care International.

En Morona de Santiago, situada en la Amazonía centro-sur y con un 50 % de población indígena se notificó un incremento de los casos de VIH de un 680 % entre los años 2002 y 2013. De los casos registrados el 50 % correspondía a población indígena de la nacionalidad Shuar (17), mayoritaria en esa región.

Nicaragua

En Nicaragua no se dispone de ningún documento en los últimos diez años que refleje las problemáticas, analizadas en el presente estudio, relativas al impacto de la epidemia del VIH en población indígena. No existen datos epidemiológicos, investigaciones, reportes u otro tipo de materiales que describan el panorama actual del VIH en términos de prevalencia, prevención o atención de la infección en esta población. Una investigación de carácter regional en Centroamérica, del año 2004, señala evidencias de tipo epidemiológico sobre la prevalencia y, alta vulnerabilidad social en la adquisición del VIH, en algunos grupos étnicos de Nicaragua. En ese año se apunta a una prevalencia de VIH en los pueblos Sutiaba de León y Chinandenga del 9,9%. Un 4,9% entre los Miskitos y Mayagna en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y, entre los pueblos Creole, Miskitos y Garifunas de la Región Autónoma del Atlántico Sur de Nicaragua (RAAS) en un 9,9%. Cabe apuntar que en ambas regiones la prevalencia general de VIH era de 47,1 por cada 100.000 personas en 2004, para la RAAS, y de 25,7 por cada 100.000 personas para la RAAN (8).

Estos grupos étnicos de Nicaragua comparten con otros pueblos indígenas de América Central, en una situación de prevalencia y vulnerabilidad a la epidemia del VIH análoga, el hecho de ser poblaciones pobres, de bajo nivel educativo, móviles o de ocupación laboral estacionaria de tipo internacional y/o del campo a la ciudad, y que están expuestos al trabajo comercial sexual (8).

Honduras

Las poblaciones indígenas no están contempladas en los Planes Nacionales Estratégicos de respuesta al VIH, sin embargo, se menciona que los grupos más afectados son los Miskitos, los Tolupanes y los Chortí, considerando que los factores de

riesgo están anclados en su alta movilidad, el bajo nivel de escolaridad, la desinformación sobre medios de transmisión, el inicio de vida sexual temprana sin protección, el difícil acceso a los servicios de salud, el alto índice de ITS y la influencia de las religiones.

El estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Mundial de Sexología (18) señala que son los Garifunas y los Miskitos ubicados en la Costa Atlántica de Honduras los grupos más afectados. Las comunidades garifunas son las que más casos de VIH presentan. Entre 1998 y 2001 se registraron un total de 97 casos, de los cuales 11 fueron detectados entre los garifunas, siendo la comunidad más afectada la de Cristales no sólo en cuanto a casos comprobados sino también a la transmisión. Al parecer, un eje central es el cambio de vida al interior de estas comunidades antes dedicadas a la pesca y hoy dependiendo de las remesas de los migrantes a los Estados Unidos, el uso del alcohol y otras drogas, el turismo y al aumento del trabajo sexual.

En el caso de los Miskitos, señala que en una sola comunidad - en un lapso de diez años 135 personas indígenas adquirieron VIH; 17 adultos y 5 niños/as murieron a causa del sida. "Estos adultos tenían 21 parejas fijas. La suma de los adultos muertos de Sida más sus parejas fijas nos da un total de 38 personas infectadas. Esta cifra multiplicada por diez contactos factibles por cada persona infectada nos permite elaborar una cifra estimada de 380 personas expuestas al virus del VIH en el poblado y en sus inmediaciones. Esta comunidad tiene 3,345 habitantes según el último censo poblacional 380 personas representan el 11 % de su población, lo que podría significar que dicho porcentaje de habitantes son posibles portadores del VIH (19).

México

En México no existen datos en un registro epidemiológico sistematizado que tome en cuenta variables como la pertenencia a un grupo étnico o la lengua que nos permitiera conocer el impacto de la epidemia al interior de los pueblos indígenas. Hemos relevado que hasta el momento sólo existe un trabajo científico documentado que ha incluido la prueba rápida para detección de anticuerpos anti-VIH. Este proyecto se titula: "Sexualidad, migración y vulnerabilidad. Seroprevalencia por VIH en indígenas locales y migrantes en Sonora" (20). Los hallazgos son de suma impor-

tancia dado que evidencia el impacto del VIH sobre los pueblos indígenas, al menos en Sonora.

De acuerdo a este estudio de tipo multimétodo, se trabajó en 19 localidades indígenas que pertenecen a los municipios de Navojoa, Etchojoa y Huatabampo. El muestreo de las localidades fue aleatorio probabilístico y se incluyeron 530 participantes con los que se formaron dos grupos; no migrantes (380 participantes) y migrantes (150 participantes). Se aplicaron dos instrumentos de trabajo, una encuesta para la evaluación de riesgos, características sociodemográficas y movilidad poblacional y se aplicaron cinco entrevistas semi-estructuradas en las que se analizaron seis esferas: características sociodemográficas, acceso a servicios de salud y daños a la salud, movilidad poblacional, percepción de riesgos, sexualidad, conocimiento y dominio de herramientas de prevención y acceso previo a la prueba rápida.

En el presente estudio se confirmó la presencia de VIH en cinco personas (tres hombres y dos mujeres) representando una prevalencia puntual de 0,94. Esta prevalencia puede representar dos situaciones: primero, que la prevalencia de VIH en la población indígena en Sonora sea ocho veces mayor que la prevalencia estatal o bien, que la prevalencia estatal represente una prevalencia subestimada dada la carencia en las estrategias de detección oportuna.

La prevalencia de VIH en la población local sin antecedentes migratorios es de 0,005 bajo las condiciones de vulnerabilidad estudiados, mientras que la prevalencia de VIH en la población migrante es del 0,020 bajo condiciones de vulnerabilidad y migración. Esto es cuatro veces mayor en comparación con la población local (20).

La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios, en el año 2009, conjuntamente con el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social realizó una consulta nacional a los pueblos indígenas en 6 estados fronterizos del país (Quintana Roo, Tabasco, Chiapas, Chihuahua, Sonora y Nuevo León) con el fin de conocer el grado de información y conocimientos que ese grupo poblacional tiene sobre el VIH. La consulta –en la que se realizaron encuestas a 2259 personas indígenas, con representatividad estatal y con muestreo por cuotas de edad y género– arroja un dato alarmante: un escaso 5% respondió afirmativamente que el uso del condón es una medida de protección, y la mitad de la muestra señaló que no le han enseñado a usarlo (21).

Brasil

En Brasil se cuenta con datos epidemiológicos desagregados para población indígena debido a la existencia de la variable “raza/color” en los registros de salud, la cual permite la identificación étnica.

En el periodo de 2000 y 2008 se registraron en el sistema de información nacional (SINAN) 401 casos de sida entre los pueblos originarios. La proporción de casos entre hombres y mujeres es semejante que el de la población en general con 1,6 casos en varones por cada caso en mujeres. No obstante, se evidencia que esa tendencia está cambiando, con un número mayor de mujeres afectadas, principalmente personas en la franja etaria de 30 a 60 años son más vulnerables, representando el 65% de los casos notificados.

Los datos epidemiológicos muestran que la principal categoría de exposición fue la heterosexual, representando el 61% de los casos notificados. Asimismo, el 21% fueron registrados en la categoría homo y bisexual y, el 6,7% en la categoría de usuarios de drogas inyectables. En relación a la transmisión vertical de VIH, de 2001 a 2008, 94 mujeres fueron notificados en el SINAN, y en el periodo de 2005 a 2007, fueron registrados 132 casos de sífilis congénita (22).

De acuerdo a los datos disponibles para 2013, la incidencia de VIH en las poblaciones indígenas representaba el 0,3% del total de las notificaciones del país. A su vez, según documentos del Programa Nacional de DST/VIH del año 2005, las principales tendencias y características de la epidemia en la población indígena son:

a) Los casos de sida más frecuentemente han sido en indígenas residentes en áreas urbanas que mantienen contactos frecuentes con las aldeas y, entre indígenas residentes en áreas afectadas por proyectos económicos de gran impacto ambiental.

El segmento de mujeres jóvenes ha sido afectado por la epidemia y se evidencia una fuerte tendencia en la inversión del número de casos entre varones y mujeres (23).

Perú

A pesar de la existencia desde 2010 de una norma que contempla indicar la pertenencia étnica en la ficha de registro clínico de las personas con diagnóstico de VIH no se cuenta con datos desagregados por

población indígena, ya que dicha norma no ha sido aplicada por diferentes razones, algunas referentes a la falta de capacitación del personal de salud o a la ausencia de consulta sobre pertenencia étnica debido a la creencia de que la mayoría de la población es mestiza. Sin embargo, existen algunos estudios e investigaciones que pueden dar información y un acercamiento a la situación del VIH en pueblos indígenas del Perú.

En el "Análisis de la situación epidemiológica del VIH y sida en el Perú 2013", se reporta un estudio epidemiológico que manifiesta que en el 2004 se realizó un estudio de seroprevalencia de VIH y sífilis en una comunidad indígena amazónica, de Loreto, los Chayahuita, obteniéndose una seroprevalencia de VIH en adultos de 7,5% (6 de 80) y de 6,3% para sífilis. Ninguno de los participantes había usado un condón alguna vez; la conducta HSH era frecuente entre los varones jóvenes (44,1%) y la infección era más frecuente entre los HSH (19%) que entre los que solo tenían relaciones heterosexuales (3,8%) (24).

Ese mismo año se realizó otro estudio para determinar la prevalencia de VIH y sífilis en cuatro comunidades indígenas amazónicas en la región de Loreto, obteniéndose una prevalencia de VIH de 0,7% (2/282), siendo ambos casos HSH.

"Un primer estudio a cargo de la DGE, realizado en el periodo 2007-2008, determino la seroprevalencia del virus de la hepatitis B, sífilis y VIH en mujeres embarazadas y sus parejas sexuales masculinas de seis poblaciones indígenas de la cuenca amazónica peruana. Los pueblos seleccionados fueron: Kandozi, Shapra, Shiwilo (Chayahuita), Matsigenka, Ashaninka y Shipibo Konibo, localizados en las regiones de Loreto, Ucayali, Cusco, Junin y Pasco. La seroprevalencia de VIH en 1251 gestantes fue de 0,16% (IC95% 0,02-0,58%) y en sus parejas varones (697) fue de 0,29% (IC95% 0,04-1,03%), sugiriendo un patrón de epidemia concentrada. Aunque la prevalencia de VIH fue baja en gestantes (0,16%), los niveles de hepatitis B y de sífilis se encontraron por encima del promedio nacional" (25).

En una nota publicada en 2015 en el periódico electrónico "El País" por Pablo Pérez Álvarez, se expone que la incidencia del VIH llega al 2% en la población de la región awajún, esto frente al 0,23% reportado en la población general del resto del Perú.

En los resultados de la Encuesta Nacional de Prevalencia de ITS y VIH de 2007 (26), se menciona que existe alta prevalencia de VIH (mayor al 1%) entre

varones de las ciudades de la selva: Puerto Maldonado y Yurimaguas, aunque no se define la pertenencia étnica.

En uno de los textos denominado "VIH en pueblos originarios. Resumen del modelo de intervención en Perú" (27) se indica que "en los últimos reportes epidemiológicos se ha identificado a las regiones que concentran poblaciones indígenas amazónicas como altamente vulnerables al VIH y donde la prevalencia de VIH, según datos programáticos llega al 2,6%."

Discusión

Desde el punto de vista de la tasa de prevalencia, de incidencia y de mortalidad por VIH diferenciada consideramos que estos estudios, de tipo micro, no son estadísticamente generalizables al tratarse de muestras pequeñas con los problemas que ello presenta en términos de sobre o subregistro. En algunos casos, como en Ecuador, la alarmante diferencia que supone los nuevos registros se debe a que por primera vez se comenzaron a levantar datos epidemiológicos desagregados. En otros, la alta prevalencia de población clave, como la transgénero en Panamá, puede ser análoga a aquella no indígena apuntando a ciertas dinámicas de vulnerabilidad social compartidas.

No obstante, cruzando el escaso material cuantitativo existente en la actualidad con el cualitativo, podemos considerar que la epidemiología diferenciada (comparada con la media nacional y regional) de la morbi-mortalidad documentada, supone un signo de alarma que visibiliza determinantes multinivel que deben de ser estudiados detalladamente considerando, como eje exploratorio nodal, la vulnerabilidad diferencial asociada a la condición étnica.

Como sostiene Guillermo Núñez Noriega (1) en algunos países de Latinoamérica ha sido pesquisado el fenómeno migratorio, la pobreza y la inequidad de género como factores de vulnerabilidad para la infección de VIH, pero no ha sucedido así con la etnicidad ni mucho menos en su relación con la sexualidad ni con la diversidad amoroso-sexual. Conocer y empezar a nombrar estas realidades, nos permitirá elaborar estrategias de prevención y atención. Silenciarlas, esconderlas bajo el prejuicio de que entre los indios no existen esas prácticas o bajo el argumento de que de eso no se habla para no provocar más estigma hacia las comunidades, o sostener a ultranza la preservación de usos y costumbres, es condenar a mucha gente a una situación de vulne-

rabilidad al VIH, que se agrega a la falta de acceso a los servicios públicos de salud y educativos de calidad para la prevención y la atención, así como a las condiciones económicas justas que les permitan vivir sin hambre, sin inseguridad alimentaria, sin la negación de su lengua y de su cultura, sin pobreza y sin racismo. En este sentido, "la condición étnica es un factor de vulnerabilidad en la medida en que implica estar colocado en estructuras diversas 1) de explotación económica que los perpetúa en la pobreza y los impulsa a la migración, 2) de segregación o marginación social como los sistemas de salud y educación adecuados, 3) de subordinación política y cultural que les impide el pleno ejercicio de sus derechos humanos y de sus derechos colectivos como pueblos y 4) de dominación simbólica (racista, homofóbica, clasista) que a través de actos de discriminación cotidiana configuran sus dinámicas familiares, sociales, emocionales, afectivas y sexuales" (28).

Esta sumatoria de condiciones estructurales dificulta o priva de la posibilidad de un estado de salud sexual adecuado para prevenir la infección por VIH, esto es, de las posibilidades de conseguir un estado de bienestar integral físico, psíquico y social en el cual vivir su existencia sexual digna y satisfactoriamente.

Ser indígena, en los países analizados, condiciona varios elementos de vulnerabilidad, así el no ejercicio de derechos sexuales necesarios para llegar a tener una sexualidad sin riesgos, el derecho a la información y educación sexual, el derecho a la no violencia en virtud de la propia identidad sexo-genérica, el derecho a los servicios de salud sexual, el derecho a la no discriminación, el derecho a la equidad, el derecho a un trato digno y por último, pero no menor, el derecho a una atención médica digna y sin discriminación.

A modo de cierre

Como ya vimos en buena parte de los países latinoamericanos no encontramos información ni cifras sobre el impacto del VIH en los pueblos indígenas sin que ello cause extrañamiento alguno para los servidores públicos de salud quienes, sin ningún argumento sólido, simplemente suponen que la prevalencia es baja. Así, los pueblos originarios han sido borrados de la epidemia del VIH en el papel, porque previamente lo han sido en la mente de los/las que diseñan y deciden los contenidos y objetivos de la política pública en la materia. El objetivo

político de no preguntar la pertenencia étnica es un aliciente para la discriminación desde el Estado. La falta de políticas públicas es evidente. Es importante mencionar que la vulnerabilidad específica de la población indígena no se limita a no recibir los mensajes en su lengua, más allá de ello, la condición étnica es un factor de vulnerabilidad en sí misma, no reductible a otros elementos estructurales que incrementan su propia vulnerabilidad, aspectos en los cuáles los pueblos indígenas se encuentran en los niveles más bajos en cantidad y calidad en relación a la población mestiza o blanca, sea en el área rural o urbana. Lo étnico también determina una vulnerabilidad adicional en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, no sólo por tratarse de una población con una alta prevalencia, sino también por las formas de discriminación, estigma y racismo en los contextos migratorios que condicionan conductas sexuales de riesgo (28).

Agradecimientos

Agradecemos al Secretariado Internacional de Pueblos indígenas frente al VIH-sida, la Sexualidad y los Derechos Humanos (SIPIA) y a ONUSIDA el financiamiento y el apoyo logístico para realizar la consultoría "Estado del Arte sobre VIH y Pueblos Indígenas en Latinoamérica".

Referencias

1. Núñez G. Pueblos originarios y afrodescendientes, diversidad sexual y genérica y vulnerabilidad al VIH/sida. Conferencia magistral II Preconferencia indígena sobre Pueblos Indios, originarios, afrodescendiente frente al VIH/ sida, las Sexualidades y los Derechos Humanos, México; 2008.
2. Fassin, D. Sida, immigration et inégalités: nouvelles réalités, nouveaux enjeux. ANRS - Collection sciences sociales et sida, Paris, 2002.
3. Stival. M. VIH/SIDA y Pueblos Indígenas en contexto urbanos: problemáticas y desafíos de las poblaciones qom (toba) frente a la epidemia en Revista Facultad Nacional de Salud Pública Iniciativas por la salud pública. Cartilla n° 7. Universidad de Antioquia, Medellín, 2015;100-115.
4. Olivares, F. Aymaras de Chile con más riesgo de morir por VIH. 2016, de Corresponsales Clave Sitio web: <http://www.corresponsalesclave.org/2015/10/aymaras-de-chile-con-mas-riesgo-de-morir-por-vih.html>
5. Pedrero Sanhueza, M. Situación de Salud de la Población Aymara en la Región de Arica y Parinacota. Evidencias de inequidades étnicas en el norte de Chile. Chile: SEREMI de Salud Arica y Parinacota. Chile, 2014.
6. Vitti, M. Una epidemia de sida está diezmando a los warao. 8.12.2015, de ARMANDOINFO Sitio web: <http://www.armando.info/historias/series/6033=una-epidemia-de-sida-esta-diezmando-a-los-warao>

7. Vitti, M. Pueblo indígena venezolano muere de Sida. 2016, de Aristegui Noticias Sitio web: <http://www.elespectador.com/noticias/elmundo/el-pueblo-indigena-venezolano-muere-de-sida-articulo-615674>
8. Traa-Valarezo, X. América Central: Proyecto Regional de VIH/SIDA. Evaluación Social y Estrategia para Pueblos Indígenas y Afro-descendientes. Investigación bibliográfica sobre la Situación de VIH/SIDA en Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Consulta con los pueblos Garífunas de Honduras, Banco Mundial. 2004.
9. Bernal D, Bonilla Y, González, Y. Violencia contra la mujer y diferencias étnicas en Panamá. ENASSER. Panamá. 2009
10. Fundación Triángulo/ONUSIDA/AMFAR. Diagnóstico de factores de riesgo y vulnerabilidad ante las infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida entre la población Kuna de Panamá, Mimeo. 2009.
11. Grupo Génesis de Panamá. Proyecto de Fortalecimiento de líderes transgéneros de la etnia Kuna de Panamá. Panamá. Mimeo. 2011.
12. Valverde Z. Situación de Salud de Panamá. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá. 2013.
13. Ministerio de Salud Costa Rica. Plan Estratégico Nacional (PEN) VIH y sida 2011 - 2015. Costa Rica: Ministerio de Salud Costa Rica - USAID. 2010.
14. Ministerio de Salud de Panamá. Plan Estratégico Nacional de Carácter Multisectorial para ITS, VIH y sida 2009-2014. Panamá. 2009.
15. Ministerio de Salud de Panamá. Plan Estratégico Multisectorial de VIH/sida 2014-2019. Panamá. 2014.
16. "Proyecto de Ley de Prevención y Protección Integral contra la Epidemia de VIH-Sida", 26 de septiembre del 2012, (http://2009-2013.observatoriolegislativo.ec/media/archivos_leyes2/Ley_de_Prevencion_y_Proteccion_Integral_contra_la_Epidemia_del_VIH-SIDA.pdf)
17. Segura M. VIH y mujeres indígenas en Morona Santiago: ¿Persiste el silencio de las políticas públicas? Santiago. Ponencia en III Congreso Latinoamericano y Caribeño de Ciencias Sociales. FLACSO, Ecuador. 2015.
18. OPS. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH/SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Abana-YalaKunarínaki; 2003.
19. Montejo J, Gottsbacher M. Acercamiento Cultural para la Prevención y Atención del VIH/SIDA en Centroamérica. México: Draft Study. 2003.
20. Bernal D. Sexualidad, migración y vulnerabilidad. Prevalencia por VIH en indígenas locales y migrantes en el Sur de Sonora. Maestría en Ciencias de la Salud. Hermosillo: Universidad de Sonora. 2015.
21. Ponce P, Núñez Noriega G, Baez Landa, M. Informe Final de la Consulta sobre VIH-SIDA y Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas. México: CDI. 2011.
22. Proyecto AIDS-SUS Brasil. Programa Brasileiro para a Atenção à Saúde da População Indígena em HIV/Aids e outras DST". FUNASA, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das DST e Aids, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. 2009.
23. Lopes V, Bermúdez X, Medeiros L, Marquez M, Moreira E. "Reflexões sobre as políticas de controle das DST e Aids na população indígena" en Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva. S/F
24. Zavaleta C, Fernández C, Konda K, Valderrama Y, Vermund S, Gotuzzo, E. Short Report: High Prevalence of HIV and Syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 2007; 76(4):703-705.
25. Suárez L, Pun M. Situación de la Epidemia del VIH y SIDA en poblaciones originarias de la Amazonia. Ministerio de Salud del Perú, Lima. 2007.
26. PREVEN & AMAZON. Proyecto PREVEN: Encuesta Nacional de Prevalencia en ITS y VIH en Población General 2007. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2007.
27. VIH en pueblos originarios. Resumen del modelo de intervención en Perú (2015) S/R.
28. Núñez N, Ponce P. "Pueblos indígenas: Sexualidad, Diversidad Sexual y Genérica" en Revista Facultad Nacional de Salud Pública Inicativas por la salud pública. Cartilla n° 7. Universidad de Antioquia, Medellín, 2015;57-75.

Silences, ethnicities, and HIV: making visible some problems in the incidence and prevalence of the epidemic among the indigenous peoples from Latin America

Summary

We present the results of an investigation whose general aim was to describe and analyze the situation of epidemiological HIV prevalence, prevention and medical treatment for indigenous peoples in Latin America. For that purpose, we reviewed a total of 304 materials from 16 countries of Latin America. This article analyzes some of the reasons why the HIV epidemic impact within indigenous peoples of Latin America is not visible, and presents the situation of 9 countries belonging to the region in which there is evidence on the HIV prevalence/incidence among this populations. The limited quantitative and qualitative material existing at present, highlight multilevel determinants that must be studied in detail taking into account, as a main exploratory line, the differential vulnerability associated with ethnicity.

Keywords: HIV, indigenous populations, social vulnerability, racism and differentiated epidemiology