

Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia*

Cristina Puig Borràs y Pilar Montalvo

En 2006, tres instituciones en Pando, Bolivia, se articularon para desarrollar una iniciativa destinada a fortalecer la capacidad de las organizaciones indígenas en la prevención del VIH y sensibilizar sobre los factores socioculturales que hacen más vulnerables al VIH a los pueblos indígenas de las tierras bajas de Bolivia. Family Care International/Bolivia, la organización Central Indígena de Pueblos Originarios de la Amazonia de Pando y los Servicios Departamentales de Salud de Pando iniciaron con una evaluación de los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) relacionados con el VIH y el Sida en cinco comunidades indígenas de Pando. Con base en esta evaluación, el artículo presenta algunas de las conclusiones y hallazgos del estudio, y aboga por ampliar los esfuerzos de prevención en zonas desatendidas y entre los pueblos indígenas.

PALABRAS CLAVE: VIH, pueblos indígenas, salud sexual y reproductiva, Pando, Bolivia

► 41

Sexually Transmitted Infections, HIV and AIDS: an Approach to Knowledge, Attitudes and Practices of Indigenous Youth and Adult Populations in the Lowlands of Bolivia

In 2006 three institutions worked together in Pando, Bolivia, in a multi-faced initiative aimed at strengthening the capacity of indigenous organizations to address HIV prevention, and raising awareness of the socio cultural factors that make indigenous peoples of the Bolivian low lands more vulnerable to HIV. Family Care International/Bolivia, the local indigenous organization Central Indígena de Pueblos Originarios de la Amazonia de Pando, and the district level health authority, worked together on this initiative, which took off with an assessment of knowledge, attitudes, and practices (KAP) related to HIV and AIDS in five indigenous communities of Pando. Based on this assessment, the article shares some of the findings and makes the case for expanding prevention efforts in underserved areas and among indigenous peoples.

KEYWORDS: HIV, indigenous peoples, sexual and reproductive health, Pando, Bolivia

CRISTINA PUIG BORRÀS: Family Care International, La Paz, Bolivia
Cpuig@familycareintl.org

PILAR MONTALVO: Family Care International, La Paz, Bolivia
pmontalvo@hotmail.com

Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 41-58
Recepción: 9 de enero de 2010 / Aceptación: 4 de octubre de 2010

* Artículo basado en la experiencia del proyecto “Construir capacidad local para prevenir ITS, VIH y Sida en los pueblos indígenas del Departamento de Pando”, cuya ejecución fue posible gracias al generoso apoyo de Hivos e Ibis.

INTRODUCCIÓN

En 2006 Family Care International/Bolivia (FCI/Bolivia),¹ los Servicios Departamentales de Salud de Pando (Sedes Pando) y la Central Indígena de Pueblos Originarios de la Amazonia (CIPOAP) implementaron el proyecto “Construir capacidad local para prevenir ITS, VIH y Sida en los pueblos indígenas del departamento de Pando”, con el objetivo de generar información para la formulación de estrategias efectivas de prevención del VIH y el Sida entre poblaciones indígenas y originarias en Bolivia. El proyecto contó con el generoso apoyo financiero y técnico de Hivos e Ibis. Los objetivos específicos del proyecto eran contribuir a fortalecer la capacidad de respuesta de organizaciones indígenas frente a la falta de información y conocimientos sobre el VIH, y promover el reconocimiento de los factores socioculturales específicos que generan mayor vulnerabilidad al VIH en los pueblos indígenas de Pando: Tacana, Caviñeño, Esse-ejja, Yaminahua y Machineri.

42 ◀ Como fase inicial del proyecto, FCI/Bolivia llevó a cabo el estudio *Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes*. El presente artículo describe el estudio y sus principales hallazgos. La información ampliada sobre este estudio puede encontrarse en el libro *Pueblos indígenas, ITS, VIH y Sida. Infecciones de*

transmisión sexual, VIH y Sida en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes (FCI/Bolivia, 2007).

LA SITUACIÓN DEL VIH Y EL SIDA EN BOLIVIA

En 2006, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (Onusida) estimaban que aproximadamente 6 800 personas vivían con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (Sida) (MSD, 2006; Onusida, 2006) en Bolivia. Sin embargo, se desconoce con exactitud el impacto real que el VIH y el Sida tienen en el conjunto de la población boliviana. Según Onusida, la epidemia en Bolivia ha superado su fase incipiente y ha pasado a su fase concentrada (OPS-Bolivia). El Programa Nacional de ITS/VIH-Sida del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) tenía 1 790 casos notificados desde el inicio de la epidemia (1984) hasta diciembre de 2005 (VIH: 992; Sida: 798). El mismo programa ha centrado sus esfuerzos de prevención y atención en poblaciones específicas consideradas más vulnerables o de mayor riesgo, principalmente trabajadoras sexuales y hombres que tienen sexo con hombres de zonas urbanas y periurbanas en áreas geográficas limitadas (sobre todo las ciudades de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz). Las poblaciones campesinas e indígenas de zonas rurales no habían sido objeto de este programa nacional hasta la fecha.

VIH y Sida en poblaciones rurales e indígenas

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida estima que la prevalencia del VIH y Sida en el área rural de Bolivia oscila entre 0.025% y 0.05%. Si bien 65% de la población boliviana se autoidentifica como indígena, no disponemos de datos disgregados

¹ Family Care International es una organización no gubernamental internacional que trabaja en Bolivia desde 1996 en cooperación con los gobiernos central y departamentales, organizaciones indígenas y de la sociedad civil para que todas las personas tengan acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva integrales y de alta calidad. FCI prioriza el trabajo con poblaciones en situación de especial vulnerabilidad (en particular, mujeres y jóvenes de zonas rurales, campesinas e indígenas de la región de las tierras bajas). FCI contribuye a fortalecer la capacidad de organizaciones de base de abogar por y exigir servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y culturalmente pertinentes; promueve y apoya acciones de incidencia política para impulsar políticas y programas para la mejora de la salud y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, y desarrollar y divulgar materiales educativos e informativos para apoyar las acciones de fortalecimiento institucional y de incidencia política.

que den cuenta del impacto del VIH en las poblaciones indígenas y originarias en particular. No se han diseñado ni implementado programas específicos de prevención, atención y tratamiento del VIH para responder a las particulares necesidades y situaciones de los pueblos indígenas y originarios del país, contextualizados específicamente en sus concepciones de roles de género, sexualidad y autocuidado.

El informe *Pueblos indígenas originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007* (MPD, 2007) brinda datos relevantes sobre las brechas de conocimiento entre pueblos indígenas y originarios, y el resto de la población en materia de prevención del VIH. De acuerdo con este informe, 58% de la población no indígena sabe que el uso del condón es una forma de prevención del VIH. Sin embargo, esta brecha es mucho mayor en las poblaciones indígenas, entre las cuales 70% de los hombres conoce los beneficios del uso del condón, frente a sólo 29% de las mujeres.

Pando: su población y salud

El departamento de Pando está situado al nordeste del país, en la frontera amazónica con Brasil y Perú, ocupa una extensión de 63 827 km² y su capital es Cobija. La población que habita el área urbana representa 39.64% y en el área rural 60.36%. Pando está catalogado como un departamento de alto riesgo para la malaria, con una incidencia parasitaria anual en el 2005 de 42.8 casos por cada 1 000 habitantes (mientras que el índice nacional es de 5.5 x 1 000). El departamento de Pando cuenta con 59 establecimientos de salud (dos de segundo nivel y 57 de primer nivel).

Prevalencia de ITS, VIH y Sida

Pando es el segundo departamento del país en términos de prevalencia de VIH y tamaño poblacional después de Santa Cruz. Desde el punto de vista

epidemiológico, la prevalencia de elevadas tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS) constituye motivo de riesgo de epidemia de VIH. Por un lado, porque las elevadas tasas de ITS dan cuenta de conductas sexuales de riesgo, inseguras o no protegidas; por otro, porque las ITS y las heridas y llagas que causan en el cuerpo incrementan la vulnerabilidad fisiológica al VIH en las personas que las sufren. Entre 1999 y 2000 se registró en Pando la incidencia más alta de gonorrea: 142 x 100 000 habitantes), el doble que la cifra nacional. Entre 1999 y 2000, la incidencia de sífilis en el país se elevó de 38 a 53 x 100 000 habitantes y Pando presentó uno de los índices de riesgo más altos (83 x 100 000) junto a Cochabamba (95) y Potosí (85), todos muy por encima de la media nacional.

Movilidad y flujos migratorios en Pando

Pando registra intensos movimientos migratorios estacionales marcados por actividades agrícolas. En especial, se producen olas migratorias con el ingreso de personas de los departamentos de La Paz y Beni durante la zafra de la castaña, donde se concentran las barracas castañeras. De diciembre a marzo muchos hombres se desplazan a esta región, a menudo con sus familias. Igualmente, se registra mucha movilidad transfronteriza hacia la vecina provincia peruana de Madre de Dios y hacia el estado brasileño del Acre.

La población indígena de Pando

En Pando aproximadamente 11.50% de la población —6 300 personas— es indígena. De esta proporción, 47.94% reside en el área urbana y 52.06% en la zona rural. Puerto Gonzalo Moreno es el distrito de Pando con mayor rango de población originaria. Las comunidades indígenas que viven en Pando pertenecen a los pueblos Tacana, Esse-ejja, Yaminahua, Machineri, Cavineño y Pacahuara. Estos pueblos están afiliados a CIPOAB, organización territorial indígena fundada en 2001.

Datos del estudio

El estudio *Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes* fue diseñado por FCI/Bolivia e implementado desde Cobija, capital de Pando, por esta misma institución en un trabajo de equipo que involucró a los Sedes Pando, a la CIPOAP y a los dirigentes de las comunidades participantes.

El objetivo general del estudio era generar información sobre conocimientos, actitudes y prácticas relativos a las infecciones de transmisión sexual —incluido el VIH— y el Sida que contribuya a diseñar estrategias adecuadas y oportunas de prevención de ITS, VIH y Sida en la población joven y adulta de las comunidades indígenas del departamento de Pando. En particular se buscaba identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas relativas a la prevención, transmisión, identificación de síntomas y búsqueda de tratamiento de ITS, VIH y Sida en las comunidades indígenas de Pando; analizar los factores socioculturales identificados en conocimientos, actitudes y prácticas que incrementan la vulnerabilidad de las comunidades indígenas de Pando a ITS, VIH y Sida, y elaborar y divulgar recomendaciones para la acción comunitaria y la incidencia política. Las comunidades participantes en el estudio fueron Miraflores, pueblo Tacana; Galilea, pueblo Cavineño; Portachuelo Bajo, pueblo Essejja; Puerto Yaminahua, pueblo Yaminahua, y San Miguel de Machineri, pueblo Machineri.

La Secretaría de Salud de CIPOAP y los dirigentes de las cinco comunidades jugaron un papel clave en la programación de las visitas, en informar a las familias del estudio y sus objetivos, así como asegurar su consentimiento antes de participar, y en presentar al equipo investigador ante las comunidades. En total participaron 85 personas que se organizaron en grupos focales con los miembros de cada una de las cinco comunidades. Los conjuntos reunieron de cinco a 15 personas que se agruparon por sexo (hombres y mujeres) y por edades (de 14 a 24, y de 25 a 45 años). Las técnicas de recolección de información empleadas fueron: a) grupos foca-

les: guiados por preguntas abiertas y cerradas; y b) entrevistas semiestructuradas en profundidad con preguntas abiertas y cerradas realizadas a informantes clave. Se trataron los siguientes temas: conocimiento de ITS, VIH y Sida; reconocimiento de síntomas; formas de transmisión; formas de prevención de ITS, incluido el VIH; búsqueda de tratamiento de ITS, incluido el VIH, y acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva. Se complementó la información recabada mediante entrevistas al personal de los servicios de salud de las comunidades y a otros agentes que trabajan en el área de la salud desde el ámbito no gubernamental (misiones evangélicas y organizaciones no gubernamentales).

HALLAZGOS

La realización del estudio *Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes* permitió recabar valiosa información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de las poblaciones mencionadas en relación con la prevención de ITS, VIH y Sida; formas de transmisión de ITS y VIH; síntomas de ITS, VIH y Sida, y búsqueda de tratamiento de ITS y VIH.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELATIVAS A LA PREVENCIÓN DE ITS, VIH Y SIDA

El conocimiento de las formas de prevención de distintas ITS es muy limitado en las comunidades, aunque varía según los grupos de población. Los hombres adultos tienen una noción más clara de la protección contra ITS que ofrece el condón, incluido el VIH. Este dato corrobora la información disponible a nivel nacional, que indica que en general las mujeres tienen menos conocimiento sobre el tema que los varones. Es probable que los hombres hayan estado más ex-



Ángel Montero

Xalapa, Veracruz, 2010.

► 45

puestos a información sobre el uso del condón durante los periodos en que han salido de las comunidades para trabajar y pasan por las ciudades de Cobija o Riberalta. En este caso, dada la severa falta de información en las comunidades, la movilidad de la población puede ser un factor positivo que incrementa el conocimiento sobre prevención de las personas que migran temporalmente o de aquellas que por motivos laborales o comerciales están más en contacto con Perú y Brasil.

Hay un conocimiento vago pero generalizado entre los hombres (adultos y jóvenes) de que el condón protege de las “enfermedades sexuales” y de que debería usarse por lo menos durante las relaciones sexuales esporádicas o fuera de la pareja estable. A pesar de ello, es también parte del conocimiento colectivo masculino que “es costumbre no usar el condón”. Entre las mujeres también está arraigada la idea de que el condón es el método que el hombre debe utilizar o

utiliza cuando tiene relaciones sexuales con otra mujer o con trabajadoras sexuales. Las mujeres hablan del condón como un método de y para los hombres, y su uso está estigmatizado, pues se asocia a relaciones sexuales “ilegítimas”:

Nunca usamos condón y los hombres tampoco. A mi marido le han informado pero no se usa (mujer adulta, comunidad tacana).

El condón sirve para que si el marido va a otro lado y va con una mujer que está enferma, pero si usa condón no pasa nada (mujer adulta, comunidad cavineña).

Anticonceptivo: para evitar embarazos y el Sida con el condón yo lo he escuchado de la gente que conversa porque no me han capacitado. Yo no lo he usado (mujer adulta, comunidad machineri).

Para cuidarse los hombres deben manejar el condón y ver con qué mujer se van a meter (mujer adulta, comunidad esse-ejja).



Zongolica, Veracruz, 2009.

Las mujeres adultas y las jóvenes que ya han sido madres conocen y confían más en otros métodos anticonceptivos que no protegen del VIH, como los hormonales inyectables o los naturales. La mayoría de las mujeres adultas dispone de más información y acceso a otros métodos anticonceptivos —distintos al condón— para prevenir el embarazo, si bien el acceso a estos otros métodos también es insuficiente. La mayoría debe desplazarse a las ciudades vecinas para recibir insumos e información sobre planificación familiar:

A mí me colocan la vacuna [la Depo] y me explican en Riberalta porque aquí no hay dónde comprar, así que es mejor ir a la ciudad (mujer adulta, comunidad tacana).

En la posta nunca nos han explicado sobre qué es el VIH y el Sida, ni sobre métodos anticonceptivos, sólo

vamos y nos dan el remedio (mujer adulta, comunidad cavineña).

Además, evitar el embarazo no deseado una vez que la mujer ha tenido el número de hijos que considera puede cuidar es la principal preocupación que han expresado las mujeres, no así evitar una ITS. Las jóvenes que no tienen hijos dicen confiar menos en la efectividad de todos los métodos anticonceptivos. Un tema clave es la poca autonomía y empoderamiento de las mujeres, y el contexto fuertemente patriarcal que rige la toma de decisiones individuales, familiares y colectivas en estas comunidades. El valor de las mujeres se mide en gran parte en función de su capacidad reproductiva, así que hay que tomar en cuenta la presión social para que las jóvenes sean madres. Las jóvenes

de Puerto Yaminahua han recibido información sobre ITS y prevención mediante charlas del sanitario del puesto de salud local y de la radio brasileña. A pesar de ello, aseguran no haber comprendido a cabalidad el tema y requerir más información.

Se observan algunas diferencias entre las comunidades indígenas consultadas y su grado de conocimiento general de las ITS, el VIH y el Sida, hecho que puede asociarse a la proximidad o grado de contacto con Brasil. Es el caso de los yaminahua, que parecen manejar información un poco más precisa y menos sesgada sobre todos los temas consultados que los otros pueblos. El mundo adulto percibe con preocupación que la vivencia y experiencia de la sexualidad en las generaciones más jóvenes es distinta a la suya, y hombres y mujeres adultos no se sienten preparados para orientar a sus hijos e hijas. Han solicitado en reiteradas ocasiones que sus hijos e hijas tengan acceso a información sobre prevención del embarazo no deseado y de ITS:

De este tiempo estamos preocupados con nuestra juventud porque antes había respeto entre primos, entre familia; ahora lo que vemos con nuestras hijas es que ya no hay ese respeto. A nosotros como padres nos preocupa, quizás más continuo tiene que haber charlas en cuanto información, porque ahora más problemas hay. Esas prevenciones no saben la juventud, quizás las chicas, los jóvenes, no saben y lo practican (ombre adulto, comunidad esse-ejja).

La demanda de recibir más información es universal: las personas más jóvenes, así como los padres y, sobre todo, las madres de adolescentes, han expresado claramente la necesidad de disponer de información sobre prevención del embarazo y de las ITS, incluido el VIH, así como acerca de prevención de la violencia contra las mujeres y contra el abuso del alcohol —estrechamente ligado a la violencia intrafamiliar—. Todas las comunidades solicitan información, idealmente mediante medios gráficos y audiovisuales que resulten atractivos y entretenidos, y en las lenguas locales:

Nos gustaría que fuera una mujer que venga de afuera, que venga a explicarnos (mujer adulta, comunidad tacana).

Elas quieren que se los explique con videos, lo cual sería interesante ya que cada comunidad tiene lenguas diferentes se podría hacer algo parecido que lo entiendan todos (mujer adulta, comunidad esse-ejja).

Traer videos sobre el alcoholismo y drogadicción, prevención de enfermedades y prevención de embarazos (maestra, comunidad esse-ejja).

Nos gustaría información sobre VIH y Sida porque hemos escuchado que no tiene cura; porque hemos escuchado eso. Que algunos médicos vengan con sus equipos completos y que nos muestren con su TV y que lo vean con sus propios ojos para que veamos, porque nunca hemos visto. Porque la gente con película lo entiende más, por medio de la película se puede aprender más porque uno mira en la tv. Lo más correcto y primordial son esas películas y tiene que ser del lugar, esas películas tiene que quedar aquí una vez a la semana que el pueblo las vea para que no se olvide, tiene que ser continuo para que no se olvide. Los videos son llamativos, pero la juventud les gusta los videos, ahora tenemos videos de la municipalidad de alfabetización toda la noche se mira y nos gusta (hombre adulto, comunidad cavineña).

Algunas mujeres piensan que el papanicolau es un posible método preventivo porque han oído decir que sirve “para saber si se está sana o para estar sana”:

El papanicolau sirve para ver si está bien de salud; algunas piensan para evitar el embarazo (mujer adulta, comunidad tacana).

El papanicolau si se hace a tiempo de prevenir el ITS (mujer adulta, comunidad esse-ejja).

Aparte de estar estigmatizado por asociarse a las relaciones sexuales fuera de la pareja estable, el condón es un método poco apreciado en las comunidades. Se dice que produce dolor durante la penetración, que puede dañar el cuerpo del hombre y de la mujer. Lo mismo ocurre con los otros métodos, a cuyo uso se achacan dolores físicos y enfermedades (dolor de cabeza, cáncer, vómitos), además de un potencial efecto secundario en las mujeres que intensificaría su deseo sexual. Este supuesto efecto de los métodos en la libido de las mujeres desincentiva claramente su uso entre algunas de ellas, y entre los esposos:



Manifiestaciones indígenas en Xalapa, 1990.

Quiero usar métodos anticonceptivos, pero mi marido tiene miedo porque dicen que las que usan se ponen más calientes y cualquier día pueden tener con otro cuando su esposo está viajando. Y a veces las mujeres que usan eso dicen que es normal usando métodos anticonceptivos (mujer adulta, comunidad esse-ejja).

A los más jóvenes les preocupa tener relaciones sexuales y embarazar a su pareja sexual. Las infecciones por ITS o VIH también les inquietan, pero no tanto como el tener que hacerse cargo de un bebé, pues expresan que son conscientes de que ser padres a una edad temprana puede tener un costo económico y afectar sus expectativas de futuro. En la práctica, según lo declarado por las personas consultadas, en las comunidades no se usa el condón. No hay acceso a condones gratuitos y cuando las postas de salud tienen, no se llevan a cabo accio-

nes para distribuirlos proactivamente, incluso algunos testimonios constatan que los condones llegan a caducar en los puestos de salud. El acceso a condones es más fácil en núcleos urbanos o en el Brasil. Se reporta indirectamente que hay hombres que utilizan el condón algunas veces en relaciones sexuales esporádicas (con trabajadoras sexuales o con otras mujeres). Sin embargo, este estudio no ha permitido verificar este dato:

Son los jóvenes quienes van a Riberalta o a Cobija a divertirse en los prostíbulos pero que es raro que utilicen alguna medida de protección, específicamente porque no saben dónde pueden obtenerlo (misionera, comunidad esse-ejja).

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELATIVAS A FORMAS DE TRANSMISIÓN DE ITS Y EL VIH

Casi ninguna comunidad dispone de información detallada y actualizada sobre las principales formas de transmisión de las ITS y las particularidades de la transmisión del VIH. La información sobre medidas para prevenir la infección del VIH es nula. Los hombres adultos y algunos jóvenes tienen una idea relativamente más precisa que las mujeres sobre las formas de transmisión de las ITS y del VIH en particular, aunque existe una cierta confusión entre VIH y Sida:

Las ITS como el Sida se transmiten por el sexo, por la sangre también; dándose un abrazo no se transmite, teniendo relaciones sexuales sin condón se trasmite (hombre adulto, comunidad cavineña).

En general, las formas de transmisión que se conocen son imprecisas y se mezclan con nociones sobre síntomas y vías de transmisión de otros tipos de enfermedades. Por un lado, se mencionan como formas de transmisión tener relaciones sexuales con hombres infectados (aunque no se indica si protegidas, o no), la transmisión de una mujer embarazada a su bebé y el contacto de sangre. Pocas personas refieren también el uso

de jeringuillas (o las inyecciones) y tener relaciones sexuales con varias mujeres al mismo tiempo (aunque tampoco se indica si relaciones desprotegidas, con mujeres que viven con el VIH o el Sida, o no). Por otro lado, se habla a su vez de las picaduras de mosquitos, de la convivencia con una persona que tiene Sida y sentarse en un lugar caliente cuando otra mujer con secreciones se ha sentado en el mismo lugar como formas de transmisión:

El sentarse en el mismo lugar donde se sentó una chica infectada, el tener relaciones sexuales con una chica soltera que ha estado con hombres provenientes del Brasil y el tomar agua del vaso que ha tomado previamente una persona con algún tipo de infección (hombre joven, comunidad yaminahua).

Tres formas consideradas de transmisión de ITS y de VIH están fuertemente arraigadas en las comunidades: contacto o convivencia con una persona que vive con el VIH o el Sida (PVVs); sentarse en un lugar donde se sentó una mujer que tiene una infección, si el lugar todavía está caliente; contacto sexual con mujeres, en particular con mujeres que han estado fuera de la comunidad, que no son de la comunidad, o provenientes de Brasil. La primera da cuenta del grado de estigmatización de las personas VIH positivas. En las comunidades se considera que todo contacto directo o indirecto con PVVs —compartir un plato, una silla, darse la mano, un abrazo o simplemente estar en la misma habitación— puede causar la infección. Sin embargo, en una consideración en un nivel discursivo, se dice en las comunidades que no se conocen casos de PVVs. Las mujeres son consideradas las principales transmisoras y diseminadoras de infecciones y virus, sobre todo las que pasan temporadas fuera de la comunidad, las de países vecinos (Brasil o Perú) o las madres solteras. Los hombres, y también las mujeres, culpan principalmente a las mujeres, por su supuesta promiscuidad y multiplicidad de parejas sexuales, de ser las principales portadoras de ITS y del VIH:

Primero hay que ver con qué mujeres se meten los hombres y si ellas están enfermas o no (mujer adulta, comunidad esse-ejja).

Las que vienen con esas enfermedades son las chicas que vienen de otros lados (hombre adulto, comunidad esse-ejja).

Para no enfermar es posible tomar remedios y no tener sexo con brasilera (hombre adulto, comunidad machineri).

La mujer o la chica le da la enfermedad al hombre y eso en parte se tiene la enfermedad, no de acá tanto pero de la ciudad (hombre adulto, comunidad machineri).

Si una mujer que tiene secreciones se sienta en una silla y luego viene otra persona y se sienta en el mismo lugar, si la silla está caliente, entonces, esto significa que la persona ha transmitido la enfermedad y que la mujer que se sienta en su lugar se contagiará la enfermedad (mujer adulta, comunidad tacana).

Sólo los jóvenes se animan a comentar las relaciones sexuales entre hombres como posible forma de transmisión. Se refieren a esta práctica sexual como algo que ocurre fuera de sus comunidades, mayormente en el Brasil:

Los hombres de estas comunidades [Brasil] serán los que transmitan el Sida a los hombres de la comunidad de Yaminahua cuando mantienen relaciones sexuales (joven de la comunidad de Yaminahua).

Hemos visto prácticas sexuales homosexuales pero entre brasileros y es muy posible que algunos jóvenes de las comunidades indígenas de la comunidad estén involucrados en estas prácticas (hombre joven, comunidad machineri).

Entre los jóvenes, el conocimiento de formas de transmisión es similar al de los adultos: fragmentado, confuso e influido por estigmas y prejuicios. Los chicos tienen un conocimiento relativamente más preciso de formas de transmisión que las chicas:

Las relaciones sexuales, las inyecciones, así como cuando una mujer tiene relaciones sexuales con varios hombres a la vez y cuando se utilizan “cosas” de una persona infectada (hombre joven, comunidad tacana).

Las mujeres jóvenes, al igual que las adultas, tienden a señalar a la mujer como foco inicial de infección, y además consideran que tener relaciones sexuales desde muy jóvenes es también una conducta de riesgo:

Cuando se tienen relaciones sexuales desde muy joven (mujer joven, comunidad esse-ejja).

Irritación sexual se transmite también cuando un hombre tiene relaciones sexuales con una mujer enferma (mujer joven, comunidad tacana).

Es importante destacar que en repetidas oportunidades se hace mención de territorios externos a las comunidades, desde los que se dice vienen las enfermedades, es decir, son percibidos focos de transmisión del VIH y el Sida. Las cinco comunidades consultadas distinguen el Brasil, Cobija y Riberalta, en el departamento vecino del Beni, y las comunidades vecinas como los lugares de donde provienen el VIH y el Sida. De modo que si la enfermedad está presente en la comunidad es porque se supone que alguien la trajo de fuera. Este sentido de extraterritorialidad refuerza la baja percepción de riesgo de infección dentro de las comunidades:

Existen muchas personas contagiadas de muchas enfermedades en Banda² (mujer adulta, comunidad machineri).

A veces nosotros naturalmente nos cuidamos o estamos por pensar de una persona que entra de afuera a vivir en la comunidad. Pero si uno se enferma se piensa y se sospecha que se enfermó porque vivió con esa chica o el hombre que se enfermó que viene de fuera (hombre adulto, comunidad yaminahua).

Según se sabe las ITS, por la ciudad hay muchas enfermedades de las chicas, la juventud ya tienen su enfermedad ya tienen de su persona. La mujer o la chica le da la enfermedad al hombre y eso en parte se tiene la enfermedad, no de acá tanto pero de la ciudad (hombre adulto, comunidad yaminahua).

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELATIVAS A LA IDENTIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE ITS, VIH Y SIDA

El conocimiento de síntomas de ITS, además de ser complejo, no es esencial desde un punto de vista de salud pública, dado el manejo sindrómico de las ITS en contextos con escaso acceso a pruebas y laboratorios, y dado también que varias infecciones son asintomáticas o de síntomas intermitentes —sobre todo en las mujeres—, lo cual desaconseja focalizar las campañas preventivas en el reconocimiento de los síntomas de cada ITS y del VIH. En general, la población de las comunidades no conoce síntomas específicos de las ITS, y éstos se confunden con posibles efectos secundarios del uso de algunos métodos anticonceptivos o con síntomas de otro tipo de infecciones, por ejemplo, del tracto urinario. Es decir, se consideran síntomas de ITS condiciones no necesariamente vinculadas a éstas, como el dolor de cabeza o la sangre en la orina. Las mujeres asocian las ITS y el Sida a las secreciones, el mal olor en la zona genital, los dolores abdominales y a comportamientos poco higiénicos, como no bañarse y usar ropa de otras personas:

Botan una secreción de la matriz y tienen un fuerte dolor en el vientre (mujer adulta, comunidad tacana).

Como si se estuviesen pudriendo por dentro (mujer adulta, comunidad tacana).

El Sida se puede presentar como pus en las zonas genitales de las mujeres (mujer adulta, comunidad yaminahua).

De nuevo, algunos hombres adultos manejan información relativamente más precisa sobre los síntomas de las ITS y las mujeres adultas, sobre todo las jóvenes, son las que manejan información más precaria:

Una secreción amarillenta y con manchas en los órganos sexuales (hombre adulto, comunidad tacana).

Se manifiestan estas enfermedades a través de las heridas, el pus y los líquidos, los cuales señalaron que bajan

² Puerto entre Bolpebra, Perú, y Assis, Brasil.

por las partes de la mujer (hombre adulto, comunidad esse-ejja).

Vinculado al fuerte estigma contra las PVVs, cabe decir que muchas personas declaran no haber “visto nunca el Sida” ni una persona con Sida, de lo que se deduce que existe la idea de que una persona que vive con el Sida es identificable a simple vista.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELATIVAS A LA BÚSQUEDA DE TRATAMIENTO DE ITS Y VIH

En las comunidades no existe la noción de que el VIH sea una enfermedad tratable, que es una enfermedad seria pero manejable con el adecuado acceso a tratamiento antirretroviral. La realidad en estas comunidades por ahora es que no hay acceso a diagnóstico oportuno ni a tratamiento antirretroviral continuado ni garantizado a largo plazo. Este contexto refuerza la concepción del VIH como enfermedad grave y fatal.

Entre las personas de las comunidades no hay conciencia de poder o deber buscar diagnóstico y tratamiento de VIH, porque se piensa una afección ajena a las comunidades. Además, hacerse la prueba de VIH no está al alcance de la mayoría de las personas, porque no se sabe dónde se pueden hacer la prueba ni se dispone de los medios económicos necesarios para llegar a las principales ciudades donde es posible que haya pruebas de VIH disponibles y gratuitas. Es decir, la baja percepción de riesgo se traduce también en una mínima predisposición de hombres y mujeres, adultos y jóvenes, a hacerse la prueba y conocer su estatus de VIH. En las comunidades no se conoce tampoco qué servicios de diagnóstico y tratamiento están cubiertos por los seguros públicos como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en el caso de las mujeres embarazadas.

En cuanto al resto de las ITS la situación es distinta. La mayoría de hombres y mujeres adultos manifiestan que las ITS, a excepción del VIH, son tratables y saben que una gran parte de los casos pueden sa-

narse. La búsqueda de tratamiento surge del auto-diagnóstico de la persona afectada o de la prognosis de los proveedores de salud de las comunidades. Otro factor que frena la búsqueda de diagnóstico de ITS en los centros de salud es la falta de confidencialidad y la inevitable proximidad entre proveedor y usuario del servicio de salud. La discreción es más importante para las mujeres que para los hombres. Presentar una ITS reafirma en la comunidad la culpa de las mujeres como principales portadoras de infección y virus. En el caso de los hombres, esta preocupación también está presente, pero con menor intensidad. Por último, las mujeres que están en pareja tienen una barrera adicional para acceder a servicios de diagnóstico de ITS: sus maridos o compañeros sentimentales no permiten que un proveedor de salud revise o toque sus genitales.

Nos da mucha vergüenza que nos revise un varón y acostarnos en la camilla (mujer adulta, comunidad cavineña).

Existe mucha vergüenza de contarle al sanitario [proveedor de salud] sobre sus enfermedades (hombre adulto, comunidad tacana).

Las mujeres tienen vergüenza porque no hay otro cuarto privado para atender a la mujer aparte porque en una posta debe haber un cuartito seguro (hombre adulto, comunidad cavineña).

Aquí en el campo es diferente en la ciudad; si aquí puede hacer un examen físico lo puede hacer, pero quizás su esposa o hermana puede tener vergüenza de que se lo haya hecho porque aquí todo el mundo se conoce. También los maridos no quieren que el promotor de salud este solo con la mujer en un cuartito [...] no les dejan ir entonces (proveedor de salud, comunidad cavineña).

Por todo ello, si un hombre o mujer adultos sospechan que pueden tener una ITS, procuran ir a buscar atención sanitaria a los hospitales de Cobija y Riberalta, o al centro de salud de Gonzalo Moreno, desde donde les pueden referir a un mayor nivel de atención si es necesario. Esto supone un gasto en dinero en efectivo para cubrir los costes de transporte con el que quizá

no cuenten muchas personas, sobre todo mujeres y jóvenes, quienes trabajan con menor frecuencia fuera de las comunidades en actividades remuneradas económicamente. Además, en los casos de ITS que tienen largos periodos asintomáticos —como el VIH—, éstas pueden pasar fácilmente inadvertidas y sin tratamiento durante mucho tiempo, puesto que la autodetección de síntomas es lo que moviliza a las personas a buscar tratamiento, principalmente. La magnitud del problema es mayor si tenemos en cuenta la baja capacidad de identificar síntomas y el escaso acceso a información básica sobre síntomas de ITS.

Para los proveedores de salud es frustrante no estar en condiciones de hacer diagnósticos debidamente: o no cuentan con los medios para hacerlo o cuando se les consulta se ven obligados a adivinar o a hacer una prognosis aproximada de la afección que presenta una persona, con base exclusivamente en los síntomas que ésta describe:

52 ◀

A la posta falta todo el equipamiento. No hay nada, ni para parto. Hay tres sillitas y una camilla. Yo les pongo al lado en el suelo y a veces durante cuatro días están los pobres y yo no me hallo trabajando así (proveedor de salud, comunidad yaminahua).

Las largas distancias, lo intransitable de caminos y ríos si no se dispone de los medios adecuados, como lanchas o motocicletas, y el coste del transporte privado a Cobija, Riberalta o a las ciudades brasileñas más próximas, como Assis, impiden la búsqueda inmediata de atención sanitaria:

Hay que buscar unos motorcitos y pagar expresos. Se llaman por radio y nos viene a buscar privado y nosotros lo pagamos. El traslado hay que siempre pagarlo, no es gratis, aunque sean niños (proveedor de salud, comunidad esse-ejja).

Prácticamente nadie hizo mención de los servicios de tratamiento de ITS cubiertos por seguros de salud bolivianos, pero sí se mencionó la preferencia de algunas

personas, sobre todo en las comunidades más próximas al Brasil, a hacerse atender en el país vecino, por la gratuidad y calidad de sus servicios, a pesar de ser conscientes de que reciben un trato de menor calidad por ser bolivianos:

Les resulta más barato que ir a Cobija ya que Brasil ofrece un servicio gratuito para toda la familia, aunque se reciba peor trato por ser boliviano (proveedor de salud, comunidad de machineri).

Para las ITS preferimos ir a Assis, a acudir de frente a Cobija o a Río Branco porque tenemos referencia que allí existe un tratamiento especial para estos casos y que la atención es gratuita. Además, en Brasil nos dan una casa donde pueden vivir hasta que nos curemos (mujer joven, comunidad yaminahua).

Cuando alguien de la familia se enferma prefieren ir al Centro de Salud de Assis. Esto se debe, además, porque en Brasil se ofrece un seguro universal de salud que cubre a toda la familia gratuitamente (mujer adulta, comunidad yaminahua).

En caso de que hubiera una persona viviendo con el VIH o el Sida en la misma comunidad, sería preferible que se tratara fuera, porque, por un lado, no hay tratamiento ni cuidados paliativos disponibles en las comunidades y, por otro, se teme que la presencia de esta persona propague la enfermedad dentro de la comunidad:

Hubo un caso de una chica que decían que tenía el Sida y la comunidad le habló para que se vaya a tratar al hospital, es un peligro porque se puede contagiar a la comunidad (hombre adulto, comunidad tacana).

Los chicos y chicas jóvenes son quizás los que menos confían en el sanitario si sospechan de tener alguna infección de transmisión sexual, debido a que el sanitario es de la comunidad y tienen miedo de que lo cuente al resto de los vecinos y se ocasione un fuerte rechazo hacia ellos por parte de la comunidad, de modo que prefieren no hablar de temas relacionados con la sexualidad con el proveedor de salud.

CONCLUSIONES

Los pueblos Cavineño, Esse-ejja, Machineri, Tacana y Yaminahua que viven en las comunidades rurales consultadas en general no tienen acceso fácil ni regular a servicios de salud de calidad y gratuitos. El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, en particular, es igualmente difícil e insuficiente. Las comunidades no tienen acceso a servicios, insumos ni información básica sobre anticoncepción, salud materna, atención integral al embarazo no deseado, educación en sexualidad, ni de prevención y atención a ITS, incluido el VIH y el Sida. Podemos afirmar que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad ante la creciente epidemia del VIH y el Sida en Bolivia.

La disponibilidad de información y educación sobre prevención de ITS es limitada. Se han reportado algunas actividades informativas como charlas y campañas de prestación de servicios de salud reproductiva concretas y puntuales —como la toma de muestras de papanicolaou— que son muy apreciadas por las personas, pero que no logran generar ni anclar conocimientos claros en las comunidades, por varias razones: por su intermitencia o falta de continuidad, por no ser realizadas siempre en las lenguas locales y por no emplear medios gráficos y audiovisuales dinámicos, atractivos y claros que puedan ser utilizados en las comunidades sin depender de la llegada de agentes externos.

Ante esta falta de acceso a información básica en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en general, y de prevención y atención a ITS y VIH en particular, se crean distintos grados de vulnerabilidad en función de las opciones particulares de cada grupo de población para acceder a fuentes de información formales o informales. En este sentido, se puede decir que en general los hombres adultos constituyen el grupo de población mejor informado. No puede afirmarse con certeza, pero es probable que hayan aprehendido la información en sus desplazamientos a otras zonas y ciudades del país por motivos laborales. En segundo lugar, las mujeres adultas o jóvenes que han sido madres cuentan con información básica, pe-



Ángel Montero

Naolinco, 2009.

ro aun así insuficiente. En estos casos, es probable que su entrada al sistema de salud por razones vinculadas al embarazo, parto, puerperio, anticoncepción posparto o a la salud de sus bebés hayan supuesto opor-



Ángel Montero

tunidades puntuales para recibir alguna información básica sobre prevención de ITS y VIH. Sin embargo, cabe recordar que en Pando muchos embarazos y partos (47% en 2005) siguen ocurriendo en domicilio, sin ayuda de personal de salud calificado, por lo que sólo un número limitado de mujeres llega a servicios de salud preparados para brindar atención integral en materia de salud sexual y reproductiva. Por último, los y las jóvenes de las comunidades que no han tenido hijos son el grupo de población más desamparado y con menos redes y oportunidades para acceder a información. No consideran que los servicios de salud de sus comunidades les puedan brindar la información y los servicios que precisan, con la discreción, confidencialidad y privacidad necesarios, y sus oportunidades de salir a ciudades o a otras comunidades más grandes (por motivos laborales) son menores, sobre todo en el caso de las chicas. Por ello, a veces acuden a sus profesores o profesoras, con consultas relativas a las relaciones de pareja y a la salud.

Este estudio ha permitido identificar que los siguientes factores incrementan la vulnerabilidad de las comunidades indígenas de Pando a ITS, VIH y Sida:

- El fuerte desequilibrio en las relaciones de poder entre sexos que ubica al hombre en posiciones de mando y de toma de decisiones comunitarias, familiares e individuales, y relega a la mujer al ámbito del cuidado del hogar, la cría de hijos, de apoyo a las actividades productivas del marido y, en el mejor de los casos, a las actividades de producción artesanal.
- La violencia psicológica, física y sexual contra las mujeres y el abuso del alcohol por parte de los hombres agudiza las consecuencias del desequilibrio de poderes entre sexos. Muchos casos de violencia se presentan por el machismo y el abuso del alcohol. En ambos casos, las consecuencias para las mujeres son nefastas: pérdida de control sobre sus cuerpos, su sexualidad y su salud y de su bien-

estar físico y mental. Este factor las ubica en una situación de mayor vulnerabilidad social y fisiológica ante las ITS y el VIH.

- Elevada fecundidad deseada y desconfianza en el condón. El valor de la mujer se mide en gran parte por su fecundidad: su capacidad de engendrar, parir y cuidar a hijos e hijas. Para los hombres también es muy importante tener descendencia. En general hombres y mujeres desconfían y temen el uso de métodos anticonceptivos, y más severamente el uso de métodos modernos. Muchos hombres y mujeres creen firmemente que el uso del condón en particular puede ser dañino para su salud y bienestar, así que su uso está estigmatizado a nivel comunitario y vinculado a efectos secundarios indeseables (aumento de la promiscuidad de las mujeres, por ejemplo). El condón se considera utilizable sólo por los hombres. Las mujeres que optan por usar métodos de planificación familiar (por lo común, después de alcanzar el tamaño de familia deseado) tienden a usar métodos que no protegen de las ITS ni del VIH, como la abstinencia periódica o métodos hormonales inyectables.
- Dentro de las comunidades hay una baja percepción de riesgo ante el VIH y el Sida. El VIH y el Sida se siguen considerando ajenos y externos a las comunidades: enfermedades remotas, extrañas y lejanas, que no están presentes en las comunidades y que pueden mantenerse fuera de ellas. Esta idea alimenta la baja percepción de estar en potencial situación de riesgo o vulnerabilidad, y no alienta la adopción de comportamientos seguros o preventivos. Asimismo, nutre la fuerte estigmatización de las personas que viven con el VIH o el Sida, porque, al igual que la enfermedad, se considera que éstas deben permanecer fuera de las comunidades, y que no debe establecerse contacto de ningún tipo con ellas.
- Dado el bajo estatus de la mujer en estas comunidades, se ha generado a nivel comunitario un cuerpo de conocimiento colectivo, no necesariamente fundamentado, que apunta a que la mujer es la principal culpable de la propagación de enferme-

dades vinculadas con la sexualidad, y la principal portadora y transmisora de ITS y del VIH. Se considera que si la mujer viaja fuera de la comunidad, ella puede traer el VIH a la comunidad, lo que no sucede en relación con los hombres.

- Los temas relativos a la sexualidad y a las relaciones sexuales entre parejas pertenecen al dominio de lo más íntimo y privado, y no se discuten ni hablan prácticamente ni a nivel de pareja. La desconfianza entre los sexos es un factor a tomar en cuenta, pues ubica a menudo los escasos diálogos entre hombres y mujeres sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva en un contexto de recelo y sospecha.
- No hay un diálogo intergeneracional sobre sexualidad ni prevención del embarazo y de ITS. Los adultos sienten que la brecha comunicativa entre generaciones es cada vez mayor. Parece que jóvenes y adultos creen vivir de formas distintas sus sexualidades y que los patrones culturales tradicionales que marcaron la educación sexual de las generaciones adultas ya no están presentes en la educación y formación de los y las jóvenes. Esto inquieta enormemente a los adultos, quienes no se sienten preparados para orientar a sus hijos e hijas.
- La movilidad de la población y su impacto en su capacidad de protegerse del VIH y de otras ITS es un factor que debe estudiarse y analizarse en mayor profundidad. Por un lado, las personas (principalmente hombres adultos, pero también algunas mujeres adultas y hombres jóvenes) que salen de las comunidades han tenido mayor acceso a algún tipo de información sobre formas de prevención y de transmisión del VIH. Sin embargo —aunque no se ha podido verificar en este estudio—, es posible que por diversos motivos al salir de las comunidades hayan incurrido en comportamientos de mayor riesgo que probablemente no realizarían en las comunidades.

Estos factores socioculturales operan en una coyuntura frágil. Algunos de los elementos coyunturales que contribuyen a incrementar la vulnerabilidad ante las ITS, el VIH y el Sida de los pueblos Cavineño, Esse-ejja, Machineri, Tacana y Yaminahua son los siguientes:



Alfabetización de adultos en Jalacingo, 2003.

- La pobreza extrema en las comunidades y la falta de oportunidades para generar ingresos.
- La debilidad de los servicios de salud presentes en las comunidades.
- El acceso irregular a métodos anticonceptivos modernos: el abastecimiento de las puestas de salud comunitarias varía.
- Ausencia de programas de educación en sexualidad cultural y generacionalmente adecuados, y de iniciativas de promoción del autocuidado de la salud sexual y reproductiva, desde un enfoque de derechos.
- Dada la pobre calidad de la oferta de servicios de salud en las comunidades, en la mayoría de los casos las personas optan por buscar atención en salud sexual y reproductiva fuera, principalmente en las ciudades más próximas de Riberalta, Cobija y en Assis, Brasil. Aparecen entonces nuevas barreras geográficas y económicas que impiden el acceso oportuno a servicios de salud de mejor calidad.

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

En primer lugar, cabe destacar que este estudio constituyó un primer esfuerzo de aproximación a una temática compleja, que generó insumos válidos que deben ser profundizados en mayor cabalidad. En este sentido la recomendación primordial es continuar estudiando y promoviendo la toma de conciencia a nivel comunitario de los múltiples factores que pueden poner en serio riesgo a los pueblos indígenas de Pando y de la tierras bajas bolivianas en general. Para garantizar su efectividad, estos esfuerzos de estudio y promoción deben llevarse a cabo desde el liderazgo de las organizaciones políticas que representan a los habitantes de las comunidades, es decir, las organizaciones indígenas.

Para ello será conveniente fortalecer la capacidad de cargos políticos, personal técnico de las organizaciones indígenas y líderes comunitarios de trabajar en el tema de la prevención, atención y acceso a tratamiento de ITS, VIH y Sida, desde un firme enfoque de derechos humanos y de promoción de la salud en general, y la salud y los derechos sexuales y reproductivos en particular. El manejo del VIH y el Sida es un tema muy complejo técnicamente, que presenta múltiples particularidades que lo diferencian en su abordaje del resto de infecciones de transmisión sexual. Es crítico brindar la formación adecuada sobre prevención, atención, avances en tratamiento y el combate al estigma y la discriminación de las personas que viven con el VIH o el Sida.

Igualmente, deben crearse oportunidades de incidencia política para que los líderes comunitarios y de las organizaciones indígenas puedan participar en las mesas de negociación y de definición de programas de lucha contra el VIH a nivel nacional y departamental, y dar a conocer en los espacios de toma de decisión su situación de vulnerabilidad ante la epidemia del VIH en el país. Es moralmente imperativo avanzar simultáneamente desde los espacios gubernamentales y desde los ámbitos de autoridad centrales y departamentales para hacer efectiva la disponibilidad gratuita de pruebas rápidas de VIH y de tratamiento antirretroviral a

toda la población de Pando. Si bien los retos de gestión, económicos y logísticos para establecer una respuesta efectiva al VIH en Pando son grandes, es urgente articular una oferta de servicios de calidad que pueda atender la demanda de información y servicios que se genere.

RESULTADOS POSTERIORES AL ESTUDIO

En respuesta a estos hallazgos y a las expectativas suscitadas con el estudio, el equipo del proyecto amplió las alianzas en el marco del proyecto “Construir capacidad local para prevenir ITS, VIH y Sida en los pueblos indígenas del departamento de Pando” para poder dar una respuesta más efectiva e integral a las demandas de las comunidades. De esta forma, además de FCI, CIPOAP y Sedes/Pando, se integraron al equipo de trabajo delegados de la Central Indígena de Mujeres de la Amazonía de Pando (CIMAP), la Prefectura de Pando, el Programa Nacional de ITS/VIH-Sida, los municipios del ámbito de intervención y el Programa Unicef-Pando. Conjuntamente, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Fortalecimiento de conocimientos en salud sexual y reproductiva, especialmente en ITS y VIH, y de la capacidad de demanda e incidencia hacia el Estado de dirigentes de organizaciones indígenas locales.
- Capacitación de promotores y promotoras indígenas en temas de salud sexual y reproductiva con énfasis en ITS, VIH y Sida para el desarrollo de acciones de sensibilización y prevención a nivel comunitario.
- Los y las promotores y promotoras capacitados recorrieron 29 comunidades de los pueblos Tacana, Cavineño, Esse-ejja, Machineri y Yaminahua, desarrollando charlas comunitarias y llevando información y materiales sobre prevención de ITS y VIH a hombres y mujeres adultos.
- FCI desarrolló la cartilla informativa *Prevención de las infecciones de transmisión sexual y VIH*, la cual

fue validada con dirigentes, promotores y promotoras de salud y el equipo de Pando del Programa Nacional de ITS/vIH-Sida. Los 3 500 ejemplares que se imprimieron llegaron a mujeres, hombres adultos y jóvenes, a proveedores de salud e incluso a maestros rurales de las comunidades.

- El equipo de Pando del Programa Nacional de ITS/vIH-Sida llevó a cabo jornadas de atención en ITS y VIH en comunidades indígenas (se realizaron consejerías, pruebas rápidas, distribución de preservativos y atención a ITS).
- Se inició el diálogo y la alianza con organizaciones indígenas de las regiones vecinas del estado del Acre (Brasil) y del departamento de Madre de Dios (Perú) para establecer políticas de atención transfronterizas para casos de ITS y VIH en poblaciones indígenas.

RETOS PENDIENTES

58 ◀

Family Care International ha identificado una serie de retos particulares en relación con el planteamiento del VIH entre poblaciones indígenas que consideramos relevante compartir:

- Es imperativo generar datos cuantitativos de calidad que demuestren más ampliamente la necesidad de desplegar esfuerzos de prevención con poblaciones indígenas en Bolivia y en otras áreas de América Latina.
- Urge promover la toma de conciencia de la importancia de trabajar en prevención del VIH en pueblos indígenas desde un claro enfoque de promoción de los derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, y derechos culturales; de prevención de la violencia y de combate a la inequidad y la pobreza.

- Sólo la suma de esfuerzos y de voluntades políticas de organizaciones indígenas, Estado y sociedad civil logrará frenar eficazmente el avance del VIH entre comunidades indígenas.
- Deben visibilizarse los factores de vulnerabilidad al VIH respecto de los hombres y las mujeres indígenas, y generar oportunidades de incidencia en los ámbitos local, departamental y nacional para que los representantes de organizaciones indígenas puedan participar directamente en el diseño de políticas de prevención pertinentes y adecuadas para las comunidades que representan.

Bibliografía

- Family Care International/Bolivia, 2007, *Pueblos indígenas, ITS, VIH y Sida. Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes*, FCI/Bolivia, en línea <<http://www.familycareintl.org/en/resources/publications/59>>.
- Ministerio de Planificación del Desarrollo, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Organización de las Naciones Unidas y Organización Internacional del Trabajo, 2007, *Pueblos indígenas originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Ministerio de Planificación del Desarrollo, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Organización de las Naciones Unidas, Organización Internacional del Trabajo, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes, Programa Nacional de ITS/vIH-Sida, 2006, *Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del compromiso UNGASS sobre el VIH-Sida en Bolivia*, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-Sida (Onusida), 2007, *Informe anual del Onusida 2006: hacer rendir el dinero*, Onusida, Ginebra, en línea <http://data.unaids.org/pub/Report/2007/jc1306_annualreport_es.pdf>.
- Organización Panamericana de la Salud, *Caracterización de la epidemia del VIH-Sida en Bolivia*, en línea <<http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/?TE=20040628161700>>, Bolivia.