

Pueblos Indios y VIH/SIDA: Nuevas Fronteras Políticas y Académicas

Patricia Ponce¹

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)

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 representan la quinta parte del territorio nacional, teniendo presencia en el 36% de los municipios de nuestro país. Existen 62 diferentes 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 y 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.

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, trabajando el 57% 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 por ciento de los mayores de quince años son

¹ Doctora en Ciencias Sociales, especialidad 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.

analfabetos -siendo el promedio nacional de 9.5%-, casi la mitad no tiene la primaria concluida y solamente el 4% tienen algún grado post primario.

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 se encuentran 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 tuvo 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 dificulta, a las mujeres, la competencia en el mercado laboral - 53% no recibe ingresos y el 93% carece de cualquier protección- y 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, lo que se refleja en los matrimonios y maternidad forzadas, las prácticas sexuales de riesgos 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 éste 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, entiéndase a mantener el *statu quo de usos y costumbres* descrito arriba, niegan a los propios pueblos indios -y a las mujeres en particular- la capacidad de cambiar y transformar sus propias sociedades y culturas.

La 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 las enfermedades infecciosas: 60% respiratorias agudas y 40% intestinales, es decir, mueren por enfermedades previsibles. 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 ofrece el programa de OPORTUNIDADES no posee atención especializada para los pueblos indios, con una perspectiva epidemiológico-sociocultural en la prestación de servicios de salud, ni con carácter intercultural en lo referente a educación. Tampoco ofrece servicio para el diagnóstico del VIH/SIDA, tratamiento ni medicamentos.

Migración

Los problemas estructurales de los pueblos indios han venido gestando procesos migratorios, hombres, mujeres y en muchas ocasiones familias completas se han visto en la necesidad de abandonar sus pueblos y comunidades en la búsqueda de mejores oportunidades de vida -casi cinco millones se mueven internamente en nuestro país y fuera de él, principalmente hacia los Estados Unidos, y el 40% ya vive en las ciudades-; en este proceso migratorio se generan relacionamientos y contactos con diversos sectores sociales y situaciones ajenas a su contexto sociocultural lo que conlleva un factor de riesgo para la adquisición de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, frente a las cuales tienen pocas posibilidades de protegerse y un amplio desconocimiento sobre las mismas y su prevención.

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 vulnerabilidad² para la infección de VIH no así con la etnicidad ni mucho menos en su relación con la sexualidad o con la diversidad amoroso-sexual. “Conocer y empezar a nombrar estas realidades, nos dice Núñez, nos permitirá elaborar estrategias de prevención y atención, silenciarlas, esconderlas

² Entendida como aquellas partes del riesgo vinculado con estructuras sociales. Así mismo, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad social que determina riesgos diferenciados.

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 inseguridad alimentaria, 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 los pueblos indios sin que ello cause extrañamiento alguno para los funcionarios de salud quienes, sin ningún argumento sólido, simplemente suponen que la prevalencia es muy baja. Así, los pueblos indios de nuestro continente han sido borrados de la epidemia del VIH/SIDA en el papel, porque previamente lo han sido en la mente de los que diseñan y deciden los contenidos y objetivos de la política pública en la materia.

Coincido con Núñez Noriega cuando nos dice que México, el problema de invisibilidad tiene que ver con varios factores: 1) no pensar en la salud tomando en cuenta a los pueblos indígenas, 2) con los estereotipos sociales sobre quién es un indígena y cómo viven. En la medida que son concebidos como algo exótico, que mora en lugares inaccesibles el SIDA no significa una amenaza para ellos, 3) la creencia de que todos los indígenas son heterosexuales y la constante asociación de la epidemia con la homosexualidad, por ende, si no hay homosexualidad entre los pueblos indígenas entonces no hay riesgo de SIDA, 4) se considera que al desarrollar investigaciones o programas para los migrantes o población rural se está tomado en cuenta a los pobladores indígenas, pero esto no es del todo cierto pues no se están implementado medidas que tomen en cuenta su especificidad sociocultural en un contexto nacional caracterizado por prácticas racistas y discriminatorias.

Por ello, la falta de políticas públicas para este sector de la población es evidente. “Es importante mencionar que la vulnerabilidad específica de la población indígena no se limita a no recibir los mensajes en su lengua, más allá de ello, la condición étnica es un factor de vulnerabilidad en sí misma, no reductible a otros elementos estructurales que incrementan su propia vulnerabilidad, aspectos en los cuáles los pueblos indígenas se encuentran en los niveles más bajos en cantidad y calidad en relación a la población mestiza o blanca, sea en el

área rural o urbana. Lo étnico también determina una vulnerabilidad adicional en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, no sólo por tratarse de una población con un alta prevalencia, sino también porque la formas de discriminación, estigma y racismo en los contextos migratorios condicionan conductas sexuales de riesgo.

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.” (op. Cit. Núñez Noriega, Guillermo, 2008)

¿Qué sabemos del impacto al interior de los pueblos indios?

Como ya mencionamos anteriormente en buena parte de Latinoamérica no existen datos étnicos en los registros epidemiológicos, sin embargo es común escuchar en voz de investigadores y activistas que el VIH/SIDA se ha ido introduciendo silenciosamente al interior de este sector de la población. Un estudio de la OPS (2003) señala que al interior de 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 ésta situación está relacionada con prácticas de riesgo, marginación, migración, uso de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales del alto riesgo al carecer de la práctica del uso del condón (sólo el 25% lo utiliza). Además de ello, advierte que la epidemia se ha ido incrementando notablemente al interior de los pueblos indios de Centroamérica, Colombia, Venezuela, Chile, Argentina, Paraguay, Ecuador, Perú, Bolivia y en las diferentes fronteras brasileras. 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 México La Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios, CDI, en el año 2007 realizó una consulta a los pueblos indígenas en siete estados del país³ donde adelanta que: el 35% de los y las encuestadas nos saben que es el SIDA, el 32% no han recibido información sobre la epidemia, el 36% no saben como pueden adquirir el virus, el 42% no se protege al tener relaciones sexuales, solamente el 6% trata con respeto a las personas que

³ Entrevistaron a cerca de 6 mil indígenas, el 54% representado por mujeres, de entre 16 y 60 años de edad, de los cuales el 38% habla el castellano, casi la mitad tiene estudios solamente de primaria y el 70% están casados.

viven con VIH/SIDA, el 16% los discrimina y estigmatiza -es importante mencionar que el 79% no respondió la pregunta al respecto-, y casi un 40 % considera que la epidemia no representa un problema de salud para su comunidad.

Por otro lado, los resultados de dos preferencias internacionales sobre Pueblos Indios, Originarios y Afrodescendientes, VIH/SIDA, Sexualidades y Derechos Humanos, realizados 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 los 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 y, por ende no son sujetos de intervención.
4. Existen pocos trabajos de investigación que nos permitiera 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 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 tiende a ver a este sector de la población como asexuados o con patrones de comportamiento que les hace 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. Así mismo, no se han llevado a cabo pesquisas para conocer el impacto de la epidemia al interior de los pueblos indios.
5. 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 respecto al cuerpo, la sexualidad, la epidemia, sus riesgos, la prevención y por ende, una baja percepción del riesgo.
- d) No hay diálogo intergeneracional sobre sexualidad, prevención de embarazos ni de 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. Esto implica para muchos la pérdida de sus lazos familiares, comunales y de pertenencia.
- 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 relacionamientos, incurriendo en comportamientos de mayor riesgo que probablemente no realizaron en su comunidad, lo que obviamente acrecienta su vulnerabilidad.
- g) Las relaciones sexuales entre varones son muy comunes en las comunidades de origen, particularmente durante la infancia y la pubertad, es igualmente común que estos relacionamientos se den con hombres mayores migrantes a zonas urbanas con altos índices de prevalencia, estos hombres y jóvenes no usan preservativo.
- h) La migración está siendo un camino para la introducción del virus a las comunidades.
- i) No existen suficientes servicios de salud y en los existentes hay graves deficiencias.

j) El estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA es muy fuerte, muchos son expulsados de su lugares de origen y/o abandonados.

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) Aún así 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.

6. Una vez más salta a la vista la enorme deuda social para 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.

¿Qué hacer?

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 el reto más importante será resolver los problemas estructurales que aquejan a los pueblos originarios y trabajar por 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 inciden o dificultan la prevención y nos permitan la elaboración de un diagnóstico sociocultural y a partir de ello, crear una estrategia epidemiológico-sociocultural para intervenir y tener éxito.

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 realmente 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. Promover nuevos liderazgos indígenas para la lucha contra la epidemia.

5. Implementar políticas públicas que nos permitan diseñar programas estratégicos de información, educación, acciones de prevención, vigilancia epidemiológica, monitoreo, atención oportuna y eficiente, entre otras, tendientes a mitigar y disminuir la incidencia en este grupo de la población específica.

6. 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 indígenas y entender el problema de la violencia y el VIH/SIDA no como un problema individual, sino como un problema de la comunidad en su conjunto.

7. Reconocer la participación directa de los propios actores ya que ninguna política podrá ser exitosa si para su diseño e implementación se les ignora.

Los pueblos y 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

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 así mismos.

Parafraseando a Fabián Betancourt, por su parte, los pueblos originarios requieren de información, orientación y capacitación con respecto a el VIH/SIDA, epidemia que antes no

existía entre ellos, así mismo 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.

También requieren de una atención específica por parte de las políticas públicas, nos dice Guillermo Núñez Noriega, pues “se trata de un 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 contra 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 y afrodescendientes. 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”.

Finalmente, como la vulnerabilidad frente la epidemia está directamente relacionada con la falta de respeto a los Derechos Humanos fundamentales, a su vez atravesados por condicionamientos de género y matrices culturales, sólo en la medida que sean reconocidas las necesidades podrán ser cambiadas y o reorientadas en beneficio de sus propios protagonistas para así construir políticas publicas de prevención, atención y mitigación del daño, pues en su contexto sociocultural se vislumbra la amenaza de una epidemia que podría ser más seria, complicada y comprometedora de lo que a primera vista aparece.

Bibliografía

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

CDI, www.cdi.gob.mx, 2006, Datos socioeconómicos y libro electrónico. Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indios, México.

CIEG, 2008, *En los dominios de la salud y la cultura*, Universidad de Chile, Chile.

FCI/Bolivia, *Pueblos Indígenas, ITS; VIH y SIDA*, 2008, La Paz, Bolivia.

Gómez Regalado, Amaranta, 2006, Proyecto de investigación “Rompiendo el silencio para la construcción de una estrategia nacional de pueblos indios y VIH/SIDA”, CENSIDA, México.

Núñez Noriega, Guillermo, 2008, “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.

OPS, 2003, Promoción de la salud sexual y prevención del VIH/SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Abana-Yala Kunarinaki.

Ponce Jiménez, Patricia, 2006, “Pueblos indios, sexualidades y género”, ponencia presentada en internacional Indigenous peoples’ satellite, Toronto Ontario, Canadá.

Ponce Jiménez, Patricia, 2007, “El impacto del VIH/SIDA al interior de los pueblos indios de México”, ponencia presentada en el Congreso Nacional sobre VIH/SIDA, México.