

Empoderamiento de la mujer y factores de riesgo asociados al género para la infección por VIH

Introducción

En Panamá la epidemia del VIH es concentrada y se caracteriza por presentarse a proporción de tres hombres por cada mujer infectada; sin embargo, a medida que se estratifica por edades más jóvenes, esta proporción tiende a cambiar a un hombre por cada mujer infectada (Ministerio de Salud de Panamá, 2009). Se ha identificado que el contacto sexual entre heterosexuales es el modo de transmisión prevalente para la transmisión del VIH (Ministerio de Salud de Panamá, 2013). Sin embargo, se estima que pudiera existir un sub-registro de los hombres que tienen sexo con hombres entre el grupo auto-identificado como heterosexual. Los grupos de mayor riesgo para la infección de VIH son los hombres que tienen sexo con hombre, personas transexuales y trabajadoras del sexo (Ministerio de Salud de Panamá, 2009). Y aunque los grupos anteriores han sido estudiados, se ha descrito acerca de la vulnerabilidad de las mujeres casadas o unidas.

Entre las conductas de la pareja que ponen a la mujer en riesgo para la infección del VIH se encuentran las relaciones extramaritales. Tal como describe la literatura, la susceptibilidad de una mujer en cuanto al VIH aumenta cuando se une con un hombre que tiene relaciones extramaritales (Ministerio Federal de Salud de Nigeria, 2004; Smith, 2007). La complejidad de este tipo de conducta toca las esferas intrapersonales, interpersonales, comunitarias y sociales, entre las cuales se puede describir la autoestima y el rol del género (Organización Panamericana de Salud, 2001; Smith, 2007). Sin duda alguna otros comportamientos tales como el uso de drogas intravenosas, múltiples parejas sexuales, uso de alcohol entre otras ponen en riesgo a su pareja de igual forma (Paxton, Williams, Bolden, Guzman, & Harawa, 2014; Sabidó, et al., 2011). Por lo que las mujeres de estas parejas son un grupo considerablemente vulnerable si se agrega la inhabilidad de algunas mujeres para negociar cuando y con qué frecuencia tienen relaciones sexuales, o el uso del condón durante sus relaciones sexuales con su pareja estable.

Resultados Clave

- En Panamá existe una epidemia concentrada del VIH. Se han identificado grupos poblacionales en mayor riesgo lo cual los hace objeto de continuas intervenciones a nivel de país. Sin embargo, concurren otros grupos vulnerables tales como las mujeres casadas o unidas cuyas parejas mantienen relaciones sexuales con otras parejas fuera de la unión. Esta vulnerabilidad puede acentuarse aún más cuando agregamos la incapacidad de algunas mujeres para negociar el sexo o el uso del condón con su pareja, predisponiéndolas a infecciones por VIH.
- Un 35% de las mujeres que no habían trabajado en el último año describieron no poder negar sexo con sus parejas. De igual manera, un 39% de ellas tienden a no poder negociar el uso del condón con sus parejas sexuales.
- El no poder negociar sexo con su pareja y el uso del condón se observó en mayor proporción entre las mujeres cuya primera unión se dio a los 15 años o menos (46%).
- La mitad de las mujeres a favor de la violencia física o sexual hacia la mujer expresaron no poder negociar el uso del condón.
- Haber vivido violencia emocional alguna vez en el pasado está asociado con la habilidad de negociar tener relaciones sexuales así como también negociar el uso del condón. Sin embargo, el haber vivido violencia física o sexual se encontró únicamente asociado a no poder negociar el uso del condón, representando el 40% de estas mujeres.

El objetivo del análisis secundario del ENASSER 2009 fue explorar los factores asociados a la negociación de tener relaciones sexuales como también la negociación del uso del condón durante sus contactos sexuales en mujeres casadas o

en una unión estable con su pareja. Se consideraron factores demográficos, factores asociados al empoderamiento de la mujer tales como su actitud hacia el rol de género y hacia la violencia física. De igual forma se tomó en cuenta las experiencias vividas de violencia física o sexual y violencia emocional como también su conocimiento sobre la transmisión del VIH.

El empoderamiento de la mujer puede estar definido por las palabras claves: “opción, elección, control y poder” y la habilidad de una mujer para tomar decisiones de importancia en cuanto a su propio bienestar y el de su familia (Malhotra, Shuler, & Boender, 2002). Por lo que la negociación de las relaciones sexuales entre parejas formadas y el uso de condón pueden ser tomadas como como indicadores sobre el empoderamiento de la mujer dentro de su relación de pareja (Wolff, Blank, & Gage, 2000; Malhotra, Shuler, & Boender, 2002).

Tal como describe Tenkorang (2012) y Smith (2007), múltiples factores se agregan a que una mujer no pueda negociar el uso del condón con su pareja: la percepción de infidelidad y las expectativas reproductivas de la pareja son solo una de ellas. En el análisis secundario de la encuesta de Demografía y Salud de Ghana del 2008, los factores que favorecerían la decisión de una mujer para negociar cuándo tener relaciones sexuales o usar condón con su pareja fueron tener un mayor nivel educativo, presentar un nivel económico alto, vivir en áreas urbanas, conocer los modos de transmisión del VIH y haberse realizado una prueba de VIH anteriormente (Tenkorang, 2012).

Un estudio cualitativo que exploró la percepción de las mujeres que se encontraban en riesgo para el VIH por parte de su pareja en Irán (Lofti, Ramezani, & Dworkin, 2013), describió la dependencia financiera de las mujeres como un importante factor a la hora de negociar prácticas sexuales seguras con su pareja. Las mujeres reclutadas en este estudio expresaron que, el no tener autonomía financiera les limitaba sus opciones de prácticas seguras y más cuando tenían hijos con su pareja. De esta misma manera, el miedo a que fuesen víctimas también de violencia al requerir el uso del condón, se presentó como una limitante, aun si sospechaban o sabían que su pareja estaba enferma. Aunque este estudio no podía probar una temporalidad entre su situación actual y la incapacidad de negociar prácticas seguras, brindó una

perspectiva acerca de los factores que pudiesen influir en la ejecución de prácticas seguras en mujeres con pareja actual.

La autonomía de la mujer y su relación con la predisposición a la infección del VIH fue explorada también por Bloom y Griffiths (2007). En este análisis secundario de la encuesta de Demografía y Salud en India, se buscó la relación entre la autonomía de la mujer (grado de decisión en el hogar, actitud hacia la violencia física, independencia financiera) y el conocimiento y conductas asociadas al VIH. La conciencia sobre el VIH se vio más reflejada entre el grupo de mujeres casadas con cierta autonomía en cuanto a la independencia financiera y la capacidad de tomar decisiones en su hogar. De igual forma en aquellas mujeres en las cuales se consideraba inaceptable la violencia física dada por su pareja se encontró un mayor nivel de conciencia sobre la enfermedad.

Las mujeres sujetas a violencia por parte de su pareja íntima están en un mayor riesgo para ser infectadas por el VIH ya que la transmisión es facilitada en estas clases de relaciones (Decker, et al., 2009). Las mujeres que están sujetas a relaciones sexuales forzadas tienden a sufrir lesiones que las hacen más susceptibles a la transmisión del VIH (Slaughter, Brown, Crowley, & Peck, 1997). El no poder negociar el uso del condón con su pareja se ha visto tres veces más frecuente entre las mujeres que han vivido violencia sexual, específicamente violación (Wingood, et al., 2006).

El presente análisis podrá brindar conocimiento sobre un grupo vulnerable hasta ahora desconocido en nuestro país, lo cual se espera pueda fortalecer intervenciones en cuanto al empoderamiento de la mujer como también impulsar intervenciones de factores como el nivel de educación de las mujeres en Panamá.

Metodología

La Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER 2009) se realizó con la colaboración del Ministerio de Economía y Finanzas, del Ministerio de Salud, Controlaría General de la República, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Tenía como objetivo ofrecer una perspectiva sobre los indicadores Nacionales de Salud Sexual y Reproductiva mediante la descripción de las características

generales de los hogares y población; fecundidad y preferencias de fecundidad; planificación familiar; salud materna y lactancia; empoderamiento de la mujer; y además agrega el importante aporte del conocimiento, actitudes y comportamiento en relación al VIH/SIDA. (ICGES, 2009)

Muestra

La muestra de ENASSER 2009 fue probabilística, multietápica y estratificada. El marco muestral corresponde al Censo de Población y Vivienda del año 2000. La unidad primaria de muestreo es el segmento censal; la unidad secundaria de muestreo es la vivienda y la unidad de observación corresponde a las mujeres y hombres entre las edades desde 15 a 49 y de 15 a 59 años respectivamente. Durante la primera etapa de muestreo, se tomó en cuenta las nueve provincias, tres comarcas y los segmentos indígenas fuera de las comarcas que se encontraban incluidas en Bocas del Toro, Chiriquí, Darién, Panamá y Veraguas. De un total de 6,600 viviendas y 6,732 hogares entrevistados se incluyó en la muestra a 5,831 mujeres y 2,813 hombres. Se utilizó para propósitos de este análisis únicamente a las mujeres de 15 a 49 años que se encontraban en el momento de las entrevistas casadas o unidas (n=3,652).

Variables Clave

Variables Dependientes

Negación del sexo—Entre las mujeres con una pareja sexual actual, se definió la habilidad de negar el sexo como la certeza que tuvieran para negarse a tener relaciones sexuales con su pareja si así lo decidieron.

Negociación del uso de condón—Esta variable fue definida como la capacidad entre las mujeres con pareja sexual actual que conocían sobre el condón y el VIH, de pedirle a su pareja y que ésta aceptara a usar un condón para prevenir una infección de transmisión sexual, si esta se lo pidiera.

Variables Independientes

Estado Civil—Para la encuesta ENASSER 2009 se utilizó las siguientes categorías para estado civil: actualmente casada, unida con un hombre, unida con una mujer, separada, divorciada, viuda y soltera. Sin embargo para propósitos de

nuestro análisis se consideró sólo a las mujeres que actualmente tenían una pareja, esto incluye a las mujeres actualmente casadas, unidas con un hombre y unidas con una mujer.

Edad—Tomando en cuenta todas las edades descritas por las participantes femeninas se agruparon las edades y se categorizaron en los siguientes rangos: de 15 a 24 años, de 25 a 34 años y de 35 a 49 años para su análisis.

Religión—Para esta variable se utilizó la clasificación original ofrecida por la encuesta, encontrándose dentro de las opciones el identificarse como: católicos, cristiano no católicos, no pertenecientes a ninguna religión y otras.

Etnia—Para esta variable se creó la categoría no indígena y la categoría indígena que comprendía a todas aquellas participantes que se auto-identificaban dentro de los grupos étnicos: Guna, Ngobe-Bugle, Emberá Wounaan, Bri Bri, Bokola y Naso o Teribe.

Actitud hacia el rol de género femenino y masculino (tradicional o no tradicionales)—Esta variable se refiere a la opinión de las mujeres encuestadas hacia ciertos comportamientos que pudiesen representar los roles tradicionales y no tradicionales para el género femenino y masculino. La opinión de la mujer se consideraba no tradicional si estaba a favor de por lo menos uno de las siguientes actitudes: se le debía permitir a una mujer casada trabajar fuera de casa; si la mujer trabaja fuera del hogar, su esposo debía ayudarlo con los quehaceres de la casa; y que la esposa tiene derecho a expresar su opinión si no está de acuerdo con lo que el esposo/marido dice, que no estaba de acuerdo que las decisiones importantes del hogar deben ser tomadas por los hombres de la familia, y que no estaba de acuerdo que era mejor educar a un hijo que a una hija.

Actitud hacia la violencia—En cuanto a la opinión de las mujeres hacia situaciones que pudiesen instigar a un hombre para perpetrar un acto violento hacia la mujer, se consideró que la mujer estaría en contra de la violencia física si se encontraba en desacuerdo a que hombre le pegara si salía de la casa sin decirle a él, si descuidaba a los niños, si discutía con su pareja, si se le quemaban los alimentos, si le faltaba al respeto, si le era infiel y si se rehusaba a tener relaciones sexuales con su pareja.

Violencia emocional—Se consideró que una mujer había sido víctima de violencia emocional si la mujer encuestada se encontraba en una relación en la cual se diera por lo menos una de las siguientes características: esposo se ponía celoso si conversaba con otro hombre, si se le acusaba frecuentemente de ser infiel, si se le impedía visitar amigos/as, si se le limitaban las visitas/contactos a su familia, si se le insistía en saber todos los lugares donde iba, si se le desconfiaba con el dinero, si se le impedía salir a trabajar, y si le habían dicho alguno vez cosas para humillarle delante de los demás.

Violencia física o sexual—Una mujer en este análisis era considerada como víctima alguna vez de violencia física o sexual si contestaba afirmativamente a una de las siguientes situaciones: haber sido amenazada, obligada a actos sexuales no aprobados por la encuestada, agredida física y sexualmente. En todas estas opciones no se consideró la frecuencia con la cual se perpetró el acto, solamente el acto en sí.

Conocimiento comprensivo del VIH—Una mujer en esta encuesta tenía un conocimiento comprensivo del VIH si conocía o había escuchado hablar del VIH/SIDA y si respondía adecuadamente a todas las siguientes preguntas. Reconocía como factores protectores el tener un solo compañero/fidelidad y usar condones en todas sus relaciones podía evitar infectarse con VIH/SIDA. Y que además respondía correctamente a: que una persona que parece saludable puede tener el virus del SIDA y que el VIH se podía transmitir de madre a hijo; y si rechazaba las dos ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH/SIDA: una persona puede infectarse del VIH/SIDA al compartir alimentos con una persona infectada y una persona puede infectarse por ser picado por un mosquito.

Método de análisis

El análisis secundario de ENASSER 2009 se realizó utilizando el programa informático de análisis estadístico Stata 13.0 SE. Se realizaron ajustes a los datos tomando en cuenta las características del muestreo, como la probabilidad de selección, y la selección de los segmentos censales como primera unidad de muestreo. Las asociaciones fueron conducidas mediante la prueba del Chi cuadrado de Pearson para aquellas variables que tuviesen sólo dos categorías. En caso tal que la variable tuviese más de 3 categorías, se utilizó el test de Wald cuando el Chi cuadrado se presentó como significativo y de esta forma evaluar las diferencias entre las categorías.

Limitaciones

Temporalidad

La principal limitación de los resultados presentados es que el origen de los mismos proviene de una base de datos recolectada bajo un diseño transversal, lo cual no permite establecer causalidad entre las asociaciones encontradas.

Análisis secundario de datos ya recolectados

El presente análisis se realizó a partir de datos ya vigentes, por lo que no hubo control en el instrumento o formulación de preguntas al momento de la recolección de datos. Sin embargo, las características de nuestras preguntas de investigación y de la subpoblación utilizada, lograron los resultados esperados.

Sesgos

Teniendo en cuenta que el propósito original de la encuesta ENASSER 2009 es el estudio de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, resulta entendible que alguna de las preguntas resultan ser de carácter sensible, aún si se realizaron de manera confidencial. En este sentido es posible que algunas respuestas estén sesgadas por medición ya que el deseo de aceptabilidad social de la participante antes el encuestador puede existir. También, debido a que las encuestas se hicieron en los hogares de las mujeres, ellas puede haberse sentir cohibida contestar algunas preguntas personales y por lo tanto puede existir sesgo de procedimiento.

Resultados

Características socio-demográficas de la población de estudio

El grupo de mujeres escogidas para propósitos de este análisis se encontraban en su mayoría (45%) dentro del rango de los 35 a 49 años de edad seguido por el rango de 25 a 34 años (35%) y viviendo en el área urbana de Panamá (66%) y 28% en el área rural. Solamente un 6% vivía en el área indígena, lo cual parece corresponder a que sólo un 11% de nuestras encuestadas se auto-identificara dentro de la etnia indígena. Un 66% de las mujeres casadas o unidas, se encontraba en una relación descrita como unión (versus casadas).

Entre algunas características que pudiesen influir en el nivel de empoderamiento de las mujeres casadas o unidas de este estudio, tenemos que en cuanto al nivel académico un

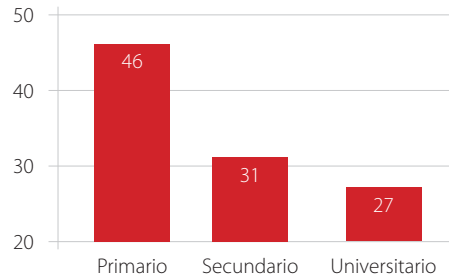
38% de las mujeres tenía una educación básica o nula, un 48% de ellas había completado secundaria y solo un 21% de ellas había completados niveles iguales o mayores a la universidad. En cuanto a posibles indicadores de su nivel de independencia monetaria, un 58% de las mujeres había laborado dentro de los últimos 12 meses. Y finalmente un 41% de las mujeres encuestadas en este estudio habían tenido su primera unión antes de los 18 años de edad.

Factores asociados a la habilidad de negar el sexo

Existe una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la etnia de la mujer y negociación del sexo. Más de la mitad de las mujeres indígenas reportaron el no poder negociar el sexo con su pareja (63%) en comparación con las mujeres no indígenas (31%). En la misma línea, más de la mitad de las mujeres que vivían en área indígena (62%) informaron no poder negar el sexo con su pareja que aquellas mujeres que vivían en área urbana (37%) o rural (31%, $p < 0.05$).

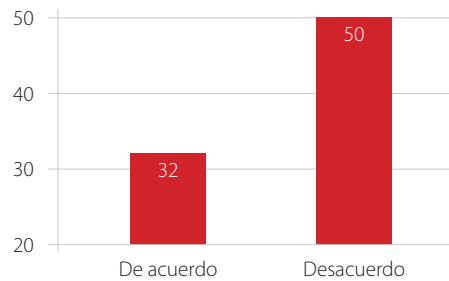
Cuando se comparan la habilidad de las mujeres para negar el sexo en cuanto a su estado civil, observamos que hay una diferencia estadísticamente significativa siendo mayor la inhabilidad de las mujeres unidas para negar el sexo (36%) en comparación a las casadas (24%, $p < 0.05$). Este análisis encontró que la religión profesada por las mujeres también influía en su habilidad para negar el sexo. Las mujeres que no profesaban una religión (49%) presentaban más dificultades para negar el sexo que las mujeres con algún tipo de creencia religiosa ($p < 0.05$).

Se observó una asociación significativa entre el nivel educativo y la capacidad de poder negar el sexo con la pareja. Las mujeres que reportaron un nivel educativo más bajo (primaria o menor) reportaron no poder negar el sexo (46%) en comparación con las de nivel educativo más altos como secundaria (31%) o universitario (27%) (Gráfica 1). Más mujeres que no laboraron en los últimos doce meses (39%) no pudieron negar el sexo en comparación a un poco más de la cuarta parte de las mujeres que trabajaron (28%) en los últimos 12 meses ($p < 0.05$). Las mujeres en cuyas edades de unión fuese menor o igual a los quince años, no podían negar sexo (37%) con su pareja en comparación con las que la primera edad de unión se encontraba entre 16 a 17 años (36%) y entre aquellas en cuya edad de unión fuera mayor a 18 años (32%, $p < 0.05$).



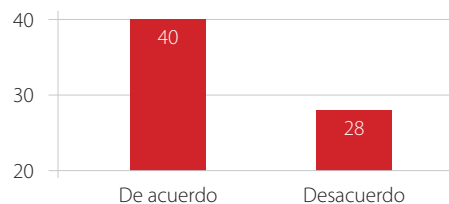
Gráfica 1—Mujeres casadas o unidas que no pueden negar sexo con su pareja según nivel educativo ($p < 0.05$).

En cuanto a la actitud hacia la violencia física o sexual efectuada por su pareja, la incapacidad para la negociación del sexo era significativamente más frecuente entre las mujeres a favor de la violencia física o sexual (50%) en comparación con aquellas (32%) completamente en desacuerdo a estas prácticas (Gráfica 2) ($p < 0.05$).



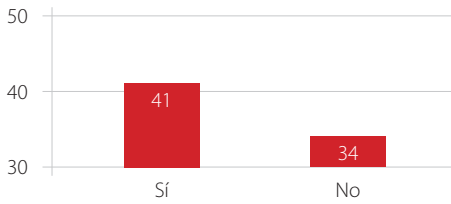
Gráfica 2—Mujeres casadas o unidas que no pueden negar sexo con su pareja según su actitud hacia la violencia física o sexual ($p < 0.05$).

De igual forma reportar no poder negar el sexo es más común entre las mujeres con una actitud tradicional hacia el género (40%) en relación a aquellas que se mostraban en desacuerdo con la actitud tradicional hacia el género (28%, $p < 0.05$) (Gráfica 3).



Gráfica 3—Mujeres casadas o unidas que no pueden negociar sexo con su pareja según su actitud hacia el género ($p < 0.05$).

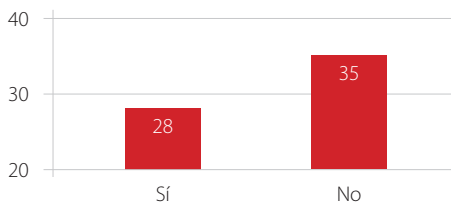
Entre las mujeres que reportaron haber experimentado violencia emocional o psicológica alguna vez, un 41% no podía negar el sexo con su pareja, a diferencia de aquellas que no lo habían experimentado (30%, $p < 0.05$) (Gráfica 4).



Gráfica 4—Mujeres casadas o unidas que no pueden negociar sexo con su pareja según experiencia de violencia emocional o psicológica ($p<0.05$).

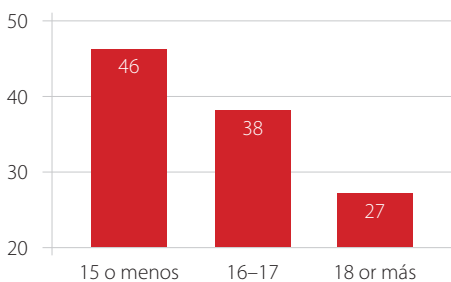
Factores Asociados a la Negociación del Uso del Condón con su Marido/Pareja

Considerando la etnia, un 58% de las mujeres indígenas señalaron no poder negociar el uso del condón con su pareja en comparación con el 30% de mujeres no-indígenas que reportaron no poder negociar el uso del condón ($p<0.05$). Este comportamiento se ve de igual forma reflejado en las mujeres que vivían en áreas comarcales (indígenas) las cuales reportaron que más de la mitad (63%) no pudieran negociar el uso del condón que las mujeres que vivían en área rurales (36%) o las que vivían en áreas urbanas (28%). En cuanto a los factores de empoderamiento de la mujer, las que no habían trabajado en el último año (35%) tendieron a no poder negociar el uso del condón con su pareja tanto como las que sí laboraron en el último año (28%, $p<0.05$) (Gráfica 5).



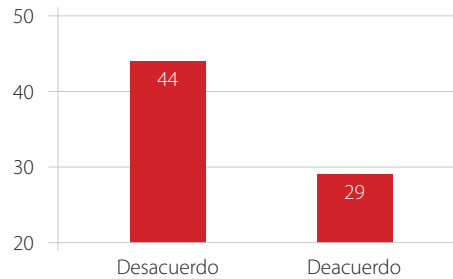
Gráfica 5—Mujeres casadas o unidas que no pueden negociar el uso del condón según su estatus laboral en el último año ($p<0.05$).

Las que se unieron la primera vez a los 15 años o menos, reportaron no haber podido negociar el uso del condón (46%) tanto como las que se unieron entre los 16 a 17 años (38%) a diferencia de las que se unieron a los 18 años o después (27%, $p<0.05$) (Gráfica 6).



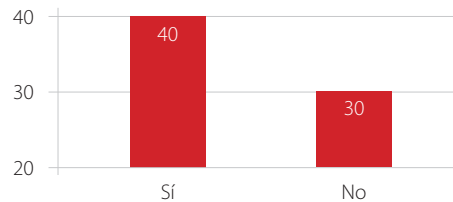
Gráfica 6—Mujeres casadas o unidas que no podían negociar el uso del condón según la edad de primera unión ($p<0.05$).

También se puede observar una asociación entre la actitud que tiene la mujer en cuanto la violencia física o sexual hacia la mujer y el poder negociar el uso del condón. Las que tenían una actitud en donde aceptaban la violencia a la mujer (44%), reportaron no poder negociar el uso del condón tanto como las que tenían una actitud que no estaban de acuerdo con la violencia de la mujer (29%) pero con una diferencia significativa ($p<0.05$) tal como se visualiza en la Gráfica 7.



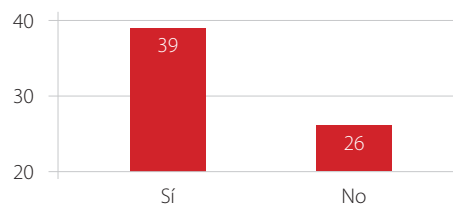
Gráfica 7—Mujeres casadas o unidas que no podían negociar el uso del condón según su actitud hacia la violencia física o sexual en contra de la mujer ($p<0.05$).

De la misma manera, aquellas mujeres que habían sufrido violencia física o sexual tendieron a no poder negociar el uso del condón (40%) más que las que no habían sufrido esta clase de violencia (30%, $p<0.05$) (Gráfica 8).



Gráfica 8—Mujeres casadas o unidas que no podían negociar el uso del condón según su experiencia de violencia física o sexual.

Las mujeres que han sufrido violencia emocional o psicológico (39%) mostraron estar más afectadas para negociar el uso del condón en comparación con las que no han vivido violencia emocional o psicológica (26%, $p<0.05$) (ver Gráfica 9).



Gráfica 9—Mujeres casadas o unidas que no podían negociar el uso del condón según su experiencia de violencia emocional o psicológica ($p<0.05$).

VARIABLES que fueron analizadas pero no fueron estadísticamente significativas en cuanto al uso del condón, son la edad, la religión, el actitud que tiene la mujer hacia los roles de hombres y mujeres en la sociedad (roles tradicionales de género) y el conocimiento de VIH.

Implicaciones Programáticas

Incentivar el empoderamiento de las mujeres a través de la educación: La inhabilidad para negar relaciones sexuales se vio mayormente representada por el grupo de mujeres que no habían terminado más que el nivel escolar primario (46%) siendo el resultado similar para la negociación del uso del condón (41%). Las mujeres indígenas presentaron menos posibilidad de poder negarse a tener relaciones sexuales (63%) o negociar el uso del condón en sus relaciones sexuales (58%) que sus contrapartes no-indígenas. La educación tiende a disminuir la pobreza a través del sentido de control sobre la vida y posibilidades de trabajo (Comité Federal, 1999). En el Censo Nacional de Panamá (2010) se encontró que el nivel de analfabetismo en las comarcas, varía entre 22% a 30% en áreas comarcales en comparación con el 5.5% cuando se considera a nivel nacional. Las personas que sufren pobreza pueden vivir situaciones que los hacen susceptibles a la infección por el VIH (Spigelman, 2002). En Panamá, el Censo Nacional del 2010 publicó que la mediana del ingreso mensual en las comarcas era de 50 Balboas mientras que la mediana nacional fue de 408 Balboas (Controlaría General de la República de Panamá, 2010).

La edad de la primera unión también puede influir en la educación de las mujeres. Las mujeres que sostuvieron su primera unión con un hombre a los 15 años o antes tuvieron menos posibilidad negar tener relaciones sexuales (47%) y negociar el uso del condón (46%) a diferencia de aquellas que iniciaron su primera unión en años posteriores. En Panamá, la edad legal de matrimonio en mujeres es 14 años, 16 años en varones (LegalInfo-Panamá). Grown, Gupta y Pande (2005), encontraron que las mujeres jóvenes que han terminado la escuela secundaria tienden a casarse más tarde y a presentar menor susceptibilidad de infección con VIH/SIDA. Mathur, Greene, y Malhotra (2003) demuestran que es común que las mujeres jóvenes casadas a temprana edad asumen mayores compromisos en el hogar, y por lo tanto, poseen menos tiempo para trabajar fuera de casa, esta falta

de independencia financiera dificulta la negación del sexo con su pareja. El matrimonio infantil aumenta la frecuencia del coito, disminuye la utilización del condón y disminuye la capacidad de las niñas para negar el sexo (Clark, 2004). En el estudio anterior realizado en Zambia y Kenya, los esposos de niñas casadas son tres veces más propensos a tener VIH que los novios de niñas no-casadas de la misma edad (Clark, 2004; Women, 2010).

La educación funciona como una herramienta de empoderamiento, brindando más posibilidad de empleo, independencia económica y confianza en sí mismas, a parte que disminuye los factores de riesgo para contagiarse por el VIH (Wolff, Blank, & Gage, 2000; Silveria, Beria, Horta, Tomasi, & Victoria, 2002). Con esa confianza, la edad de la primera unión con otro hombre podría postergarse. Los factores socio-culturales anteriormente descritos están significativamente ($p < 0.05$) asociados a la capacidad de las mujeres casadas o unidas para negar el sexo y negociar el uso del condón. La política nacional debe orientarse no solo hacia la finalización obligatoria del nivel primario sino también del nivel secundario, enfocando sus esfuerzos hacia la población indígena y áreas comarcales.

Educación para la prevención e la violencia física, sexual y emocional a nivel comunitario y en medios de comunicación social masivos: Según los resultados de este análisis, las mujeres casadas o unidas con actitudes que aceptan de la violencia física o sexual se les hace difícil negar relaciones sexuales con su pareja (50%) y se les hace difícil negociar el uso del condón en su relaciones sexuales (44%). Las que han vivido violencia física o sexual tienden a presentar la dificultad para negociar el uso del condón (40%). Igualmente vivir violencia emocional se presenta acompañado de limitaciones para negociar relaciones sexuales (41%) y negociar el uso del condón (39%). Una intervención comunitaria en Uganda llamada "SASA!" aún en fase de ensayo clínico, demuestra resultados preliminares positivos para la prevención de violencia contra las mujeres y la prevención del VIH. Este programa empodera a las mujeres, las enseña identificar la violencia contra las mujeres y de pareja con el fin de realizar cambios en las normativas de género a nivel de la sociedad. SASA! Se enfoca en influir en varias poblaciones de la sociedad desde el nivel individual hasta leyes y políticas nacionales, regionales e internacionales (Abramsky, y otros, 2012). En Panamá, la creación de programas

educativos para la identificación de la violencia física, sexual, emocional dirigida a las comunidades independiente del sexo o edad puede auxiliar en intervenciones tempranas para el individuo. Y aunque estas estrategias pueden estar enfocadas en la identificación de “signos de alarma” de violencia, deben valorar las situaciones específicas de cada individuo, deben proveer de las herramientas para tomar decisiones saludables a favor del bienestar de los y las afectadas. A través de la educación preventiva, se espera hacer cambios en el concepto de las normas sociales, o lo que es “normal” o aceptable, en cuanto a la violencia hacia la mujer. Poblaciones meta incluirían a los pueblos indígenas y áreas comarcales ya que en estos áreas, las mujeres presentan limitaciones para poder negociar sus relaciones sexuales o el uso del condón tanto como otras mujeres en el país.

Diseñar e implementar un currículum de Educación Integral en la Sexualidad (EIS) en instituciones educativas de nivel primario, secundario y de universidad, enfocado en una perspectiva de derechos humanos y el acceso a información científica comprobable: El presente análisis encontró que el conocimiento comprehensivo del VIH no tiene un efecto significativo ($p>0.05$) en poder negociar relaciones sexuales o el uso del condón. Sin embargo, como mencionado arriba, las mujeres que aceptan violencia física son significativamente más susceptibles a no poder negar a sostener relaciones sexuales, como también las que aceptan roles de género tradicionales son significativamente más propensas no poderse negar a tener relaciones sexuales o a no poder negociar el uso del condón.

La percepción tradicional de roles de género y hacia la violencia ha sido significativamente asociado a la negociación de técnicas seguras de sexo en las mujeres casadas o unidas. Según UNFPA, la EIS se trata como un acuerdo a nivel nacional de casi todos los países para abordar el tema de la violencia contra las mujeres y niñas. UNFPA también recomienda su implementación fuera de lugares de educación formal como organizaciones y clubes deportivos. Temas se deben basar en promover equidad de género, derechos humanos y desarrollo de habilidades para crear relaciones respetuosas. También se debe incluir la capacitación de instructores a nivel escolar y la capacitación a nivel general de las escuelas incluyendo el involucramiento de padres, madres y comunidades enteras. Intersectorialmente es imperativo la creación de un currículo de EIS basada en

evidencia y enfocada en género como trabajo en conjunto del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación a nivel nacional. Se incluirá medios de prevención de VIH y otras ITS, como también información de la historia natural de VIH, sin embargo, los resultados de este análisis muestran la importancia del enfoque de igualdad de género y prevención de violencia de pareja.

Fortalecer los programas existentes de clínicas de adolescentes: Actualmente existen clínicas de adolescentes en pocos centros de salud a nivel nacional. Por medio del Ministerio de Salud (programa de ITS/VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva) y el Ministerio de Educación, el fortalecimiento y la promoción de estas clínicas a nivel nacional, en especial a nivel comarcal es imperativo. Sin embargo, a nivel de los y las proveedores de salud, hay una carencia de conocimiento sobre las Normas Técnicas de Atención a Adolescentes. Por lo tanto, se necesita una capacidad completa a todo personal de salud sobre el derecho de adolescentes recibir servicios de salud e información. Estos programas deben brindar un espacio para que los y las jóvenes obtengan acceso a servicios de salud, consejería adecuada y efectiva para su grupo de edad, brindar educación integral en la sexualidad y como también ayudar a los padres orientar sus hijos e hijas.

Estudios Referenciados

- Abramsky T, et al., (2012). A community mobilisation intervention to prevent violence against women and reduce HIV/AIDS risk in Kampala, Uganda (The SASA! Study): Study protocol for a cluster randomised controlled trial. *Trial*, 13, 96.
- Bloom SS, Griffiths PL. (2007). Female autonomy as a contributing factor to women’s HIV-related knowledge and behavior in three culturally contrasting states in India. *Journal of Biosocial Science*, 39, 557–73. doi:10.1017/S0021932006001623
- Chaves AC, Bezerra EO, Pereira ML, Wolfgang W. (2014). Knowledge and attitudes of a public school's adolescents on sexual transmission of HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 48–51.

- Christofides NJ, et al., (2014). Early adolescent pregnancy increases risk of incident HIV infection in the Eastern Cape, South Africa: A longitudinal study. *Journal of the International AIDS Society*, 17, 18585. doi:10.7448/IAS.17.1.18585
- Clark S. (2004). Early marriage and HIV risk in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, 35(3), 149–60.
- Comité Federal, P. y. (1999). *Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians*. Ottawa: Health Canada. Obtenido de <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H39-468-1999E.pdf>
- Controlaría General de la República de Panamá. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Recuperado el 12 de Mayo de 2014, de http://www.contraloria.gob.pa/INEC/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=59&ID_PUBLICACION=358&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=13
- Controlaría General de la República de Panamá. (2010). *Instituto Nacional de Estadística y Censo*. Recuperado el 12 de Mayo de 2014, de Controlaría General de la República de Panamá: http://www.contraloria.gob.pa/INEC/Publicaciones/Publicaciones.aspx?ID_SUBCATEGORIA=59&ID_PUBLICACION=360&ID_IDIOMA=1&ID_CATEGORIA=13
- Decker MR, et al., (2009). Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women's HIV infection: Findings from the Indian husband-wife dyads. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome*, 51, 593–600. doi:10.2105/AJPH.2004.053595
- Fontenot HB, Collins H, Lee-St. John T, Sutherland MA. (2014). The effects of intimate partner violence duration on individual and partner-related sexual risk factors among women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59, 67–73.
- Grown C, Gupta GR, Pande RP. (2005). Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *The Lancet*, 365(9458), 541–43.
- Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. (2011). *Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva: ENASSER*. Panamá. Obtenido de <http://www.contraloria.gob.pa/inec/Aplicaciones/ENASSER/EnasserInformeFinal.pdf>
- LegalInfo-Panamá. (s.f.). *Titulo 1 El Matrimonio*. Recuperado el 12 de Mayo de 2014, de LegalInfo-Panamá
- Lofti R, Ramezani F, Dworkin SL. (2013). How do women at risk of HIV/AIDS in Iran perceive gender norms and gendered power relations in the context of safe sex negotiations? *Archives of Sex Behavior*, 42, 873–81. doi:10.1007/S10508-012-0040-6
- Malhotra A, Shuler A, Boender D. (2002). Measuring women's empowerment as a variable in international development. Obtenido de <http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/MalhotraSchulerBoender.pdf>
- Mathur S, Greene ME, and Malhotra A. (2003). *Too young to wed: The lives, rights, and health of young married girls*. Washington DC: International Center for Research on Women.
- Mills JE, Anarfi JK. (2002). HIV risk environment for Ghanaian women: Challenges to prevention. *Social Science Medicine*, 54, 325–37.
- Ministerio de Salud de la República de Panamá. Dirección General de Salud. Departamento de Epidemiología. Vigilancia de ITS/VIH/Sida. (2013). *Informe acumulativo de la situación de Sida años: 1984–2013*. Panamá.
- Ministerio de Salud de Panamá. (2009). *Plan estratégico nacional de carácter multisectorial para ITS/VIH y SIDA 2009–2014*. Panamá. Recuperado el Abril de 2014, de http://aidstar-one.com/sites/default/files/prevention/resources/national_strategic_plans/Panama_2009-2014_Spanish.pdf

- Ministerio de Salud de Panamá. (2013). *Informe acumulativo de la situación de Sida años: 1984–2013*. Dirección General de Salud, Departamento de Epidemiología. Panamá: MINSA.
- Ministerio Federal de Salud de Nigeria. (2004). *Reporte técnico del la encuestas nacional sentinela VIH/ Sífilis del 2003 entre mujeres embarazadas atendidas en clínicas prenatales en Nigeria*. Abuja, Nigeria: Ministerio Federal de Salud.
- Organización Panamericana de Salud. (2001). *Genero y VIH/ SIDA*. Programa para la mujer, salud y desarrollo [Women, health and development program]. Washington DC, Estados Unidos: PAHO. Obtenido de <http://www.paho.org/english/hdp/hdw/GenderandHIVFactSheetI.pdf>
- Paxton KC, et al., (2014). HIV risk behaviors among African American women with at-risk male partners. *Journal of AIDS Clinical Research*, 4(7), 221. doi:10.4172/2155-6113.1000221
- Sabidó M, et al., (2011). Human immunodeficiency virus, sexually transmitted infections, and risk behaviors among clients of sex workers in Guatemala: Are they a bridge in human immunodeficiency virus transmission? *Sexually Transmitted Disease*, 38(8), 735–42. doi:10.1097/OLQ.0b013e31821596b5
- Silveria MF, et al., (2002). Factors associated with risk behaviors for sexually transmitted disease/AIDS among urban Brazilian women: A population-based study. *Sexually Transmitted Disease*, 29, 536–41.
- Slaughter L, Brown CR, Crowley S, Peck R. (1997). Patterns of genital injury in female sexual assault victims. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(3), 609–16.
- Smith DJ. (2007). Modern marriage, men's extramarital sex, and HIV risk in Southeastern Nigeria. *American Journal of Public Health*, 97(6), 997–1005. Obtenido de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1874209/#r1>
- Spigelman M. (2002). *HIV/AIDS and health determinants: lessons for coordinating policy and action*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Tenkorang EY. (2012). Negotiating safer sex among married women in Ghana. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 1353–62. doi:10.1007/s10508-012-9960-4
- Wingood GM, et al., (2006). Efficacy of an HIV prevention program among female adolescents experiencing gender-based violence. *American Journal of Public Health*, 96(6), 1085–90.
- Wolff B, Blank AK, Gage AJ. (2000). Who decides? Women's status and negotiation of sex in Uganda. *Culture, Health & Sexuality*, 2(3), 303–22. doi:10.1080/136910500422278
- Women, IC. (2010). *A briefing note for global technical meeting: Emerging insights on economic empowerment and HIV interventions for girls and young women*. Washington DC: International Center for Research on Women.

