



COMISIÓN NACIONAL DE LOS
DERECHOS HUMANOS
M E X I C O

Patricia Ponce Jiménez
Ricardo Hernández Forcada
Juan Alfonso Torres
Ana Luz Rascón Moreno

COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

EL VIH Y LOS PUEBLOS INDÍGENAS

PATRICIA PONCE JIMÉNEZ
RICARDO HERNÁNDEZ FORCADA
JUAN ALFONSO TORRES
ANA LUZ RASCÓN MORENO



México, 2011

Primera edición: diciembre, 2011
ISBN: 978-607-8211-25-8

**D. R. © Comisión Nacional
de los Derechos Humanos**
Periférico Sur 3469,
Colonia San Jerónimo Lídice,
Delegación Magdalena Contreras,
C. P. 10200, México, D. F.

Diseño de portada:
Flavio López Alcocer

Impreso en México

CONTENIDO

Pueblos indios y VIH/SIDA: nuevas miradas epidemiológicas, socioculturales y políticas públicas <i>Patricia Ponce Jiménez</i>	7
VIH, Derechos Humanos y pueblos indígenas <i>Ricardo Hernández Forcada</i>	23
“Ri nzaki m’ui ja hari hye, Tu vida está en tus manos” Salud, género, VIH/SIDA y derechos humanos <i>Juan Alfonso Torres Sánchez</i>	33
Mujeres yaquis por una prevención oportuna <i>Ana Luz Rascón Moreno</i>	41

PUEBLOS INDIOS Y VIH/SIDA: NUEVAS MIRADAS EPIDEMIOLÓGICAS, SOCIOCULTURALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

*Patricia Ponce Jiménez**

LOS PUEBLOS INDIOS EN MÉXICO

México ocupa el octavo lugar en el mundo entre los países con mayor población indígena, integrada por aproximadamente 12 millones de personas —siendo el 50% mujeres— lo que representa el 14% de la población total; sus municipios y localidades conforman la quinta parte del territorio nacional, teniendo presencia en el 36% de los municipios de nuestro país. Existen 62 pueblos que hablan más de 60 lenguas originarias y en sus territorios encontramos yacimientos petroleros, el 60% de los bosques-selvas, las principales presas hidroeléctricas y áreas protegidas, y los municipios con los más altos índices de marginación.

La mayoría de ellos comparten un perfil demográfico, es decir, son pobres y mantenidos al margen de los beneficios del desarrollo económico, por ello son más propensos a la marginación política y legal, a poseer bajos índices de alfabetización y educación, menor acceso a las oportunidades económicas, a los servicios de salud, empleos y a los conocimientos sobre la salud reproductiva y sexual.

* Doctora en Ciencias Sociales, especialista en familia y relaciones de género, coordinadora e investigadora del grupo de estudios de género del CIESAS-Golfo, miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel II y miembro del Grupo Multisectorial en VIH/SIDA del estado de Veracruz.

Para muestra un botón

El 34.5% de la población indígena de México carece de agua entubada, el 73% de drenaje, el 21% de luz eléctrica y el 54% vive en casas de piso de tierra.

El 70% de la población es económicamente activa, el 57% trabaja en el sector primario; el 46% gana aproximadamente 100 dólares mensuales y la población que no recibe ningún ingreso oscila entre el 25 y el 46 por ciento.

La mitad de las y los niños entre seis y siete años no saben leer. El 40% de la población, cuyas edades oscilan entre los 5 y 24 años, no asiste a la escuela, representando las mujeres el 43% y los hombres el 37%. Entre el 30 y 43% de los mayores de 15 años son analfabetos —siendo el promedio nacional de 9.5%—, casi la mitad no tiene la primaria concluida y solamente el 4% tienen algún grado posprimario.

El 20% son monolingües y el 80% católicos.

Género y etnicidad

El mundo femenino de los pueblos indios es aún más complejo. El 25% de las indígenas entre 15 y 19 años están casadas frente a un 10% masculino. Casi la mitad de las embarazadas y en periodo de lactancia están anémicas y sólo una de cada cuatro mujeres tiene acceso a anticonceptivos a pesar de desearlo. El 40% son monolingües (el 20% de los hombres). Sólo el 64% de las niñas terminan la primaria (el 68% de los varones) y en la secundaria ellas representan el 32% y ellos el 35%. El índice de analfabetismo masculino oscila entre el 20 y el 24%, frente a un femenino que va del 34 y al 42%. Esto les acota la competencia en el mercado laboral —53% no recibe ingresos y el 93% carece de cualquier protección— sobre todo, las limita para el conocimiento de sus derechos y su ejercicio.

Las bases de la vulnerabilidad femenina se encuentran fundamentadas en los llamados usos y costumbres de los pueblos indígenas, donde destaca la dominación masculina, que va de la mano con los comportamientos de género tradicionales y se refleja en los

matrimonios y las maternidades forzadas, las prácticas sexuales de riesgo de sus parejas, el poco acceso sobre su cuerpo, la falta de decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos, el tráfico, la venta y la violencia de género traducida en la falta de equidad, desventajas jurídicas-económicas, el escaso acceso a los recursos, a la salud, a la educación y a la información.

Todo ello conlleva a que este sector de la población viva con una triple desventaja en su capacidad de decisión al ser pobres, indígenas y mujeres, con el agravante de que no se han apropiado de su derecho a la autonomía.

Los llamados a la preservación de las culturas indígenas, entendiéndose por esto a mantener el *statu quo* de usos y costumbres descrito arriba, niega a los propios pueblos indios —y a las mujeres en particular— la capacidad de cambiar y transformar sus propias sociedades y culturas.

Salud

La tasa de fecundidad oscila entre 2.2 y 4.4 nacimientos por mujer, casi el doble de la tasa nacional que es de 1.8. La tasa bruta de mortalidad es de 6 defunciones por cada mil nacidos —10% superior a la media nacional— y la infantil de entre 50 a 67 niñ@s por cada mil nacimientos, igualmente mayor a la media nacional por más del 15%. El 36% de los menores se encuentran anémicos y las principales causas de mortalidad están representadas por los padecimientos infecciosos: 60% respiratorias agudas y 40% intestinales, es decir, mueren por enfermedades prevenibles. La ecuación es rápida y sencilla, entre los indígenas nacen muchos más que en cualquier familia mexicana pero también mueren más y viven menos. Aunado a esto tenemos que el 60% no cuentan con servicio médico y el que proporciona el programa Oportunidades no posee atención especializada para los pueblos indios, con una perspectiva epidemiológico-socio-cultural en la atención para la salud, ni con carácter intercultural en lo referente a educación. Tampoco ofrece servicio para el diagnóstico del VIH/SIDA, su tratamiento ni los medicamentos.

Migración

Much@s aún habitan en zonas de refugio pero los problemas estructurales han propiciado que hombres, mujeres e incluso familias completas abandonen sus pueblos y comunidades —de manera temporal o permanente— e inicien procesos migratorios a zonas urbanas y rurales para sobrevivir a la pobreza. Casi cinco millones se mueven dentro y fuera del territorio nacional —principalmente hacia Estados Unidos— y cerca del 40% ya vive en las ciudades. En este proceso migratorio van relacionándose con diferentes grupos, sociales en condiciones ajenas a su contexto sociocultural, lo que muchas veces se convierte en un factor de riesgo para la adquisición de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, y frente a las cuales tienen pocos conocimientos y posibilidades de protegerse; por ello much@s regresan a sus comunidades a morir a causa del SIDA.

VIH/SIDA Y ETNICIDAD

Como sostiene Guillermo Núñez Noriega (2008) en México ha sido pesquisado el fenómeno migratorio, la pobreza y la inequidad de género como factores de vulnerabilidad para la adquisición del VIH, no así con la etnicidad ni mucho menos en su relación con la sexualidad o con la diversidad amorosa-sexual.

Conocer y empezar a nombrar estas realidades [nos dice Núñez] nos permitirá elaborar estrategias de prevención y atención, silenciarlas, esconderlas bajo el prejuicio de que *entre los indios no existen esas prácticas* o bajo el argumento de que *de eso no se habla* para no provocar más estigma hacia las comunidades, o sostener a ultranza la preservación de usos y costumbres, es condenar a mucha gente a una situación de vulnerabilidad al VIH, que se agrega a la falta de acceso a los servicios públicos de salud y educativos de calidad para la prevención y atención, así como a las condiciones económicas justas que les permitan vivir sin hambre, sin la negación de su lengua y su cultura, sin pobreza y sin racismo.

“El silencio mata”

En ningún país latinoamericano encontramos información ni cifras sobre el impacto del VIH/SIDA al interior de este grupo de la población, no obstante, los servidores públicos del sector salud suponen que la prevalencia es muy baja. Así, los pueblos indios de nuestro continente, en la práctica, han sido ignorados en el contexto de la epidemia porque de antemano no existen en la cabeza de los que deciden la política pública en la materia. Núñez Noriega afirma que “el objetivo político de no preguntar la pertenencia étnica es un aliciente para la discriminación desde el Estado”.

Coincido con el investigador citado cuando dice que en México, el problema de dicha invisibilidad tiene que ver con varios factores: 1) no concebir la salud incluyendo a los pueblos indígenas, 2) los estereotipos sociales sobre quién es un indígena y cómo viven. En la medida en la que se les considera como algo exótico, que mora en lugares inaccesibles, se piensa que la epidemia no significa una amenaza para ellos, 3) la creencia sobre que todos/todas las indígenas son heterosexuales y la permanente vinculación del virus con homosexualidad, por ende, si no hay homosexualidad entre este sector de la población luego entonces no hay riesgo de VIH/SIDA, 4) muchos investigador@s creen que al desarrollar pesquisas y programas para los migrantes o población rural se está tomado en cuenta a los pueblos indios, pero esto no es así porque se ignora su especificidad sociocultural en un país marcado por la discriminación y el racismo. Nos dice Núñez Noriega que

Es importante mencionar que la vulnerabilidad específica de la población indígena no se limita a no recibir los mensajes en su lengua, más allá de ello, la condición étnica es un factor de vulnerabilidad en sí misma, no reductible a otros elementos estructurales que incrementan su propia vulnerabilidad, aspectos en los cuales los pueblos indígenas se encuentran en los niveles más bajos en cantidad y calidad en relación a la población mestiza o blanca, sea en el área rural o urbana. Lo étnico también determina una vulnerabilidad adicional en los hombres que tienen relaciones sexua-

les con otros hombres, no sólo por tratarse de una población con una alta prevalencia, sino también porque las formas de discriminación, estigma y racismo en los contextos migratorios condicionan conductas sexuales de riesgo.

Es evidente la falta de políticas públicas para con los pueblos indios. Por lo anterior, a pesar de lo que muchos creen, la población indígena se encuentra en una condición de vulnerabilidad alta frente al VIH/SIDA, con relación a la población en general, lo cual los hace altamente susceptibles a la presencia de las infecciones de transmisión sexual que pudieran llegar a ser desastrosas para este grupo poblacional.

¿Cuál es el impacto de la epidemia al interior de los pueblos indios?

Como ya mencionamos con anterioridad, en buena parte de Latinoamérica no existen datos étnicos en los registros epidemiológicos, sin embargo, por boca de activistas e investigadores, poco a poco nos hemos enterado que el VIH/SIDA ha penetrado silenciosamente a este sector de la población. Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) señala que en algunas comunidades indígenas, como en el caso de Honduras, Panamá, Suriname y Canadá, la prevalencia entre este sector de la población es seis veces más alta que en la población en general, señalando que esta situación está relacionada con prácticas de riesgo, marginación, migración, uso de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales de alto riesgo al carecer de la práctica del uso del condón. Además de ello, advierte que la epidemia se ha incrementado en forma notable al interior de los pueblos indios de Centroamérica, Colombia, Venezuela, Chile, Argentina, Paraguay, Ecuador, Perú, Bolivia y en las diferentes fronteras brasileñas. Es necesario remarcar que los pueblos originarios de Nueva Zelanda, Estados Unidos, Australia y Canadá están siendo fuertemente afectados por la epidemia, teniendo ya tres generaciones conviviendo con el virus.

En nuestro país, los pocos estudios realizados no son alentadores. Los resultados de la investigación de Guillermo Núñez en

Sonora (2009) nos dicen que las localidades mayos y de indígenas migrantes presentan tasas muy altas de VIH/SIDA, muy por encima de la media estatal. Liliana Falomir (2008) a través de un estudio comparativo entre adolescentes wirrárikas —del norte de Jalisco— y mestizos concluye que los primeros se exponen a mayor riesgo debido al menor conocimiento sobre las formas de transmisión y prevención del VIH, al tener mayores actitudes negativas hacia el uso del condón y en concreto, las mujeres tienen mayor *locus* de control externo. Por su parte, Claudia Suárez Tepetla (2009), en su tesis de maestría realizada con indígenas nahuas de la sierra de Zongolica, Veracruz, sostiene que estos no tiene un nivel satisfactorio de conocimientos sobre la epidemia, sus formas de transmisión, sus manifestaciones y las formas de prevención; además de tener una muy baja percepción del riesgo y un alto nivel de discriminación para con las personas que viven con el virus debido al poco dominio del castellano, al bajo nivel de escolaridad y fundamentalmente, al no haber recibido información sobre el VIH/SIDA y desconocer el uso del preservativo.

Por su parte, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios, CDI, en el 2009, conjuntamente con el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, realizó una consulta nacional a los pueblos indígenas en seis estados fronterizos de nuestro país: Quintana Roo, Tabasco, Chiapas, Chihuahua, Sonora y Nuevo León, con el fin de conocer el grado de información y conocimientos sobre el VIH/SIDA, identificar las necesidades de prevención, detección y tratamiento, así como las de educación para la salud, con el fin de aportar los elementos necesarios para el establecimiento de políticas públicas en la materia. Para ello se aplicaron 2,259 encuestas personales a través de un cuestionario con representatividad estatal, con muestreo por cuotas de edad y género. Además, se realizaron seis diagnósticos rápidos —uno por cada estado— mismos que nos permiten sostener que es necesario no sólo tomar en serio la investigación sobre el impacto del VIH/SIDA y los pueblos indígenas, sino elaborar políticas públicas de prevención y atención, reconociendo sus particularidades culturales y socioeconómicas.

El 52% de los y las entrevistadas fueron identificados como migrantes y el resto aún mora en sus pueblos y/o comunidades, sin embargo, los datos nos muestran que estamos frente a una población bastante homogénea en cuanto a sus características socio-culturales: el 93% habla el castellano, el 84% su lengua —pero sólo el 39% la sabe leer—, el 40% tiene como grado máximo de estudios la primaria, poseen una alta movilidad territorial y se dedican principalmente a labores del campo, al comercio, la construcción, el hogar, el servicio doméstico, no obstante, carecen de empleos permanentes.

Uno de los resultados sobresalientes de la consulta es la ineficiente labor de los servicios de salud, pues constatamos que al 85% nunca se le ha ofrecido practicarse la prueba de detección oportuna. El 56% afirmó no haber recibido pláticas sobre el VIH/SIDA —porcentaje que coincide exactamente con aquellos que pertenecen al programa Oportunidades—, y sólo un 30% identifica con precisión que el VIH/SIDA es una infección de transmisión sexual (ITS). Mientras que un escaso 5% respondió afirmativamente que el uso del condón es una medida de protección, la mitad de la muestra señaló que no le han enseñado a usarlo.

Otra consecuencia relacionada con la falta de respuesta institucional a la problemática señalada se ve reflejada en la recurrencia al uso de mitos para explicar las vías de transmisión: más de una tercera parte considera que un mosquito puede transmitir el virus, el 48% sostiene que es una infección que se origina fuera del entorno comunitario, dato que se encuentra asociado a un 46% de respuestas que sostiene que los y las migrantes que vuelven a su comunidad ya portan el virus. El 30% cree en la posibilidad de la transmisión a través del uso común de platos, cubiertos y sanitario. Una creencia fuertemente arraigada es aquella que sostiene que lavarse la vagina, después de una relación sexual, evita el contagio, un 45% de la muestra constata esta situación.

Existen evidentes manifestaciones de estigma y discriminación en varios aspectos, el 52% de las y los entrevistados consideran que las personas que viven con VIH/SIDA no tiene derecho a procrear hijos ni a tener relaciones sexuales (43%); casi una ter-

cera parte asocia al virus con el trabajo sexual y las relaciones homoeróticas, así como el 50% relaciona el uso de condones con la promiscuidad. Para concluir, debe destacarse que un 20% de los entrevistados señaló que los portadores del virus son expulsados de sus comunidades.

Por otra parte, las instituciones del sector salud no están dando las respuestas necesarias a la problemática, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han mostrado poco o nulo interés hacia el trabajo en las regiones indígenas y sus circuitos de migración. Es un hecho lamentable que se niegue la especificidad indígena en el contingente migrante y su presencia en las grandes ciudades. Hemos constatado a través de los diagnósticos que existen prácticas discriminatorias por parte del personal del sector salud y las propias OSC que inhiben de manera sensible el acceso de la población indígena a la atención oportuna, hecho que se suma a sus condiciones de marginación y vulnerabilidad económica, social y sexogenérica.

Por otro lado, los resultados de dos preconferencias internacionales sobre pueblos indios, originarios y afrodescendientes, VIH/SIDA, sexualidades y derechos humanos, realizadas en Canadá (2006) y México (2008) nos ofrecen datos importantes:

1. No existen datos en un registro epidemiológico sistematizado que tome en cuenta variables como la pertenencia a un grupo étnico o la lengua que nos permitiera conocer el impacto de la epidemia al interior de los pueblos indios, originarios ni afrodescendientes.
2. Existe un verdadero desinterés por parte del sector gubernamental respecto a esta problemática, lo que la condena a la falta de reconocimiento.
3. Debido a ello, no hay políticas públicas de prevención, atención, ni defensoría de los Derechos Humanos en la materia, por ende, no son sujetos de intervención.
4. Existen pocos trabajos de investigación que nos permiten conocer sobre el ejercicio de la sexualidad, la diversidad amorosa sexual, la homofobia, la misoginia, el estigma y la discriminación al interior de las propias comunidades o

pueblos, y desconocemos en qué medida los comportamientos inciden o dificultan la prevención. Esto es resultado de la moral sexual judeocristiana —que no de la ética— de los investigadores, servidores públicos y tomadores de decisiones quienes tienden a ver a este sector de la población como asexuados o con patrones de comportamiento que los hacen inmunes a los padecimientos de “la modernidad”, siendo que como cualquier agrupamiento humano expresan sus necesidades y deseos sexuales en forma semejante a la mayoría dominante. Asimismo, no se han llevado a cabo pesquisas para conocer el impacto de la epidemia al interior de los pueblos indios.

Lo que sí sabemos es que:

- a) Hay un fuerte desequilibrio entre los sexos. La preservación de la cultura va de la mano con la conservación de los comportamientos de género, lo que coloca a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad.
- b) El consumo de alcohol durante buena parte de su vida, más común entre varones y asumido como rasgo de virilidad, genera violencia familiar, abuso sexual, inhibición de las capacidades de decidir sobre el propio cuerpo y su protección.
- c) En general existe desinformación y conocimientos respecto al cuerpo, la sexualidad, la epidemia, las formas de transmisión, sus riesgos, la prevención, la detección y por ende, una baja percepción del riesgo.
- d) No hay diálogo intergeneracional sobre sexualidad, prevención de embarazos ni VIH/SIDA.
- e) Persiste al interior de las comunidades actitudes homofóbicas que obligan a los hombres que tienen relaciones con otros hombres a migrar para no ser víctimas de discriminación.
- f) En los contextos migratorios la sexualidad de algunos varones y mujeres se modifican por el deseo de explorar, por la soledad, por la necesidad afectiva, por la ausencia de una red social de control, por aislamiento, por la necesidad de generación de ingresos económicos, por placer, por la mayor oferta de encuentros, incurriendo en comportamientos

- de mayor riesgo que probablemente no realizaron en su comunidad, lo que por supuesto acrecienta su vulnerabilidad.
- g) Las relaciones sexuales entre varones son muy comunes en las comunidades de origen, en particular durante la infancia y la pubertad, es igualmente común que estas relaciones se den con hombres mayores migrantes a zonas urbanas con altos índices de prevalencia, estos varones y jóvenes no usan preservativo.
 - h) La migración es un camino para la introducción del virus a las comunidades.
 - i) No existen suficientes servicios de salud y en los existentes hay graves deficiencias. Hay acceso muy limitado para el tratamiento de las ITS, pruebas de detección, tratamiento oportuno y prevención en áreas urbanas y rurales, además de un trato racista.
 - j) El estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA es muy fuerte, algunos son expulsados de sus lugares de origen y/o son abandonados para morir.
 - k) Muchos están muriendo a consecuencia del virus, ignorando la razón, así mismo están naciendo niñ@s con el virus y ya hay infantes huérfan@s.
 - l) A pesar de lo anterior, el VIH/SIDA se sigue considerando ajeno y externo a sus comunidades, por ello no es percibido como un problema de salud ni es un tema en su agenda de discusión.

Una vez más salta a la vista la enorme deuda social con estos pueblos traducida en: el reconocimiento pleno como sujetos de derecho y a sus territorios, igualdad de oportunidades y punto final al paternalismo, el estigma, la discriminación y el racismo.

A MANERA DE INCONCLUSIÓN

Como hemos podido observar, la situación de los pueblos indios frente a la epidemia, como bien dice Fabián Betancourt (2008)

[...] es compleja y difícil de diagnosticar debido a la diversidad de factores que la atraviesan y por el hecho de no haberse concebido

la relación del VIH/SIDA y los pueblos indios como un fenómeno relevante en el panorama del continente, más aun cuando no se cuenta con informaciones, datos e investigaciones completas.

Sin lugar a dudas, es necesario resolver los problemas estructurales que padecen los pueblos originarios y trabajar en la construcción de una verdadera política intercultural que impacte en el terreno de la salud y la educación, y aquí el papel de los y las antropólogas tendrá que ser esencial, mientras tanto, podríamos avanzar tratando de:

1. Elaborar un sistema de información especializado en salud y pueblos indios.
2. Fomentar investigaciones que aporten datos sobre las prácticas sexuales y acerca de los comportamientos —diversidad amorosa-sexual, relaciones de género, estigma, discriminación, homofobia, misoginia al interior de los propios pueblos indios— que dificultan la prevención y nos permitan la elaboración de un diagnóstico epidemiológico-sociocultural.
3. Generar políticas de cooperación y estrategias de prevención con coberturas binacionales entre países fronterizos debido al enorme flujo migratorio de nuestros pueblos, para poder en verdad contribuir a la prevención de nuevos casos, es imprescindible informar y capacitar a los trabajadores migrantes indígenas para que al volver a casa lo hagan con la certeza de que su salud y la de su familia están protegidas.
4. Hacer labor de sensibilización con servidores públicos que trabajan directamente con estas poblaciones para que comprendan la relevancia del tema.
5. Promover liderazgos indígenas para la lucha contra la epidemia.
6. Implementar políticas públicas diferenciadas, tanto en las zonas de refugio como en los centros urbanos detectados como polos migratorios, que nos permitan diseñar programas estratégicos de información, educación, acciones de prevención, vigilancia epidemiológica, monitoreo, atención oportuna.

- tuna y eficiente, entre otras, tendientes a mitigar y disminuir la incidencia en este grupo de la población específica.
7. Generar al interior de las comunidades indígenas, espacios de diálogo sobre sexualidad, relaciones de género y VIH/SIDA, promover el respeto de los Derechos Humanos de las mujeres y entender el problema de la violencia y la epidemia no como un problema individual, sino como un problema de la comunidad en su conjunto.
 8. Reconocer la participación directa de los propios actores ya que ninguna política podrá ser exitosa si para su diseño e implementación se les ignora.
 9. Los pueblos y las comunidades indígenas tienen el derecho de decidir si incorporan o no la temática a sus agendas, así como si incorporan o no el uso del condón a sus prácticas sexuales, pero esa decisión debe ser informada y acompañada de una reflexión sobre qué significa y los costos que lleva implícita.
 10. Los antropólogos y antropólogas no podemos seguir reproduciendo una perspectiva de defensa a ultranza de los usos y costumbres como preservación de la cultura sino que debemos aportar los elementos necesarios para que se adopte un concepto dinámico de la misma, donde los pueblos indígenas tengan todo el derecho de transformar su propia cultura y a sí mismos.

Parafraseando a Fabián Betancourt, los pueblos originarios requieren de información, orientación y capacitación con respecto al VIH/SIDA, epidemia que antes no existía entre ellos, asimismo, es imprescindible hacerles notar que debido a ella muchas situaciones se han modificado y que por ello es necesario revisar conceptos como la salud, el género, la sexualidad, la enfermedad y la propia vida, concibiéndolos desde una perspectiva nueva que vaya más allá de la tradición.

Se trata de una vulnerabilidad multidimensional que requiere que se aborde desde diferentes aproximaciones: tanto las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la lucha contra el SIDA y con-

tra la homofobia, como aquellas que trabajan a favor de los derechos de los pueblos indígenas y contra el racismo y la discriminación. Por supuesto, la principal responsabilidad recae en las autoridades y líderes de los pueblos indígenas. A la academia le corresponde el papel de proveer los insumos teóricos y analíticos para entender mejor la vulnerabilidad y las mejores maneras de luchar contra ella. Como vimos inicialmente, eso implica muchos retos, el más importante e imprescindible, tal vez, es que las comunidades asuman el reto de hablar de sexualidad y particularmente de diversidad sexual (Núñez Noriega, 2008).

De ahí la urgente necesidad de construir políticas públicas específicas de prevención, atención integral —con calidad y calidez— y mitigación del daño pues a pesar de que algunos manifiestan —sin argumentos sólidos— que no hay problema, otr@s sostenemos que la situación puede ser más complicada, seria y comprometedora de lo que primera vista resalta, como nos comenta Guillermo Núñez

El imperativo étnico es insoslayable e impostergable, la constitución política de México reconoce a nuestro país como pluriétnico y multicultural, por ende este principio hay que hacerlo efectivo; la salud es un derecho, el que los pueblos indígenas lo disfruten es un reto para todos nosotros.

BIBLIOGRAFÍA

BETANCOURT, Fabián y María Pinette, “Apreciaciones sobre el contexto sociocultural del VIH/SIDA en las comunidades indígenas en Colombia”, ponencia presentada en la *II Preconferencia indígena sobre pueblos indios, originarios y afrodescendientes frente al VIH/SIDA, las sexualidades y los Derechos Humanos*, México, 2008.

CDI, <http://www.cdi.gob.mx>, Datos socioeconómicos y libro electrónico, *Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indios*. México, 2006.

- CIEG, *En los dominios de la salud y la cultura*. Chile, Universidad de Chile, 2008.
- FCI/Bolivia, *Pueblos Indígenas, ITS; VIH y SIDA*. La Paz, 2008.
- GÓMEZ REGALADO, Amaranta, *Proyecto de investigación Rompiendo el silencio para la construcción de una estrategia nacional de pueblos indios y VIH/SIDA*, México, CENSI-DA. 2006.
- LÓPEZ FALOMIR, Liliana, *Locus de control, preocupación, actitudes y conocimientos sobre el VIH: Análisis comparativo entre adolescentes indígenas y mestizos mexicanos*, Trabajo de investigación, Master en psicología de la intervención social. España, Universidad de Granada, 2008.
- NÚÑEZ NORIEGA, Guillermo, “VIH/SIDA y población indígena en Sonora: una aproximación cuantitativa y cualitativa”, informe del proyecto *Pueblos indios y VIH/SIDA en áreas fronterizas de México*, 2009. México, CIESAS/CDI, 2010.
- , “Pueblos originarios y afrodescendientes, diversidad sexual y genérica y vulnerabilidad al VIH/SIDA,” conferencia magistral *II Preconferencia indígena sobre pueblos indios, originarios, afrodescendiente frente al VIH/SIDA, las sexualidades y los Derechos Humanos*. México, 2008.
- OPS, *Promoción de la salud sexual y prevención del VIH/SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas*. Abana-Yala Kunarinaki, 2003.
- PONCE JIMÉNEZ, Patricia, “Pueblos indios, sexualidades y género”, ponencia presentada en Internacional Indigenous Peoples’ satellite. Toronto Ontario, 2006.
- , “El impacto del VIH/SIDA al interior de los pueblos indios de México”, ponencia presentada en el *Congreso Nacional sobre VIH/SIDA*. México, 2007.
- , “Un acercamiento a la problemática del VIH/SIDA al interior de los pueblos indios”, en *Problemáticas sociales para sociedades plurales. Políticas indigenistas, sociales e de desenvolvimiento em perspectiva comparada*, en Cris-thian Teófilo da Silva, Antonio Carlos de Souza Lima y Stephen Grant Baines, orgs., Sao Paulo, 2009.

RED UNIVERSITARIA DE ESTUDIOS DE OPINIÓN, Universidad Veracruzana/CIESAS/CDI, *Resultados preliminares del cuestionario “Consulta sobre VIH/SIDA y pueblos indígenas en áreas fronterizas de México”*. Xalapa, 2009.

SUÁREZ TEPETLA, Claudia, *Conocimientos y opinión que tiene la población nahua de la región de Zongolica Veracruz sobre el VIH/SIDA*. Tesis de maestría en salud pública, Universidad Veracruzana, 2009.

VIIH, DERECHOS HUMANOS Y PUEBLOS INDÍGENAS

*Ricardo Hernández Forcada**

A pesar de que el derecho a la no discriminación llegó a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos con motivo de la reforma constitucional en materia de derechos indígenas del 14 de agosto del 2001, y a pesar de enormes avances en la materia, el rezago es todavía importante y en el caso del derecho a la salud y la protección contra el VIH, también lo es. A pesar de que la fracción II, del apartado B del Artículo 2 de la misma Constitución garantiza que se favorezca la educación intercultural y bilingüe, y que la educación para la salud es parte del derecho a la educación y del derecho a la protección de la salud de acuerdo con la ley, los materiales y los esfuerzos en lengua materna son escasos.

En primer lugar, carecemos de evidencia empírica sobre la prevalencia en la población indígena de nuestro país. Los datos epidemiológicos no desagregan la información con esta categoría. Las autoridades de salud del país insisten en que esta población no es clave, o bien, que no se cuenta con datos que indiquen su importancia en la pandemia. Sin embargo, hay indicios de que la enfermedad avanza en las comunidades indígenas por dos vías: el VIH en migrantes que retornan al país, a comunidades rurales e indígenas (véase, por ejemplo, la intervención de Identidad Saludable A. C. en Cardonal, Hidalgo, en comunidad Hñähñü) y los datos a la alza de niños y niñas nacidas con VIH en las comunidades indígenas.

* Director del Programa de VIH de la CNDH.

Los datos se desagregan en nuestro país sin atender a esta categoría, por ejemplo: México se clasifica como un país con epidemia concentrada, al tener prevalencia de VIH elevada en grupos clave. Según los últimos datos disponibles, la proporción de personas que sufren VIH en el rubro hombres que tiene sexo con hombres (HSH) es de 10%; mujeres trabajadoras del sexo comercial (MTSC) de 1.0%, hombres trabajadores del sexo comercial (HTSC) de 12-15%, y usuarios de droga inyectada (UDI) de 2.8%. Mientras que, en población adulta (15 a 49 años) es de 0.3%, de acuerdo a las estimaciones recientes del Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA), quienes estiman que en México existen 220 mil personas adultas infectadas por el VIH.

Un ejemplo de la desatención de esta población se puede identificar en lo siguiente: en la discusión de la NOM 010 SSA 2010, recientemente aprobada y publicada en el *Diario Oficial* de la Federación el 10 de noviembre de 2010, al enfatizar la importancia de hacer prevención en las poblaciones clave, importantes en la respuesta a la pandemia por sus niveles de prevalencia (HSH, UDI, MTSC y HTSC) omitía en su proyecto la prevención en el resto de la población, lo que dejaba fuera indígenas, mujeres, jóvenes, entre otros: Por fortuna, tras la petición de ONGs y de la CNDH la norma publicada sí lo incluyó.

Una de las formas de estigma hacia esta población es la que los “infantiliza” al presentarlos como incapaces de tomar decisiones, por ejemplo, respecto a su salud, o “inocentes” respecto a la sexualidad. Hay escasos estudios sobre comportamiento sexual en la población indígena, pero estos indican que, como el resto de la población, presentan conductas que pueden ser potencialmente de riesgo para la transmisión del VIH y otras ITS (Núñez, 2010).

Evidencia de este prejuicio es la ausencia de materiales y campañas en lengua materna en nuestro país. Las ONGs y la CNDH, en conjunto y por separado, han elaborado algunos, pero la deuda es infinita, ante el reto del gran número de lenguas en nuestro país y sus variantes en las comunidades. Las campañas, por otro lado, y en cumplimiento de lo previsto por OIT, deberá hacerse consul-

tando a la comunidad, y a partir de ella; de otra forma fracasará y no contará siquiera con el apoyo de las autoridades tradicionales; y deberá atender a las variantes lingüísticas, con traductores de la misma comunidad, de otra forma el material podría no ser útil a la comunidad específica con la que se trabaje.

Otra de las formas de desatención de la prevención y atención del VIH a estos pueblos originarios de México consiste en no relacionar con esta población características que hacen vulnerable a cualquier persona ante el VIH como son la condición geográfica u orográfica que dificulta el acceso a los servicios de salud, las prácticas sexuales desprotegidas, el sexo desprotegido entre varones, la migración interna y externa, el ejercicio del trabajo sexual o el uso de drogas inyectables, e incluso, la simple condición de género o de joven.

Un ejemplo de ello es el trabajo sexual. Un estudio de Ángel Zarco del Instituto Nacional de Salud Pública, presentado en el Congreso Nacional del VIH/SIDA en México, en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, el 29 de noviembre de 2009, describe cómo el turismo, en ciertos puntos del país, la migración, y otros factores han dado pie a un mayor ejercicio del trabajo sexual realizado por la población indígenas, por ejemplo, en 1997 se crea el control sanitario en la “Zona Galáctica” de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, como medida contra un circuito de 26 centros informales de trabajo sexual (restaurantes con fichaje fuera de la zona de tolerancia —Zona Galáctica con 8 centros nocturnos—), lo cual no dio los resultados esperados, allí se localizó trabajo sexual indígena, incluso con vestimenta tradicional, y con rezagos en la adopción de prácticas más seguras para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el SIDA.

Normatividad

La NOM-039-SSA2-2000 trata de manera distinta la prevención y control de estas infecciones para hombres y mujeres, ya que estas últimas presentan mayor vulnerabilidad por factores biológicos, sociales, culturales y económicos.

Establece la obligación de realizar programas educativos para orientar y capacitar sobre las ITS, mecanismos de transmisión,

diagnósticos y tratamientos, tanto al personal médico como a la población en general.

Incorpora el concepto “vulnerabilidad”, planteando como “la desprotección que presenta una persona o grupo de personas por factores de género, económicos, sociales y legales.

Vinculación con PND 2007-2012

En el Programa Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, refiere como objetivo nacional número cinco: reducir la pobreza extrema y asegurar la igualdad de oportunidades y la aplicación de capacidades para que todos los mexicanos mejoren significativamente su calidad de vida y tengan garantizados la salud, entre otros aspectos, como se establece en la Constitución.

Igualdad de oportunidades, específicamente en el punto 3.2, se hace mención de los objetivos y estrategias que se relacionan con el Programa Nacional en respuestas al VIH/SIDA e ITS:

Objetivo 5. Brindar servicios de salud eficientemente, con calidad, calidez y seguridad para el paciente.

Objetivo 6. Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables.

Sustentación con base al PROSESA 2007-2012

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2007-2012 establece cinco objetivos y diez estrategias para el cumplimiento de los mismos. El Programa de Acción en Respuesta al VIH/SIDA e ITS se relaciona de manera directa con la estrategia 2: fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, en las líneas de acción que a continuación se señalan.

2.1 Desarrollar políticas públicas y acciones sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud y prevención de enfermedades para la construcción de una nueva cultura por la salud que favorezca el manejo de los determinantes de la salud.

3.4 Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y a los derechos humanos de las personas.

3.5 Proteger los derechos de los pacientes, mediante el arbitraje y la conciliación.

Problemática

En el 2006, la ITS más frecuente en México fue la tricomoniasis, que presentó una tasa de 160 casos por 100 mil habitantes. El virus del papiloma humano (VPH), que es el causante de los condilomas acuminados, se encuentra es la segunda posición, con una tasa de 23 casos por 100 mil habitantes. En el tercer sitio se encuentra el VIH; con una tasa de 3 casos nuevos por 100 mil habitantes. Finalmente, la sífilis adquirida tiene una tasa de 2 casos nuevos; el herpes genital con poco menos de dos casos, y la gonorrea con un solo caso (tasas por 100 mil habitantes). El chancro blando, la hepatitis B y el linfogranuloma presentan tasas menores a un caso nuevo por cada 100 mil habitantes.

Sin embargo, las ITS registradas nos muestran diferencias importantes por sexo: la tricomoniasis y el VPH son detectadas comúnmente en mujeres; mientras que el VIH y la hepatitis B, se perciben más en varones.

2.2 Avances 2000-2006

La prevención del VIH/ITS en jóvenes durante el periodo 2000-2006: el VIH descendió 36.5%, debido básicamente a la disminución de los casos nuevos de gonorrea (-75.4%), mientras que los casos nuevos de VIH y sífilis en este grupo permanecen estables.

El uso de condón en la primera relación sexual por parte de los adolescentes mexicanos, aumentó 15.8 puntos porcentuales en los últimos seis años, lo que refleja el impacto de diversas acciones de prevención, entre ellas la promoción del uso de condón.

Metas e indicadores: prevención sexual (2000-2006)

<i>Línea de acción</i>		<i>Prevención sexual</i>	
<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>2000</i>	<i>2006</i>
Reducir 15% la prevalencia del VIH/SIDA e ITS con especial atención en las y los jóvenes. Garantizar el desarrollo de estrategias preventivas específicas para las poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad para la adquisición del VIH/SIDA	Prevalencia del VIH e ITS en jóvenes de 15 a 24 años de edad.	15.3%	9.8%
	Prevalencia del VIH e ITS en poblaciones con prácticas de riesgo.	HSH: 15% HTS: 12.2% UDI: 6% Enfermos de tuberculosis: 2.1%	HSH 1: 10.0% ^b HSH 2: 15.1% ^c HSH 3: 12% ^d UDI: 2.8% ^e Camioneros: 0.6% ^f MTS: 1.0% ^g

<i>Línea de acción</i>		<i>Prevención sexual</i>	
<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>2000</i>	<i>2006</i>
e ITS; mujeres, jóvenes, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), indígenas, poblaciones móviles, trabajadoras y trabajadores sexuales (TSC), usuarios de drogas inyectables (UDI) y personas privadas de la libertad.		Reclusos: 1.6% Reclusas: 1.4% Enfermas de Tuberculosis: 0.6% MTS: 0.35% Embarazadas: 0.09%	Adolescentes: 63.5% ^h HSH: 81% ^b HSH: 96% ^c HSH: 88% ^d HSH: 96% ^g
Incrementar el uso correcto del condón en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.	Porcentaje de personas en riesgo que usaron condón en la última relación sexual.	Adolescentes: 47.7% ^h	Camioneros larga distancia: 69% ^f UDI: 28.9% ^e

Metas e indicadores: atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS (2000-2006)

<i>Línea de acción</i>		<i>Atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS</i>	
<i>Metas</i>	<i>Indicador</i>	<i>2000</i>	<i>2006</i>
Reducir 25% la mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad. Contar con servicios de calidad para la consejería, detección y tratamiento de las ITS en todas las entidades federativas.	Tasa de mortalidad por SIDA en población de 25 a 44 años de edad. Porcentaje de los servicios especializados para la detección y tratamiento del VIH/SIDA e ITS que cumple con los criterios de calidad establecidos por la SSA. ^b	10.1% SAI: 27 ^c Centro de Detección de VIH/SIDA: 57	10.3% SAI: 108 ^c Centro de Detección de VIH/SIDA: 66 CAPASITS: Por iniciar operación 49 ^d
Asegurar que el 100% de las personas tengan acceso a servicios de atención integral de la salud con calidad.	Porcentaje de PVV sin seguridad social, que están incorporadas a algunas alternativas de financiamiento para acceso a tratamientos.	63.8%	100%

<i>Línea de acción</i>		<i>Atención integral a las personas con VIH/SIDA e ITS</i>	
<i>Metas</i>	<i>Indicador</i>	<i>2000</i>	<i>2006</i>
Aplicar la cobertura del tratamiento antirretroviral a toda la población que lo requiera.	Cobertura de acceso a antirretrovirales.	80%	100%

Metas e indicadores: mitigación del daño (2000-2006)

<i>Línea de acción</i>		<i>Mitigación del año</i>
<i>Meta</i>	<i>Indicador</i>	<i>2000 2006</i>
Disminuir el estigma y la discriminación asociados con comportamientos de riesgo, género, sexualidades, uso de drogas, el VIH/SIDA e ITS.	Porcentajes de trabajadores de la salud que expresan actitudes de aceptación a las PVV.	ND 71.3% ^a

^a Tasas por 100 mil jóvenes de 15 a 24 años.

^b Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), para uso de condón en la última relación sexual se tomó el dato para pareja no estable. Acapulco, Monterrey, Nezahualcóyotl y Tampico.

^c Hombres trabajadores sexuales (HTS), para uso de condón en la última relación sexual se tomó el dato correspondiente al uso de condón con el último cliente. Método Time Location Sampling (LSD), últimas encuestas disponibles en 2005, realizadas en Acapulco y Monterrey.

^d Hombres trabajadores sexuales (HTS), para uso de condón en la última relación sexual se tomó el dato que corresponde al uso de condón con el último cliente. Método Respondent Driven Sampling (RDS), Nezahualcóyotl.

^e Usuarios de drogas inyectadas de Ciudad Juárez y Tijuana.

^f Camioneros larga distancia, para uso de condón en la última relación sexual se tomó el dato de uso de condón con pareja no estable. Monterrey.

^g Mujeres trabajadoras sexuales (MTS), para uso de condón en la última relación sexual se tomó el dato de uso de condón con último cliente. Acapulco y Monterrey.

^h Adolescentes de 12 a 19 años. No hubo información disponible para el cálculo del indicador: porcentaje de estados que incorporan estrategias preventivas específicas para el VIH/SIDA e ITS en poblaciones con prácticas de riesgo y mayor vulnerabilidad.

Caminando a la Excelencia

2.3 Retos para 2007-2012

Avanzar hacia la atención integral, manteniendo el acceso universal a tratamiento ARV; y mejorando la calidad de la atención integral en SIDA.

Focalizar en la prevención, destinando mayor financiamiento e impulso a la prevención del VIH/SIDA, principalmente por vía sexual; dirigiendo los esfuerzos a estrategias específicas para poblaciones clave y con mayor riesgo para la infección y transmisión del VIH e ITS, como son: HSH, TS, UDI, transgénero, transexuales y travestis (TTT), migrantes, mujeres embarazadas, adolescentes, indígenas y personas privadas de la libertad.

Sensibilización social y mitigación del daño, reforzar la concientización sobre los derechos humanos, el estigma, la discriminación y la homofobia relacionada con las enfermedades y los grupos afectados, a través de diversas estrategias de comunicación, incluyendo medios masivos.

Educación en sexualidad, se requiere incrementar acciones en áreas externas al sector salud, principalmente lo referente a la educación en sexualidad humana desde el nivel preprimaria hasta los ámbitos de carreras profesionales.

Promover reformas para crear marcos legales, normativos y reglamentarios adecuados que faciliten las estrategias de atención y prevención, protejan a las personas afectadas por el VIH, así como a las poblaciones clave en mayor riesgo.

Aun así, el programa específico de acción ya no recoge el tema de esta población suficientemente, hay una mención en el punto 3.4 y 3.5 pero no se desarrolla en acciones específicas. Por ejemplo, en el cuadro 8 la meta menciona jóvenes incluyendo los indígenas, pero ni el indicador ni el logro a 2012 menciona ya expresamente a esa población.

En otros temas, sin embargo, sí se especifica en los programas de acción, por ejemplo, en el caso de tuberculosis sí lo prevé:

Garantizar el control de las infecciones en establecimientos de salud y sitios de congregación (grupos vulnerables como son: prisiones, albergues, asilos de ancianos, indígenas, alcohólicos, embarazadas, drogas IV, desnutridos y otros).

La Recomendación General Número 15 de la CNDH sobre el derecho a la protección de la salud establece en su quinto punto recomendatorio:

Elaborar y ejecutar programas específicos, con la finalidad de proteger a grupos vulnerables, en especial a la población indígena, a grupos en extrema pobreza, a menores y adultos mayores, a discapacitados, a enfermos terminales, a enfermos de VIH y a mujeres en estado de gravidez.

Paracho, Michoacán, 28 de febrero de 2011.

“RI NZAKI M’UI JA HARI HYE,
TU VIDA ESTÁ EN TUS MANOS”

SALUD, GÉNERO, VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS

*Juan Alfonso Torres Sánchez**

Se trató de una campaña con información sobre salud, género, VIH/SIDA y Derechos Humanos, dirigida a jóvenes indígenas del Municipio de Cardonal, Hidalgo, a quienes se capacitó como replicadores. Se involucró a organizaciones civiles y gubernamentales: Hñähñü Batsy de San Andrés Daboxtha, A. C., Fondo para Niños de México, A. C., Ya Batsi To’ mi ri Mfatsi, A. C., Identidad Saludable, A. C., SIPAM, A. C., CenSIDA, TelSIDA, Programa de VIH/SIDA del Estado de Hidalgo y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, con una duración de 10 meses. Los productos finales fueron un cartel bilingüe sobre prevención de VIH/SIDA, una cartilla sobre derechos humanos y VIH/SIDA y anuncios producidos por los participantes sobre los derechos humanos relacionados al VIH/SIDA, mujeres y jóvenes.

JUSTIFICACIÓN

La gente indígena se encuentra en todo el mundo. Naciones Unidas estima que más de 300 millones de personas indígenas viven en más de 70 países. La mayoría de estos grupos comparten el perfil demográfico de los países en desarrollo donde, particularmente los jóvenes de entre 16 y 29 años de edad, comprenden el seg-

* Capacitador en el Programa de VIH de la CNDH, colaborador y asesor de diversas organizaciones con trabajo en VIH y SIDA en el país. Presidente de Identidad Saludable, A. C.

mento más grande de la población. En México, muchos indígenas, en especial las mujeres, hablan sólo su idioma nativo, en cuanto a servicios de salud reproductiva, muchas de ellas, por falta de conocimiento sobre sus derechos no tienen acceso a servicios de prevención y menos aún tratamiento para diversas enfermedades, aunado a esto, son objeto de estigma y discriminación relacionadas con su situación de pobreza, los jóvenes pertenecientes a estos grupos indígenas a menudo no son considerados dentro de campañas preventivas que casi siempre van dirigidas a segmentos urbanos, esto los coloca en una situación de mayor vulnerabilidad a enfermedades e infecciones como las ITS, el VIH/SIDA o embarazos a edades tempranas. De acuerdo a la Primera Encuesta Nacional sobre Discriminación, presentada por la Secretaría de Desarrollo Social y el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. El 66% de los mexicanos piensa que los miembros de los pueblos indígenas tienen pocas o nulas posibilidades de mejorar sus condiciones de vida; 43% asume que siempre tendrán limitaciones sociales a causa de las características de su pensamiento, y más del 30% supone que la única manera en que los indígenas pueden mejorar su situación socioeconómica es que dejen de serlo. Según cifras del INEGI, en el II Censo de Población y Vivienda 2005, en Hidalgo, la población total indígena es de 494,444 de los cuales 320,029 son hablantes de alguna lengua indígena, de estos 157,056 son hombres y 162,973 son mujeres. Mucha de esta población indígena se encuentra en el Valle del Mezquital, el cual se divide a la mitad por la serranía de San Miguel que se ramifica a su vez en diferentes desniveles: al norte, el Valle de Ixmiquilpan, situado entre los 1,700/1,800 metros de altitud; al sur, el Valle de Actopan, levemente más bajo; al noroeste, una llanura que comprende la parte septentrional del municipio de Ixmiquilpan y el de Cardonal sobre los 1,900 metros. Este valle abarca 28 municipios, entre los más importantes se encuentran Actopan, Alfajayucan, Cardonal, Chilcuautila, Ixmiquilpan, Nicolás Flores, San Salvador, Santiago de Anaya, Tasquillo y Zimapán. En estos municipios la medicina tradicional ha jugado un papel importante para mantener el equilibrio biológico-social de la comunidad, en el caso de enfermedades como

el VIH/SIDA se convierte en un problema, ya que las personas que están infectadas, no acuden a servicios médicos o preventivos para reducir el desarrollo del síndrome, un problema no menos importante es la migración, el Valle del Mexquital es una zona importante expulsora de trabajadores a otras regiones del país o a Estados Unidos. En estas comunidades la familia por lo general es extensa (de 7 a 15 personas). La residencia es patrilocal, es decir, los hijos varones viven en la casa del padre. Las relaciones sociales en las comunidades del Valle se limitan a las reuniones ejidales y deportivas, a las que asisten sólo los hombres.

La población de este valle se autodenominan hñähñü de hñä hablar y hñü, nariz; es decir los que hablan la lengua nasal, aún existe población de habla monolingüe indígena, una comunidad importante se sitúa mayormente en el Municipio de Cardonal que se localiza al noroeste del estado de Hidalgo, entre los paralelos 20° 37" de latitud norte y 99° 07" longitud oeste, con una altitud de 2 040 metros sobre el nivel del mar, sus colindancias son al norte con los municipios de Nicolás Flores y Tlahuiltepa, al sur con el municipio de Santiago de Anaya, al este con los municipios de Eloxochitlán y Metztlán, al oeste con los municipios de Ixmiquilpan y Nicolás Flores. Este municipio cuenta con un total de 15 876 habitantes de los cuales 7 771 personas hablan lengua hñähñü. Su infraestructura educativa cuenta con los niveles preescolar (37), preescolar indígena (20), primarias (45), primarias indígenas (27), secundarias (16), y bachillerato (1). Cuenta con una clínica IMSS, una de la SSAH y una del ISSSTE. Su principal actividad económica es la agricultura, un problema que se tiene en esta comunidad son los altos márgenes de migración a Estados Unidos. "Ri nzaki m'ui ja hari hye, Tu vida está en tus manos" es una campaña de promoción y prevención bilingüe (hñähñü/español) sobre VIH/SIDA enfocada a jóvenes de comunidades indígenas hñähñü del municipio de Cardonal.

Organizaciones que se implicaron

- Identidad Saludable, A. C.
- Fondo para niños de México, A. C.

- Ya Batsy to mi ri fatsí, A. C.
- Hñähñü Batsy de San Andrés Daboxtha, A. C.
- SIPAM, A. C.
- Programa de VIH/SIDA, Secretaría de Salud de Hidalgo.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- CenSIDA/TelSIDA

Objetivo general y su resultado

Capacitar un grupo de 27 replicadores jóvenes en salud, género, VIH/SIDA y derechos humanos de la comunidad indígena hñähñü en el municipio de Cardonal.

Se capacitó a un grupo de 27 jóvenes provenientes de las diversas comunidades de Cardonal.

Objetivos específicos y su resultado

- Brindar información relacionada con VIH/SIDA y sus mecanismos de transmisión.
- Concientizar a los participantes acerca de la vulnerabilidad asociada al género.
- Informar acerca de los mecanismos de transmisión de VIH/SIDA y otras ITS.
- Promover una campaña de información sobre derechos humanos y salud para jóvenes replicadores.
- Desarrollar un programa de pares jóvenes bilingües.
- Desarrollar material educativo preventivo sobre VIH/SIDA por los participantes.

Los objetivos específicos se cumplieron, se trabajó en el taller de capacitación durante nueve fines de semana con un total de 72 horas, entre septiembre y noviembre de 2008, se contó con la participación de diversas instituciones, entre ellas el licenciado Ricardo Hernández Forcada, Director del Programa de VIH/SIDA de la CNDH; la licenciada Irina Vázquez Salazar, productora de programas de radio; el licenciado Juan Pérez Urquijo, operador

de TeLSIDA, Secretaría de Salud Federal; Juan Alfonso Torres Sánchez, Programa de VIH/SIDA de la CNDH, y Paul Alonso Burton Ochoa, coordinador de este proyecto.

Los talleres contaron con los temas de: El VIH/SIDA y los jóvenes, ITS y los jóvenes, Prevención de ITS y VIH/SIDA, VIH/SIDA y Derechos Humanos, taller de comunicación y desarrollo de guiones para radio. Se brindaron seis talleres durante seis fines de semana

Ejes de la intervención utilizados

Reflexión de las prácticas (acciones, relaciones y significaciones), discusión sobre usos y costumbres locales mediante los cuales se buscó detectar problemáticas, explicarlas y buscarles alternativas de cambio o transformación, para ello se llevaron a cabo talleres vivenciales donde cada participante expuso su experiencia relacionada con la temática, los talleres definieron y promocionaron la salud sexual, el uso correcto del condón, los derechos humanos y las relaciones entre géneros.

Materiales desarrollados en la intervención

- a) Diseño de cartel: para su diseño se llevó a cabo un concurso entre los jóvenes que participaron en la capacitación, provenientes de cinco comunidades del municipio de Cardonal, en el estado de Hidalgo, se seleccionaron cinco propuestas con el objeto de tomar elementos de cada una para realizar un solo diseño, se constituyó un panel de selección con las organizaciones participantes y la asesoría técnica de la CNDH, el diseño final quedó a cargo del programa de VIH/SIDA del estado, imprimiéndose un tiraje de 1 000 piezas.
- b) Diseño de cartilla bilingüe sobre información básica de VIH/SIDA y derechos humanos: Para su elaboración primero se presentó una propuesta de cartilla diseñada por parte de la CNDH la cual se envió a las organizaciones involucradas para su discusión, aprobación y traducción al hñähñü, tarea a cargo del

- profesor Emigdio Cornejo, después de un periodo revisión y discusión de cuatro meses, la CNDH suministró recursos para el tiraje inicial de 2,000 cartillas y un nuevo tiraje de 5,000.
- c) Diseño de anuncios de radio: para esta actividad, se dio capacitación mediante taller teórico/práctico sobre comunicación y desarrollo de guión, a cargo de la licenciada Irina Vázquez de SIPAM que fungió como productora y directora para la elaboración de siete comerciales de radio, los contenidos de los guiones fueron elaborados por los jóvenes participantes de acuerdo a sus inquietudes y preocupaciones relacionadas con el VIH/SIDA y los Derechos Humanos, la asesoría técnica estuvo a cargo del Director del Programa de VIH/SIDA de la CNDH, Ricardo Hernández Forcada, y de las organizaciones civiles participantes. La grabación de los anuncios se llevó a cabo en diversas sesiones en las instalaciones de XECARH, La Voz del Pueblo HÑÑÑHÜ, los *fríos* de los comerciales fueron entregados a Humberto Álvarez y a Jorge Moreno, artistas de renombre en el ámbito cultural, quienes los musicalizaron.

Estrategia de acción aplicada

Para cumplir con los objetivos se buscó que los participantes fueran líderes juveniles, se utilizaron las redes de trabajo ya establecidas por las organizaciones participantes, además de recursos humanos y materiales, se emplearon instalaciones ya establecidas, no se requirió de erogaciones económicas por parte de los participantes en el proyecto.

Medición de los logros del proyecto

Este proceso se llevó a cabo mediante la revisión y documentación de fases del proceso, sus componentes y actividades clave, para ello se realizaron reuniones de seguimiento, de acuerdos y evaluación de lo ya alcanzado entre las organizaciones e instituciones participantes.

Indicadores de proyecto

Se cuenta con fichas de registro llenas, permisos de los padres para la participación de los jóvenes, listas de asistencia, reuniones entre organizaciones e instituciones involucradas, se documentaron las de actividades.

Metas que se lograron cumplir

- Talleres de capacitación con nueve sesiones, con un total de 72 horas.
- Una campaña de prevención en salud, género, VIH/SIDA y Derechos Humanos con anuncios para radio dirigidos a jóvenes indígenas.
- 24 replicadores(as) bilingües.
- Distribución de cartillas de información básica sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos.
- Distribución de 5,000 condones.
- Distribución de 30 juegos con cartillas de Derechos Humanos con ocho títulos diferentes del programa de VIH/SIDA CNDH.

Productos finales del proyecto

- Nueve talleres de capacitación.
- Materiales impresos que incluyen cartilla y cartel.
- Siete anuncios de radio.

Responsables de la ejecución del proyecto

- Juan Alfonso Torres Sánchez/CNDH
- Paul Alonso Burton/Identidad Saludable, A. C.
- Edgar González/Hñähñü Batsy de San Andrés Daboxtha, A. C.

MUJERES YAQUIS POR UNA PREVENCIÓN OPORTUNA

*Ana Luz Rascón Moreno**

El proyecto “Mujeres yaquis por una prevención oportuna”, se realizó en una de las comunidades de este pueblo indígena, y contó con el apoyo de recursos de CenSIDA para su ejecución. Un punto importante para la aprobación de este proyecto es que ya se había realizado un trabajo previo de diagnóstico, el cual nos permitió conocer el número de habitantes y sobre todo, tener un primer contacto con la región, además de conocer un panorama general de las características particulares de la comunidad. Este primer acercamiento ha facilitado la introducción a la comunidad, además de que ha permitido mantener una relación cercana con las mujeres.

Desde un inicio se acudió a la Secretaría de Salud, al DIF y a la presidencia municipal para exponer el proyecto a las autoridades correspondientes, quienes muy pronto mostraron su aprobación y disposición para facilitar los apoyos para su realización. En las comunidades yaquis, la autoridad es una figura muy importante dentro de su cultura, así que el siguiente paso fue asistir a la asamblea de los pueblos yaquis, reunión que celebran cada mes para tratar asuntos importantes de las diferentes comunidades, ya que es el espacio donde se reúnen los gobernadores tradicionales de los ocho pueblos yaquis para exponer la problemática y tomar decisiones que favorezcan o ayuden a las necesidades de las comunidades. En dicha reunión tuvimos la oportunidad de externar

* Socióloga, egresada de la Universidad de Sonora. Activista, integrante de DIVERCIUDAD, A. C.

nuestro interés de trabajar en la comunidad de Tetabiate, ante lo cual las autoridades tradicionales dieron su total apoyo para que se realizaran acciones en beneficio a la salud de las y los habitantes de sus comunidades, externando: “adelante en todo lo que sea para mejorar la salud”.

Durante el desarrollo del proyecto se realizaron cuatro talleres, en los que se abordaron los temas de género y etnicidad, prevención y transmisión del VIH/SIDA y habilidades asertivas de negociación, autoestima, uso correcto del condón, durante los cuales se buscó que las participantes mantuvieran el gran interés mostrado desde el inicio. De igual forma se procuró que los temas tratados generaran el desarrollo de habilidades para difundir y compartir los conocimientos obtenidos durante las sesiones con otras personas integrantes de la comunidad.

Los talleres consistieron en reuniones de seis horas, mismas que distribuíamos durante un día, según las necesidades de las asistentes, tratando de generar las condiciones óptimas para que pudieran estar presente. Es importante mencionar que en los talleres se logró contar con la asistencia de 25 mujeres, de las cuales 15 de ellas asistieron de manera constante, asimismo, tuvimos la oportunidad de identificar a cinco mujeres líderes dentro de la comunidad, con quienes pudimos contar plenamente para la difusión de la información que se trabajó durante el desarrollo de los talleres, así como también para ejecutar acciones que contribuyan a mejorar su salud.

Por parte del municipio se contó con la participación de cinco mujeres clave en la función pública, una de ellas es la coordinadora del Centro de Salud de San Ignacio Río Muerto y las restantes son personas muy importantes para la función municipal ya que están incorporadas en diferentes programas municipales de atención directa a la población, como lo es la directora de DIF, quien nos ha mostrado todo su apoyo, además de asistir a todos los talleres que hemos impartido.

Como parte de los resultados de la reflexión y participación en los talleres, surgieron dos propuestas de gestión para mejorar la atención en el Centro de Salud, mismas que se entregaron a su director y se proporcionó una copia al presidente municipal. Dichas propuestas son:

1. Que se les brinde atención médica dentro de la comunidad, ya que para atenderse tienen que trasladarse al municipio de San Ignacio Río Muerto o a Vícam, lugares que están a 15 y 25 minutos de distancia, respectivamente;
2. Que en el municipio de San Ignacio se les aparten fichas para la consulta, ya que por el poco acceso de transporte y lo alejado de la comunidad, cuando quieren asistir a una consulta, lo más temprano que pueden llegar es a las 7:30 am, ya que es la hora en la que pasa el primer camión, siendo que las fichas se reparten a las 7:00 am, por lo que solicitan que se les aparten 5 fichas a las y los habitantes de Tetabiate, para poder atender su salud.
3. Y por último, las mujeres consideraron importante que se desarrollara un taller de educación sexual específico para jóvenes (hombres y mujeres) a quienes ellas mismas se comprometieron a invitar, quedamos que este taller se realizaría después de la feria de información.

Con la finalidad de que el resto de la comunidad tuviera oportunidad de conocer los temas tratados, y como parte de los resultados, al final se trabajó a manera de taller activamente con dos de las mujeres en la elaboración y traducción de folletos que facilitarían la difusión de la información, redactados y traducidos por ellas mismas. Primero se había considerado que los materiales se publicarían únicamente en idioma yaqui, pero debido a que no todas las mujeres leen, escriben y hablan yaqui, los materiales se realizaron en los dos idiomas: español y yaqui, para que todas tengan acceso a la información.

Se elaboró una carpeta informativa con el contenido de los materiales que se vieron en cada uno de los talleres, a cada integrante se le entregó un ejemplar y los que sobraron se entregarán en los módulos de salud de los pueblos yaquis, para que se difunda la información.

Al final se realizó una feria de la información, abierta para toda la comunidad, que contó con la participación de las autoridades tradicionales, representantes del municipio y el grupo de danza de la preparatoria del Colegio de Bachilleres, que compartieron

bailes de la región del norte y sobre todo, las danzas del venado y matachines que identifican a nuestra gente y nuestra entidad.

CAMBIOS SURGIDOS Y LOS AJUSTES EFECTUADOS A LAS ACTIVIDADES

Una de las metas fue la elaboración de materiales de información, en un inicio se tenía contemplado elaborarlos únicamente en idioma yaqui, sólo que durante el desarrollo de las actividades nos pudimos percatar que, para nuestra sorpresa, parte de las mujeres que asistieron que hablan el idioma yaqui batallan para leerlo, pero nos dimos cuenta que no tuvieron dificultad al estudiar en español, se sienten más seguras leyendo en español, ya que este es el idioma con el que se les enseña a leer y escribir en el sistema escolar en los diferentes niveles que tienen en la región: kínder, primaria, secundaria, preparatoria y universidad, es por ello que aunque manejen el idioma yaqui y aunque son parte de la comunidad, no saben hablar, leer ni escribir en este idioma, únicamente lo entienden, por lo tanto, los materiales se imprimieron en yaqui y en español.

Debido al interés que mostraron cuatro mujeres mayores de 45 años para incorporarse a participar en los talleres, se amplió el rango de edad, hasta los 60 años, para no desalentar a las mujeres interesadas, además de que se vio la posibilidad de que ellas difundieran la información con sus hijas y/o sus nietas.

EVOLUCIÓN DEL CONTEXTO DURANTE LA EJECUCIÓN Y SUS CONSECUENCIAS PARA LA MARCHA DEL PROYECTO

En el estado contamos con el apoyo del consejo estatal de VIH/SIDA para facilitar acciones enfocadas a la prevención. También en el municipio de San Ignacio Río Muerto hemos contado con el apoyo municipal para facilitar que se lleve a cabo el trabajo de información, prevención y sensibilización, sin dejar de mencionar el apoyo de las autoridades tradicionales, quienes mostraron

apertura para que se manejen los temas de salud sexual, principalmente enfocados a VIH/SIDA. Uno de los apoyos más importantes dentro de la comunidad es la encargada de la casa de salud, pues además de estar comprometida con su trabajo ha sido un enlace clave para ganar la confianza de las mujeres de la comunidad Tetabiate, lo que permite que el trabajo que se realice sea más fluido.

Se hizo una amplia convocatoria, en primer lugar nos apoyamos con los maestros de la escuela primaria y telesecundaria, ya que a través de ellos citamos a las mujeres para informarles del proyecto, explicarles en qué consistía y sobre todo, para conocer su postura, saber si les interesaba participar o no. En esta primera reunión logramos observar su interés, proyectando en ese mismo momento la programación de los horarios y las fechas de los talleres. Posteriormente se visitó cada una de las viviendas donde habitan las mujeres con las características requeridas para participar en el proyecto, con la intención de informar a cada una de ellas.

Para la elaboración de los materiales, el contexto y las condiciones han sido favorables ya que las mujeres están interesadas en su elaboración, es su primera experiencia en este tipo acciones, lo cual las mantiene interesadas en colaborar, además de que se sienten orgullosas de poder crear materiales que ayuden a informar a la gente de su comunidad.

CÓMO CONTRIBUYEN LAS ACTIVIDADES AL ÉXITO DE LOS OBJETIVOS

Todas las actividades realizadas han sido pensadas para lograr el cumplimiento de los objetivos. Cada resultado es evaluado, lo que permite medir el impacto y revisar obstáculos enfrentados para pensar en otras estrategias para abordar la problemática. En los talleres y en las ferias el tener información adecuada y actualizada ha fortalecido y favorecido el espacio para sensibilizar y orientar a las personas a utilizar las instituciones de salud.



Durante la feria, las mujeres mostraron gran apertura a su cultura, permitiéndose dar un paso muy grande al difundir el uso del condón de manera pública, ya que desarrollaron la habilidad y las herramientas necesarias para difundir información de prevención de VIH/SIDA.

Las participantes están organizadas para plantear, planear y realizar acciones enfocadas a mejorar su salud, desarrollando así la habilidad de realizar acciones conjuntas.

La realización del proyecto nos permitió identificar debilidades y fortalezas para el desarrollo de trabajo comunitario:

Puntos fuertes

- Contamos con la identificación de cinco mujeres líderes dentro de la comunidad que están tomando la capacitación y han empezado a realizar su primera acción como activistas en pro de la atención a la salud, con la redacción de un oficio donde gestionan una mejor atención a la salud.
- Se está generando capital social enfocado a la prevención de VIH/SIDA dentro de la misma comunidad, quienes a su vez tienen vínculos con los otros pueblos yaquis, por lo cual podemos imaginar que a través de ellas podrá llegar la información.
- Contamos con el apoyo de las mujeres madres, para que más adelante se dé un taller de información y prevención de VIH/SIDA a sus hijos e hijas.
- Se propició el desarrollo de experiencia por parte de las mujeres para que elaboraran materiales de información.
- Se logró formar un grupo de mujeres líderes para que gestione acciones favorables para la salud.
- Se logró capacitar a 25 mujeres en los temas de salud sexual y VIH/SIDA.
- Se logró identificar a las líderes de la comunidad.
- Se estableció un contacto con la comunidad Bahía de Lobos, la cual es parte de los pueblos yaquis, donde podríamos hacer un trabajo de salud sexual más adelante, ya que existe interés de las mujeres de esa comunidad para hacer actividades más adelante.

- Dos de las mujeres asistieron a un encuentro indígena y VIH/SIDA. El evento las enriqueció al conocer otros entornos y las problemáticas de otras comunidades, ya que para ellas era la primera vez que salían fuera del estado.
- Contamos con el apoyo de las autoridades tradicionales para trabajar en futuros proyectos, y respaldar los resultados del presente trabajo.
- Contamos con el apoyo de las autoridades municipales para impulsar los resultados de los talleres ante las instancias de salud.
- Contamos con el contacto de personajes clave dentro de la administración municipal.

Puntos débiles

- Causó un fuerte impacto en el proyecto el ajuste en alcance y presupuesto, ya que nos vimos en la necesidad de eliminar estados donde se tiene una trayectoria de trabajo importante y donde hacen falta acciones con jóvenes.
- Que los recursos se hayan liberado tarde y aunque realizamos muchas actividades a partir de que escribimos el presente proyecto, sin embargo, estamos retrasadas en la parte de la traducción al idioma yaqui, por lo tanto, eso provoca que se retrase la fecha para la feria de la salud.
- No logramos un total compromiso por parte de las mujeres del municipio de San Ignacio que participaron en los talleres.

El VIH y los pueblos indígenas, editado por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, se terminó de imprimir en diciembre de 2011 en los talleres de GVG, GRUPO GRÁFICO, S. A. de C. V., Leandro Valle núm. 14-C, colonia Centro, C. P. 06010, México, D. F. El cuidado de la edición estuvo a cargo de la Dirección de Publicaciones de esta Comisión Nacional. El tiraje consta de 5,000 ejemplares.

