



CDI
COMISIÓN NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS



VERACRUZ
GOBIERNO DEL ESTADO

IVM
INSTITUTO VERACRUZANO
DE LAS MUJERES

INSTITUTO VERACRUZANO
DE LAS MUJERES

COMISIÓN NACIONAL
PARA EL DESARROLLO DE
LOS PUEBLOS INDÍGENAS, CDI

**LAS MUJERES INDÍGENAS:
VIH Y DERECHOS HUMANOS EN EL
ESTADO DE VERACRUZ
- SITUACIÓN ACTUAL -**

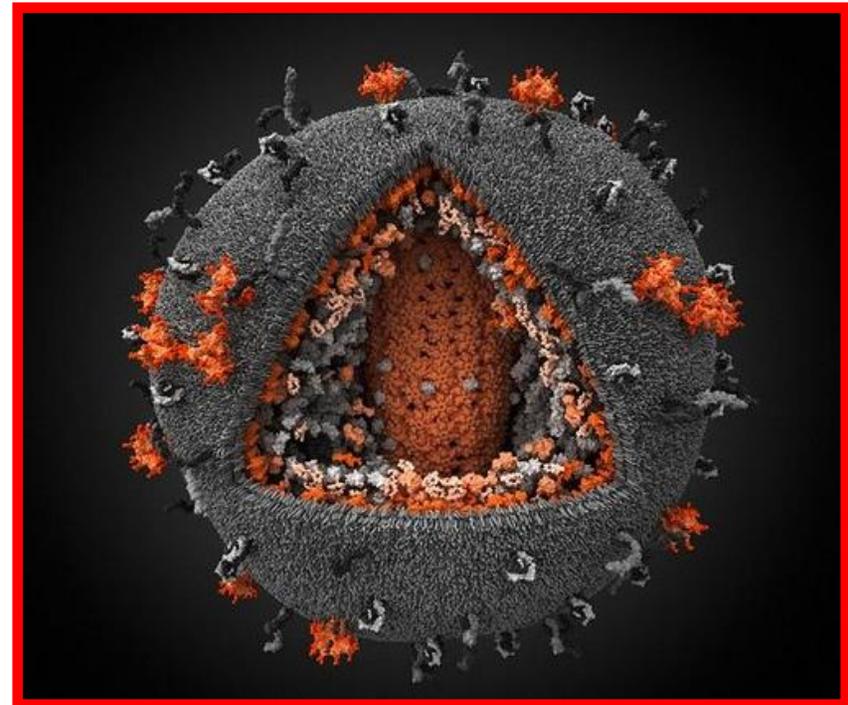


IMAGEN: VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

DIRECTORIO

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ

Javier Duarte de Ochoa

SECRETARÍA DE GOBIERNO

Gerardo Buganza Salmerón

INSTITUTO VERACRUZANO DE LAS MUJERES

Edda Arrez Rebolledo

Directora

COMISIÓN NACIONAL PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Nuvia Mayorga Delgado

Directora General

CDI DELEGACIÓN ESTATAL EN VERACRUZ

Iraís Maritza Morales Juárez

Delegada

Elaborado por: Guadalupe Rebolledo Guillaumin, Haceres A.C.

Derechos Reservados conforme a la Ley por: Instituto Veracruzano de las Mujeres. 2014
Av. Adolfo Ruiz Cortines No. 1618, Col. Francisco Ferrer Guardia, Xalapa, Ver., C.P. 91020
Tels.: (01-228) 8-17-07-89, 8-17-10-09
Ejemplar gratuito/ Prohibida su venta,
Impreso en México

Contenido

Presentación.....	3
Introducción	5
Reconocimiento de Derechos	6
Acceso al derecho a la salud de.....	10
las mujeres de los pueblos originarios.....	10
en relación con el VIH y el SIDA	10
Acceso de las mujeres de los pueblos originarios al derecho a no ser discriminadas	41
Acceso de las mujeres indígenas al derecho a una vida libre de violencia.....	44
Conclusiones y recomendaciones.....	46
Sitios consultados.....	48
Anexo 1. Resultados de las entrevistas.....	49
Anexo 2.....	63
Anexo 3:.....	64

Presentación

El presente reporte es una reflexión sobre la vulnerabilidad de las mujeres de los pueblos originarios de Veracruz frente a la pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana, agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Este trabajo fue elaborado en el contexto de la **Coordinación para la Prevención y Atención de la Violencia contra las Mujeres con Enfoque Intercultural. Programa de Derechos Indígenas**. A través del Proyecto **Afrontando el VIH-SIDA en Poblaciones Indígenas a través de una Estrategia Multisectorial**. El diseño del proyecto estuvo a cargo del Instituto Veracruzano de las Mujeres, que lo presentó a la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, instancia que autorizó al IVM su ejecución y coordinación general. Las acciones del proyecto se orientaron hacia el siguiente objetivo general:

Crear competencias en las promotoras indígenas, personal de instituciones, personal docente y alumnado a favor de la prevención de la violencia y el VIH/SIDA con población indígena en las siguientes cabeceras municipales: Ixmiquilpan, Chicontepec, Tantoyuca, Zongolica y Tatahuicapan.

La estrategia multisectorial implicó la convocatoria e involucramiento de promotoras de comunidades indígenas que a lo largo de varios años han venido formándose en temas centrales en torno a su problemática: prevención de violencia hacia las mujeres y entre las y los jóvenes, que implica el conocimiento de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; autoestima y salud, etc. Asimismo fueron convocados los Ayuntamientos, los sistemas DIF Municipales y las Instancias Municipales de las Mujeres; del sector educativo se invitó a docentes y alumnado de secundarias y bachilleratos.

Se realizaron dos jornadas de talleres en cada sede: la primera con promotoras y personal de salud y la segunda jornada con docentes y alumnado; con distintas técnicas por tratarse de participantes diferentes y con base en la metodología de la educación popular se abordaron los siguientes temas: salud sexual, violencia sexual, lo que es el VIH y el SIDA y su prevención a través del uso correcto del condón. En paralelo se realizó en cada sede una jornada de pruebas rápidas en VIH, con la colaboración de las distintas Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud.

Para promover la prevención sexual del VIH el proyecto contó con el financiamiento de carteles y de un cuadernillo temático titulado *Las mujeres de los pueblos originarios y los retos para prevenir el VIH*.

El enfoque de la reflexión que aquí se presenta parte de que todas las mujeres tendrían que gozar, como todo ser humano, de los derechos fundamentales que se vinculan con la pandemia del VIH-SIDA. Por lo que aquí se presentan las principales fuentes donde estos derechos son reconocidos y se revisa el acceso de las mujeres indígenas a su ejercicio como sujetos de derecho.

Introducción

En México, con cifras del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA), están registrados 172,254 casos de personas afectadas por la pandemia hasta el tercer trimestre de 2014. Veracruz sigue ocupando el tercer lugar en número de casos entre los estados de la República: 12,208 hombres, 3,329 mujeres, un total de 15,537 que representan el 9.0 % del total nacional. La mayor concentración de casos se encuentra entre los 20 y los 44 años.

En comparación con el resto de países, México presenta una epidemia concentrada, esto es, no está generalizada entre la población. En México afecta al 0.3% (proporción muy pequeña comparada con África). Entre la población afectada en México la mayoría son hombres que tienen sexo con hombres, y al existir hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y también con mujeres la epidemia llegó a las mujeres, entre quienes la epidemia se está extendiendo.

En el documento recientemente publicado en la página Web de CENSIDA *Mujeres y... el VIH y el SIDA en México* se constata el proceso de feminización de la pandemia: “Según estimaciones conjuntas realizadas por ONUSIDA-Censida, a finales del 2013 existían 170 mil adultos de 15 y más años de edad viviendo con VIH y SIDA, de las cuales 36,000 (es decir, el 21 por ciento) eran mujeres. Esto significa que uno de cada cinco adultos infectados es mujer. Dicha proporción ha crecido de manera sostenida en los últimos años, ya que en 1990 las mujeres representaban únicamente el 13 por ciento de las infecciones. En el año 2013, 2 mil mujeres adquirieron el VIH en México, lo que representa el 22 por ciento de las nuevas infecciones. Es por ello que el número de mujeres adultas que viven con VIH se ha incrementado más de seis veces, al crecer de 6 mil a 37 mil mujeres durante el periodo 1990-2013.”

Este mismo documento más adelante plantea un dato a tomar en cuenta respecto a la mortalidad de las mujeres afectadas: “El acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral contra el VIH y el SIDA logrado en el año 2003, no ha conseguido disminuir la mortalidad en la forma deseable. Sin embargo, se puede observar un crecimiento continuo de la tasa de mortalidad en mujeres.”

Sobre las tendencias del impacto entre los sexos se afirma: “Aunque México tiene una epidemia caracterizada por la transmisión sexual del VIH entre hombres, existen algunas zonas del país en donde la epidemia es más heterosexual. Las cinco entidades con mayor proporción de casos de VIH y SIDA en mujeres son: Chiapas, Guerrero, Veracruz, Oaxaca y Tabasco con al menos una tercera parte de los casos reportados en mujeres.” Esta característica se refleja claramente en el apartado 3 del presente documento donde se anota la relación hombre/mujer en cada jurisdicción sanitaria de nuestro estado.

Reconocimiento de Derechos

El reconocimiento de derechos es la base para su exigibilidad, y al reconocerse tendrían que concretarse en el diseño de políticas públicas y asignaciones presupuestales dirigidas a generar condiciones para el acceso a los derechos reconocidos. En este apartado se presenta un extracto de los principales mandatos jurídicos vinculados al desafío de enfrentar la epidemia del VIH en nuestro estado y, en específico, en la realidad de las mujeres de los pueblos originarios de Veracruz.

➡ A la Salud

En la Declaración Mundial de la Salud, adoptada con la participación de México en la 51ª Asamblea Mundial de la Salud convocada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se reconoció que el grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano y reafirma la dignidad y el valor de cada persona, así como la igualdad de derechos y de deberes y como la responsabilidad compartida; sobre todo compromete a los Estados firmantes a reducir las desigualdades sociales y económicas para mejorar la salud de toda la población.

En la legislación mexicana, en el Capítulo Único de la Ley General de Salud se mandata:

Artículo 1o.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Art. 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 1o. Bis.- Se entiende por salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (...)

Artículo 3o.- En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: (...)

XV Bis. El Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.

En lo local, la Ley para Enfrentar la Epidemia del VIH-SIDA en el Estado de Veracruz¹ mandata en su Capítulo I:

¹ primera en el estado promovida como Iniciativa Popular, con la firma y copia de la credencial de elector de veinticinco mil ciudadanas y ciudadanos veracruzanos presentada al congreso por iniciativa del Grupo Multisectorial en VIH/SIDA de Veracruz

Artículo 1. Las disposiciones de esta Ley son de interés público e interés social, de observancia obligatoria y tiene por objeto:

- I. Promover el conocimiento del VIH-SIDA y la prevención de su contagio.
- II. Establecer las bases y procedimientos para prevenir la epidemia y promover la investigación científica para erradicar la infección por VIH.
- III. Asegurar los servicios de salud necesarios para el tratamiento de los enfermos de VIH-SIDA.
- IV. Reducir los daños motivados por el VIH-SIDA
- V. Prohibir todo tipo de discriminación hacia los enfermos y familiares

Asimismo, esta ley contempla en su Artículo 6. que en el presupuesto anual de egresos del gobierno del Estado se asignarán partidas suficientes para apoyar la investigación científica sobre el tema; contar con los medicamentos antirretrovirales suficientes para la cobertura universal de las personas con VIH o con SIDA y para sufragar los programas establecidos para cumplir con los objetivos de esta Ley.

Por los raquíticos avances en materia de desarrollo en países como México, en el 2000 la Organización de las Naciones Unidas convocó a la Cumbre del Milenio que se integró por representantes de 189 gobiernos, cuyo producto fue el compromiso de tomar acciones para alcanzar ocho objetivos con indicadores concretos para dar respuesta a la realidad mundial. De estos objetivos, tres se relacionan con la condición de las mujeres de los pueblos originarios frente al VIH.

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. En este objetivo se plantean los siguientes indicadores sobre el VIH/SIDA:

- ✓ Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años
- ✓ Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo
- ✓ Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA
- ✓ Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años

- ✓ Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales

➡ **A no ser discriminadas**

En la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada en 1979 por la Asamblea General de la ONU (CEDAW por sus siglas en inglés), se define a la discriminación contra la mujer como “...toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad entre el hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”

En esta convención los países firmantes –entre los que se encuentra México- tomaron entre otros, acuerdos que se relacionan con las condiciones que propician la discriminación de las mujeres indígenas:

- ✓ Educación igualitaria, tercer acuerdo
- ✓ Empleo: igualdad de oportunidades y percepciones, cuarto acuerdo.
- ✓ En la Salud crear condiciones para igualdad en el acceso, quinto acuerdo
- ✓ Económico: acceso al crédito y prestaciones familiares, sexto acuerdo
- ✓ A las mujeres del campo derecho a participar el planes de desarrollo, séptimo acuerdo
- ✓ Capacidad jurídica para firmar contratos, administrar bienes, octavo acuerdo

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, con base en las reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 10 de Junio de 2011, se plantea en su Artículo 1º:

“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”

En la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, se plantea en su Artículo 4º La discriminación: toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas.

➡ **A una vida libre de Violencia**

El derecho a una vida libre de violencia es otro derecho reconocido que se vincula con la transmisión del VIH/ SIDA.

En la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994, Belem do Para), se reconoce por parte de los países firmantes que la violencia hacia las mujeres constituye una violación a sus derechos humanos y que como fenómeno social frena el desarrollo de los pueblos. A partir de esta Convención se logró hasta 2007 que estos acuerdos se concretaran en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se plantea que cada estado de la República tendría que elaborar la propia.

En 2008, se aprueba en el Congreso Veracruzano –no sin resistencias por parte de legisladores varones de todos los partidos- la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz, que en su Capítulo 1. De los Tipos de Violencia, define:

III. La violencia sexual: Acto que degrada o daña el cuerpo y/o la sexualidad de la víctima, que atenta contra su libertad, dignidad e integridad, como una expresión de abuso de poder que implica la supremacía sobre la mujer, al denigrarla o concebirla como objeto (...).

Acceso al derecho a la salud de las mujeres de los pueblos originarios en relación con el VIH y el SIDA

Para la Organización Mundial de la Salud: “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.”

En México se han realizado avances sustanciales para la atención de la pandemia.

- ✓ Desde 1986 en México quedó prohibida la venta de sangre y en el sector salud toda la sangre que se recibe por donación para transfundirla a una persona enferma se analiza para asegurarse que no contiene el VIH.
- ✓ En todos los servicios públicos de salud ya es una regla el ofrecer el análisis de VIH a las mujeres que llegan para ser atendidas en su proceso de embarazo. A las mujeres cuyos resultados indican que son portadoras y a las que ya han desarrollado SIDA, además de administrarles medicamentos antirretrovirales a lo largo de la gestación, les hacen cesárea cuidando que el bebé no entre en contacto con los fluidos y sangre de la madre y desde recién nacidos se les brinda leche de fórmula para protegerlos de la transmisión a través de la leche materna.
- ✓ Desde 2003, con recursos federales, fue establecida la cobertura universal de antirretrovirales para las personas afectadas por la pandemia, lo cual además de elevar la esperanza y la calidad de vida, incide favorablemente en la prevención, ya que baja la carga viral de las personas atendidas con medicamentos antirretrovirales, lo que reduce la potencialidad de la transmisión. Para la Secretaría de Salud el costo promedio por persona atendida asciende a \$44,997 pesos.
- ✓ En todos los estados de la República las personas afectadas que son derechohabientes del IMSS, el ISSSTE, la Marina, el Ejército, reciben en estas instituciones tratamiento especializado. Y para quien no cuenta con prestaciones sociales -la gran mayoría de la población- se han ido instalando Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e

Infecciones de Transmisión Sexual: los CAPASITS, de la Secretaría de Salud, centros cuya función central es brindar atención integral, con calidad y calidez, lo que implica que exista personal médico y de enfermería con varias especialidades como odontología, pediatría, epidemiología, psicología, epidemiología, donde se les dota de los medicamentos antirretrovirales, que en la actualidad son controlados por CENSIDA y se envían personalizados, de acuerdo a los resultados de los análisis de cada paciente y conforme a una guía de manejo de antirretrovirales que se actualiza conforme los nuevos hallazgos. Asimismo, se busca que su personal esté sensibilizado para evitar tratos discriminatorios hacia los usuarios y usuarias de estos servicios.

- ✓ Sobre la transmisión sexual el sector salud tiene la obligación de difundir información del VIH y promover la prevención, con campañas focalizadas hacia los distintos grupos poblacionales, así como distribuir gratuitamente condones masculinos en los Hospitales y en los Centros de Salud.
- ✓ Desde la Secretaría de Educación recientemente se han emprendido acciones para brindar al alumnado de nivel medio superior información sobre el VIH y los textos de primaria ya incluyen información sobre el tema.
- ✓ El Instituto Veracruzano de las Mujeres gestionó recursos para la traducción a lenguas indígenas de la Ley para enfrentar la Epidemia del VIH-SIDA del estado de Veracruz.
- ✓ Se han formado en todos los estados organizaciones de personas con VIH y con SIDA y organizaciones de ciudadanía no necesariamente afectada por la epidemia que trabajan para defender los Derechos Humanos de las y los portadores y generar grupos de auto apoyo y, en algunas experiencias, para entablar interlocución con las autoridades de salud con el objetivo de incidir en la calidad y expansión de los servicios y, en general, en las políticas públicas emprendidas para enfrentar a la epidemia. En nuestro estado existen experiencias, como la del Grupo Multisectorial en VIH/Sida de Veracruz, Si a la Vida, A.C., el Colectivo Feminista Cihuatlahtolli, A.C. y Tendremos Alas entre otros, que entre sus actividades se encuentra la realización de jornadas de pruebas rápidas de VIH en espacios públicos, acción que es considerada por la Organización de las Naciones Unidas como una estrategia efectiva para enfrentar la pandemia, pues permite detecciones tempranas de portadoras y portadores de VIH (la mayoría de las personas llegan a atenderse cuando ya han desarrollado el SIDA) y acercan información adecuada sobre las características de este problema de salud.

Para analizar el acceso real de las mujeres de los pueblos originarios a su derecho a la salud en torno al VIH-SIDA, retomamos el siguiente planteamiento de CENSIDA:

“Las condiciones estructurales de desigualdad social propician una mayor vulnerabilidad en las mujeres, la cual es de tipo biológico, epidemiológico, social y cultural.

- ✓ Biológico, se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre. La transmisión del hombre a la mujer es más probable, puesto que durante el coito vaginal el área superficial del aparato genital femenino expuesta a las secreciones sexuales del compañero es más grande que la del hombre. Además, la concentración de VIH generalmente es más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer.”

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos, en su folleto Las Mujeres, el VIH, el SIDA y los Derechos Humanos abunda en estos factores de vulnerabilidad:

- ✓ “Epidemiológico: En la mayoría de los casos sus parejas sexuales son de mayor edad y han tenido más parejas sexuales.” A esto aquí añadimos que existe permisividad social y cultural para que los hombres tengan relaciones sexuales en paralelo a su relación de pareja establecida. Asimismo, existe en Veracruz –como han expuesto investigaciones sobre el tema- bisexualidad no asumida de los varones, que se practica generalmente en estado de alcoholización y que muchas veces implica relaciones coitales sin condón.
- ✓ “Social: Los patrones de poder y de dominio de los hombres hacia las mujeres en lo económico, lo familiar, la participación social y política, entre otros, limitan la posibilidad de que las mujeres gocen de poder para la toma de decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y su salud. Un ejemplo de esto son las dificultades que experimentan las mujeres para negociar el uso del condón con sus parejas. Estos patrones sociales también limitan a las mujeres en el conocimiento y ejercicio de sus derechos.
- ✓ Cultural. Ciertas concepciones sobre el amor, el romanticismo y la fidelidad dan pie a prácticas de riesgo sobre la base de falsas seguridades. Por ejemplo, la idea de que tener una pareja estable es garantía de que no se va adquirir la infección por el VIH.

Estas condiciones de vulnerabilidad se convierten en factores de riesgo para la infección por VIH y las violaciones a los derechos humanos relacionados con la infección.”

Si valoramos la condición económica de las mujeres indígenas, partiendo de los datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010 integrado por la CDI, de los 51 Municipios con población perteneciente mayoritariamente a un pueblo originario: 30 (el 58.8%) se encuentran en condición de muy alta marginalidad, 16 (el 31.3%) de marginalidad alta y solo 5 (el 16.2%) están en la condición de marginalidad media. Estos datos dan cuenta de escasos ingresos, bajas tasas de educación y carencias importantes para la atención de la salud, e indica que la condición de desarrollo humano de la población de todos estos municipios está lejos de los mínimos indispensables para la vida digna y las mujeres, por ser quienes menos posesiones detentan en las familias, quienes tienen los trabajos peor retribuidos, quienes al separarse de sus parejas se quedan a cargo de sus hijas/os, son las más pobres entre los pobres.

Frente a la pobreza y la pobreza extrema los anteriores Gobiernos Federales implementaron el Seguro Popular –que es el mecanismo al que ingresan las personas afectadas por la pandemia atendidas en la Secretaría de Salud-; el Programa Oportunidades, denominado Progresar por el Gobierno actual, que emprendió también la Cruzada contra el Hambre. Sin embargo no ha habido un avance cualitativo para lograr la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, que es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio con los que el Estado Mexicano está comprometido. Entre otros factores por la ausencia de políticas públicas dirigidas a “Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes, además rechazando rotundamente el trabajo infantil”, que es uno de los indicadores de avance hacia este Objetivo del Milenio. Actualmente, son mínimos los recursos destinados a impulsar capacitación para el trabajo y/o apoyos para proyectos productivos para las mujeres indígenas.

La concurrencia de la Federación y el Gobierno Estatal, mandatada en la Ley General de Salud, no se concreta en la asignación de recursos por parte del Congreso Veracruzano para la realización de todas las acciones necesarias para enfrentar en forma contundente la epidemia. El Gobierno del Estado participa con la infraestructura y las percepciones del personal dedicado al control y atención de la pandemia, pero no destina los recursos suficientes para afrontar los gastos para las enfermedades oportunistas ni tiene en su presupuesto recursos que permitan campañas de prevención focalizadas hacia los distintos grupos poblacionales, como se establece en la Ley para enfrentar la Epidemia del VIH-SIDA para el estado de Veracruz.

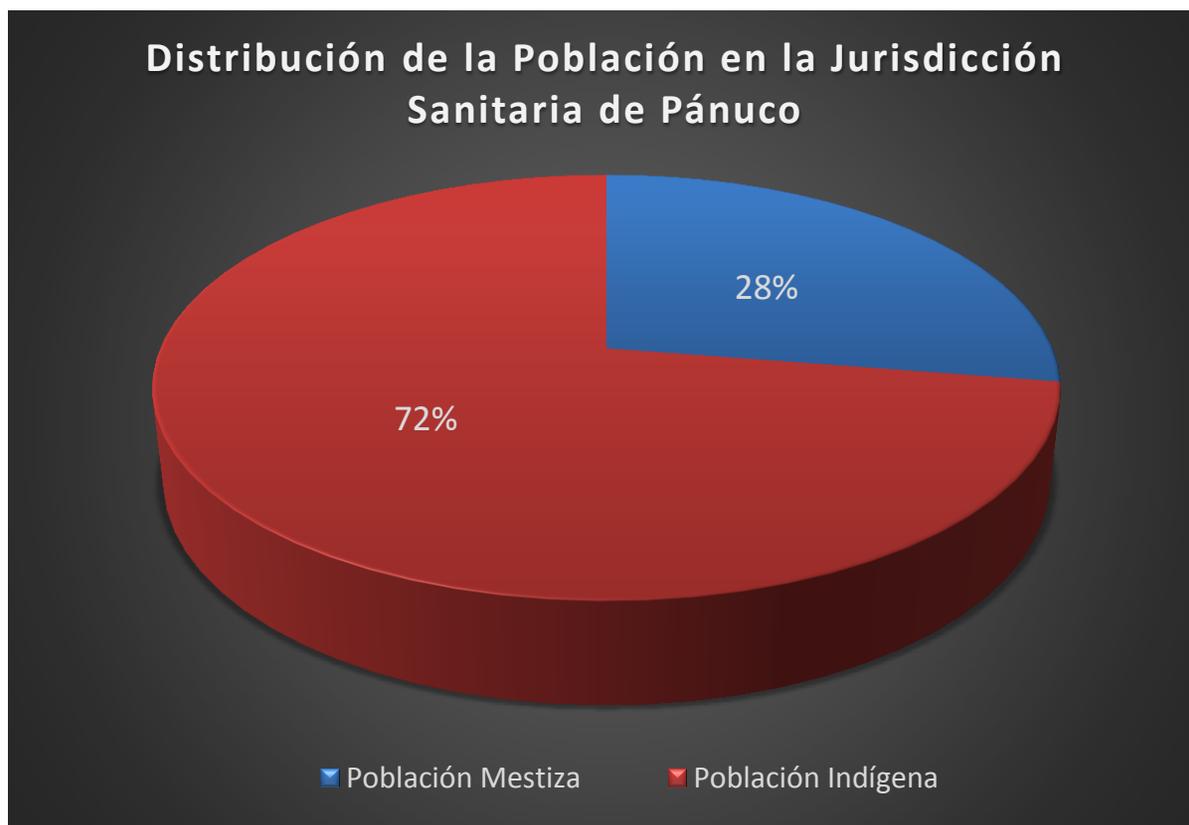
En la Secretaría de Salud se han diseñado -en coordinación con el Grupo Multisectorial- campañas de prevención televisivas y radiales, dirigidas a jóvenes de zonas urbanas, difundidas solo en el tiempo oficial durante la “veda electoral”, esto es, cuando la

legislación electoral prohíbe al Gobierno promocionar sus acciones. No se invierte en la prevención más allá de la adquisición de condones masculinos, que se exhiben en los Centros de Salud, para quien quiera los pueda tomar en forma gratuita. No hay acciones específicas sobre el uso correcto del condón, que es el único recurso eficiente para evitar la transmisión.

La epidemia del VIH/SIDA se ha ido transformando de un problema urbano a un problema de las comunidades campesinas e indígenas, y de un problema de hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras/es del sexo comercial, en un problema de amas de casa y mujeres embarazadas. Llegar a toda esta población implicaría el diseño de acciones contundentes para que la información sobre la epidemia llegue a todos los rincones del estado en la lengua de los hablantes de cada región y con trabajo comunitario que promueva la reflexión sobre el riesgo de adquirir el VIH y la necesidad del uso correcto del condón. Todo esto forma parte de las causas por las que Veracruz permanece como tercer lugar en casos de VIH y SIDA.

Con la finalidad de contar con una aproximación de las personas de los pueblos originarios afectadas por la pandemia, se cruzó la información -brindada por el Programa de VIH-SIDA de la Secretaría de Salud- del número de mujeres y hombres afectados en cada municipio del estado hasta septiembre de 2014, datos que no desagregan la población mestiza y la indígena. A esta información se le añadió la información de la CDI sobre los municipios considerados como indígenas porque el 40% o más de su población pertenecen a un pueblo originario y aquellos municipios que tienen presencia de población indígena, así como su condición de marginalidad. Con base en estos datos se hizo una proyección del número probable de hombres y de mujeres de los pueblos indígenas portadores/as de VIH o que ya hayan desarrollado SIDA en cada Jurisdicción Sanitaria. Esto se aprecia en las gráficas y los cuadros que se exponen a continuación, donde se destacan en negritas los datos de los municipios que se incluyeron en la proyección:

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 1 de Pánuco



Población Total:	210,683
Población Indígena:	152,725
Población Mestiza	57,958

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 158

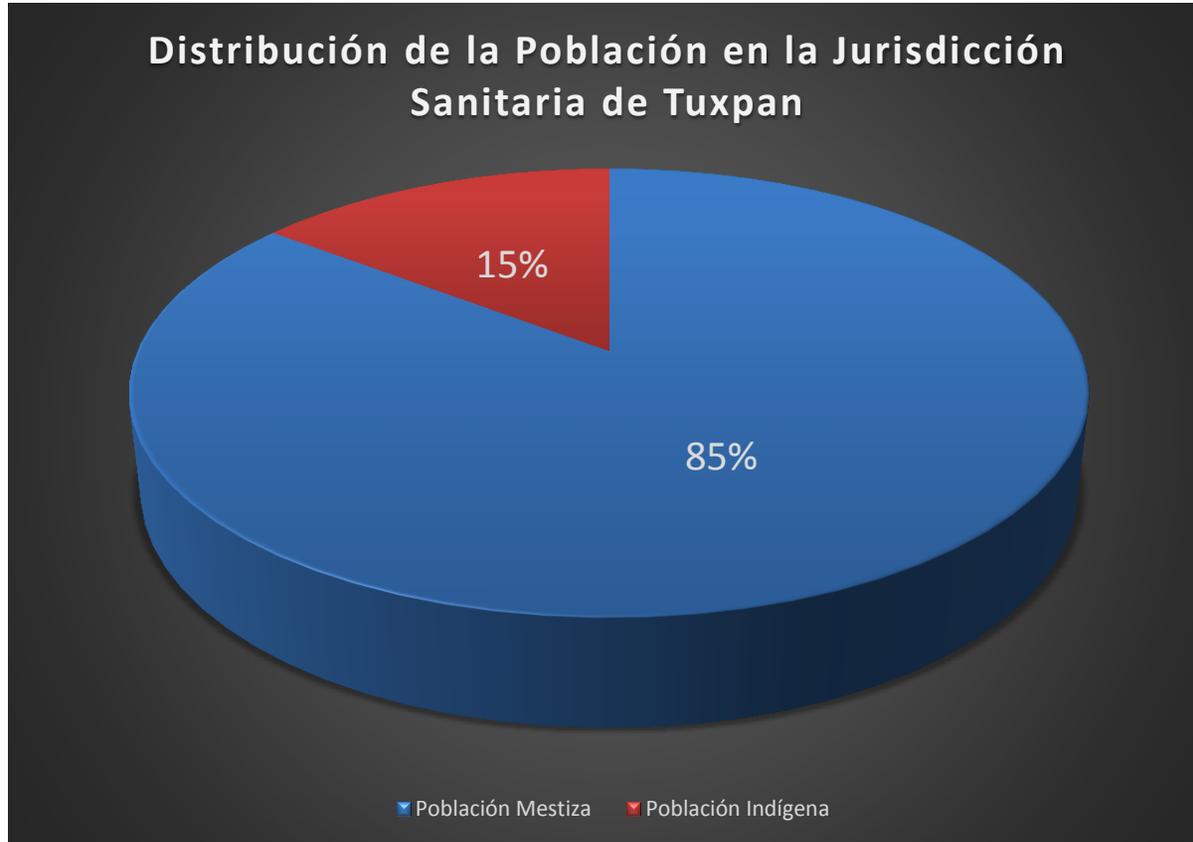
- Hombres: 115
- Mujeres: 43
- 3 Hombres por una mujer

Total de personas con VIH: 49

- Hombres: 29
- Mujeres: 20
- 1 Hombre por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Total de Población	Población Indígena
<i>Benito Juárez</i>	6	2	8	0	1	1	Alta	16,692	16,181
<i>Chalma</i>	3	1	4	0	0	0	Alta	12,626	6,801
<i>Chiconamel</i>	1	2	3	0	0	0	Muy alta	6,752	5,603
<i>Chicontepec</i>	24	9	33	4	1	5	Alta	54,982	48,937
<i>El Higo</i>	20	10	30	0	0	0	Medio	19,128	510
<i>Ozuluama</i>	8	0	8	1	2	3	Alto	23,276	691
<i>Pánuco</i>	25	11	36	9	10	19	Medio	97,290	3,524
<i>Platón Sánchez</i>	1	1	2	2	1	3	Media	17,888	8,291
<i>Pueblo Viejo</i>	28	15	43	8	7	15	Bajo	55,358	2,828
<i>Tampico Alto</i>	6	1	7	2	0	2	Medio	12,242	267
<i>Tantoyuca</i>	23	3	26	5	4	9	Alta	101,743	66,912
<i>Tempoal</i>	13	4	17	9	2	11	Alto	34,956	5,294
Total	158	59	217	40	28	68		210,683	152,725

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 2 Tuxpan



Población Total:	286,343
Población Indígena:	48,873
Población Mestiza	237,470

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 82

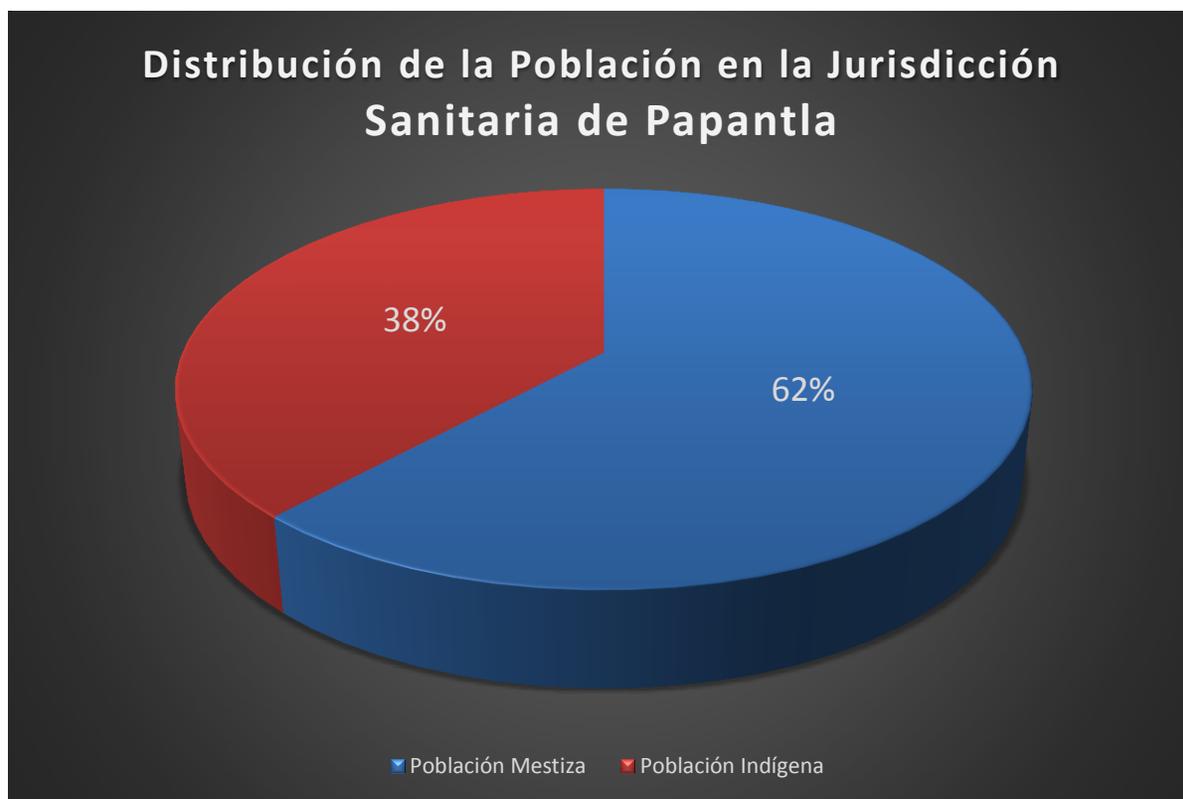
- Hombres: 63
- Mujeres: 19
- 3 Hombres por una mujer

Total de personas con VIH: 24

- Hombres: 14
- Mujeres: 10
- 1 Hombre por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Total Población	Población Indígena
<i>Amatlán de Tuxpan</i>	6	2	8	6	4	10			
<i>Cerro Azul</i>	36	11	47	6	3	9	Bajo	25,801	1,126
<i>Chinampa de Gorostiza</i>	10	4	14	1	1	2	Medio	15,286	2,439
<i>Chontla</i>	2	2	4	1	0	1	Alta	14,688	7,324
<i>Citlaltépetl</i>	4	0	4	0	0	0	Alta	11,081	4,436
<i>Ixcatepec</i>	6	2	8	2	1	3	Muy alta	12,713	10,356
<i>Tamalín</i>	15	4	19	4	3	7	Medio	11,211	2,163
<i>Tamiahua</i>	9	6	15	3	1	4	Medio	23,588	543
<i>Tancoco</i>	6	4	10	0	0	0	Medio	5,873	1,437
<i>Tantima</i>	5	0	5	0	0	0	Alto	12,814	1,699
<i>Temapache</i>	92	32	124	17	16	33	Media	104,499	20,232
<i>Tepetzintla</i>	20	8	28	3	2	5	Alta	13,949	4,795
<i>Tuxpan</i>	220	55	275	57	36	93	Baja	143362	6,525
Total	431	130	561	100	67	167		286,343	48,873

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 3 Poza Rica



Población Total:	728,935
Población Indígena:	278,096
Población Mestiza	450,839

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 439

- Hombres: 350
- Mujeres: 89
- 4 Hombres por una mujer

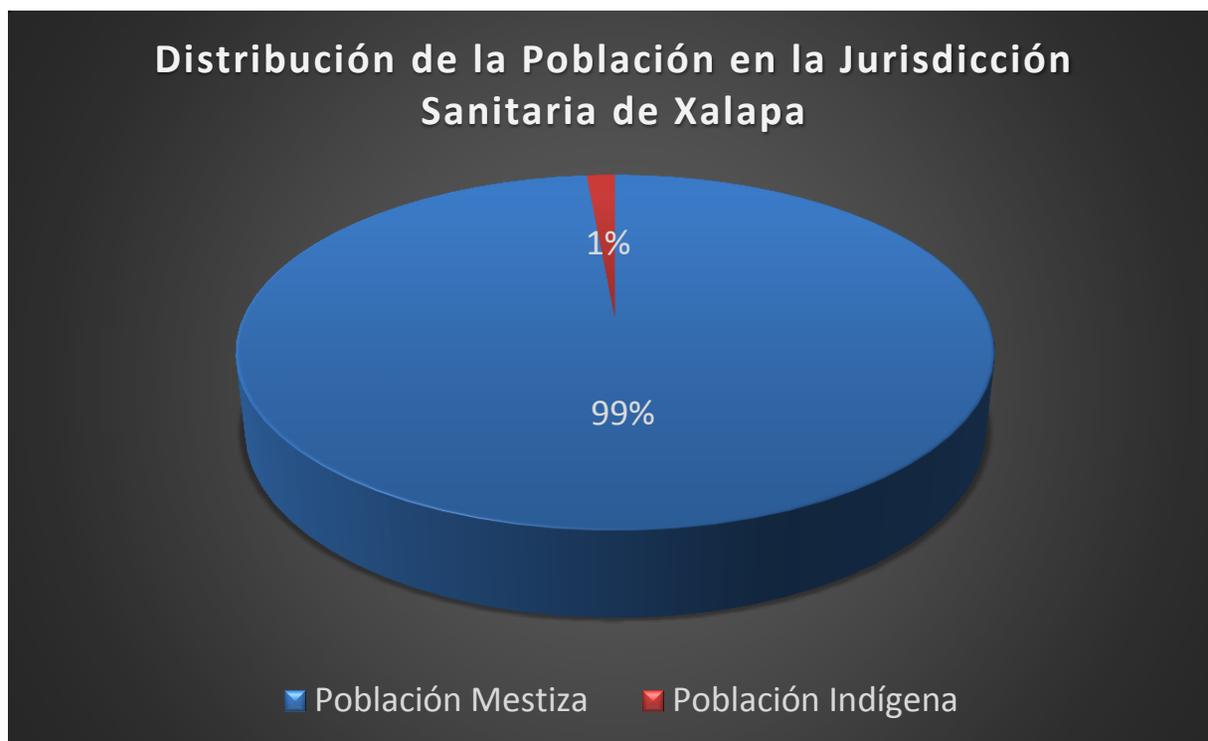
Total de personas con VIH: 180

- Hombres: 113
- Mujeres: 67
- 2 Hombres por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Total Población	Población Indígena
Castillo de Teayo	11	4	15	4	1	5	Alto	18,663	4,480
Cazones de Herrera	28	11	39	6	3	9	Alto	23,483	7,339
Chumatlán	1	0	1	0	0	0	Muy alto	3,889	3,889
Coahuatlán	7	2	9	0	0	0	Muy alto	7,810	5,490
Coatzintla	65	13	78	21	16	37	Bajo	48,351	7,344
Coxquihui	12	2	14	0	3	3	Muy alto	15,492	12,695
Coyutla	8	3	11	4	4	8	Alto	21,822	17,822
Espinal	14	2	16	4	7	11	Alto	25,584	14,972
Filomeno Mata	3	2	5	0	1	1	Muy alto	16,418	16,392
Huayacocotla	5	0	5	0	1	1	Alto	20,765	1,776
Ilamatlán	1	1	2	0	0	0	Muy alto	13,575	12,705
Ixhuatlán de Madero	43	11	54	3	12	15	Muy alto	49,820	44,526
Mecatlán	3	1	4	0	0	0	Muy alto	11,808	11,738
Papantla de Olarte	183	40	223	71	38	109	Medio	158,599	65,537
Poza Rica de Hidalgo	442	100	542	149	66	215	Muy bajo	193,311	9,476
Texcatepec	0	0	0	0	0	0	Muy alto	10,627	8,799
Tehuacán	73	37	110	26	19	45	Medio	89,774	7,363
Tlachichilco	6	2	8	2	1	3	Muy alto	11,272	7,084
Zacualpan	3	0	3	0	0	0	Muy alto	6,784	192

Zontecomatlán	4	0	4	3	4	7	Muy alto	13,866	12,417
Zozocolco de H.	4	1	5	3	0	3	Muy alto	13,434	12,508
Total	916	232	1,148	296	176	472		728,935	278,096

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 5 de Xalapa



Población Total:	457,928
Población Indígena:	6,629
Población Mestiza	451,299

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 18

- Hombres: 14
- Mujeres: 4
- 4 Hombres por una mujer

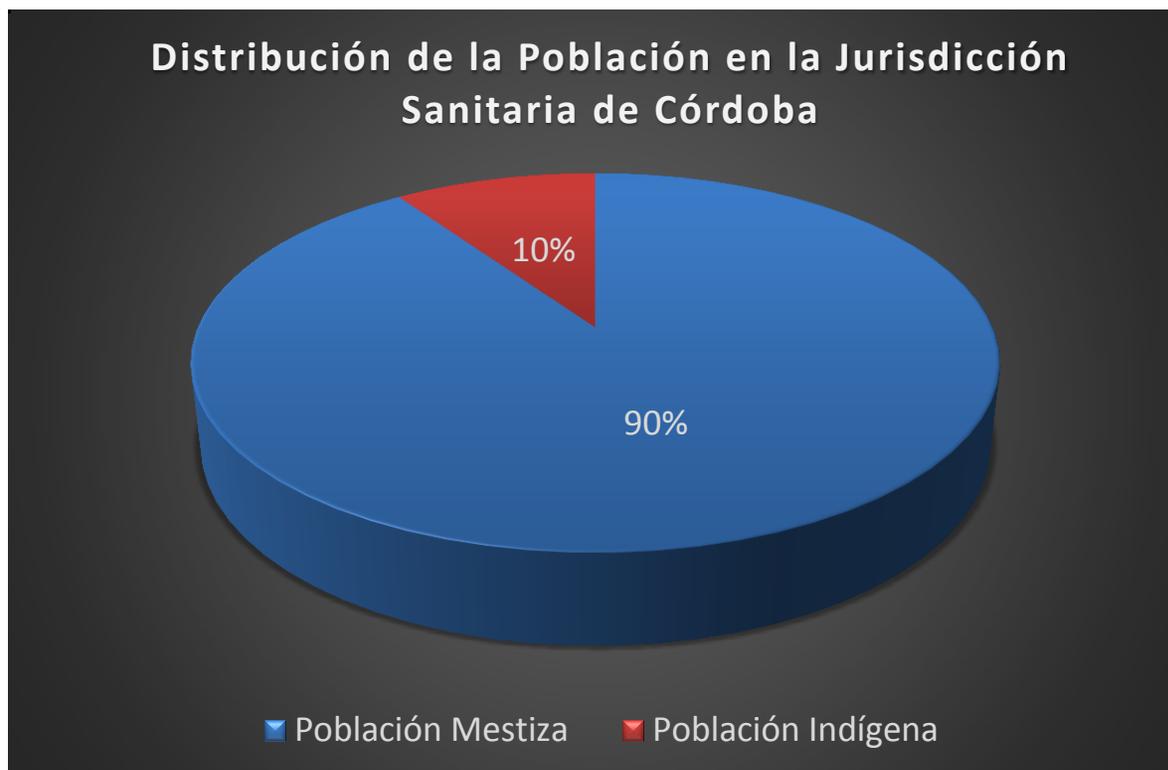
Total de personas con VIH: 10

- Hombres: 7
- Mujeres: 3
- 2 Hombres por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Total Población	Población indígena
<i>Acajete</i>	2	0	2	0	1	1	Medio	8,223	35
<i>Acatlán</i>	3	1	4	3	2	5	Medio	3,085	16
<i>Actopan</i>	22	11	33	9	8	17	Medio	40,994	241
<i>Alto Lucero</i>	19	6	25	5	11	16	Medio	28,017	77
<i>Altotonga</i>	9	4	13	2	2	4	Alto	60,396	2,893
<i>Apazapan</i>	4	1	5	0	0	0	Medio	4,027	16
<i>Ayahualulco</i>	2	0	2	0	1	1	Muy alto	25,456	96
<i>Banderilla</i>	20	7	27	13	8	21	Muy bajo	21,546	269
<i>Chiconquiaco</i>	0	0	0	1	0	1	Muy alto	13,190	166
<i>Coacoatzintla</i>	2	3	5	2	0	2	Medio	9,416	46
<i>Coatepec</i>	63	20	83	35	15	50	Bajo	86,696	504
<i>Cosautlán de C.</i>	4	0	4	0	0	0	Alto	15,668	57
<i>Emiliano Zapata</i>	50	22	72	20	11	31	Bajo	61,718	574
<i>Ixhuacán los Reyes</i>	4	1	5	1	1	2	Alto	10,724	125
<i>Jalcomulco</i>	3	1	4	0	0	0	Alto	4,940	38
<i>Jilotepec</i>	9	1	10	4	0	4	Medio	15,313	159
<i>Landero y Coss</i>	1	0	1	0	0	0	Medio	1,546	48
<i>Las Minas</i>	0	0	0	1	0	1	Muy alto	2,897	41
<i>Las Vigas de Rmz.</i>	0	1	1	3	1	4	Medio	17,958	39
<i>Miahuatlán</i>	5	3	8	3	2	5	Medio	41,387	1,484

Naolinco de Victoria	10	4	14	1	3	4	Medio	20,255	102
Perote	36	10	46	8	5	13	Medio	68,982	630
Rafael Lucio	2	0	2	1	0	1	Medio	7,023	35
Tatatila	2	0	2	1	0	1	Muy alto	5,584	11
Teocelo	16	1	17	5	3	8	Medio	16,327	114
Tepetlán	5	0	5	0	1	1	Alto	9,004	16
Tlacolulan	0	0	0	1	0	1	Alto	10,299	78
Tlalnehuayocan	8	1	9	1	3	4	Medio	16,311	159
Tlaltetela	2	0	2	1	2	3	Alto	14,613	184
Tonayan	2	0	2	0	0	0	Alto	5,696	16
Villa Aldama	15	0	15	13	1	14	Medio	10,851	132
Xalapa	615	162	777	346	134	480	Muy bajo	457,928	6,629
Xico	18	3	21	10	2	12	Medio	35,188	220
Total	953	263	1,216	490	217	707		457,928	6,629

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 6 de Córdoba



Población Total:	251,269
Población Indígena:	24,241
Población Mestiza	227,028

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 86

- Hombres: 67
- Mujeres: 19
- 4 Hombres por una mujer

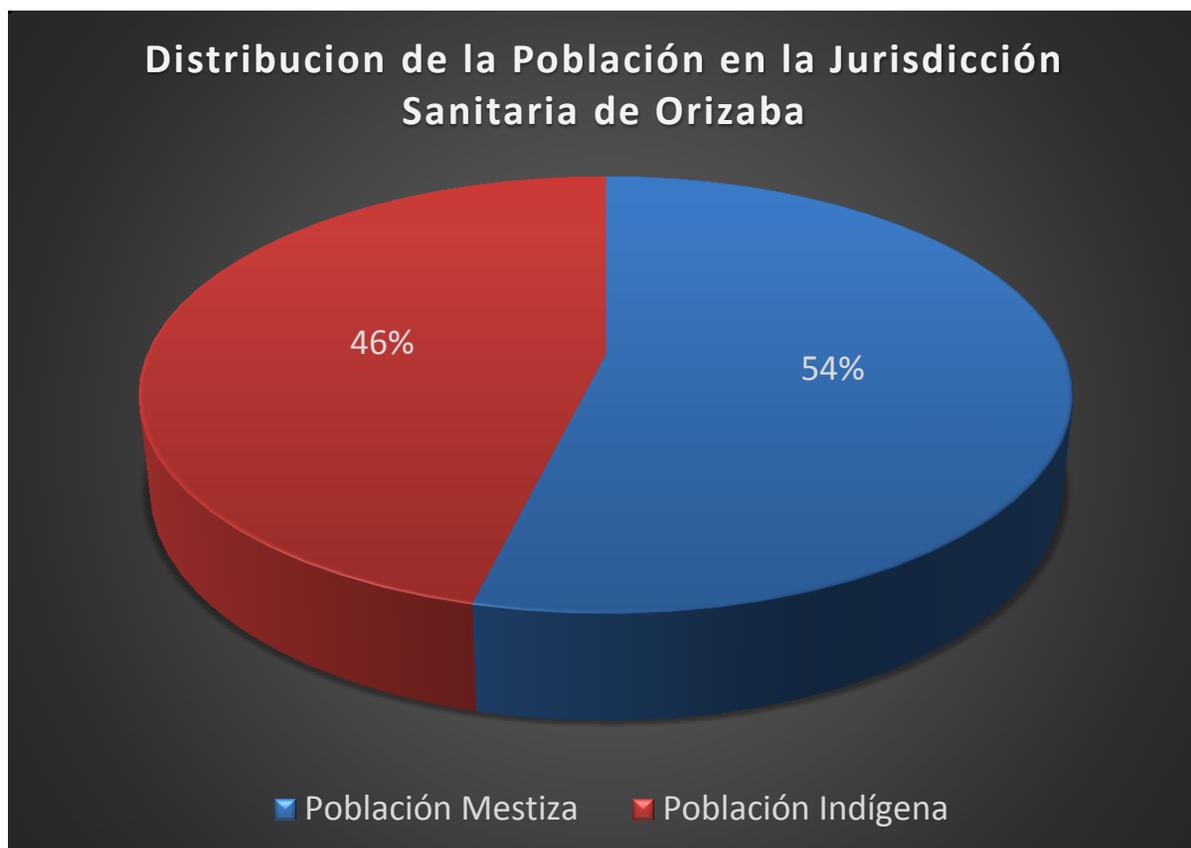
Total de personas con VIH: 44

- Hombres: 28
- Mujeres: 17
- 2 Hombres por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Total Población	Población Indígena
<i>Alpatláhuac</i>	2	0	2	1	1	2	Alto	9,691	69
<i>Amatlán de los Reyes</i>	42	8	50	21	10	31	Medio	42,268	1,737
<i>Atoyac</i>	12	8	20	8	2	10	Medio	22,986	272
<i>Calchahuaco</i>	2	0	2	2	1	3	Muy alto	12,929	402
<i>Carrillo Puerto (Tamarindo)</i>	4	5	9	3	2	5	Alto	16,313	74
<i>Chocamán</i>	7	4	11	3	4	7	Medio	18,601	258
Coetzala	0	0	0	1	0	1	Alto	2,144	956
<i>Comapa</i>	4	0	4	3	6	9	Alto	18,713	31
Córdoba	364	94	458	130	90	220	Muy bajo	196,541	7,552
<i>Coscomatepec</i>	14	5	19	9	8	17	Alto	52,510	313
<i>Cuichapa</i>	10	1	11	3	2	5	Medio	11,645	529
<i>Cuitláhuac</i>	26	12	38	14	4	18	Medio	26,265	514
<i>Fortín de los Flores</i>	60	9	69	26	9	35	Bajo	59,761	1,487
<i>Huatusco</i>	45	5	50	25	14	39	Medio	54,561	771
<i>Ixhuatlán del Café</i>	3	0	3	0	1	1	Alto	21,407	214
<i>Naranjal</i>	15	4	19	1	2	3	Alto	4,507	798
<i>Omealca</i>	5	6	11	5	2	7	Alto	22,561	1,893
<i>Paso del Macho</i>	17	5	22	2	1	3	Medio	29,165	140
<i>Sochiapa</i>	4	0	4	1	2	3	Alto	3,502	13
<i>Tenampa</i>	0	1	1	1	0	1	Alto	6,247	75

Tepatlaxco	3	0	3	1	1	2	Muy alto	8,249	73
Tezonapa	31	13	44	17	3	20	Alto	52,584	15,733
Tlacotepec de Mejía	1	2	3	1	0	1	Medio	3,965	16
Tomatlán	1	3	4	1	0	1	Medio	6,763	49
Totutla	10	4	14	2	1	3	Alto	16,403	112
Yanga	14	5	19	6	5	11	Medio	17,462	183
Zentla	2	4	6	0	0	0	Alto	12,379	50
Total	698	198	896	287	171	458		251,269	24,241

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 7 de Orizaba



Población Total:	430,804
Población Indígena:	198,836
Población Mestiza	231,968

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 372

- Hombres: 303
- Mujeres: 69
- 4 Hombres por una mujer

Total de personas con VIH: 159

- Hombres: 97
- Mujeres: 62
- 2 Hombres por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Total Población	Población Indígena
<i>Acultzingo</i>	8	1	9	1	0	1	Alto	20,973	5,498
<i>Aguila</i>	2	0	2	0	1	1	Muy alto	1,797	154
<i>Astacinga</i>	2	0	2	0	7	7	Muy alto	5995	5,961
<i>Atlahuilco</i>	0	0	0	0	0	0	Muy alto	9,824	9,745
<i>Atzacan</i>	11	1	12	7	0	7	Alto	20,063	336
<i>Camerino Z. Mendoza</i>	29	12	41	4	7	11	Bajo	41,778	10,286
<i>Huiloapan</i>	5	4	9	0	2	2	Medio	6,750	545
<i>Ixhuatlancillo</i>	24	10	34	11	4	15	Medio	21,150	7,383
<i>Ixtaczoquitlán</i>	53	17	70	20	16	36	Bajo	65,395	9,316
<i>La Perla</i>	4	1	5	1	0	1	Muy alto	23,648	145
<i>Los Reyes</i>	0	0	0	0	0	0	Muy alto	5,484	5,435
<i>Magdalena</i>	0	0	0	0	0	0	Alto	2,920	2,916
<i>Maltrata</i>	2	0	2	2	0	2	Medio	16,898	196
<i>Mariano Escobedo</i>	27	5	32	10	7	17	Medio	33,941	707
<i>Mixtla de Altamirano</i>	0	0	0	0	0	0	Muy alto	10,387	10,353
<i>Nogales</i>	43	11	54	20	8	28	Bajo	34,688	3,498
<i>Orizaba</i>	344	68	412	100	49	149	Muy bajo	120,995	5,589
<i>Rafael Delgado</i>	11	2	13	7	6	13	Medio	20,245	14,286
<i>Río Blanco</i>	79	16	95	21	24	45	Muy bajo	40,634	1,328

<i>San Andrés Tenejapan*</i>	0	0	0	0	0	0	Muy alto	2,715	2,646
<i>Soledad Atzompa</i>	1	0	1	2	2	4	Muy alto	21,380	21,103
<i>Tehuipango</i>	1	0	1	0	0	0	Muy alto	23,479	23,466
<i>Tequila</i>	2	0	2	0	0	0	Muy alto	14,648	14,294
<i>Texhuacan</i>	0	0	0	0	0	0	Muy alto	5,292	5,059
<i>Tlaquilpa</i>	1	0	1	1	0	1	Muy alto	7,151	7,096
<i>Tlilapan</i>	0	0	0	1	1	2	Medio	4,879	3,267
<i>Xoxocotla</i>	0	0	0	0	0	0	Muy alto	5,161	2,283
<i>Zongolica</i>	6	1	7	2	0	2	Muy alto	41,926	38,352
Total	655	149	804	210	134	344		430,804	198,836

*Sin casos de VIH o SIDA

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 8 de Veracruz



Población Total:	552,153
Población Indígena:	9,737
Población Mestiza	542,416

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 79

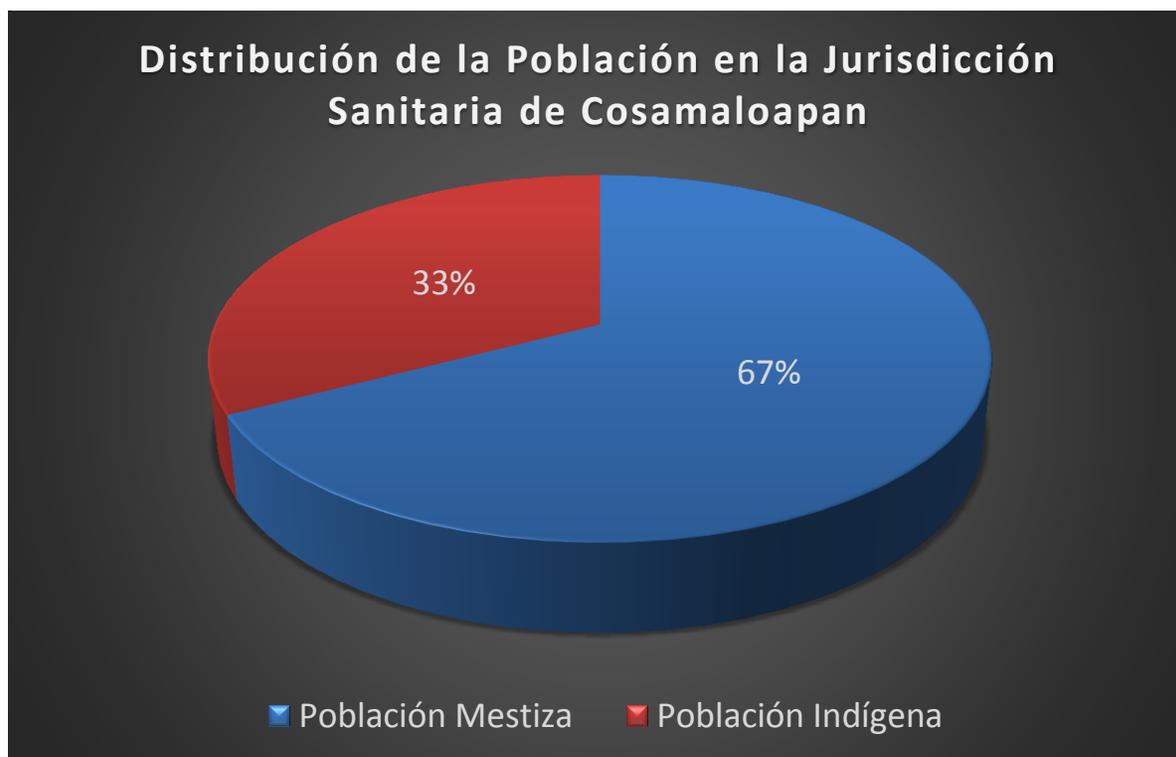
- Hombres: 62
- Mujeres: 17
- 4 Hombres por una mujer

Total de personas con VIH: 33

- Hombres: 21
- Mujeres: 12
- 2 Hombres por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Población Total	Población Indígena
<i>Alvarado</i>	61	21	82	18	10	28	Medio	51,955	477
<i>Boca del Río</i>	326	111	437	125	71	196	Muy bajo	138,058	2,227
<i>Cotaxtla</i>	15	2	17	5	7	12	Medio	19,710	102
<i>Ignacio de la Llave</i>	24	6	30	2	3	5	Alto	17,121	164
<i>Jamapa</i>	17	8	25	3	1	4	Medio	10,376	38
<i>La Antigua</i>	76	16	92	16	12	28	Bajo	25,500	182
<i>Manlio F. Altamirano</i>	29	3	32	7	4	11	Medio	22,585	143
<i>Medellín de Bravo</i>	75	36	111	45	31	76	Bajo	59,126	393
<i>Paso de Ovejas</i>	63	10	73	11	10	21	Medio	32,576	125
<i>Puente Nacional</i>	16	10	26	7	5	12	Medio	21,603	119
<i>Soledad de Doblado</i>	40	14	54	9	5	14	Medio	27,008	90
<i>Tlalixcoyan</i>	47	13	60	12	6	18	Medio	37,037	392
<i>Úrsulo Galván</i>	62	14	76	13	8	21	Bajo	29,005	179
Veracruz	2,665	692	3,357	922	470	1,392	Muy bajo	552,153	9,737
Total	3,516	956	4,472	1,195	643	1,838		552,153	9,737

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 9 de Cosamaloapan



Población Total:	98,488
Población Indígena:	2,227
Población Mestiza	66,261

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 308

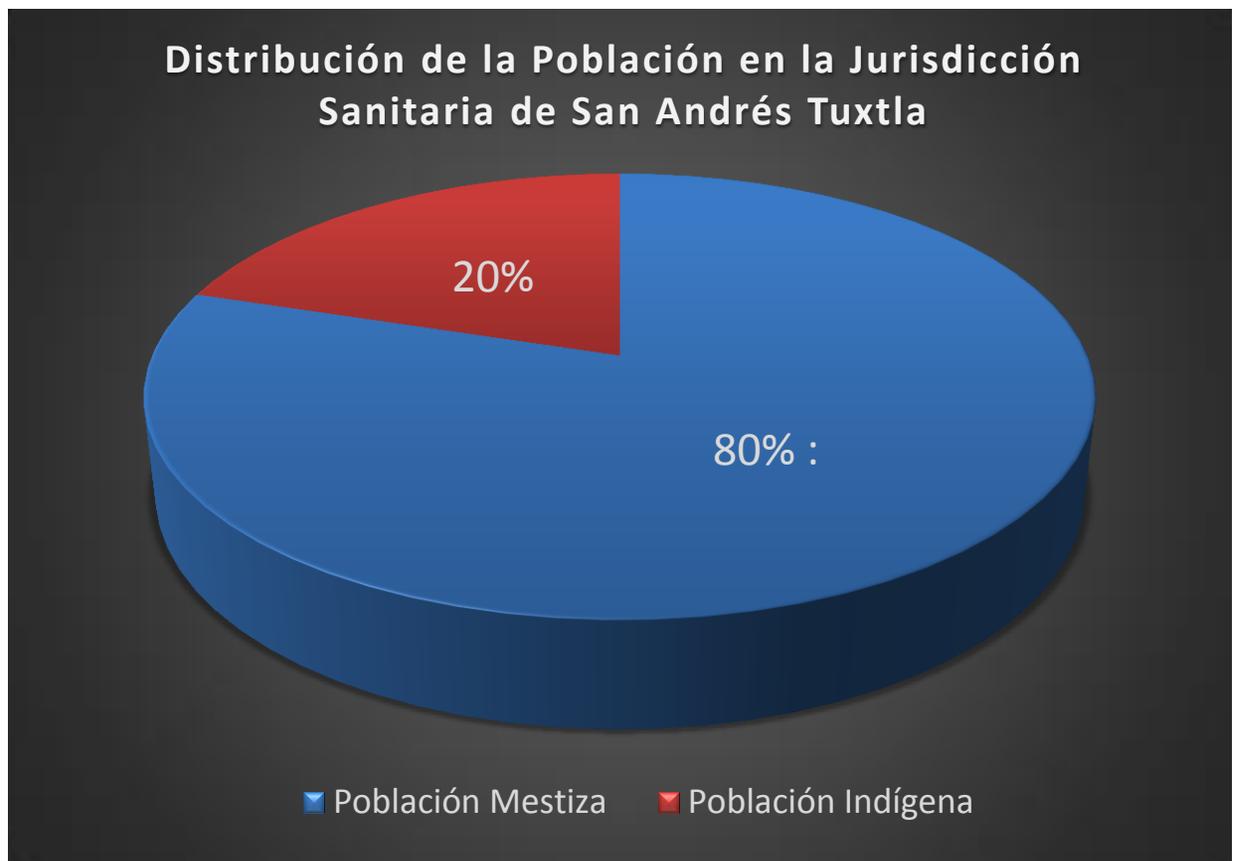
- Hombres: 231
- Mujeres: 77
- 3 Hombres por una mujer

Total de personas con VIH: 101

- Hombres: 58
- Mujeres: 43
- 1 Hombre por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Población Total	Población Indígena
<i>Acula</i>	4	0	4	0	1	1	Medio	5,129	18
<i>Amatitlán</i>	4	1	5	6	2	8	Medio	7,487	19
<i>Carlos A. Carrillo</i>	10	6	16	16	7	23	Bajo	22,907	103
<i>Chacaltianguis</i>	13	6	19	2	9	11	Medio	11,683	70
<i>Cosamaloapan</i>	230	82	312	42	40	82	Bajo	57,366	3,539
<i>Isla</i>	66	19	85	27	11	38	Medio	42,205	2,183
<i>Ixmatlahuacan</i>	4	2	6	1	0	1	Medio	5,727	48
<i>Jose Azueta</i>	10	6	16	2	5	7	Medio	23,999	744
<i>Juan Rodríguez Clara</i>	39	9	48	8	5	13	Medio	37,193	1,971
<i>Otatitlán</i>	6	5	11	2	1	3	Medio	5,250	234
<i>Playa Vicente</i>	40	9	49	9	8	17	Alto	40,984	17,831
<i>Santiago Sochiapan</i>	0	0	0	1	0	1	Muy alto	12409	9007
<i>Tierra Blanca</i>	131	34	165	36	30	66	Medio	94,087	3,640
<i>Tlacojalpan</i>	4	1	5	1	0	1	Medio	94,087	3,640
<i>Tlacotalpan</i>	68	22	90	9	2	11	Medio	13,284	93
<i>Tres Valles</i>	70	27	97	15	8	23	Medio	45,095	5,389
<i>Tuxtilla</i>	6	3	9	0	1	1	Medio	2,177	15
Total	705	232	937	177	130	307		98,488	32,227

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 10 de San Andrés Tuxtla



Población Total:	157,440
Población Indígena:	31,761
Población Mestiza	125,679

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 153

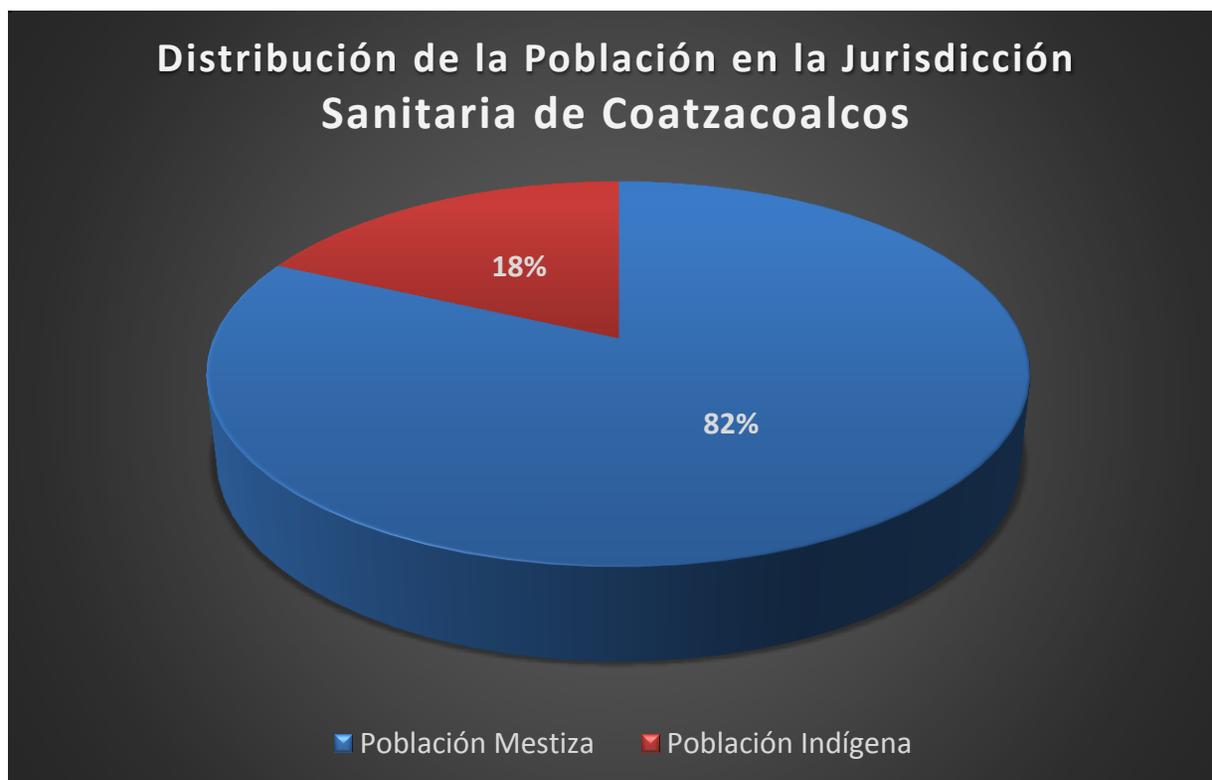
- Hombres: 122
- Mujeres: 31
- 4 Hombres por una mujer

Total de personas con VIH: 143

- Hombres: 92
- Mujeres: 51
- 2 Hombres por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Marginalidad	Población Total	Población indígena
<i>Acayucan</i>	103	26	129	96	40	136	Medio	83,817	7,642
<i>Ángel R. Cabada</i>	23	5	28	13	7	20	Medio	33,528	168
<i>Catemaco</i>	38	8	46	31	29	60	Medio	48,593	915
<i>Hueyapan Ocampo</i>	16	1	17	7	3	10	Alto	41,649	13,310
<i>Jesús Carranza</i>	17	1	18	6	1	7	Alto	27,080	2,619
<i>Lerdo de Tejada</i>	29	7	36	15	12	27	Bajo	20,141	81
<i>Oluta</i>	16	6	22	22	7	29	Medio	14,784	378
<i>Saltabarranca</i>	5	0	5	2	2	4	Medio	5,908	10
<i>San Andrés Tuxtla</i>	226	70	296	175	99	274	Medio	157,364	2,145
<i>San Juan Evangelista</i>	14	0	14	11	6	17	Alto	33,435	785
<i>Santiago Tuxtla</i>	49	10	59	21	17	38	Medio	56,427	495
<i>Sayula de Alemán</i>	41	11	52	34	18	52	Medio	31,974	10,809
<i>Soconusco</i>	13	4	17	13	5	18	Medio	14,395	485
<i>Texistepec</i>	12	3	15	8	7	15	Alto	20,199	1,239
Total	602	152	754	454	253	707		157,440	31,761

Distribución de la población en los Municipios considerados indígenas y con presencia indígena por la CDI respecto a la población mestiza
 Se presenta la proyección de la población indígena probablemente afectada por SIDA o por VIH atendida en la Jurisdicción Sanitaria # 11 de Coatzacoalcos



Población Total:	776,452
Población Indígena:	140,508
Población Mestiza	635,944

Proyección de las personas de los pueblos originarios probablemente afectadas en esta Jurisdicción:

Total de personas con SIDA: 419

- Hombres: 325
- Mujeres: 94
- 3 Hombres por una mujer

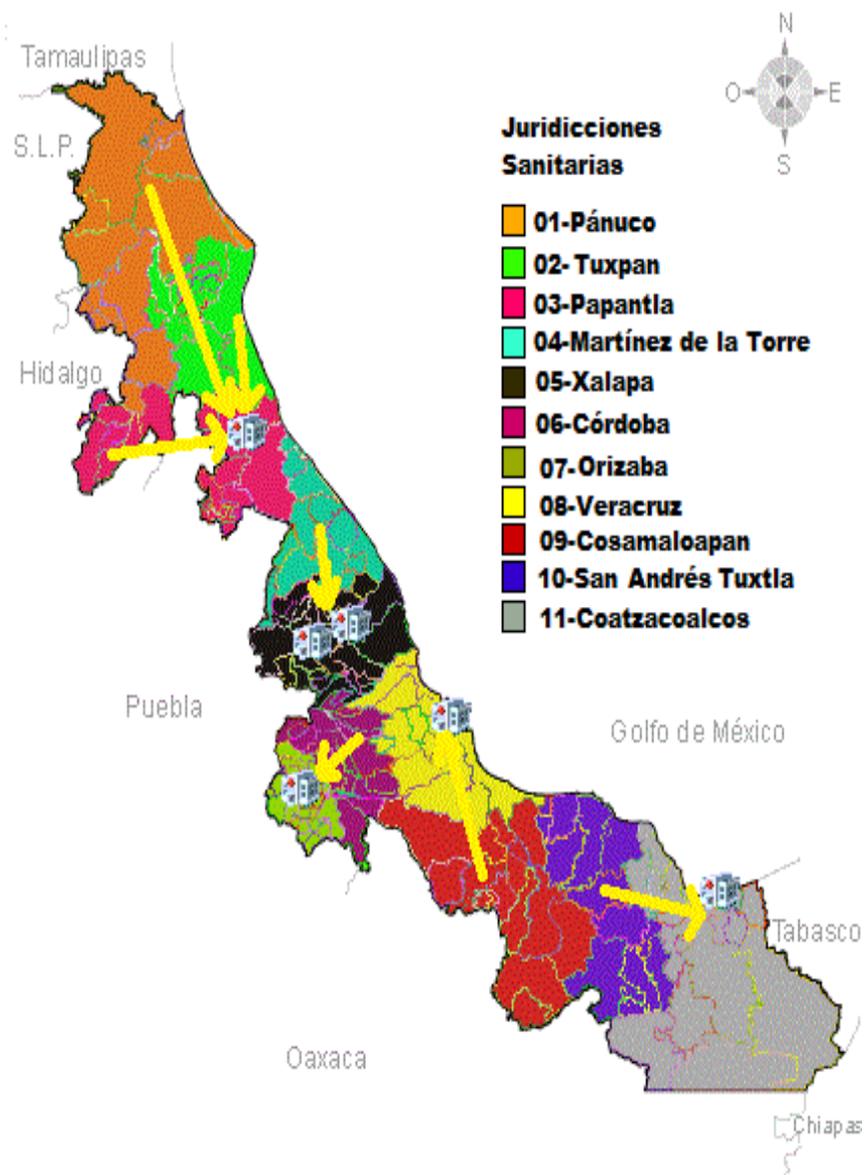
Total de personas con VIH: 246

- Hombres: 152
- Mujeres: 94
- 2 Hombres por una mujer

Municipio	Casos de Sida			Casos Seropositivos			Datos del Catálogo de Localidades Indígenas 2010		
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	Femenino	Total	Margi-nalidad	Población Total	Población Indígena
<i>Aqua Dulce</i>	78	25	103	31	20	51	Bajo	46,010	859
<i>Chinameca</i>	27	7	34	14	7	21	Medio	15,214	688
<i>Coatzacoalcos</i>	879	247	1,126	435	260	695	Muy bajo	305,260	16,255
<i>Cosoleacaque</i>	146	49	195	60	52	112	Bajo	117,725	13,059
<i>Hidalgotitlán</i>	15	4	19	7	4	11	Alto	18,277	1,059
<i>Ixhuatlán del Sureste</i>	28	6	34	13	20	33	Medio	14,903	605
<i>Jáltipan</i>	125	43	168	44	27	71	Medio	39,673	1,550
<i>Las Choapas</i>	76	22	98	39	32	71	Alto	77,426	7,191
<i>Mecayapan</i>	11	3	14	7	4	11	Muy alto	17,333	15,182
<i>Minatitlán</i>	300	72	372	136	58	194	Bajo	157,840	12,300
<i>Moloacan</i>	10	6	16	3	4	7	Medio	16,120	350
<i>Nanchital</i>	53	15	68	24	13	37	Muy bajo	27,094	1,696
<i>Oteapan</i>	2	2	4	5	0	5	Medio	14,965	2,572
<i>Pajapan</i>	24	5	29	6	8	14	Alto	15,909	12,449
<i>Soteapan</i>	7	4	11	1	5	6	Muy alto	32,596	30,095
<i>Tatahuicapan</i>	2	0	2	0	0	0	Alto	14,297	11,645
<i>Uxpanapa</i>	6	6	12	7	2	9	Muy alto	27,346	14,227
<i>Zaragoza</i>	5	1	6	8	1	9	Medio	10,720	8,105
Total	1,794	517	2,311	840	517	1,357		776,452	140,508

Jurisdic.	Con SIDA		Con VIH	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1	115	43	29	20
2	63	19	14	10
3	350	89	113	67
4	En esta jurisdicción no se reporta poblac. indígena			
5	14	4	7	3
6	67	19	28	17
7	303	69	97	62
8	62	17	21	12
9	231	77	58	43
10	122	31	92	51
11	335	94	154	94
Total probable	1,662	462	613	379

Como puede apreciarse en el mapa, la cobertura geográfica de los seis CAPASITS es insuficiente para las dimensiones de Veracruz: por ejemplo el CAPASITS de Poza Rica atiende a las personas afectadas de tres Jurisdicciones y, siendo la Jurisdicción de Pánuco donde el 72% de la población es indígena y la razón hombre/mujer en casos de VIH es de 1 a 1, resulta prohibitivo que las personas afectadas por VIH o SIDA puedan acudir regularmente a su visita mensual por los costos de traslado a Poza Rica, es así que numerosas/os usuarios se retiran de su tratamiento. Asimismo, es muy basta la región que ocupan las jurisdicciones de



Los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, CAPASITS, aunque en su nombre se les asigna la función de la prevención, se dedican a la atención a las personas afectadas; la prevención que implementan radica en promover que las/os usuarios utilicen condón en sus relaciones sexuales. No tienen acciones de prevención hacia el resto de la población.

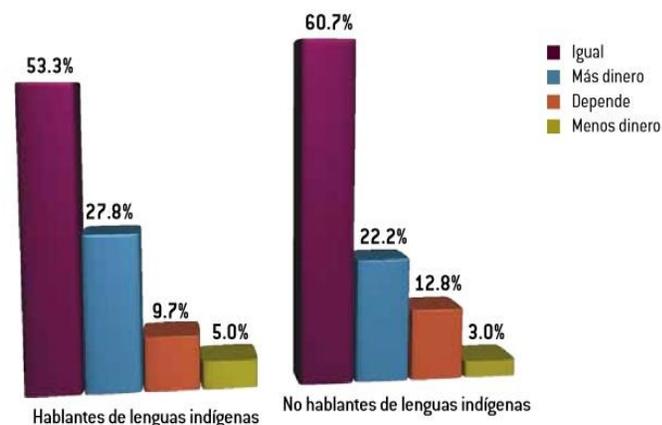
El hecho de que los CAPASITS se encuentren tan alejados de la mayoría de las personas que ahí se atienden, generan la necesidad de que las/os usuarios acudan a los Centros de Salud o a emergencias de los Hospitales Regionales cuando se les presenta un problema de salud, es en estos espacios donde suelen sufrir discriminación. En este contexto, no existe un mecanismo establecido para que quienes les atienden en los Centros de Salud o en los Hospitales cuenten con la información de su CAPASITS para que sepan cómo medicarlas/os de las enfermedades oportunistas. Mucho menos existe un mecanismo para que se realicen los exámenes de laboratorio (carga viral y CD4) en el centro hospitalario más próximo a su comunidad que permita que sus medicamentos les sean enviados, lo cual podría hacerse con el personal e infraestructura existentes.

Acceso de las mujeres de los pueblos originarios al derecho a no ser discriminadas

Con base en los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México (ENADIS) realizada en 2010 por el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, el INMUJERES publicó los Resultados sobre Mujeres.

En esta gráfica se aprecia como entre las mujeres indígenas solo el 53.35% considera que tendría que haber igualdad en los ingresos de hombres y mujeres y el 27.8% considera que tendrían que ganar más los hombres, lo cual refleja que la introyección del valor del hombre como proveedor está presente en mayor medida que entre las mujeres que no son hablantes de una lengua indígena. Esta concepción implica la condición de subordinación de la mujer al hombre, esquema donde ella tiene asignada la función de las labores domésticas, que son menos valoradas que las tareas productivas, consideradas como masculinas.

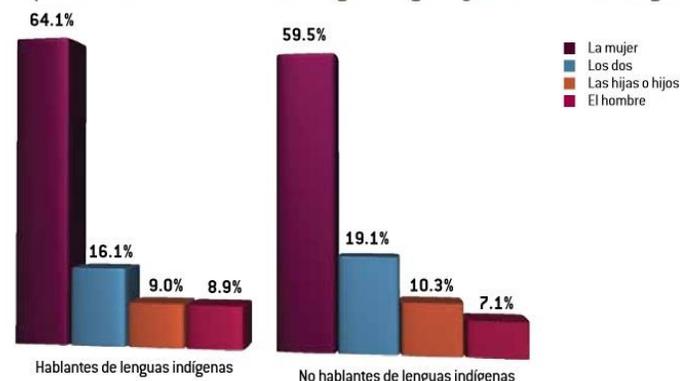
En su opinión, ¿en una pareja el hombre debe ganar más dinero, menos dinero o igual dinero que la mujer?
Distribución por condición de hablante de lengua indígena y no hablante de lengua indígena



En esta gráfica se destaca la carga de trabajo asignada a las mujeres y, en mayor medida, a las mujeres indígenas que en un 64.1% plantean que aunque la mujer trabaje fuera de casa, es ella quien asume el trabajo doméstico, por arriba en un 4.6% respecto a las no hablantes de una lengua indígena.

Asimismo, en un 16.1% las indígenas contestaron que el trabajo doméstico lo realizan entre los dos, por debajo de las no hablantes de lengua indígena donde en un 19.1% declaran que el trabajo de la casa lo realizan entre los dos. Estas cifras que la ENADIS presenta como resultados a nivel nacional, cambian en la región de Veracruz y Tabasco, donde el 72.4% de las mujeres que trabajan también se encargan del trabajo doméstico y solo el 13.9% declaran hacerlo entre los dos.

En su opinión, ¿quién se ocupa más de la casa en las familias donde la mujer trabaja?
Distribución por condición de hablante de lengua indígena y no hablante de lengua indígena



Los trabajos remunerados que realizan las mujeres indígenas son, generalmente, el comercio y el trabajo doméstico. Y es en este último ámbito donde la discriminación es una realidad: son vulnerables frente a empleadoras/es abusivos con malos tratos, despidos injustificados, negación de sus derechos e incluso acoso sexual.

Según el reporte de INEGI, en el primer trimestre de 2014 el trabajo doméstico remunerado representaba el 7.5% de la ocupación en México, y reporta que 9 de cada 10 personas que lo realizan trabajo doméstico son mujeres, es un trabajo mayoritariamente femenino

Las circunstancias en que se realiza este trabajo aíslan a las trabajadoras, tanto físicamente, como por el hecho de que son diferentes los empleadores, lo que dificulta su organización.

En la ENADIS ante la pregunta ¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted en que la mayoría de las trabajadoras domésticas se aprovechan de sus patrones el 9.4% respondió estar de acuerdo, lo que refleja que existen personas con este prejuicio discriminatorio.

Por otra parte, en la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, realizada en el segundo trimestre de 2011, se destaca que las trabajadoras domésticas son las que menos ganan respecto a las demás ocupaciones, de tal forma que 3 de cada 4 mujeres en esta actividad obtienen un ingreso no mayor a 2 salarios mínimos: \$ 127.54 en 2014 (\$ 63.77 el vigente en Veracruz), están en el primer sitio con los menores ingresos. Sus percepciones dependen de la voluntad de la o el empleador, quien generalmente no proporciona aguinaldo, ni vacaciones y le asigna jornadas de trabajo que se extienden por arriba de las ocho horas.

Ante esa situación, organizaciones de la sociedad civil han impulsado acciones nacionales e internacionales para promover el reconocimiento y respeto de los derechos humanos laborales de las trabajadoras domésticas; de esta manera lograron que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) adoptara en junio de 2011 el Convenio 189 sobre el Trabajo Decente para las Trabajadoras y Trabajadores Domésticos, el cual reconoce el trabajo doméstico y los derechos de quienes lo efectúan y emite una recomendación para su realización; sin embargo, aún está pendiente la entrada en vigor, falta la ratificación y la armonización legislativa de este instrumento en los Estados parte de la OIT, entre ellos México. Esto hace ver lejano el momento en que las trabajadoras domésticas indígenas gocen de estos derechos.

Acceso de las mujeres indígenas al derecho a una vida libre de violencia

En el proyecto del que este documento forma parte, elaborado en la Oficina del IVM se plantea: “Las mujeres han estado históricamente sometidas en todas las edades y situaciones de la vida a la violencia sexual, en sus propias casas, por sus propios familiares consanguíneos y políticos, por sus vecinos; en sus lugares de trabajo, por los compañeros o jefes que conviven a diario con ellas; en las calles de su comunidad o ciudades; en los lugares de esparcimiento...”

“Por factores culturales los hombres creen que puede acceder a cualquier mujer que está a su alrededor, ya sea vía cortejo, ya sea vía la fuerza. Es un mandato de género que las mujeres estén a disposición de los varones, y por lo mismo están en subordinación de poder y fuerza respecto a aquellos.

De este modo, la violación sexual ha sido en todos los tiempos un peligro latente para cualquier mujer, en países en paz y en países en guerra, de noche y de día, la que está en su casa y la migrante, la que tiene un trabajo remunerado en libertad y la víctima de trata.”

Antes de que entrara en vigor en el año 2008 la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el estado de Veracruz, donde se establece como un tipo de violencia la violencia sexual, y su posterior tipificación como delito en el Código Penal Veracruzano modificado en 2010, la violación marital no se consideraba como tal, pues estaba socialmente validado el derecho del hombre al acceso carnal sobre su mujer.

En torno a las relaciones entre hombres y mujeres la forma de pensamiento en la cultura de los pueblos originarios es la tradicional, la que viven en su comunidad desde siglos atrás. Al entablar relación con las mujeres, los hombres asumen la posición de dueños de su persona, de su cuerpo, de su tiempo, de sus recursos. En la condición de los hombres indígenas, a quienes la marginación de sus pueblos les ubica en una posición lejana al poder económico, político y al poder en diferentes esferas de la realidad, el poder que como varones se les coacciona a detentar lo ejercen -muchas veces de formas extremas- sobre su mujer y sus hijas/os. Los hijos pueden liberarse de esa autoridad cuando se independizan, la mayoría en la adolescencia, pero las hijas y la compañera se encuentran sometidas hasta siempre. Esta condición les hace rechazar todo tipo de condiciones para tomar sexualmente a su pareja, aún sin su consentimiento.

Esta forma de pensar y actuar pone en situación de vulnerabilidad a las mujeres indígenas frente la transmisión del VIH, ya que la toma de decisiones sobre su sexualidad está fuera de su alcance.

Por las condiciones de pobreza y pobreza extrema año con año se incrementa la migración de hombres de los pueblos originarios fuera de sus comunidades. Ya estando lejos, aislados de su familia, entablan relaciones sexuales sin protección y/o se animan a experimentar con drogas inyectables, poniéndose en riesgo frente la transmisión del VIH, que de esta manera llegó a las mujeres indígenas.

Conclusiones y recomendaciones

Con base en lo que aquí expuesto, concluimos que aunque el reconocimiento del derecho a la salud está plasmado en los tratados internacionales, en la legislación nacional y es muy específico en los Objetivos del Milenio y en la legislación estatal que cuenta con ley en materia de VIH-SIDA, el acceso a este derecho en torno al VIH-SIDA en Veracruz se encuentra limitado por no asignarse recursos a la prevención y a la ampliación de la cobertura de la atención especializada.

La condición de pobreza y pobreza extrema de las mujeres indígenas, las escasas fuentes de información fidedigna sobre la pandemia del VIH-SIDA y, para las que ya han sido afectadas por este grave problema de salud, la lejanía de los servicios especializados -los CAPASITS-, ponen en condición de emergencia a todo este sector de la población.

Es así que las mujeres portadoras de VIH o que ya han desarrollado SIDA sufren todas las discriminaciones: por ser mujeres, por ser pobres, por ser indígenas y, encima de todo ello, por el estigma de vivir con VIH o con SIDA.

Frente a la problemática aquí descrita se destaca la importancia de:

- ➡ Promover la ampliación de la cobertura de los servicios especializados en VIH y SIDA con la instalación de CAPASITS en las regiones carentes de este servicio
- ➡ Impulsar entre las diversas dependencias y organizaciones de la sociedad civil la tarea de realizar jornadas de pruebas rápidas en VIH, para realizar detecciones tempranas que permitan a las personas portadoras ingresar a tratamiento antes de desarrollar el SIDA.
- ➡ Propiciar que las universidades públicas incluyan en sus programas esta temática, sobre todo en el área de la salud, ya que por ejemplo, la Universidad Veracruzana solo ha organizado dos diplomados sobre VIH y SIDA y no existen a treinta y tres años de iniciada la pandemia experiencias educativas sobre el tema, mucho menos especialidades para el desarrollo de profesionales.
- ➡ Que las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que trabajan con hombres asuman la responsabilidad de incorporar este tema en su trabajo, pues siendo una epidemia concentrada en ellos, requieren información y un profundo cuestionamiento a la forma en que ejercen su sexualidad para detener la transmisión del VIH.
- ➡ Las instituciones que trabajan con mujeres, tendrían que incorporar a su desempeño la perspectiva de género para promover el empoderamiento de las mujeres que les permita asumirse como sujetos de derecho, para ser ellas quienes decidan como proteger su salud y exigir los derechos que les asisten.

- ▶ En este sentido, desarrollar proyectos donde las mujeres indígenas sean capacitadas y apoyadas para replicar los conocimientos en la materia en sus comunidades, propuesta surgida de las participantes en los talleres del presente proyecto.
- ▶ Trabajar con jóvenes y adolescentes de todas las latitudes de Veracruz, para que desde el inicio de sus relaciones sexuales se protejan con condones para evitar la transmisión del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

Sitios consultados

http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2578:catalogo-de-localidades-indigenas-2010&catid=38:indicadores-y-estadisticas&Itemid=54

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101220.pdf

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_3er_trim_2014_.pdf

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf

http://www.conapred.org.mx/userfiles/files/Enadis-MUJERES-WEB_Accss.pdf

http://es.wikipedia.org/wiki/Objetivos_de_Developmento_del_Milenio#Indicadores

<http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/645-el-inegi-e-inmujeres-dan-a-conocer-los-resultados-de-la-endireh-2011>

<http://inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/949-casi-la-mitad-de-mujeres-han-sufrido-algun-tipo-de-violencia-con-su-actual-o-ultima-pareja>

<http://inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/949-casi-la-mitad-de-mujeres-han-sufrido-algun-tipo-de-violencia-con-su-actual-o-ultima-pareja>

<http://salariominimo.com.mx/salario-minimo-2014/>

Anexo 1. Resultados de las entrevistas

Fueron realizadas diez entrevistas a mujeres en cada una de las cinco sedes donde se llevaron a cabo los Talleres diseñados para este proyecto: Zongolica, Ilimatlán, Chicontepec, Tantoyuca y Tatahuicapan. Los criterios para elegir a las entrevistadas fueron: que por su edad aparente tuvieran vida sexual activa y que, por su fisonomía e indumentaria, fuera posible su pertenencia a un pueblo originario.

Se optó por realizar entrevistas cortas considerando que se realizarían en vía pública, que las mujeres generalmente están ocupadas y presionadas por el tiempo y que se trata de un tema que puede crear resquemores o que las mujeres se avergüencen de abordarlo.

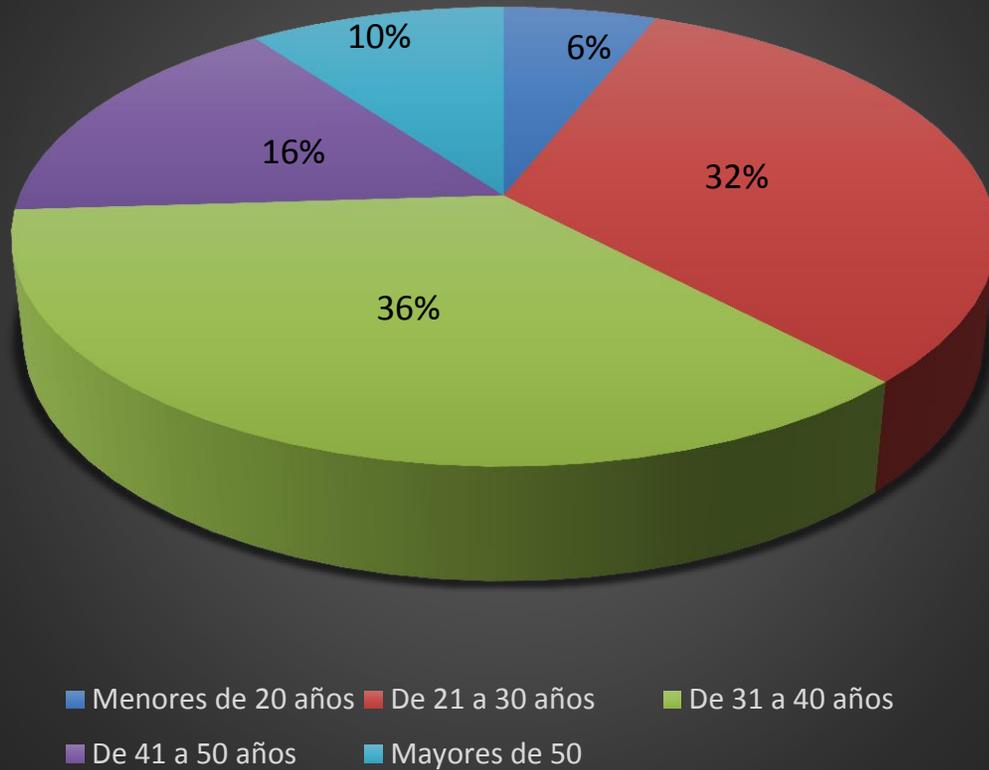
Las entrevistas están dirigidas a detectar el conocimiento básico sobre el VIH y el SIDA, la disponibilidad de ellas y de sus parejas para usar condón en sus relaciones sexuales, así como si son hablantes de una lengua originaria.

El abordaje a las entrevistadas daba inicio con la presentación de la entrevistadora y explicándoles que el Instituto Veracruzano de las Mujeres tiene el interés de conocer qué información tienen las mujeres de esta región sobre el VIH/SIDA. Se les planteaba que no se les preguntaría su nombre por tratarse de una entrevista anónima y confidencial: se gravaría solo su voz para transcribir lo que contestó y después analizar sus respuestas, que su voz no se transmitiría por radio ni se oiría públicamente.

Al finalizar las entrevistas, cuando era el caso, se les indicaba cuál de la información que habían manifestado sobre el VIH y el SIDA era errónea, se les brindó la información correcta y la que no conocían.

Cabe mencionar que a excepción de Ilimatlán, en las comunidades donde se realizaron, fue difícil convencer a las mujeres de ser entrevistadas. Estimo que por cada entrevista realizada hubo dos mujeres que no quisieron participar. En todas las sedes quienes más resistencias tuvieron son las mujeres más jóvenes. Se anexa a este documento el cuestionario aplicado en las entrevistas.

Edad de las Mujeres Entrevistadas



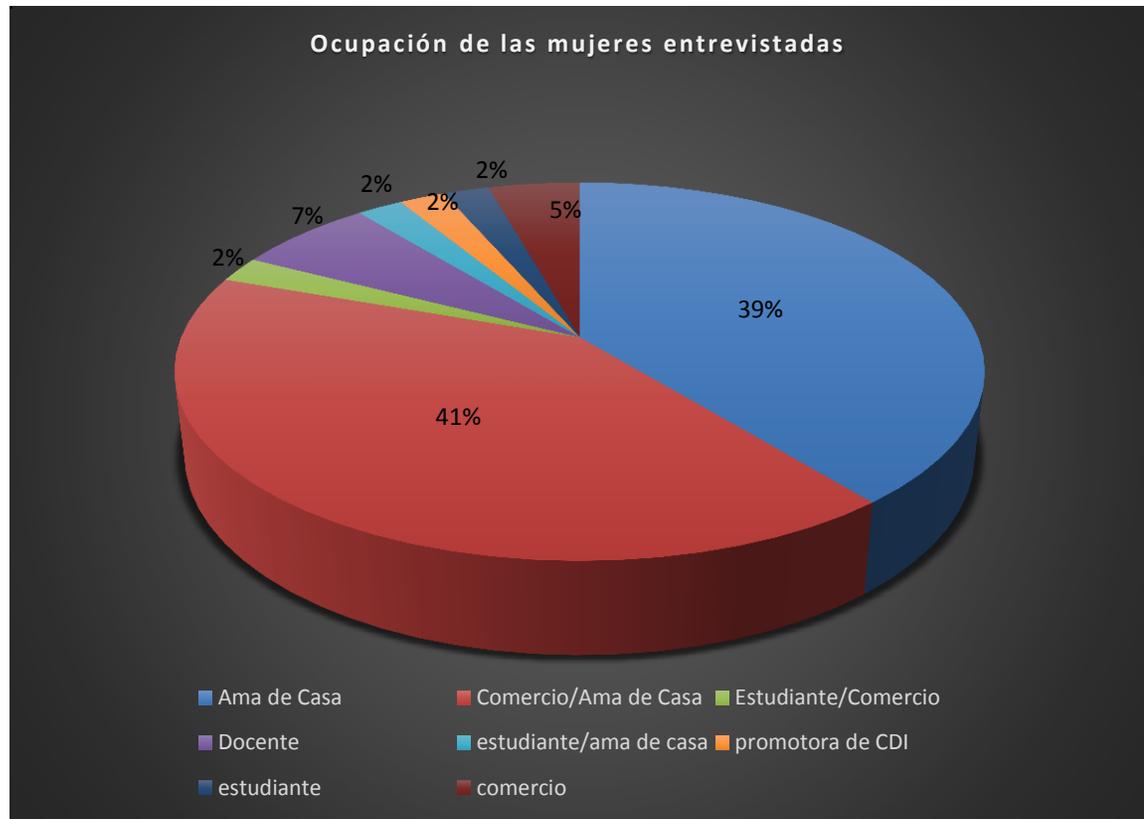
En la gráfica puede apreciarse como sólo el 6% del total de mujeres entrevistadas en las cinco cabeceras municipales son menores de 20 años, ya que como apuntamos en líneas anteriores las mujeres jóvenes tuvieron muchas resistencias ante la entrevista.

Es probable que su resistencia radique en que aún no entienden bien el español y por eso se niegan.

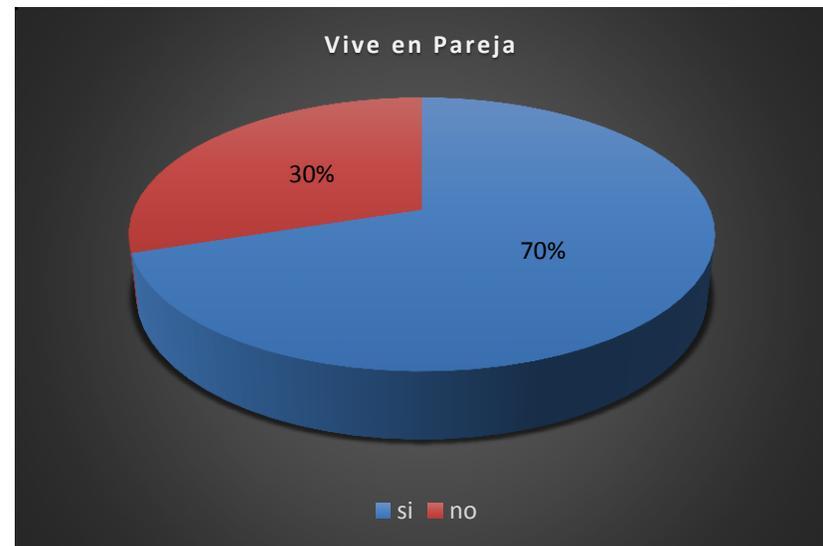
Esta posibilidad nos remite a que la información que circula sobre el VIH y el SIDA está en español, por lo que las/os indígenas monolingües tienen escasas posibilidades de recibirla

En cuanto a su ocupación, la gráfica muestra que el 39% de las entrevistadas solo se dedican a las tareas del hogar; el resto, el 41% están ocupadas en el comercio y también en las tareas domésticas, el 20% se distribuye entre quienes estudian o son empleadas; lo que les permite mayor movilidad y cercanía con la información en general y, entre ella, sobre la pandemia del VIH.

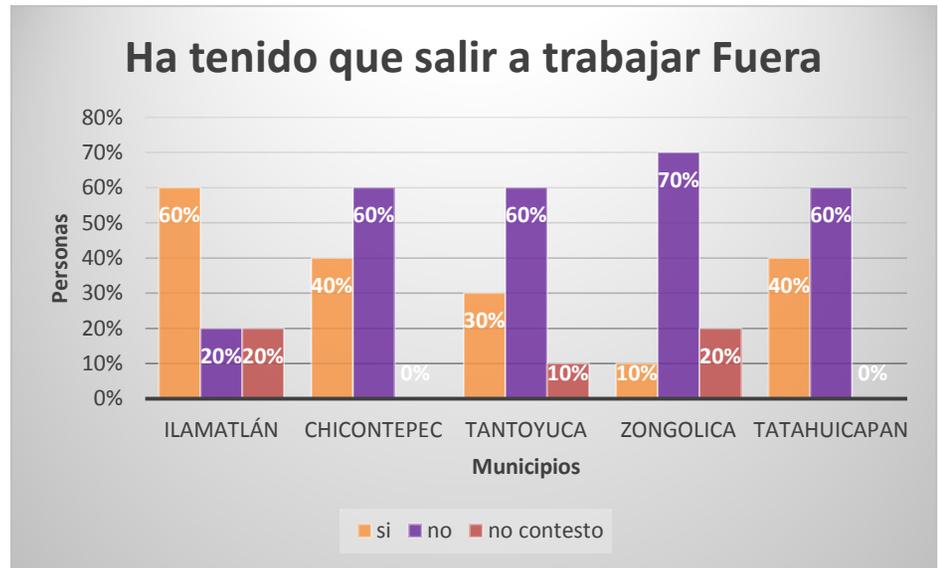
Se aplicó la entrevista a una trabajadora sexual de 20 años que planteó dedicarse al comercio, lo cual es cierto pues se dedica al sexo comercial.



El 70 % de ellas manifestaron vivir en pareja con vida sexual activa

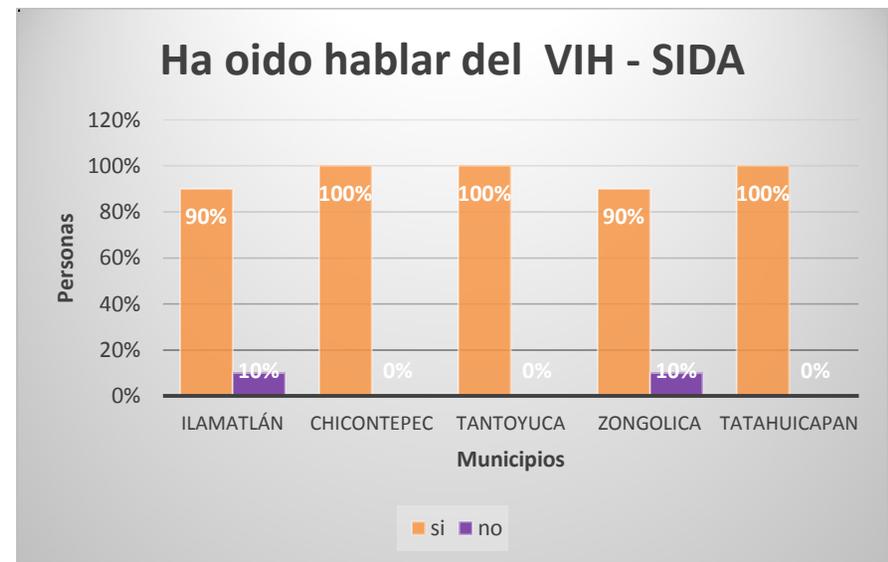


Esta respuesta refleja que el 36% de las mujeres entrevistadas están en condición real de vulnerabilidad frente a la transmisión del VIH, debido a que sus parejas, la mayoría hombres jóvenes, que estando por periodos lejos de su compañera, generalmente entablan relaciones sexuales que no siempre realizan con condón, práctica que se acentúa cuando se da en el contexto del consumo de alcohol y/o drogas.

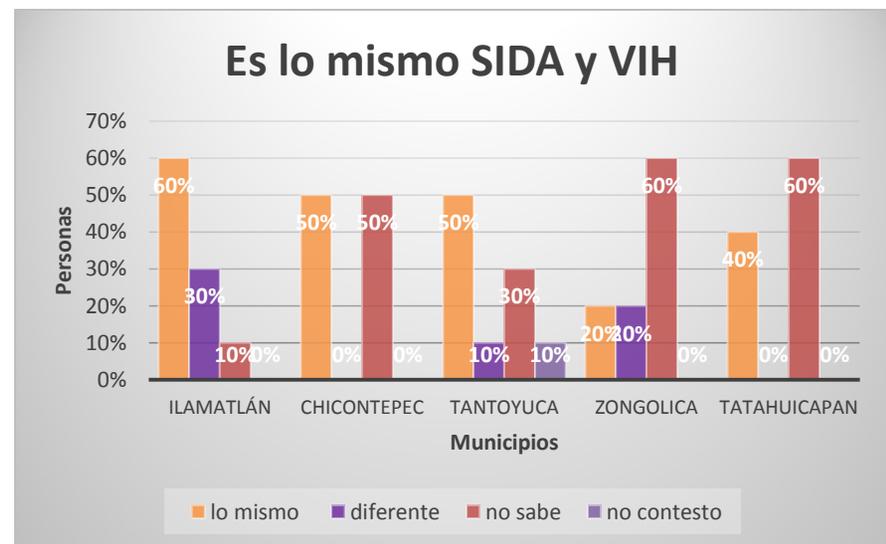
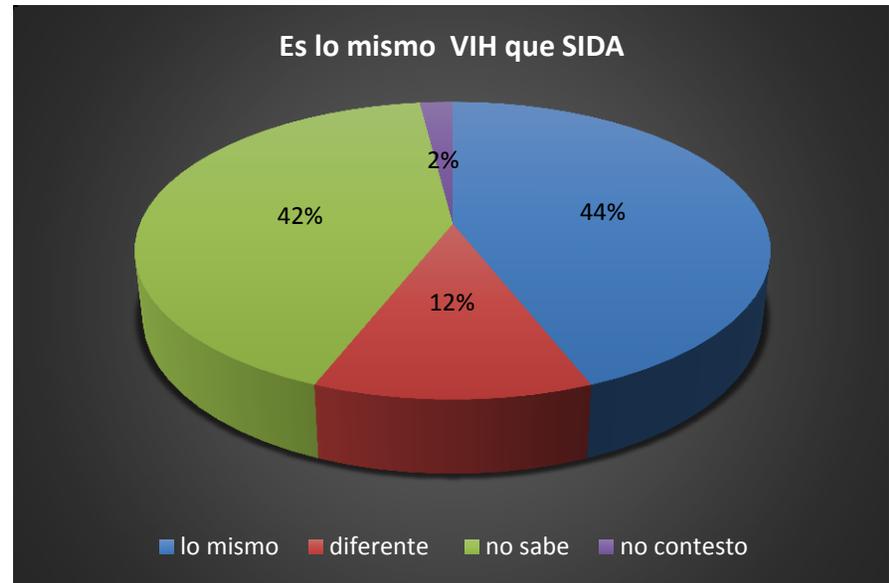


El 96% de las mujeres entrevistadas han oído hablar del VIH y/o del SIDA, lo cual refleja que - al menos- la información de su existencia está generalizada entre ellas. Sin embargo, la calidad de la información que se transmite es dudosa y está cargada de prejuicios.

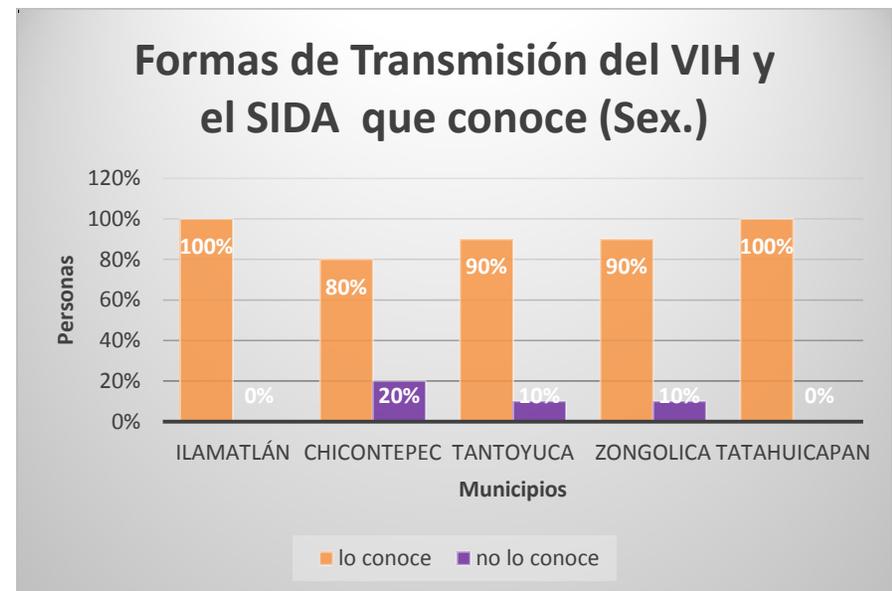
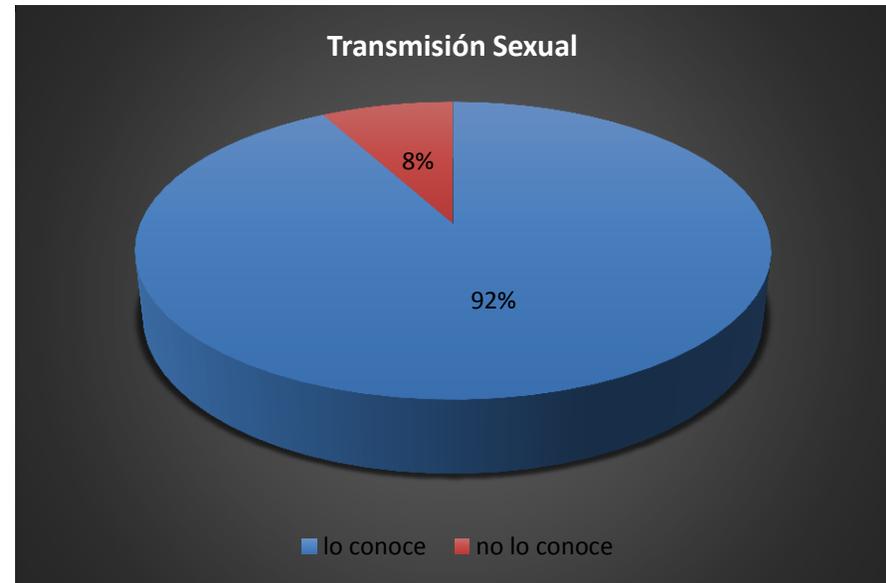
Por otra parte, el VIH y el SIDA son considerados como enfermedades “de los otros”, y es muy improbable la percepción del riesgo.



Si bien la mayoría sabe de su existencia, es muy elemental la información con que cuentan las entrevistadas, solo el 12% ubica que el VIH es el agente causal del SIDA.



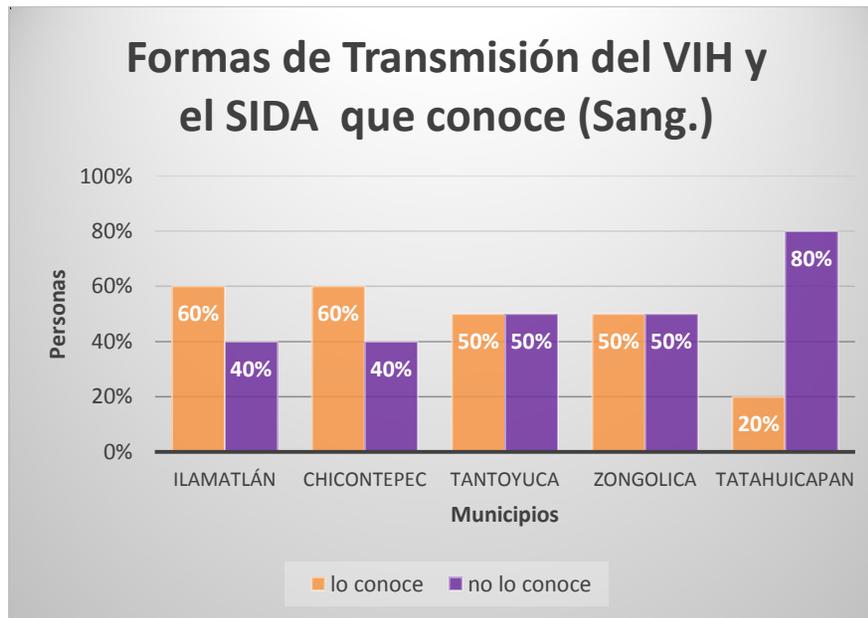
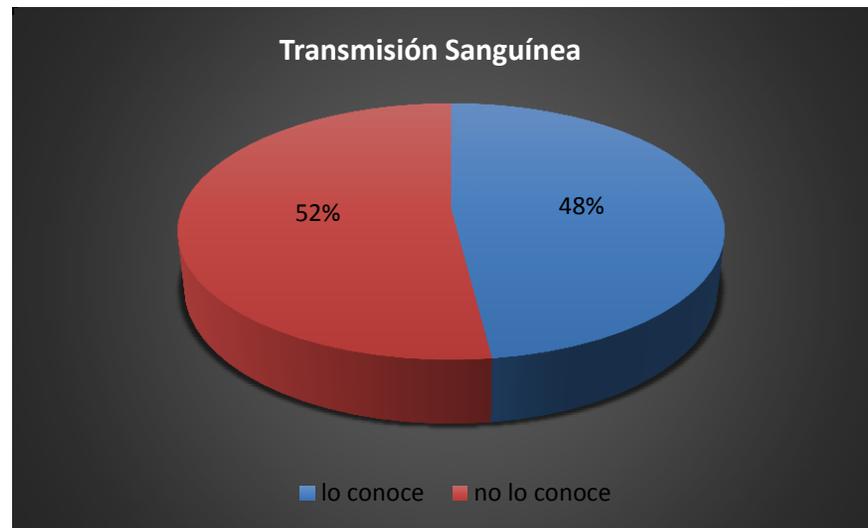
El 92% de las entrevistadas conocen la principal forma de transmisión del VIH; sin embargo en sus comentarios se destacó que piensan que la epidemia solo afecta a personas que “tienen muchas parejas”, lo cual no es estrictamente cierto, ya que una persona con varias parejas sexuales puede protegerse con el uso correcto del condón. Y basta con intercambiar fluidos una vez con una persona portadora para que se pueda contraer el virus.



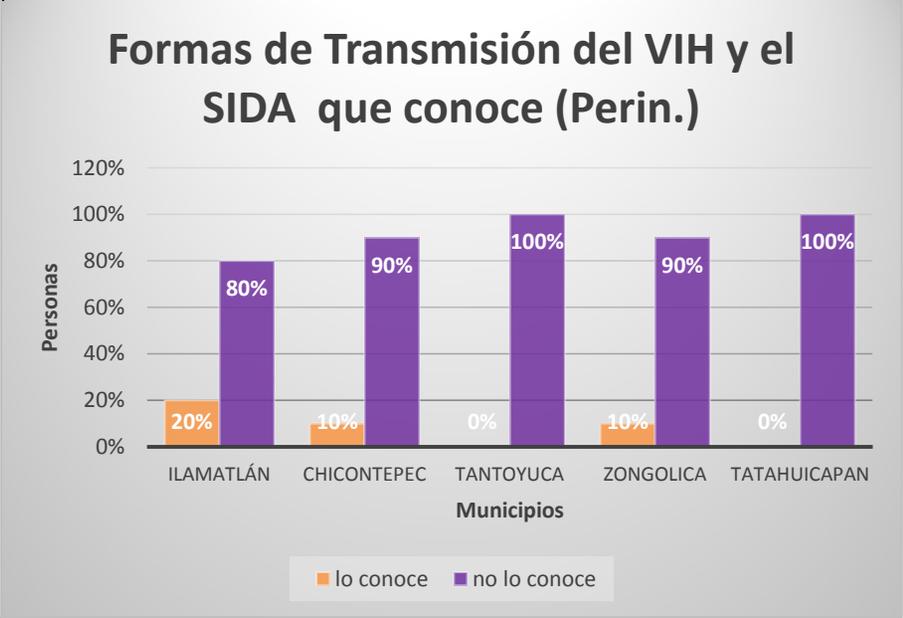
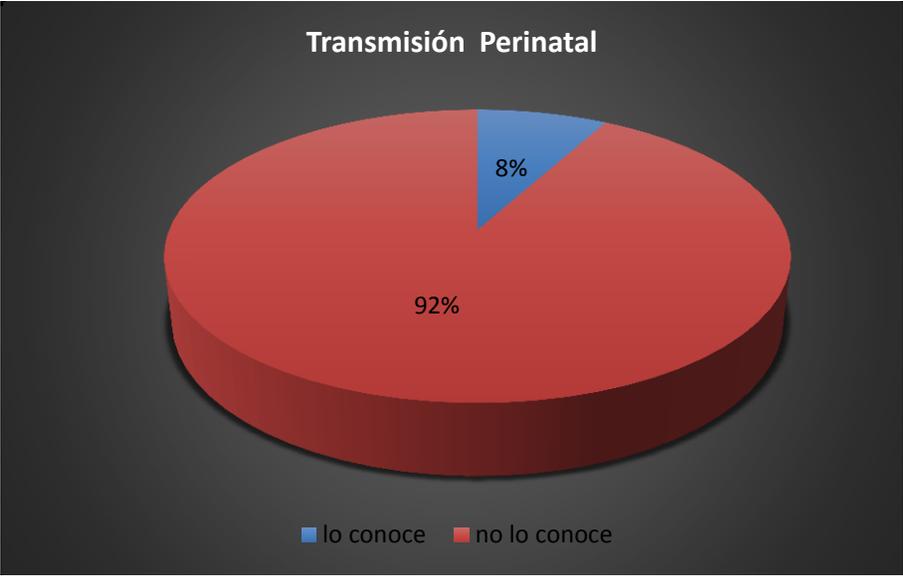
El 48% de las entrevistadas plantearon la vía sanguínea como otra forma de transmisión del VIH (por compartir jeringas quienes usan drogas intravenosas, por transfusión de sangre con VIH etc.) En las respuestas que la gráfica define como *no lo conoce* están quienes ubican que el problema está en la sangre, pero hablan de formas erróneas de cómo pasa de un ser humano a otro:

- “Si por una cortada se toca la sangre contaminada entonces se da el contagio, o por “objetos punzocortantes...”, sin definir con claridad cómo o por qué. Una mujer respondió “a través de las relaciones sexuales y dice que también por los desechos del drenaje”.

Otros mitos en torno a la transmisión son: que a “través de la saliva”, o “por los besos”; también contestaron “por la picadura de un mosquito a una persona afectada, que luego pica a otra persona”.

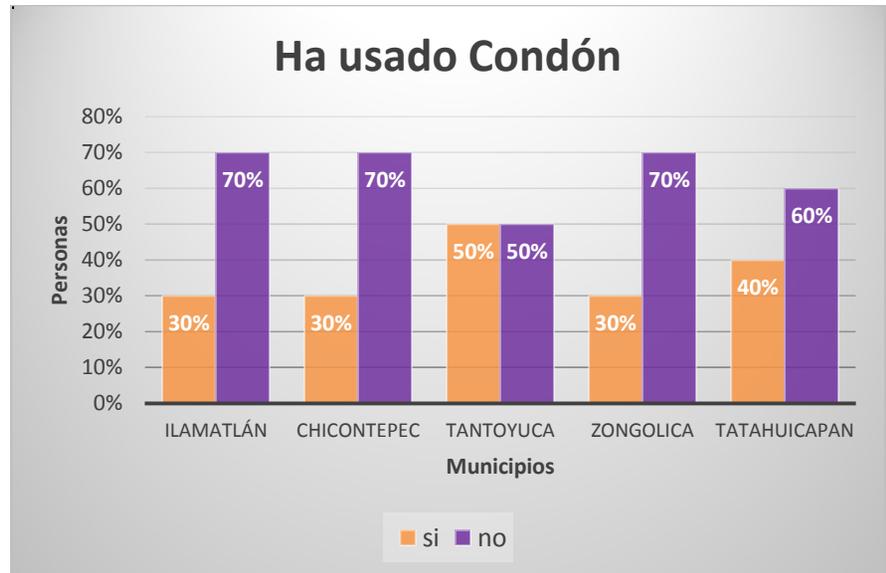
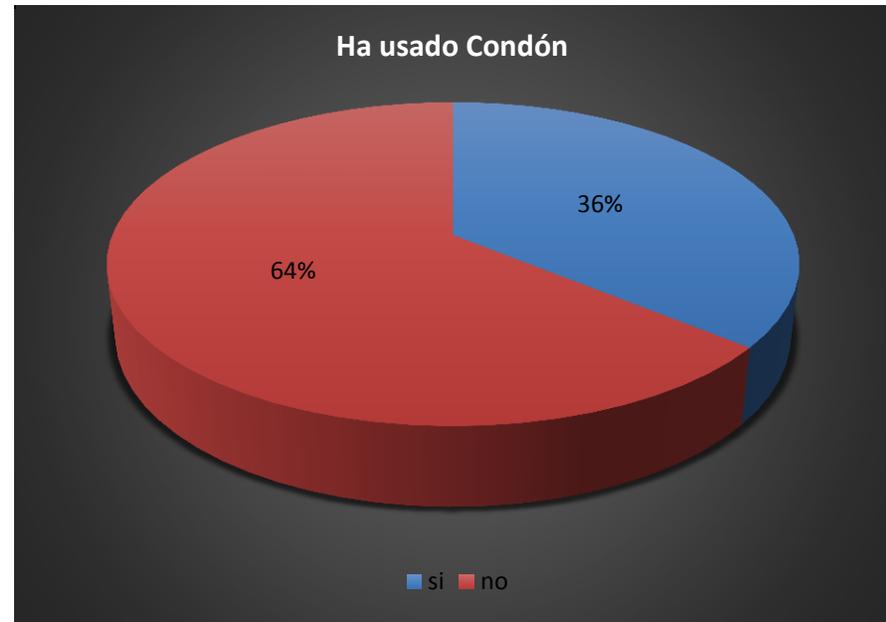


Solo el 8% de las entrevistadas plantearon la transmisión de la madre embarazada al bebé; es inquietante la ignorancia sobre este tema, ya que una alta proporción de mujeres se enteran de que son portadoras de VIH cuando les ofrecen la prueba con motivo de su embarazo y se la practican.



Entre las mujeres con vida sexual activa sólo el 36% expresa haber usado condón. Transcribimos aquí algunas de las respuestas de quienes si usan condón, pues son útiles para diseñar la prevención:

- “Es evitar un embarazo no deseado y la otra, sobre todo, es protegerme yo como mujer” (estudiante con novio)
- “Al principio no lo quería aceptar, pues él siempre dice *yo no ando con nadie con nadie*, pero pues ya viendo lo de la enfermedad yo le digo que no solo es por el sexo, que la puede obtener por algún otro medio, por alguna cortada.”
- “Cuando no me tomo las pastillas anticonceptivas o me inyecto decidimos usar condón; porque es lo que se están induciendo en las escuelas y centros de salud.”
- “Si, por prevención y para planificar a la familia; aparte cuando vamos con la ginecóloga ella misma lo recomienda porque a veces las mujeres recibimos tratamiento pero los esposos no, entonces nunca puedes estar 100 % segura de no contraer alguna enfermedad o infección.
- “Si, por que anda trabajando fuera” (estudiante con novio).



Los comentarios sobre esta pregunta permiten acercarse a las percepciones respecto al uso del condón.

Algunas respuestas de quienes no usan condón, pero piensan que si habría problemas:

- “Es difícil que un caballero tenga relaciones con su esposa usando condón, por el machismo.

- “Me imagino que no quiere...”

La trabajadora sexual respondió: - “Hay veces la persona se niega a usarlo” ¿y cómo le hace usted para convencerlo?

- “Pues es que de que si quiere si, y si no pues no, a la fuerza pues yo creo que nada”. Esta respuesta refleja que la joven es consciente del riesgo de su oficio.

Mujeres que plantearon que no habría problema:

- “Para prevenir enfermedades”. - “Para cuidarse”. - “Él es muy abierto y yo creo que si permitiría”.

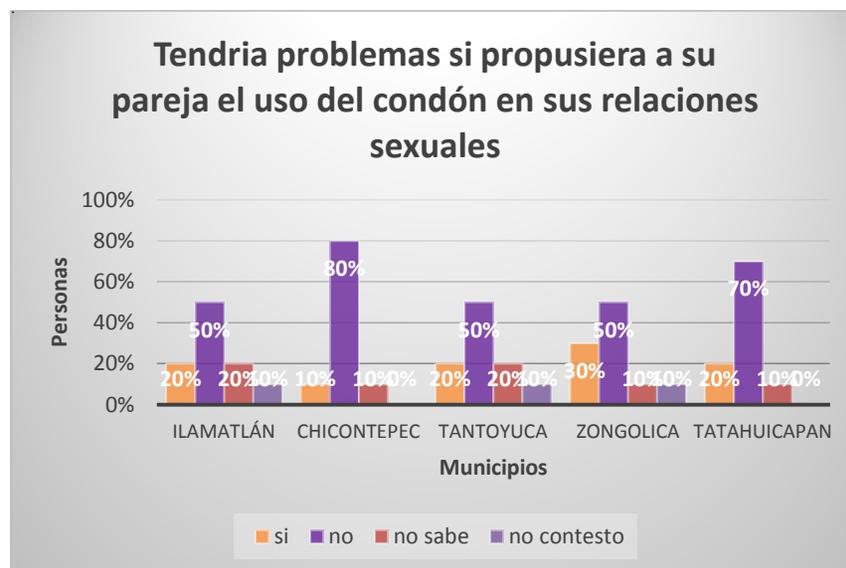
- “Ahorita con la información que hay, pues es para cuidarse, es lo más importante tanto para la mujer como para el hombre; no habría problema, porque es por la salud”.

Entre sus comentarios plantearon que la forma de convencerles sería: “hablando yo digo que sí, porque si en verdad nos queremos debe de aceptar”.

- “Si una pareja te quiere por lógica tiene que protegerse, porque la protección es para los dos, tanto para el hombre como para la mujer”.

Respuestas de mujeres que no saben si habría problemas:

-“Pues la verdad no sé, nunca hemos tocado ese tema”



-“A mí me parece conveniente pero, la verdad, no sé si él aceptaría”

Hubo respuestas que reflejan ausencia de percepción de riesgo:

- “Mi esposo no es de los que andan con cualquier mujer, igual yo y desde que nos casamos nos respetamos”.

- “No, siempre le he dicho a mi esposo que me tiene que respetar”.

- “Pus yo creo que ninguno, pero como no tengo necesidad de..., es mi pareja y nada más”.

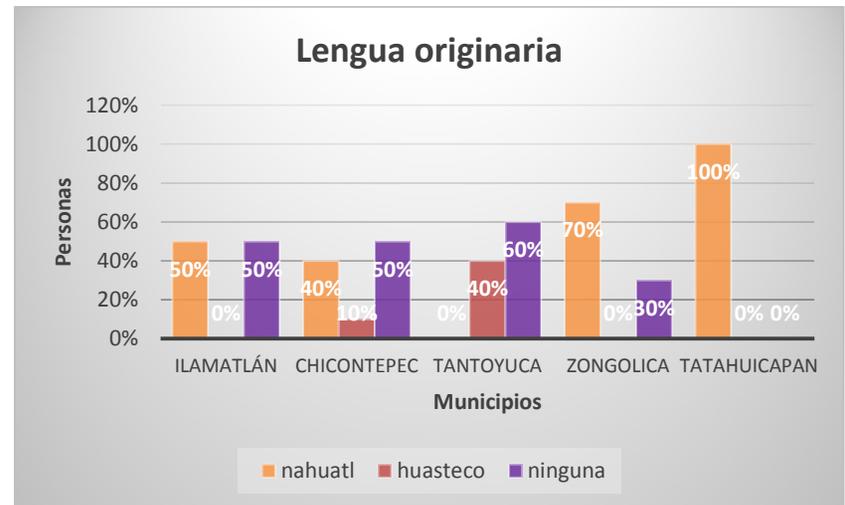
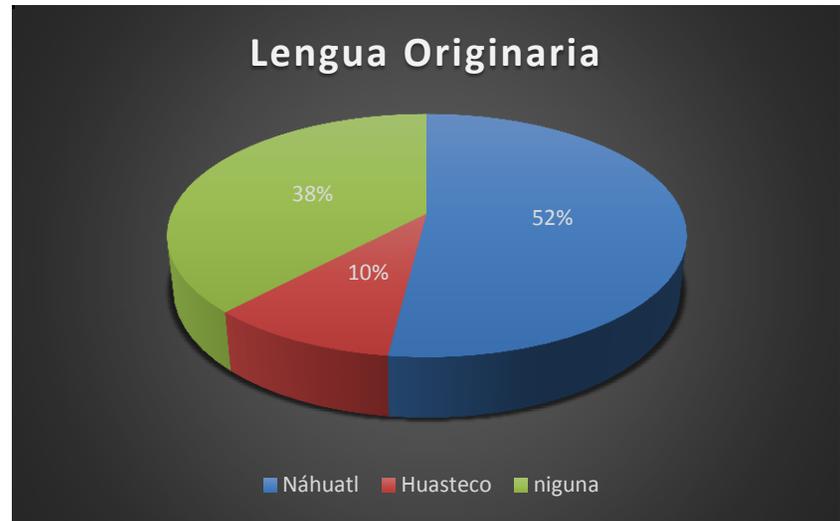
- “No lo usamos, porque no anda con nadie”.

- “En su momento lo usamos. Pero ahorita siento que mi relación es estable”.

- “No lo creo, pero no creo necesario usarlo con mi pareja”.

- “No, porque no es mujeriego, él se dedica al trabajo. Yo me cuidaría si mi pareja anduviera lejos por qué no lo vería”.

El 40% de las mujeres entrevistadas son hablantes de náhuatl, originarias de Zongolica, Ilatatlán, Chicontepepec y Tatahuicapan, el 10% de hablantes de huasteco corresponden a las entrevistas realizadas en Tantoyuca.



Anexo 2

Cuestionario aplicado a diez mujeres en las Cabeceras Municipales de Ilamatlán, Chicontepec, Tantoyuca, Zongolica y Tatahuicapan.

1. Edad
2. Ocupación
3. ¿Tiene pareja?
4. ¿Su pareja o Ud. han tenido que salir a trabajar fuera? Sea hacia algún lugar de México o a los Estados Unidos.
5. ¿Ha oído hablar del VIH y del SIDA?
6. ¿Es lo mismo VIH que SIDA?
7. ¿Sabe Ud. en qué forma se transmite?
8. La única forma probada para prevenir la transmisión del VIH y del SIDA es el uso correcto del condón en cada relación sexual ¿ha usado condón?
9. ¿Tendría problemas con su pareja si le propusiera usar condón, o Ud. tendría problemas en usarlo?
10. Habla Ud. alguna lengua originaria.

Anexo 3

La Comisión Nacional de Los Derechos Humanos editó un documento donde expone los siguientes derechos de las mujeres relacionados con el VIH y el SIDA:

1. El hombre y la mujer son iguales ante la ley.
2. Está prohibido todo acto de discriminación hacia las mujeres que tenga como objeto atentar contra su dignidad y menoscabar sus legítimos derechos y libertades. Este derecho a la no discriminación está garantizado en nuestra Constitución.
3. Como cualquier otra persona, las mujeres que viven con VIH o SIDA deben gozar sin restricción de los derechos humanos fundamentales.
4. Las mujeres que viven con VIH o SIDA no deben ser objeto de discriminación de ningún tipo.
5. Ninguna mujer está obligada a someterse a la prueba de detección de VIH, ni a declarar que vive con VIH o con SIDA. La prueba de anticuerpos es voluntaria.
6. Toda mujer tiene derecho, si así lo desea, a practicarse la prueba; a recibir información científica, adecuada y suficiente con respeto a su dignidad y a sus derechos humanos; a que los resultados de su prueba sean manejados de forma confidencial, y a que éstos se le entreguen de forma individual y por personal capacitado. No deben informarse resultados positivos o negativos en listados de manejo público ni comunicar el resultado a otras personas sin la autorización expresa de quien se sometió a la prueba.
7. Si el resultado de su prueba fue positivo, tiene derecho a recibir servicio de consejería o apoyo emocional para favorecer su adaptación a la nueva situación.
8. Toda mujer con VIH o SIDA tiene derecho a recibir servicios de atención integral y que éstos tengan entornos favorables que combatan el estigma y la discriminación, y que estén basados en los derechos humanos y la perspectiva de género.
9. Toda mujer tiene derecho a decidir libremente a quién comparte la información sobre su condición de salud; para ello, tiene derecho a recibir servicios de apoyo y consejería.
10. La aplicación de la prueba del VIH no debe ser requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, formar parte de instituciones educativas o tener acceso a servicios.

11. A las mujeres que viven con VIH o SIDA no se les deben negar los servicios de salud, Despedir las del trabajo, expulsarlas de una escuela, desalojarlas de una vivienda o expulsarlas del país. Tampoco se les puede limitar el libre tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo.
12. Por el hecho de vivir con VIH o SIDA, las mujeres no deben ser sometidas a detención, aislamiento o segregación.
13. Por vivir con VIH o SIDA, nadie puede limitar su derecho a ejercer su sexualidad libre y responsablemente, utilizando consistentemente las medidas de protección, como son los condones masculinos y femeninos.
14. Las mujeres embarazadas tienen el derecho a que se les ofrezca la prueba de detección de anticuerpos al VIH, con consejería antes y después de la prueba, con su consentimiento debidamente informado, por escrito y con la garantía de recibir el tratamiento para ellas y para prevenir la transmisión vertical, en caso de resultar positiva esta prueba.
15. Las mujeres que viven con VIH o SIDA tienen el derecho a decidir libre y responsablemente sobre su maternidad, es decir, sobre si quieren tener hijos y sobre el número y espaciamiento de los mismos. Si desean embarazarse, tienen derecho a que se les proporcione el tratamiento profiláctico que previene la transmisión vertical, así como a antirretrovirales durante la gestación, parto por cesárea y sustituir la leche materna por fórmula láctea por seis meses.
16. Tienen derecho a recibir atención médica y medicamentos para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo/a y a recibir sustitutos de leche materna durante los seis meses siguientes al parto, en caso de tener un hijo/a.
17. Las mujeres que viven con VIH o SIDA no deben ser separadas de sus hijos, hijas, pareja o familiares, por este hecho.
18. Como todo ser humano, tienen derecho a asociarse libremente y afiliarse a las instituciones sociales o políticas que deseen.
19. Tienen derecho a buscar, recibir y difundir información veraz, objetiva, científica y actualizada sobre el VIH o el SIDA, y sobre las instituciones que brindan atención.
20. Tienen derecho a servicios de salud oportunos y de calidad idónea; atención personal cálida, profesional y éticamente responsable; a un trato respetuoso y al manejo correcto y confidencial de su historial médico, así como al acceso de un resumen del mismo.
21. Tienen derecho a tratamientos antirretrovirales sin interrupción, y a los terapéuticos para enfermedades oportunistas; a pruebas periódicas de control (carga viral y conteo de CD4); a vacunación para hepatitis B, sarampión e influenza A, entre otros, y a servicios médicos especializados, como el de ginecología y odontología, entre otros.

22. Tienen derecho a que en las instituciones de salud pública se les proporcione información clara, objetiva y científicamente fundada sobre el VIH y el SIDA, los tratamientos a los que pueden someterse, así como sus riesgos, consecuencias y alternativas.¹⁵
23. Tienen derecho a servicios de atención médica y asistencia social para mejorar su calidad y tiempo de vida.
24. Tienen derecho a conocer los procedimientos de las instituciones para presentar una queja, reclamo o sugerencia, ante cualquier irregularidad o atropello de sus derechos y garantías individuales.
25. Las mujeres que viven con VIH o SIDA, al igual que los hombres, tienen derecho a la patria potestad de sus hijas e hijos. Igualmente, tienen derecho a designarles el tutor que deseen si no les fuera posible hacerse cargo de ellos, y a contar con la protección de instituciones para tal fin.
26. Las niñas que viven con VIH o SIDA, así como los hijos y las hijas de las mujeres con VIH, tienen derecho a servicios de salud, educación, cultura, esparcimiento y asistencia social en igualdad de circunstancias.
27. Tienen derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.
28. Los gobiernos están obligados a diseñar y aplicar políticas con perspectiva de género, orientadas a disminuir las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH y el SIDA.