



Artículo original

Factores Relacionados Con Actitudes Discriminatorias Hacia Personas Que Viven Con VIH En Panamá

Factors Related To Discriminatory Attitudes Towards People Living With HIV In Panama.

*Chamorro Mojica Fermina, **Rodríguez Díaz Faride, *De León Richardson Ruth.

*Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva.

**Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Departamento de Investigación en Salud, Ambiente y Sociedad.

Palabras claves:

actitudes, discriminación, VIH, SIDA, oportunidades relativas.

Keywords:

attitudes, discrimination, HIV, AIDS, odds ratio.

Correspondencia a:
Fermina Chamorro.

Correo electrónico:
electrónico: fermina-
chamorro
@gmail.com

Ninguno de los autores
declara conflictos de
intereses.

Resumen

Introducción: la prevalencia de VIH en Panamá, en personas de 15 a 49 años para 2016 se estima en 0.8% y el número de personas que viven con VIH (PVV) en 21,000 de los cuales 54% reciben tratamiento antirretroviral (TARV). La discriminación relacionada al VIH es una violación a los derechos de PVV que afecta el derecho a la salud. Objetivo: Identificar los factores relacionados a actitudes discriminatorias hacia PVV en Panamá. Método: Se realizó un análisis secundario con datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2015. Se incluyeron 8 361 entrevistados de 15 a 49 años que habían oído del SIDA y tenían actitudes formadas hacia PVV. Se calculó un índice sobre actitudes discriminatorias hacia un vendedor de vegetales frescos o hacia una profesora con VIH. La relación de los factores con el índice se probó mediante análisis de regresión logística multivariada. Resultados: Mostraron actitudes discriminatorias 40.6%. Las mayores oportunidades relativas ajustadas de informar actitudes discriminatorias se observaron en adolescentes (ORa 1,46; IC95%: 1,08-1,97) y mujeres (ORa 2,81; IC95%: 2,31-3,41); pertenecientes a pueblos indígenas (ORa 1,59; IC95%: 1,17-2,16), sin educación o sólo hasta pre-media (ORa 1,71; IC95%: 1,41-2,09), viviendo en el tercil bajo de bienestar (ORa 2,25; IC95%: 1,59-3,17), en una provincia/comarca diferente a la capital del país (ORa 1,92; IC95%: 1,44-2,57), y con una ocupación diferente a salud (ORa 3,31; IC95%: 1,67-6,55); sin conocimiento comprensivo sobre VIH (ORa 2,33; IC95%: 1,93-2,81); y que nunca se habían realizado la prueba de VIH (ORa 1,58; IC95%: 1,28-1,94). Conclusión: La edad, sexo, etnia, educación, bienestar, ocupación, lugar de residencia, acceso a información sobre VIH, y realización de la prueba se relacionan con actitudes discriminatorias hacia PVV. Estas variables deben considerarse en el diseño de intervenciones educativas.

ABSTRACT

Introduction: the prevalence of HIV in Panama, in people aged 15 to 49 years in 2016 is estimated at 0.8% and the number of people living with HIV (PVV) in 21,000 of which 54% receive antiretroviral treatment (ART). Discrimination related to HIV is a violation of PVP rights that affects the right to health. Objective: Identify the factors related to discriminatory attitudes towards PLWH in Panama. Method: A secondary analysis was performed with data from the National Survey of Sexual and Reproductive Health 2014-2015. We included 8 361 respondents aged 15 to 49 who had heard about AIDS and had attitudes towards PLWH. An index was calculated on discriminatory attitudes towards a seller of fresh vegetables or towards a teacher with HIV. The relationship of the factors with the index was tested by multivariate logistic regression analysis. Results: They showed discriminatory attitudes 40.6%. The greatest relative adjusted opportunities to report discriminatory attitudes were observed in adolescents (ORa 1.46, 95% CI: 1.08-1.97) and women (ORa 2.81, 95% CI: 2.31-3.41); belonging to indigenous peoples (ORa 1.59, 95% CI: 1.17-2.16), without education or only until pre-median (ORa 1.71, 95% CI: 1.41-2.09), living in the low welfare tercile (ORa 2.25, 95% CI: 1.59-3.17), in a province/region different from the capital of the country (ORa 1.92, IC95%: 1.44-2.57), and with a different occupation than health (ORa 3.31, 95% CI: 1.67-6.55), without comprehensive knowledge about HIV (ORa 2.33, 95% CI: 1.93-2.81), and that they had never been tested for HIV (OR 1.58, 95% CI: 1.28-1.94) Conclusion: Age, sex, ethnicity, education, well-being, occupation, place of residence, access to HIV information, and conducting the test are related to discriminatory attitudes towards PLWH. These variables should be considered in the design of educational interventions.

INTRODUCCIÓN

En Panamá, la prevalencia de VIH en personas de 15 a 49 años para 2016 se estima en 0.8% y el número de personas que viven con VIH (PVV) en 21,000 de los cuales 54% reciben tratamiento antirretroviral (TARV) lejos que la meta de 90% establecida para 2020 por ONUSIDA [1,2]. La discriminación relacionada al VIH es una violación a los derechos de PVV que afecta el derecho a la salud, al desalentar la realización voluntaria de la prueba para detectar el virus, y la búsqueda y mantenimiento del TARV [3]. Esta afectación también puede abarcar su acceso a servicios de educación y empleo e incluir a sus familias [4]. Aunque la relación entre actitudes y conductas no es directa, actitudes discriminatorias pueden resultar en actos discriminatorios [5].

Las actitudes discriminatorias hacia PVV son tema de interés global, y en América Latina, varios indicadores advierten sobre sus niveles y tendencias. En Perú, el porcentaje de mujeres que opinan que un maestro con VIH no puede seguir enseñando es 36.7 en 2009 y 33.9 en 2014 notándose un cambio favorable a la inclusión [6]. En República Dominicana, el porcentaje de mujeres que compraría vegetales frescos a un vendedor infectado, es 49.3 en 2007 y 50.3 en 2013 persistiendo el distanciamiento social a PVV [7]. De 2013 a 2016, el porcentaje de población que considera que los niños con VIH deben recibir educación aparte, aumenta de 47.1 a 64.9 en Centroamérica y de 45.2 a 58.9 en Panamá creciendo el apoyo a la segregación en instituciones de enseñanza [8,9].

Diversos estudios presentan factores significativos en la predicción de actitudes hacia PVV. En China se informa que el conocimiento sobre VIH, la exposición a información relacionada al VIH y el miedo al SIDA son predictores independientes de actitudes discriminatorias hacia PVV [10]. Otros estudios reportan diferencias significativas en las actitudes hacia PVV según características demográficas y socioeconómicas como la edad, sexo, etnia, estado civil, índice de riqueza y ocupación; asimismo en Bolivia resultaron significativos la educación y el lugar de residencia (11-14). En tres países de África subsahariana y Tailandia encontraron que las actitudes negativas estaban relacionadas con nunca haberse realizado la prueba de VIH [15].

No se encontraron publicaciones que especificaran los elementos que influyen en las actitudes discriminatorias hacia PVV en Panamá. Por ello, este trabajo tuvo como objetivo Identificar los factores relacionados a actitudes discriminatorias hacia PVV en Panamá.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis secundario con datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2015 (ENASSER 2014-2015) realizada por el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud (IC-

GES). ENASSER 2014-2015 obtuvo una muestra de 11,116 personas [16], e indagó entre otros temas, aspectos sobre VIH/SIDA y actitudes hacia PVV. Para estudiar las actitudes discriminatorias en este análisis se usaron dos preguntas sobre situaciones hipotéticas relacionadas a PVV fuera del ambiente familiar, buscando disminuir el sesgo del entrevistado relacionado a preguntas sobre familiares con VIH [17].

Se incluyeron individuos de 15 a 49 años, que habían oído hablar del SIDA y tenían una actitud hacia PVV ya que habían respondido "Sí" o "No" a las preguntas sobre actitudes discriminatorias. De 9,677 entrevistados que habían oído hablar del SIDA y habían respondido ambas preguntas sobre actitudes hacia PVV, se excluyeron 1,316 por no tener una actitud hacia PVV ya que respondieron "No Sabe/No Está Seguro/Depende" a alguna pregunta. La muestra analizada fue de 8,361 personas.

Variable respuesta

Actitudes discriminatorias hacia PVV: se elaboró un índice de actitudes discriminatorias hacia PVV (IPVV). Una persona tenía actitudes discriminatorias si respondió que no compraría vegetales frescos de un vendedor si supiera que tiene VIH, o que no se le debería permitir seguir dando clases a una profesora con VIH no enferma. El IPVV es una adaptación al indicador compuesto de ONUSIDA "Porcentaje de mujeres y hombres de entre 15 y 49 años de edad que reportan actitudes discriminatorias hacia PVV" [5].

Factores

Demográficos: edad y sexo.

Socioeconómicos: etnia por autoidentificación, nivel educativo, bienestar de los hogares (basado en un índice DHS [18] según características de la vivienda, agua, saneamiento y posesión de bienes de los miembros del hogar), región, área de residencia, ocupación, profesiones alguna religión.

Acceso a información: conocimiento comprensivo sobre VIH (basado en un índice ONUSIDA [5] según conocimiento de las formas de reducir la transmisión: teniendo una pareja sexual fiel y usando condón siempre; los modos de transmisión: no pueden infectarse por picaduras de mosquitos o compartiendo alimentos con PVV; y que una persona de apariencia saludable puede tener VIH), exposición semanal a medios masivos de comunicación (radio y televisión y periódicos/revistas al menos una vez por semana).

Comportamiento: alguna vez se había realizado la prueba de VIH.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa SPSSv24 con el procedimiento de muestras complejas. La muestra se ponderó utilizando el factor de expansión de persona [16]. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. La relación de los factores con el IPVV se probó mediante regresión logística con

oportunidades relativas sin ajustar (OR, odds ratio en inglés) y ajustadas (ORa) usando intervalos de confianza de 95% (IC 95%). Las variables incluidas en el análisis multivariado tenían coeficientes de correlación < 0.543 y valores $p < 0.05$ en el análisis univariado. El modelo de regresión logística multivariado explicó 26.7% de la varianza según el índice Nagelkerke con porcentajes correctos pronosticados de 70.7%.

Consideraciones éticas

ENASSER 2014-2015 fue autorizada por el Comité de Bioética de la Investigación del ICGES y los entrevistados dieron su consentimiento para participar luego de ser informados del estudio. La base de datos no identificaba a los entrevistados.

RESULTADOS

El 63.7% de los entrevistados eran adultos, 52.4% hombres, 47.5% mestizos, 65.3% tenía educación media o superior, y 55.3% estaba en el tercil alto de bienestar. El 56.1% residía en la provincia capital, 71.4% en zonas urbanas, y 53.6% estaba casado/unido. Un 98.5% tenía una ocupación diferente a salud, y 91.1% profesaba alguna religión.

El 56.9% no tenía conocimiento comprensivo sobre VIH, 51.2% estaba expuesto semanalmente a medios masivos de comunicación, y 58.2% se había realizado alguna vez la prueba de VIH. (Ver Tabla 1)

El 34.2% de los entrevistados no compraría vegetales frescos a un vendedor infectado, y 21.8% informó que no se le debería permitir seguir dando clases a una profesora con VIH. El IPPV resultó en 40.6%, mayor en quienes vivían en el tercil bajo de bienestar, y menor en quienes tenían conocimiento comprensivo sobre VIH (Ver Tabla 2).

En el análisis de regresión logística univariado, todas las variables incluidas resultaron significativamente relacionadas con el IPPV (Ver Tabla 3). Tenían mayores oportunidades de presentar actitudes discriminatorias los adolescentes comparados con los adultos, las mujeres, los indígenas comparados con los mestizos, y los que no tenían educación o sólo pre-media.

Los entrevistados de hogares en el tercil bajo y medio de bienestar comparados con los de alto bienestar, en el interior del país, y áreas rurales. Los solteros y casados/unidos comparados con los alguna vez casados/unidos, con una ocupación diferente a salud, que no profesaban alguna religión, sin conocimiento comprensivo sobre VIH, sin exposición semanal a medios masivos de comunicación, y que nunca se habían realizado la prueba de VIH.

El análisis multivariado (Ver Tabla 3) mostró que las mayores oportunidades relativas ajustadas de presentar ac-

Tabla 1. Características de hombres y mujeres de 15-49 años que han oído del SIDA y tenían una actitud formada hacia personas con VIH, con datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá 2014-2015.

Características	Número	Porcentaje
Edad		
15-19	1624	19.2
20-24	1293	13.5
25-49	5444	67.3
Sexo		
Mujer	4545	47.6
Hombre	3816	52.4
Etnia		
Indígena	1924	10.9
Caucásico y otro ^a	1107	12.3
Afrodescendiente	2049	29.3
Mestizo	3281	47.5
Educación		
Pre-media o inferior	3891	34.7
Media o superior	4470	65.3
Bienestar del hogar		
Bajo	2787	15.1
Medio	2787	29.6
Alto	2787	55.3
Región		
Interior del país	7636	43.9
Provincia capital ^b	725	56.1
Área de residencia		
Rural	5243	28.6
Urbana	3118	71.4
Estado conyugal		
Nunca casado o unido	2666	31.8
Casado unido	4785	53.6
Alguna vez casado o unido	910	14.6
Ocupación		
Otra	8247	98.5
Salud	114	1.5
Profesa alguna religión		
No	1107	8.9
Sí	7254	91.1
Conocimiento comprensivo sobre VIH		
No	5272	56.9
Sí	3089	43.1
Exposición semanal a medios masivos de comunicación		
No	5252	48.8
Sí	3109	51.2
Alguna vez se hizo la prueba de VIH		
No	3822	41.8
Sí	4539	58.2
Total	8631	100

Nota. Los valores absolutos no fueron ponderados. Los porcentajes fueron ponderados usando factores de expansión de persona. a. Incluye 0.3% de otras etnias minoritarias. b. Incluye las provincias de Panamá y Panamá Oeste.

titudes discriminatorias se mantenían con ser adolescente (ORa 1.46; IC95%: 1.08-1.97), mujer (ORa 2.81; IC95%: 2.31-3.41), indígena (OR 1.59; IC95%: 1.17-2.16), sin educación o sólo pre-media (ORa 1.71; IC95%: 1.41-2.09), viviendo en el tercil bajo de bienestar (ORa 2.25; IC95%: 1.59-3.17), en una provincia/comarca diferente a la capital (ORa 1.92; IC95%: 1.44-2.57), con una ocupación diferente a salud (ORa 3.31; IC95%: 1.67-6.55), sin conocimiento comprensivo sobre VIH (ORa

Tabla 2. Mediciones individuales e índice de actitudes discriminatorias hacia personas que viven con VIH en hombres y mujeres de 15-49 años que han oído del SIDA y tenían una actitud formada hacia personas con VIH, con datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá 2014-2015.

Características	Total	Mediciones individuales (%)		Índice de actitudes discriminatorias (%)
		No compraría a un vendedor de vegetales frescos con VIH	No se le debería permitir seguir dando clases a una profesora con VIH	
Edad				
15-19	1624	43.7	29.3	51.7
20-24	1293	33.7	21.3	40.4
25-49	5444	31.5	19.8	37.5
Sexo				
Mujer	4545	44.5	25	50.3
Hombre	3816	24.8	19	31.7
Etnia				
Indígena	1924	56.5	50	67.1
Caucásico y otro ^a	1107	34	18.8	40.7
Afrodescendiente	2049	30.5	20.3	37.7
Mestizo	3281	31.4	17.1	36.3
Educación				
Pre-media o inferior	3891	46.3	36.3	55.7
Media o superior	4470	27.7	14.1	32.5
Bienestar del hogar				
Bajo	2786	59.2	49.5	69.1
Medio	2787	35.9	25.6	44.3
Alto	2787	26.4	12.3	30.9
Región				
Interior	7636	46.2	32.8	53.4
Provincia capital ^b	725	24.7	13.2	30.5
Área de residencia				
Rural	5243	49.9	37.2	57.1
Urbana	3118	27.9	15.7	34
Estado conyugal				
Nunca casado o unido	2666	37.6	22.7	43.8
Casado unido	4785	35.2	22.3	41.3
Alguna vez casado o unido	910	23.1	18.2	31.2
Ocupación				
Otra	8037	34.7	22.3	41.2
Salud	324	19.8	8.6	22.7
Profesa alguna religión				
No	1107	43.2	37.5	51.7
Sí	7254	33.3	20.3	39.5
Conocimiento comprensivo sobre VIH				
No	5272	43.1	29	50.6
Si	3089	22.3	12.3	27.4
Exposición semanal a medios masivos de comunicación				
No	5252	38.8	26.1	45.4
Si	3109	29.8	17.8	36.1
Alguna vez se hizo la prueba de VIH				
No	3822	41.4	28.4	49.4
Si	4539	29	17.1	34.3
Total	8361	34.2	21.8	40.6

Nota. Porcentaje por fila en cada categoría del cuadro.

Los valores absolutos no fueron ponderados. Los porcentajes fueron ponderados usando factores de expansión de persona. a. Incluye 0.3% de otras etnias minoritarias. b. Incluye las provincias de Panamá y Panamá Oeste.

2.33; IC95%: 1.93-2.81), y nunca haberse realizado la prueba de VIH (ORa 1.58; IC95%: 1.28-1.94). El estado conyugal, el área de residencia, profesar alguna religión y la exposición a medios masivos de comunicación no influyeron en el reporte de actitudes discriminatorias hacia PVV luego de ser ajustadas por las variables incluidas en el modelo multivariado.

DISCUSIÓN

En Panamá, el IPPV muestra que el potencial de actos discriminatorios relacionados al VIH en la población es preocupante. Principalmente se reportaron actitudes discriminatorias hacia un vendedor de vegetales frescos

Tabla 3. Factores relacionados con actitudes discriminatorias hacia personas que viven con VIH.

Características	Sin ajustar		p	Ajustada		p
	OR	IC95%		ORa	IC95%	
Edad						
15-19	1.78	1.37-2.33	< 0.001	1.46	1.08-1.97	0.013
20-24	1.13	0.89-1.43	0.303	1.02	0.78-1.34	0.883
25-49	1.00			1.00		
Sexo						
Mujer	2.18	1.73-2.75	< 0.001	2.81	2.31-3.41	< 0.001
Hombre	1.00			1.00		
Etnia						
Indígena	3.59	2.62-4.91	< 0.001	1.59	1.17-2.16	0.003
Caucásico y otro ^a	1.21	0.85-1.72	0.299	1.35	0.97-1.88	0.079
Afrodescendiente	1.06	0.85-1.33	0.583	1.18	0.93-1.50	0.182
Mestizo	1.00			1.00		
Educación						
Pre-media o inferior	2.61	2.15-3.18	< 0.001	1.71	1.41-2.09	< 0.001
Media o superior	1.00			1.00		
Bienestar del hogar						
Bajo	5.01	3.76-6.68	< 0.001	2.25	1.59-3.17	< 0.001
Medio	1.78	1.36-2.33	< 0.001	1.26	0.99-1.60	0.065
Alto	1.00			1.00		
Región						
Interior	2.61	1.98-3.43	< 0.001	1.92	1.44-2.57	< 0.001
Provincia capital ^c	1.00			1.00		
Residencia						
Rural o indígena	2.59	1.97-3.39	< 0.001	1.06	0.82-1.38	0.635
Urbana	1.00			1.00		
Estado conyugal						
Nunca casada o unida	1.71	1.15-2.54	0.008	1.25	0.85-1.84	0.247
Casado unido	1.55	1.06-2.26	0.025	1.29	0.92-1.81	0.145
Alguna vez casada o unida	1.00			1.00		
Ocupación						
Otra	4.78	2.42-9.47	< 0.001	3.31	1.67-6.55	0.001
Salud	1.00			1.00		
Profesa alguna religión						
No	1.64	1.26-2.13	< 0.001	1.01	0.76-1.35	0.939
Sí	1.00			1.00		
Conocimiento comprensivo sobre VIH						
No	2.71	2.22-3.29	< 0,001	2.33	1.93-2.81	< 0.001
Si	1.00			1.00		
Exposición semanal a medios masivos de comunicación						
No	1.47	1.19-1.83	< 0.001	0.92	0.77-1.11	0.392
Si	1.00			1.00		
Alguna vez se hizo la prueba de VIH						
No	1.88	1.53-2.29	< 0.001	1.58	1.28-1.94	< 0.001
Si	1.00			1.00		

Factores relacionados con actitudes discriminatorias hacia personas que viven con VIH en hombres y mujeres de 15-49 años que han oído del SIDA y tenían formada una actitud hacia personas con VIH, incluyendo oportunidades relativas sin ajustar (OR) y ajustadas (ORa) con intervalos de confianza de 95% (IC95%), con datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de Panamá 2014-2015, (N=8 361). a. Modelo ajustado por todas las variables mostradas. b. Incluye 0.3% de otras etnias minoritarias. c. Incluye las provincias de Panamá y Panamá Oeste.

que hacia una profesora con VIH. Esto revela que la percepción de una posición desventajosa del infectado en la sociedad según su ocupación, que en este caso parece corresponder al vendedor de vegetales frescos con VIH, podría influir en los niveles de actitudes discriminatorias hacia PVV acrecentando el distanciamiento social, ya que al respecto se ha informado que el nivel socioeconómico es un motivo de discriminación [19].

Sobre las actitudes discriminatorias relacionadas con la

edad, se encontró que los adolescentes son menos tolerantes que los adultos hacia PVV. Algunos estudios señalan que los adolescentes tienen una autonomía en desarrollo influenciada por características individuales, familiares y contextuales, y por tanto, sus opiniones o acciones hacia PVV pudieran responder a modelos dominantes en su entorno [20]. Igualmente se ha informado que los adolescentes relacionan SIDA con muerte y dolor, circunstancia que podría favorecer el rechazo a PVV [21].

Por otro lado, más mujeres que hombres informan actitudes desfavorables hacia PVV. Esta situación pudiera explicarse porque las mujeres sienten mayor temor de contagiarse del VIH; o una mayor carga de responsabilidades al enfrentarse al VIH/SIDA por ser ellas quienes generalmente tienen que cuidar a los enfermos; o porque asocian VIH con drogadicción, promiscuidad y homosexualidad, como ya se ha informado por otros estudios, [22,23].

Cinco variables socioeconómicas resultaron vinculadas con informar actitudes discriminatorias: etnia, educación, bienestar, región y ocupación. Con relación a la etnia, la mayor frecuencia de informar actitudes desfavorables hacia PVV se observó en indígenas, situación posiblemente relacionada al hecho de que el VIH/SIDA es de reciente introducción en algunas comarcas. En Ngäbe Buglé, por ejemplo, el primer caso de SIDA apareció en 2001, aumentado desde 2005 hasta constituirse en 2015 en la tercera causa de mortalidad produciendo 25.3 muertes por cada 100,000 habitantes [24]. Además, algunos pueblos indígenas consideran la enfermedad como maldición o brujería [25].

Con respecto al nivel de educación, se encontró que está relacionada con informar actitudes discriminatorias, similar a lo reportado por Terán Calderón y otros [14]. Alcanzar hasta pre-media en Panamá es insuficiente para lograr que las personas informen actitudes favorables hacia PVV. Aunque en la educación básica general se imparten programas de estudio que incluyen la enseñanza en deberes y derechos desde pre-escolar, y se desarrolla una política de educación inclusiva, hasta el momento, el énfasis ha estado en personas con discapacidad [26].

El menor bienestar del hogar está relacionado con el reporte de actitudes discriminatorias, revelando que la situación de postergación socioeconómica influye en la subsistencia de prejuicios hacia PVV heredados o adquiridos en su entorno cultural [27]. Las personas en situación de pobreza extrema generalmente desconocen sus derechos, son afectadas por violaciones a los mismos (inaccesibilidad a servicios preventivos de educación y salud, de diagnóstico y tratamiento) y son desestimados de las políticas por su falta de empoderamiento y exclusión social, condiciones que pueden favorecer actitudes negativas hacia PVV [28]. Se reconoce la interconexión existente entre terminación de la pobreza y mejora de la salud, y la necesidad de realizar acciones a nivel local

guiadas a nivel nacional para que las personas tengan acceso a servicios apropiados [29].

Quienes viven en el interior tienen mayores oportunidades de presentar actitudes desfavorables hacia PVV. Sus habitantes muestran idiosincrasias diferentes marcadas por aspectos históricos, culturales y modos de producción también diferentes que las hacen conservadoras de sus tradiciones y con más tabúes respecto al VIH [30]. Además, presentan un menor número de casos que la capital con 30.1% del total reportado en el país desde 1984 hasta 2015 [31]. Un estudio de 2009 evidenció que las actitudes discriminatorias son más frecuentes en lugares con menor prevalencia de VIH posiblemente debido a que en lugares de elevada ocurrencia se realizan más acciones que ayudan a reducirlas [15].

Consistente con lo ya indicado por Mutombo y otros, el personal de salud es menos propenso a reportar actitudes discriminatorias, constituyendo un estímulo a PVV para buscar atención y mantenerse en el TARV [12]. La capacitación continua y concienciación del personal de salud son importantes en el control del VIH, igual que adoptar herramientas para medir rutinariamente en PVV la satisfacción y percepción de discriminación en instalaciones de salud, ya que la falta de atención de calidad se considera una forma de discriminación [32].

Las personas sin conocimiento comprensivo sobre VIH reportan más actitudes discriminatorias hacia PVV como ya ha sido informado por otros estudios [10]. Las intervenciones que incrementen el conocimiento de las formas de prevención y modos de transmisión en la población, con interculturalidad y enfoque en derechos humanos, contribuirían a aumentar la aceptación hacia PVV [33]. Además, si bien tener acceso a medios masivos de comunicación no influye significativamente en las actitudes hacia PVV, la audiencia semanal de algo más de la mitad de la población estudiada a radio y televisión y periódico/revista, podría ser útil en programas educativos sobre aceptación hacia PVV.

Quienes no se realizan la prueba de VIH tienen mayores oportunidades de reportar actitudes discriminatorias, acorde con lo encontrado por Genberg y otros [15]. Este resultado indica que la asesoría pre y post prueba afecta positivamente las actitudes hacia PVV, y resalta el enfoque en la capacitación a profesionales de salud sobre asesoría pre-post prueba y en la detección y tratamiento en grupos prioritarios (trabajadores sexuales y hombres que tienen sexo con hombres) y que han tenido las intervenciones sobre VIH [34].

En Panamá, la realización voluntaria de la prueba no requiere prescripción médica, pero es obligatoria en gestantes, donadores (de sangre, hemoderivados, leche materna, órganos/tejidos), investigaciones judiciales, trabajadores sexuales y para contraer matrimonio [35].

La interpretación de estos resultados debe considerar la naturaleza transversal de los datos que no permite esta-

blecer causalidad, la falta de datos sobre el estado de infección del entrevistado que no permite ajustar por este factor, y la presencia del sesgo del entrevistado debido preguntas de auto-reporte. Además, el IPVV mide el distanciamiento social y el apoyo potencial de acciones institucionales discriminatorias hacia PVV por parte del entrevistado con dos preguntas.

CONCLUSIONES

Los factores relacionados al reporte de actitudes discriminatorias hacia PVV en Panamá son: ser adolescente, mujer, indígena, sin educación o haber logrado sólo hasta pre-media, encontrarse en el nivel más bajo de bienestar, vivir en el interior del país, dedicarse a una ocupación diferente a salud, sin conocimiento comprensivo sobre VIH y nunca haberse realizado la prueba de VIH.

Se recomienda que los responsables de salud, educación y empleo realicen intervenciones educativas integradas sobre VIH para promover la formación de actitudes inclusivas en la población, con participación de adolescentes, mujeres, comunidades rurales, indígenas y postergadas. Estas intervenciones deben enfocarse en el ejercicio de los derechos humanos y en el contexto sociocultural de las personas para mejorar su eficacia. Se sugiere realizar estudios adicionales para conocer porque las mujeres, adolescentes y poblaciones indígenas informan con mayor frecuencia actitudes desfavorables hacia PVV.

Agradecimiento a Sergio Bermuez por la revisión y comentarios a este trabajo.

REFERENCIAS

- [1] World Bank Open Data: The World Bank Data [Internet]. Washington, D.C.: The World Bank Group. 2017 [cited 2017 Nov 13]. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS>
- [2] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030 [Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 8]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_es.pdf
- [3] Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2013 Nov 13 [cited 2017 Dec 8];16(3 Suppl 2):18640. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24242258>
- [4] Bermúdez-Román V, Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L, Posada-Zapata IC. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud [Internet]. Vol. 57, *Salud Pública de México*. 2015 [cited 2017 Nov 11]. p. 252–9. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300014
- [5] Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Monitoreo Global del Sida 2017 - Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2016 [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 27]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf
- [6] Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES [Internet]. Lima; 2015 [cited 2017 Dec 27]. p. 613. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/Menu-Recurso/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf
- [7] Centro de Estudios Sociales y Demográficos; ICF International. República Dominicana. Encuesta Demográfica y de Salud 2013 [Internet]. Santo Domingo; 2014 [cited 2017 Dec 27]. p. 580. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR292/FR292.pdf>
- [8] United States Agency for International Development; Proyecto Accion SIDA de Centroamerica. Estigma y Discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe regional. Centroamérica, 2016. [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 27]. p. 24. Available from: <http://www.pasca.org/userfiles/INFORME EYD 2016 REGION agosto 2016 final.pdf>
- [9] United States Agency for International Development; Proyecto Accion SIDA de Centroamerica. Estigma y Discriminación asociados al VIH. Encuesta de opinión pública. Informe de país. Panamá, 2016 [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 16]. p. 24. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00N15N.pdf
- [10] Lau JTF, Tsui HY. Discriminatory attitudes towards people living with HIV/AIDS and associated factors: a population based study in the Chinese general population. *Sex Transm Infect* [Internet]. 2005 [cited 2017 Aug 22];81(2):113–9. Available from: <http://sti.bmj.com/cgi/doi/10.1136/sti.2004.011767>
- [11] Li X, Yuan L, Li X, Shi J, Jiang L, Zhang C, et al. Factors associated with stigma attitude towards people living with HIV among general individuals in Heilongjiang, Northeast China. *BMC Infect Dis*. 2017;17(154):1–6.
- [12] Mutombo N, Maina B. Factors Influencing Attitudes towards People Living with HIV/AIDS in Zambia: Does HIV Testing Matter? *J Infect Dis Ther* [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 22];3(3). Available from: <http://dx.doi.org/10.4172/2332-0877.1000197>
- [13] Kwashie RA. Determinants of People's Attitude Towards People Living with HIV/AIDS (PLWHA) in Ghana [Internet]. University of Ghana; 2014 [cited 2017 Dec 10]. Available from: <http://ugspace.ug.edu.gh/handle/123456789/5474>
- [14] Terán Calderón C, Gorena Urizar D, González Blázquez

- quez C, Alejos Ferreras B, Ramírez Rubio O, Bolu-mar Montrull F, et al. Knowledge, attitudes and practices on HIV/AIDS and prevalence of HIV in the general population of Sucre, Bolivia. *Brazilian J Infect Dis* [Internet]. 2015;19(4):369–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2015.04.002>
- [15] Genberg BL, Hlavka Z, Konda KA, Maman S, Chariyalertsak S, Chingono A, et al. A comparison of HIV/AIDS-related stigma in four countries: Negative attitudes and perceived acts of discrimination towards people living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med*. 2009;68(12):2279–87.
- [16] De León Richarson RG, Chamorro Mojica F, Flores Castro H, Mendoza Q. Al, Martínez García L, Aparicio LE, et al. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva Panamá, 2014-2015. Panamá: Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud; 2018.
- [17] Bocanegra Masías ME, Bustamante Edquén S. La solidaridad de sangre de la familia en el cuidado del paciente con SIDA. *Rev Cienc Tecnol* [Internet]. 2016;12(3):149–64. Available from: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/1487>
- [18] Rutstein S.O. Steps to construct new DHS Wealth Index [Internet]. 2015 [cited 2017 Jul 27]. Available from: <http://www.dhsprogram.com/topics/wealth-index/Wealth-Index-Construction.cfm>
- [19] Prevert A, Navarro Carrascal O, Bogalska-Martin E. La discriminación social desde una perspectiva psicosociológica. *rev psicol univ antioquia* [Internet]. 2012;4(1):7–20. Available from: <http://pepsic.bvsa-lud.org/pdf/rpsua/v4n1/v4n1a2.pdf>
- [20] Vargas Barbosa P, Wagner A. Como se define a autonomia?: O perfil discriminante em adolescentes gaúchos. *Temas em Psicol* [Internet]. 2015;23(4):1077–90. Available from: <http://pepsic.bv-salud.org/pdf/tp/v23n4/v23n4a20.pdf>
- [21] Torres López TM, Reynaldos Quinteros C, Lozano González AF, Munguía Cortés JA. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010;44(5):820–9. Available from: <http://www.sco-pus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-77958592026&partnerID=tZOTx3y1>
- [22] Cazenave A, Ferrer X, Castro S, Cuevas S. El familiar cuidador de pacientes con SIDA y la toma de decisiones en salud Health decision making in AIDS family caregiver. *Rev Chil Infectol*. 2005;22(1):51–7.
- [23] Grimberg M. “Saber de SIDA” y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. *Cad Saude Publica*. 2001;17(3):481–9.
- [24] Instituto Nacional de Estadística y Censo. Cuadro 221-17. Defunciones y tasa de mortalidad de las principales causas de muerte en la república, por sexo, según grupos de edad y causa: año 2015 [Internet]. Estadísticas Vitales, Volumen III - Defuncio-nes: Año 2015. Panamá; 2015 [cited 2017 Aug 7]. Available from: [https://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P7731Cuadro 221-17.pdf](https://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P7731Cuadro%20221-17.pdf)
- [25] Rivera H. VIH devora comarca más grande del país, la Ngäbe Buglé. *Midiario.com* [Internet]. 2015 Jun 9; Available from: <http://www.midiario.com/uhora/nacionales/vih-devora-comarca-más-grande-del-país-la-ngäbe-buglé>
- [26] Ministerio de Educación. Deberes y Derechos de niños y niñas II [Internet]. Educa Panamá. [cited 2017 Oct 25]. p. 1–5. Available from: <http://www.educapana.edu.pa>
- [27] Parker R, Aggleton P, Attawell K, Pulerwitz J, Brown L. HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. *Horizons* [Internet]. 2002;1–22. Available from: [http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/re-sources/horizons.pdf](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/horizons.pdf)
- [28] Organización de las Naciones Unidas. Los Principios Rectores sobre la Extrema Pobreza y los Derechos Humanos. 2012.
- [29] Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Focus on location and population [Internet]. 2015. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media/docu-ments/WAD2015_report.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media/documents/WAD2015_report.pdf)
- [30] Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo Panamá. Informe Nacional de Desarrollo Humano Panamá 2014. El Futuro es ahora: primera infancia, juventud y formación de capacidades para la vida / [Internet]. Panamá; 2014 [cited 2017 Aug 22]. p. 148. Available from: <http://hdr.undp.org/sites/default/fi-les/idh-panama-ene-10-14-final.pdf>
- [31] Ministerio de Salud. Dirección de Planificación. Departamento de Registros y Estadísticas de Salud. Boletín Estadístico. Anuario 2015. Panamá; 2016.
- [32] Srithanaviboonchai K, Stockton M, Pudpong N, Chariyalertsak S, Prakongsai P, Chariyalertsak C, et al. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination. *BMC Public Health* [Internet]. 2017;17(1):245. Available from: <http://bmcpubli-chealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-017-4172-4>
- [33] Organización Mundial de la Salud. Salud y derechos humanos [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 1]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/facts-heets/fs323/es/>
- [34] Ministerio de Salud. Programa Nacional de VIH/ITS/SIDA. Informe nacional sobre los progresos realizados en el país. Período comprendido entre Enero de 2012 y Diciembre de 2013. Panamá; 2014.
- [35] Asamblea Legislativa. Ley No. 3 De 5 de enero de 2000 “General sobre Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el Sida.” Panamá; 2000.