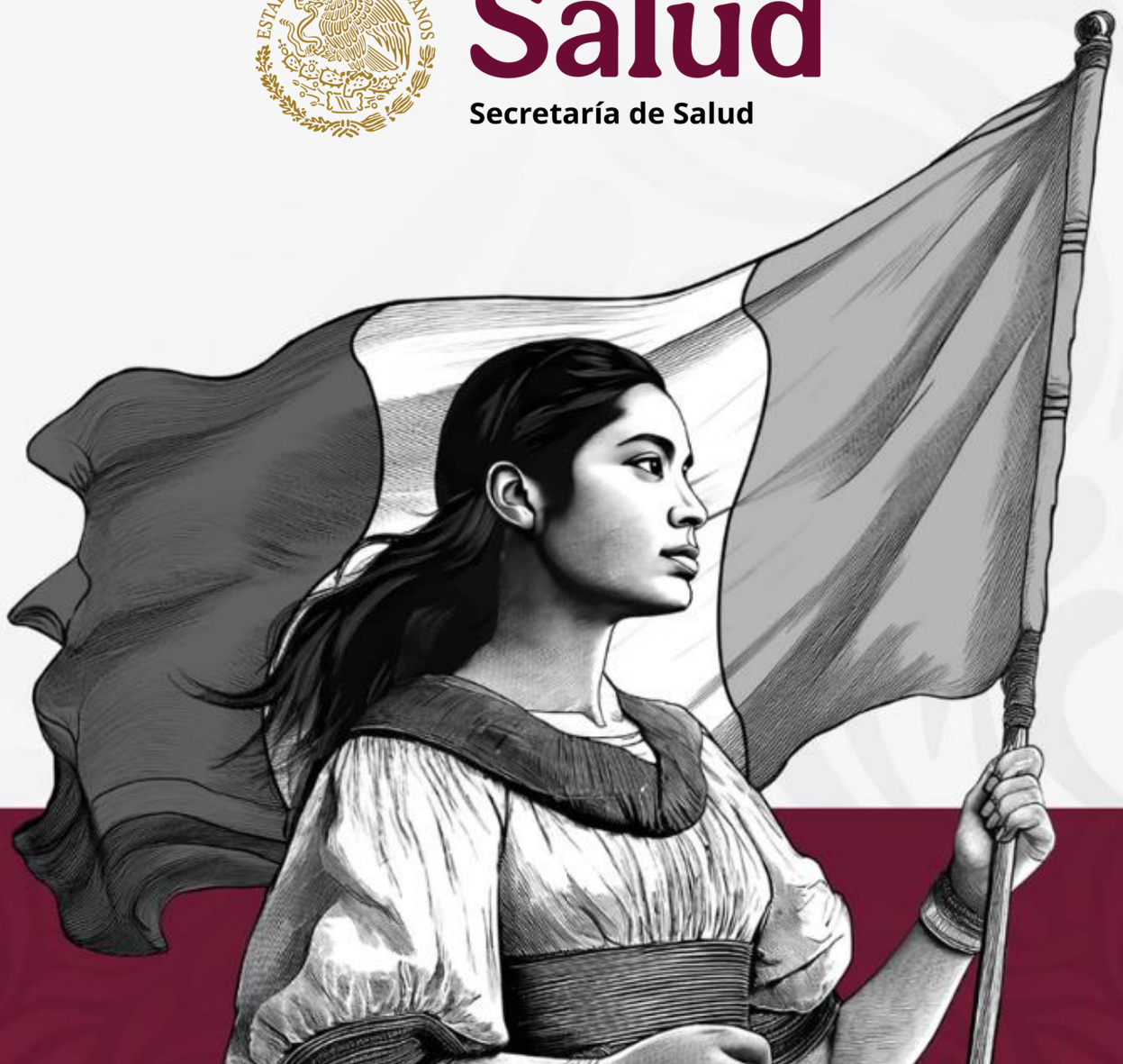
Lineamientos y Recomendaciones para Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH / SIDA en Poblaciones Indígenas y Afromexicanas

Salud

Secretaría de Salud



Lineamientos y Recomendaciones para Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH / SIDA en Poblaciones Indígenas y Afromexicanas

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/ SIDA y Hepatitis

Grupo de Trabajo Interinstitucional: “Cascada de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana”

CONTENIDO

Directorio del CENSIDA 5

Directorio de integrantes del “Grupo de Trabajo Interinstitucional: Cascada de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana” 6

Objetivo general del Grupo de Trabajo Interinstitucional 8

Objetivo General del documento 10

Marco Normativo Mexicano 11

Ámbito de Aplicación y Alcance 11

Vigencia 12

Cascadas de atención del VIH en población clave: Poblaciones indígenas y afromexicanas 13

- Introducción 13
- El contexto del VIH desde un enfoque intercultural 17
- Reflexiones bioéticas sobre el VIH como Problema Público y la necesidad de un enfoque intercultural en salud 22
- Análisis territorial de la población indígena y afromexicana para la toma de decisiones en salud con enfoque intercultural 26
- Demostiltic: barreras para el diagnóstico del VIH oportuno de la población indígena y afromexicana 33
- Ixcocolizyotl: barreras para garantizar el continuo de la atención del VIH en población indígena y afromexicana 35
- Recomendaciones para superar las barreras identificadas 36
- Acciones recomendadas para favorecer el continuo de la atención del VIH entre la población indígena y afromexicana 37

Estrategias recomendadas para las/los Responsables Estatales del Programa de VIH para favorecer la gobernanza y la implementación de las estrategias diferenciadas para la atención de las poblaciones indígenas y afromexicanas 38

Modelo de aproximación comunitaria: 40

Decálogo para el abordaje del modelo de aproximación comunitaria con enfoque intercultural 44
Lineamientos 45
I. Disposiciones Generales 45
II. Lineamientos Específicos 45
III. Responsabilidades 48
Estrategias 49
Glosario: 51
Referencias: 55

Directorio del CENSIDA

Dr. Juan Luis Mosqueda Gómez
Director General

Dr. Luis Gerardo García Demuner
Director de Atención Integral

Dr. Carlos Alberto Hernández Guzmán
Director de Prevención y Participación Social

Mtro. Yair Jazim Govea Valladares
Director de Investigación Operativa

Dr. Guillermo González Chávez
Subdirector de Coordinación Estatal

Mtra. María del Pilar Rivera Reyes
Subdirectora de Monitoreo de Indicadores

Mtra. Paloma de Fátima Ruiz Gómez
Subdirectora de Programas Multilaterales

Lic. Ana Patricia Fuentes Gallardo
Subdirectora de Normatividad y Apoyo Técnico

Ing. Jesús Alberto Soberanes Olguín
Subdirector de Investigación de Modelaje

Mtra. Miriam Flores Silva
Jefa del Departamento de Programas Estatales

Psic. Paola Santana Martínez
Jefa del Departamento de Salud Sexual

Mtra. Soledad Beatriz Reyes Aparicio
Coordinadora Administrativa

Directorio de integrantes del "Grupo de Trabajo Interinstitucional: Cascada de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana"

Dr. Guillermo González Chávez
(Coordinador del grupo de trabajo)
Subdirector de Coordinador Estatal (CENSIDA)

Dr. Alfredo Antonio Guzmán Macías
Responsable Estatal de los Programas de VIH, ITS y Hepatitis del Estado de Chihuahua

Dra. María Luisa Méndez Sánchez
Responsable Estatal de los Programas de VIH, ITS y Hepatitis del Estado de Guerrero

M.S.P. Itayetzin Medina Herández
Directora del COESIDA y Responsable Estatal de los Programas de VIH, ITS y Hepatitis del Estado de Oaxaca

Dra. Dulce María Cruz Lavadores
Responsable Estatal de los Programas de VIH, ITS y Hepatitis del Estado de Yucatán

Dra. Evalinda Barrón Velázquez
Asesora de la Secretaría de Salud Pública de la Ciudad de México

Mtro. Miguel Ángel Herrera Albarrán
Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DGPLADES)

Dra. Ana Olivia Guerra Delgado
Directora de Modelos de Atención y Servicios para la Salud (DGPLADES)

Mtra. Ana Imelda Gameros Ponce
Responsable del Departamento de Grupos Vulnerables del Programa de VIH en Chihuahua

Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte
Profesora/Investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Dr. Sergio Meneses Navarro
Investigador del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres
Directora General de Políticas de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA)

Dr. José Alberto Denicia Caleco
Director de Salud Materna y Perinatal en Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (ene 2024-dic 2025)

Dr. Rubén Muñoz Martínez
Profesor/Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)

Mtro. Luis Enrique Salvador Guzmán
Investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)

José Antonio Matus Régules,
Vocal titular del CONASIDA y del Comité de Atención Integral,
Coordinador de abogacía AHF México

David Alejandro Gómez Arriaga
Director del Centro de Estudios Afromexicanos Tembembe (CEAT)

Mtro. Luis Alfonso Munive Valencia
Profesor/Investigador y Responsable Académico de la Especialidad/Maestría en Bioética de la Universidad de la Salud

Colaboradores

Dr. Luis Gerardo García Demuner
Director de Atención Integral y Coordinador del Comité de Atención Integral del CONASIDA (CENSIDA)

Dr. Eddie León Juárez
Médico Especialista adscrito a la Subdirección de Coordinación Estatal (CENSIDA)

L.T.S Claudia L, Contreras Márquez
Trabajadora social adscrita a la Subdirección de Coordinación Estatal (CENSIDA)

Prof. Tec. José F. Castelán Villegas
Apoyo administrativo adscrito a la Subdirección de Coordinación Estatal (CENSIDA)

Psic. Carlos Rojas Ortiz
Soporte administrativo D adscrito a la Dirección de Atención Integral (CENSIDA)

Dr. Hernán José García Ramírez
Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención (DGPLADES)

Dra. Lisset Zariña Acosta
Subdirectora de Atención a la Salud de Pueblos indígenas y afromexicanos (DGPLADES)

Mtro. Vicente Vargas Vite
Subdirector de Interculturalidad en los Servicios de Salud (DGPLADES)

Objetivo general del Grupo de Trabajo Interinstitucional

Este Grupo de Trabajo Interinstitucional (GTI) fue creado el 24 de abril de 2025, en atención al acuerdo no. A3/1ORD/CAI/2025 de la primera sesión ordinaria 2025 del Comité de Atención Integral del CONASIDA. Con el objetivo de contribuir en la definición de estrategias diferenciadas y acciones coordinadas para mejorar las cascadas de atención del VIH en las poblaciones indígenas y afromexicanas[1], con un enfoque intercultural, a fin de incrementar la cobertura de detección, mejorar la calidad de la atención, aumentar la adherencia al tratamiento antirretroviral y disminuir las pérdidas de vinculación a tratamiento entre estos grupos de la población.

Objetivos específicos del GTI

- Identificar las áreas de oportunidad para mejorar la atención integral, intercultural y participativa de las poblaciones indígenas y afromexicanas, incluyendo acompañamiento psicosocial y vinculación a servicios de salud mental y consumo de sustancias.
- Establecer y consolidar las propuestas para mejora de estrategias de atención, prevención, diagnóstico, inicio y adherencia al tratamiento específicas para las poblaciones indígenas y afromexicanas, estableciendo procesos con enfoque intercultural.
- Integrar la información y crear algoritmos o cascadas de atención diferenciada y sostenible para monitorear el seguimiento de las estrategias diferenciadas en ambos grupos de población.
- Incluir parte de las estrategias desarrolladas en las líneas de acción del PAE 2025-2030

[1] En México hay 69 lenguas nacionales, el español y 68 lenguas indígenas, además de más de 364 variantes lingüísticas. Por lo que es fundamental hablar de "las poblaciones indígenas y afromexicanas" en plural, y no en singular, ya que el uso del plural rompe con la falsa idea de una identidad homogénea y reconoce que no existe una sola forma de ser persona indígena o afromexicana. Desde un enfoque bioético e intercultural nombrarles en plural es un acto de respeto a la diversidad étnica y multicultural; es visibilizar que cada comunidad posee dinámicas históricas, territoriales, cosmogónicas y lingüísticas únicas. Por lo que, identificar y reconocer estas diferencias de manera específica es crucial para evitar la asimilación cultural, garantizar sus derechos específicos y garantizar que las políticas públicas que respondan a sus realidades concretas, transitando así de una igualdad formal a una justicia social verdadera que honre la pluralidad de la nación.

y del PROSESA 2025-2030 con la intención de favorecer su implementación como parte del Programa de VIH, VHC e ITS en las entidades federativas.

Consideraciones

La atención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA en las poblaciones indígenas y afromexicanas, deben reconocer las profundas desigualdades estructurales, sociales, económicas, territoriales y culturales que influyen en los procesos de salud–enfermedad–atención-cuidados de estos sectores de la población. Estas poblaciones se enfrentan a contextos históricos de determinaciones sociales asociadas con pobreza, racismo, exclusión social, discriminación, violencia epistémica, barreras de acceso a los servicios de salud, entre otros.

En el ámbito del diagnóstico, atención y tratamiento del VIH en poblaciones indígenas y afromexicanas, el entrelazamiento de determinaciones sociales, institucionales y culturales genera barreras que dificultan tanto el acceso oportuno a los servicios de salud como la continuidad terapéutica. Quienes logran superar los obstáculos estructurales —como la distancia geográfica, los desiertos de atención y la fragmentación de los servicios— se enfrentan aún a formas de exclusión dentro de los propios sistemas de salud como racismo, estigma asociado a la infección, barreras lingüísticas y culturales, así como ausencia de personal capacitado en lenguas originarias, interculturalidad, derechos humanos y enfoque de género. Estas limitaciones favorecen el diagnóstico tardío, la progresión de la infección y la baja adherencia al tratamiento antirretroviral. Ante este panorama, resulta fundamental reconocer y promover un diálogo horizontal y respetuoso entre los servicios institucionales de salud y las prácticas de medicina tradicional, alternativa y comunitaria propias de cada contexto local, como condición para fortalecer la confianza de las comunidades y avanzar hacia una atención verdaderamente intercultural.

En este contexto, los lineamientos y recomendaciones deben considerar la incorporación de un enfoque intercultural, de derechos humanos, de género y de curso de vida que garanticen el acceso efectivo a la prevención, diagnóstico, atención integral y tratamiento del VIH/SIDA de la población indígena y afromexicana, asegurando la confidencialidad, el consentimiento informado y la comunicación efectiva. Para lograrlo, la participación

comunitaria, el trabajo con liderazgos locales y agentes comunitarios de salud, la integración entre bioética, epidemiología crítica y análisis territorial desde la experiencia situada constituyen elementos clave para el diseño de estrategias diferenciadas y con pertinencia intercultural.

Finalmente, estas consideraciones elaboradas por el "Grupo de Trabajo Interinstitucional: Cascada de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana" proponen y orientan la formulación de recomendaciones técnicas que contribuyan a reducir las brechas en salud, fortalecer el primer nivel de atención, mejorar y aumentar la cobertura de la detección temprana, asegurar la continuidad del tratamiento y avanzar hacia la equidad e interculturalidad en la respuesta al VIH/SIDA entre las poblaciones indígenas y afromexicanas, en concordancia con la política nacional de salud, los compromisos internacionales y el principio de no discriminación.

Objetivo General del documento

Establecer lineamientos y recomendaciones para orientar la atención integral, el diagnóstico oportuno y el tratamiento del VIH/SIDA en las poblaciones indígenas y afromexicanas, con enfoque intercultural, de derechos humanos y equidad que fortalezcan el acceso efectivo y la calidad de los servicios de salud, libres de estigma, racismo y discriminación.

Objetivos Específicos del documento

- Orientar la prestación de servicios de salud para la atención del VIH/SIDA en poblaciones indígenas y afromexicanas, incorporando criterios de pertinencia cultural, interculturalidad, libres de racismo, estigma y discriminación.
- Promover el diagnóstico oportuno y la continuidad del tratamiento, mediante recomendaciones adaptadas a los contextos socioculturales, lingüísticos y territoriales de estas poblaciones.
- Contribuir al desarrollo de las capacidades del personal de salud, a través de promover la capacitación intercultural y lineamientos que favorezcan una atención

sensible a la diversidad lingüística y cultural, con enfoque de género, intercultural y respeto a los derechos humanos.

- Fomentar un dialogo horizontal, respetuoso y complementario con la medicina tradicional, alternativa y complementaria propias de las comunidades locales, que coadyuve a mejorar la aceptación y la confianza de la comunidad en los servicios de salud institucionales.
- Fortalecer la articulación comunitaria y la participación activa de organizaciones de la sociedad civil indígenas y afromexicanas, para favorecer la promoción de la salud, servicios de prevención y detección oportuna, adherencia al tratamiento y seguimiento de las personas indígenas y afromexicanas que viven con VIH.
- Contribuir a la reducción de brechas en salud, mediante acciones con enfoque intercultural que incidan en la superación de brechas y las determinaciones sociales y estructurales que influyen en la prevención, atención y control del VIH/SIDA en estas poblaciones.

Marco Normativo Mexicano

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM). Artículo 2°, Apartados A y B.
- Ley de Planeación, Art. 2º.
- Ley General de Salud. Artículo 6º, Fracción VI BIS, Artículo 64 fracción IV, Artículo 93, Artículo 389 Bis, Artículo 392.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (APF). Artículo 39; Fracción II.
- Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030. Objetivo 2.7, Estrategia 2.7.3
- Programa Sectorial de Salud 2025-2030. Estrategia 6.6.

Ámbito de Aplicación y Alcance

Los presentes lineamientos y recomendaciones son un conjunto de disposiciones de observancia general obligatoria para el Sistema Nacional de Salud (SNS) que permitirán a las dependencias y entidades de la administración pública mexicana, tanto federal como

local, que dentro de su área de competencia cuenten con población indígena, afromexicana y de origen indígena, el conducir y coordinar las estrategias y acciones específicas referentes a la Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH/SIDA, cuyo alcance abarca a todos los servidores públicos de los tres niveles de atención de las instituciones.

Vigencia

Los Lineamientos y Recomendaciones para Atención, Diagnóstico y Tratamiento del VIH/SIDA en Poblaciones Indígenas y Afromexicanas tendrá validez a parir de la fecha de su publicación en los medios oficiales.

Cascadas de atención del VIH en población clave: Poblaciones indígenas y afromexicanas

Pepechtentli
Introducción

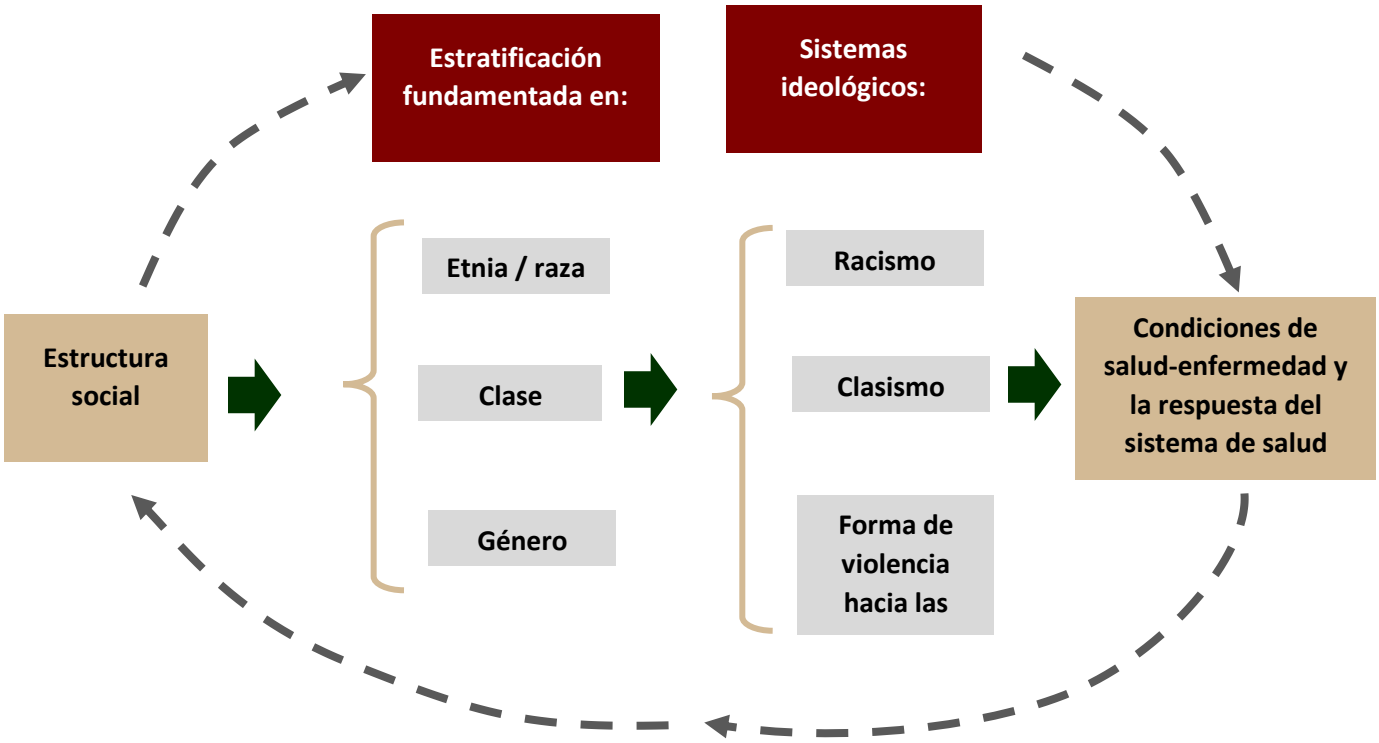
La lucha contra el VIH ha sido uno de los mayores desafíos en materia de salud pública en México y a nivel global. A pesar de los esfuerzos realizados hasta ahora para atender está situación sanitaria, en la actualidad se han evidenciado inequidades en el acceso, la cobertura y la calidad de los servicios de prevención, diagnóstico y atención del VIH, especialmente en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, entre las que se encuentran las poblaciones indígenas y afromexicanas.

En México, y en América Latina, la condición étnica articulada con variables como el género o la clase social representa un factor de vulnerabilidad social a la adquisición del VIH por los siguientes motivos (Núñez y Ponce, 2015):

- La explotación económica perpetúa a los pueblos indígenas en la pobreza y los impulsa a la migración.
- La segregación o marginación social respecto a los sistemas de salud y educación adecuados.
- La subordinación política y cultural que les impide el pleno ejercicio de sus derechos humanos y de sus derechos colectivos como pueblos.
- La dominación simbólica (racista, homofóbica, clasista) mediante actos de discriminación cotidianos.

Las desigualdades en el acceso a la salud que enfrentan estos dos grupos poblacionales, no se deben únicamente a barreras geográficas, lingüísticas o económicas, sino que están profundamente enraizadas en prácticas culturales e institucionales, vinculadas a la estructura social y sus sistemas ideológicos, que legitima y reproducen prácticas como racismo, clasismo y formas de violencia, siendo prácticas mucho más recurrentes en contra las mujeres (como consecuencia del sistema patriarcal).

Figura 1. Estructura y sistemas ideológicos



Fuente: Dra. Blanca Pelcastre (INSP), 2025 [2]

El reconocimiento constitucional de los Pueblos Indígenas y Afromexicanos como sujetos de derechos, ha derivado en el cambio de las políticas dirigidas a esta población y junto con la definición e implementación de planes de justicia y desarrollo regional, ha sentado las bases para avanzar en la inclusión efectiva y cerrar las brechas persistentes en acceso a servicios básicos, como la salud, educación y empleo.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, estos grupos de la población aún enfrentan desafíos significativos en materia de acceso a servicios de salud de calidad y el pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluido la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA.

[2] Este esquema fue presentado por la **Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte**, Investigadora del INSP, en la segunda sesión del "GTI: Cascadas de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana".

El Programa Nacional de Desarrollo 2024-2030 contempla dentro del eje transversal no. 3, los “Derechos de las comunidades indígenas y afromexicanas”.

Figura 2. Propuesta de Estructura y Consulta para el PND

Fuente: Gobierno de México, 2025.

La presente propuesta, elaborada por el “Grupo de Trabajo Interinstitucional: Cascadas de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana” busca fortalecer la detección temprana, el acceso oportuno a tratamientos, la prevención y el acompañamiento, a través del planteamiento de estrategias diferenciadas para estos grupos de la población, con enfoque centrado en la persona, libre de estigma y discriminación, con la finalidad del acceso a la salud y el continuo de la atención.

En diversos contextos rurales e indígenas, se advierte una profunda brecha en los procesos de comunicación en salud, donde los modelos hegemónicos de transmisión de información han omitido la pluralidad de sistemas de conocimiento locales y la pertinencia cultural de los contenidos transmitidos. Desde la perspectiva de la salud colectiva y la bioética social, las experiencias previas de resistencia, miedo y conductas reactivas hacia el personal de salud y personas que viven con VIH no deben ser reducidas a una “incomprensión” del usuario, sino interpretadas como una respuesta a la violencia estructural, al racismo, la discriminación y a la propagación de narrativas estigmatizantes

por parte de algunos medios de comunicación masiva y a la falta de sensibilidad cultural dentro de los programas de salud. En este sentido, resulta imperativo transitar hacia una praxis médica intercultural que sustituya el mensaje unidireccional por una construcción colectiva y contextual de significados, a través de un diálogo de saberes que reconozca las dimensiones simbólicas de la enfermedad y la cosmovisión de las comunidades, garantizando el principio de autonomía y el derecho a una atención digna, libre de miedo y pertinente culturalmente.

Es necesario fortalecer la conciencia crítica, la promoción y el ejercicio pleno del derecho a la salud sexual de las poblaciones indígenas y afromexicanas desde una epistemología situada. Bajo este enfoque, la intervención debe regirse por principios de no intrusión y autodeterminación, garantizando procesos de concertación comunitaria previos a cualquier acción. Asimismo, es necesario desarticular los mandatos de la masculinidad hegemónica para fomentar una corresponsabilidad ética de los varones en el cuidado de la salud colectiva, potenciando simultáneamente la agencia y el acceso a la información técnica de las mujeres como sujetos de derecho.

En este contexto, el personal de salud debe reconocer las dimensiones políticas y subjetivas de las diversidades sexo-genéricas, entendiendo que el respeto a la identidad no es una concesión, sino un imperativo ético y profesional. La práctica clínica debe trascender la visión biomédica hegemónica para adoptar una postura empática y libre de racismo, estigma y discriminación sistemáticos y estructurales. No obstante, se reconoce una brecha persistente en la formación de recursos humanos, donde la carencia de competencias interculturales y de género limitan la capacidad del sistema para responder de forma situada a las necesidades en salud de cada población. Por tanto, es urgente transitar de una formación técnica lineal hacia una sensibilización humana que garantice la seguridad cultural y el trato digno a partir del reconocimiento de las diferencias emanadas de la identidad cultural y la diversidad sexual.

Consideramos entonces necesario impulsar acciones interinstitucionales encaminadas a la capacitación del personal, enfocando la atención hacia el restablecimiento del equilibrio físico, social y emocional de las personas y poblaciones indígenas y afromexicanos, fortaleciendo en el personal de salud la competencia cultural, la perspectiva intercultural, el enfoque de género y los derechos humanos para su aplicación en los programas de atención. Asimismo, se deben implementar mecanismos para el acercamiento de los

servicios de salud que considere las barreras históricas, sociales y culturales que han limitado el acceso a la salud de las poblaciones afromexicanas e indígenas, estableciendo lazos de comprensión y respeto cultural, al tiempo que se garantizan servicios como la detección oportuna y la promoción de servicios de prevención en sus comunidades, sin esperar de forma pasiva a que la población sea la que acuda a las unidades de atención..

In nahuac yen VIH iwua yen tlajtolme
El contexto del VIH desde un enfoque intercultural [3]

En México y en diferentes países del mundo, el VIH/SIDA es una enfermedad sujeta a prejuicios y que genera acciones de discriminación; debido los temores y estigma derivados del desconocimiento de ella, aún con el desarrollo de las estrategias de atención y tratamiento, la falta de información sobre la enfermedad, sus procesos y sus cuidados. Esto se refleja en los obstáculos para el uso de los servicios de salud, el acceso a las terapéuticas antirretrovirales, a los tratamientos de las enfermedades oportunistas y a la información requerida para su prevención.

Cada población del mundo y cada pueblo indígena vive la sexualidad de forma distinta y por eso se deben atender necesidades específicas. Algunas poblaciones ya cuentan con información sobre la enfermedad, mientras que en otros es mínima. Algunas comunidades perciben que la enfermedad se adquiere en el ambiente citadino, en contacto con el comercio sexual y el abandono de las costumbres tradicionales respecto a la sexualidad, vistos como factores protectores a la epidemia. Por lo que, en algunos contextos y desde su sistema de creencias, esta enfermedad es vista como “un castigo para la familia”.

Los riesgos a padecer VIH/SIDA en la población indígena se ve incrementado por los movimientos migratorios, dados por las necesidades de sobrevivencia, provocando y adquiriendo comportamientos sexuales de riesgo, que aumentan la probabilidad de contraer VIH/SIDA. El equilibrio en la salud de las personas que viven con VIH y las

[3] Este apartado fue elaborado por el **Dr. Rubén Muñoz Martínez**, Profesor-Investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) y presentado en la tercera sesión del “GTI: Cascadas de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana”.

decisiones que sobre esta enfermedad puedan asumir ellas mismas, como todo proceso cultural son influenciadas por la educación familiar y los valores imperantes en la sociedad y el tiempo en la que se desenvuelven; en distintas sociedades, la valoración y las expectativas sociales, son muy diferentes y específicas para hombres y mujeres; ambiguas en muchos casos, con las personas con preferencia sexuales diferentes.

La existencia de actitudes discriminatorias que promueven acciones de violencia verbal y física que agravan y laceran aún más la salud de las personas que viven con VIH, genera en la familia y la comunidad un fuerte temor que se proyecta al paciente enfermo, aún más, la familia asume el temor ante la posibilidad de ser también sujeta a agresiones y estigmatizaciones, generando un círculo vicioso de temor e inacción. En algunas comunidades indígenas existe el síndrome conocido como “espanto” o shock emocional. El paciente se “espanta” ante el diagnóstico de VIH y la forma que en general se la notifican, lo que, en el campo social, ante el estigma y la discriminación, se puede llegar a traducir en culpa, marginación, abandono y muerte social.

La edad, la clase social, la etnia y la nacionalidad, las relaciones personales y de ejercicio de los derechos ciudadanos en relación con la población general, determinan el acceso de los pacientes y portadores de VIH/ SIDA a diferentes recursos, tipos y calidades en los servicios, de tal suerte que es común que la calidad de ellos estos estén relacionados de manera directa con el nivel educativo del usuario y el nivel educativo y de competencia cultural y de genero del personal adscrito a las unidades de salud.

La investigación realizada por Uribe (2018) estimó 12,600 personas indígenas con VIH en México y de ellas 10,800 pertenecerían a la Secretaría de Salud. El número de casos (según el Registro Nacional de Casos) diagnosticados en municipios indígenas es de 3,226 (30% del total estimado) y el número de personas indígenas en TAR atendidas en la Secretaría de Salud es de 1,355 (42% de aquellos diagnosticados) (Uribe, 2018). Si comparamos estos porcentajes con los existentes en la población general (64% diagnosticados y 94% en tratamiento antirretroviral), el resultado es abrumador.

En 2008, se llevó a cabo un estudio en Chihuahua, por la Coordinación Estatal de la Tarahumara y la Coordinación Estatal de Prevención del VIH/SIDA e ITS en colaboración con el Comité para el Diagnóstico y Prevención del VIH/SIDA en Poblaciones Indígenas, CIESAS-Golfo, el colectivo Binni Laanu de Oaxaca y los investigadores de Chihuahua Jesús

Vaca Cortés e Imelda Gameros (Vaca y Gameros, 2011). En este estudio, se realizaron 166 pruebas de detección del VIH, la sífilis y la hepatitis C a 32 hombres y 134 mujeres de entre 15 y 65 años que se identificaron como indígenas rarámuris. Se encontraron 25 casos de sífilis (15% de la muestra), siete reactivos de hepatitis C y un caso positivo de VIH (idem). En 2008, la prevalencia de VIH en el país era de 0.3% (Magis et al., 2008), un caso positivo de 166 pruebas supone una prevalencia de 0.6%, esto es, el doble de prevalencia que la existente a nivel nacional.

Un segundo estudio, titulado: "Sexualidad, migración y vulnerabilidad, seroprevalencia por VIH en indígenas locales y migrantes en Sonora", fue realizado por Daniel Bernal en los pueblos de Navojoa, Etchojoa y Huatabampo, en Sonora (Bernal, 2015). El muestreo de las localidades fue aleatorio probabilístico y se incluyeron 530 participantes con los que se formaron dos grupos: no migrantes (380 participantes) y migrantes (150 participantes) (ídem). Los hallazgos evidencian el impacto del VIH sobre los pueblos indígenas, al menos en Sonora, los cuales revelan una prevalencia puntual de 0.94%. Esta situación plantea dos tipos de escenarios posibles: el primero consiste en que la prevalencia de VIH en la población indígena en Sonora es ocho veces mayor que la prevalencia estatal; el segundo, en que esta última sea subestimada dada la carencia en las estrategias de detección oportuna (Bernal, 2015).

Algunos estudios han desagregado los datos existentes por etnicidad en clínicas especializadas encontrando un número mucho mayor de personas con VIH hablantes de lengua indígena respecto al porcentaje censado en entidades como Ciudad de México, Oaxaca y Chiapas. Un estudio realizado en la Ciudad de México por Bautista-Arredondo et al. (2015) con una muestra de hombres (1,326) y mujeres (164) con VIH atendidos en la Clínica Condesa evidencia que el 7.48% de los hombres y el 11.7% de las mujeres son hablantes de una lengua indígena. Podemos señalar dos cuestiones respecto a estos datos: la primera es que teniendo en cuenta que ser hablante de lengua indígena es el criterio que se utiliza para el registro en el SALVAR, refleja el gran subregistro existente ya que, según el SALVAR, en la Ciudad de México no existen personas indígenas tomando el tratamiento antirretroviral. La segunda es que la proporción de hombres que hablan una lengua indígena y se atienden en la clínica (7.48%) es cinco veces más alta que el porcentaje de personas indígenas en la ciudad, 1.5% según el INEGI (2010), y en el caso de las mujeres es ocho veces mayor, lo cual subraya la gran vulnerabilidad de las mujeres indígenas que

migran a la capital del país (Bautista-Arredondo et al., 2016) y la sistemática y gran invisibilidad de esta población en los registros oficiales.

Una investigación realizada por el Dr. Rubén Muñoz Martínez, en Oaxaca en 2018-2019 muestra que (en un periodo de diez años de 2009-2018) es mucho mayor la prevalencia de VIH en las personas hablantes de lengua indígena (HLI), respecto a las no indígenas, que acuden a hacerse la prueba de detección al CAPASITS de la capital (media de 20.2% en HLI y de 12,4% en no HLI), diferencia que a su vez se expresa en los y las migrantes indígenas respecto a los no indígenas (media en migrantes HLI 28.6% y en migrantes no HLI 16.9%), (Muñoz, 2022; Muñoz, 2023). De aquéllos/as registrados/as en el CAPASITS, 42.2 % eran HLI en un estado que tiene 32.2 % de HLI, lo cual significa 31 % más del porcentaje esperable de usuarios activos hablantes de lengua indígena (HLI) si la epidemia se comportase por igual en ambas poblaciones. Si comparamos la razón hombre-mujer a nivel estatal entre no HLI y HLI, en los primeros un 77.2 % son hombres y un 22.8 %, mujeres, mientras que, en los HLI, 56.5 % son hombres y 43.5 % mujeres (Muñoz, 2023).

La razón de detección es mucho mayor en las mujeres HLI, lo cual apunta a un impacto diferenciado del VIH en esta población (Muñoz, 2023). En el municipio de Ocosingo, en Chiapas, observamos un comportamiento similar: la razón hombre-mujer en personas hablantes de lengua indígena es de 60% hombres y 40% mujeres. En el CAPASITS de Oaxaca, la mortalidad por el abandono del TAR da cuenta de una notable diferencia en función de la condición étnica: los hablantes de lengua indígena fallecidos son 58.5%, mientras que los no hablantes de lengua indígena suman 41.5%. Esta diferencia supone 41% más de mortalidad en los HLI respecto a los usuarios no indígenas, lo cual nos remite a la existencia de un mayor desapego y abandono del TAR en la población indígena, como documentan cuantitativamente Uribe y Censida (2018) a nivel nacional.

El estudio de tipo cuantitativo, a partir de la información estadística oficial, y cualitativo, mediante entrevistas en profundidad, realizado en Sonora por Guillermo Núñez (2011) muestra que las localidades con población mayo y de indígenas migrantes presentan tasas muy altas de VIH, muy por encima de la media estatal. En el caso de la población mayo la tasa es de 402.1 casos por 100,000 habitantes, mientras que la media estatal es de 119.5 por 100,000 habitantes. De igual forma, en las localidades con mayor porcentaje de población indígena, la razón de sida respecto al VIH es el doble que, a nivel estatal, lo cual lleva a pensar hipotéticamente en la detección tardía y/o no acceso y apego al tratamiento

antirretroviral. Otra de las aportaciones de este estudio consiste en que cruza los casos de VIH/SIDA por localidad, y no por municipio, observando cómo, proporcionalmente, muchos de los casos se encuentran en localidades rurales, indígenas, dispersas, alejadas de los núcleos urbanos y, con frecuencia, pequeñas (de menos de 500 habitantes). Estos datos problematizan la idea de que el VIH es únicamente urbano y no existe, o tiene una menor prevalencia, en las zonas rurales y en localidades pequeñas (Núñez, 2011).

Esto coincide con lo observado en los casos de sida acumulados (en el periodo 1983-2000) en Zacatecas y en Hidalgo, con el 23.6% y el 27.3%, según Bravo García y Magis (2003), en sus zonas rurales (de menos de 2500 habitantes). En el caso de Hidalgo, las localidades con menos de 2,500 habitantes son de un 80% de hablantes de lengua indígena, lo cual quiere decir que un 21.8% de casos acumulados de sida eran indígenas, en un estado que contaba con el 15.2% de hablantes de lengua indígena en el año 2000 (Inegi, 2004, en Muñoz, 2023). Lo anterior coincide con otros estudios realizados, por ejemplo, en Canadá, donde se observa que el porcentaje de prevalencia en la población indígena no varía en función de la urbanidad o ruralidad (Brassard et al., 1996), subrayando cómo muchas de las personas que viven en las denominadas “reservas” tienen relaciones afectivas y sexuales con personas externas a éstas (Hall et al., 1990; Calzavara et al., 1999).

A partir de la evidencia epidemiológica y social analizada, se concluye que es imperativo establecer un enfoque de atención diferenciado para la población indígena y afromexicana, ya que presentan indicadores de vulnerabilidad crítica, como prevalencias que duplican la media nacional y tasas de mortalidad hasta 41% superiores debido al diagnóstico tardío y el abandono terapéutico. La desagregación de datos por etnicidad resulta fundamental para revertir el severo subregistro institucional que invisibiliza el impacto real de la epidemia en contextos rurales, indígenas y migrantes, permitiendo que las políticas públicas respondan a la realidad territorial y no a supuestos urbanocéntricos, que no toman en cuenta la importancia de un abordaje desde las periferias. Finalmente, la implementación de la pertinencia intercultural y lingüística en los materiales de comunicación es una obligación bioética y de salud pública para desarticular barreras simbólicas como el "espanto" o el estigma del "castigo", transformando la información técnica en un diálogo de saberes situados que garanticen el derecho humano a la salud y una atención libre de racismo, estigma y discriminación.

Reflexiones bioéticas sobre el VIH como Problema Público y la necesidad de un enfoque intercultural en salud [4]

Resulta fundamental detenerse a examinar de qué manera la bioética[5] puede contribuir a tener una mejor comprensión sobre las personas que se encuentran más expuestas al VIH, los contextos y condiciones en que acceden o intentan acceder a los servicios de salud y las barreras sistemáticas y estructurales a las que se enfrentan en su trayectoria de salud. En este sentido, la forma en que una disciplina nombra, clasifica y problematiza a los sujetos con quienes trabaja no es un asunto neutral, por el contrario, implica posiciones epistemológicas, políticas y éticas que tienen consecuencias reales sobre la vida de las personas y los colectivos.

La bioética, en tanto disciplina comprometida con la reflexión crítica sobre las prácticas en salud, ha demostrado una capacidad significativa para elaborar marcos teóricos y metodológicos capaces de cuestionar las desigualdades de poder, las inequidades estructurales, las injusticias sistémicas y las manifestaciones —a veces veladas, a veces explícitas— de violencia institucional que atraviesan los servicios de salud.

No obstante, estos marcos no han estado exentos de críticas profundas y legítimas. Desde los contextos que han padecido históricamente condiciones de vulnerabilidad económica, social y política —como los países del Sur Global y, en particular, los de América Latina—, se ha señalado que gran parte de la bioética hegemónica ha respondido a preocupaciones surgidas en sociedades industrializadas del Norte, con recursos, instituciones y subjetividades que no corresponden a las realidades periféricas.

La médica y activista brasileña, Fátima Oliveira, ha señalado que:

> *"Aunque la bioética es el campo epistemológico y el movimiento social más directamente vinculado a la lucha contra la eugenesia y aborda ampliamente todos los matices relacionados con los derechos reproductivos y las cuestiones de la sexualidad, los movimientos antirracistas y feministas están prácticamente ausentes de los debates en*

[4] Este apartado fue elaborado con el apoyo del **Mtro. Luis Alfonso Munive Valencia**, Profesor/Investigador y Responsable Académico de la Especialidad/Maestría en Bioética de la Universidad de la Salud, integrante del "Grupo de Trabajo Interinstitucional: Cascadas de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana".

[5] La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales" (Encyclopedia of Bioethics, 2014). Sin embargo, desde un enfoque crítico, es imperativo la implementación de una bioética antirracista en los servicios de salud, como la que propone Fátima Oliveira (Arruda, Pereira y Sánchez, 2023).

> *los foros de bioética de todo el mundo, a pesar de que son sectores que, desde los años sesenta, vienen formulando duras críticas a la forma en que se lleva a cabo la ciencia. Es evidente la necesidad de que los movimientos antirracista y feminista actúen en el ámbito de la bioética, entre otros motivos, con el objetivo de superar la vieja ética, originalmente racista, machista e incluso anti-mujer, para así asegurar la construcción de una nueva ética: no sexista, antirracista y libertaria."* (En: Hurtado-Pliego, 2026).

De esta forma, los modelos bioéticos hegemónicos —entre los cuales el principialismo ocupa un lugar central— han construido su reflexión sobre la figura de un sujeto moral abstracto. Se trata de un individuo aislado de cualquier vínculo social, independiente en sus decisiones, dotado de plenas capacidades cognitivas y físicas, capaz de racionalizar de manera exhaustiva cada una de sus elecciones, desafectado de toda historia personal y colectiva, y ajeno a las condiciones materiales que determinan su vida cotidiana. Este sujeto abstracto —simbólicamente representado como blanco, letrado, urbano, económicamente solvente, heterosexual— se convierte en el centro normativo desde el cual se construyen los marcos teóricos de la bioética hegemónica –por ejemplo, los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia–, y desde el cual se juzga sus prácticas en salud.

El problema no es menor. Cuando este sujeto idealizado se convierte en el parámetro universal de la reflexión bioética, todo aquello que se aleja de él queda en una posición de déficit moral, de incapacidad presunta o de tutela justificada. Las personas que viven con VIH, especialmente aquellas que pertenecen a poblaciones históricamente marginadas —en este caso, indígenas y afrodescendientes— no solo no se reconocen en ese sujeto abstracto, sino que con frecuencia son pensadas desde la bioética hegemónica como objetos de intervención y no como sujetos de derechos. Por ejemplo, su autonomía es frecuentemente cuestionada, su capacidad de decisión subestimada, y sus saberes y prácticas —incluyendo los de la medicina tradicional y comunitaria— sistemáticamente devaluados frente al conocimiento biomédico institucional.

A este sujeto ahistórico y descontextualizado le corresponde, además, un modelo de atención igualmente abstracto, que presupone servicios de salud accesibles, personal capacitado, continuidad terapéutica garantizada, en el que no es necesario realizar ajustes lingüísticos, terapéuticos y en donde la discriminación y racismo son inexistentes. Condiciones que, en el contexto de las comunidades indígenas y afromexicanas, constituyen más bien la excepción que la regla. La brecha entre el sujeto que la bioética hegemónica imagina y el sujeto que efectivamente enfrenta una infección por VIH, o que vive con sida, en condiciones de exclusión estructural es, en sí misma, una forma de violencia epistémica que esta corriente no logra nombrar ni resolver desde sus propios recursos conceptuales.

Es precisamente ante estas abstracciones donde emerge la necesidad de marcos bioéticos capaces de leer la realidad desde sus condiciones concretas, de nombrar las estructuras que producen sufrimiento y reproducen –de forma explícita o por omisión– las lógicas de violencia en el marco del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, encaminados a comprometerse con su transformación. A diferencia de una bioética hegemónica, universal y homogénea, no se parte de un sujeto abstracto, ni de valores o principios pretendidamente universales y estáticos, sino de los conflictos morales reales, persistentes y cotidianos que afectan a las poblaciones más vulneradas. La premisa fundamental, de esta perspectiva, es que la bioética no puede limitarse a deliberar o teorizar desde marcos ideales, debe intervenir activamente en favor de la justicia, la equidad y la dignidad de quienes han sido históricamente excluidos de las promesas que la modernidad hizo —y no cumplió— para todos por igual.

De esta forma, una perspectiva bioética crítica debe ser capaz de reconocer los procesos de determinación que influyen en las dinámicas de salud-enfermedad, enfatizando las prácticas y discursos sociales que vulneran y excluyen a personas y colectivos, los imaginarios y contenidos culturales que reproducen y legitiman esas prácticas sociales, así como las omisiones que pueden gestarse desde programas públicos que atenten contra las condiciones de vida de las personas y colectivos, específicamente indígenas y afromexicanas. La determinación social de la salud-enfermedad puede ayudar a la bioética a reconocer que las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, enferman y mueren no son accidentes individuales, sino productos históricos de relaciones de poder que distribuyen de manera desigual los riesgos, los recursos y las oportunidades.

En el plano económico, como elemento de determinación social de la salud-enfermedad, la pobreza estructural limita de manera directa la capacidad de las personas para participar de campañas de prevención, acceder a los servicios de salud, sostener tratamientos prolongados, alimentarse adecuadamente o ausentarse del trabajo para acudir a consultas. Para muchas personas que viven con VIH en contextos rurales o periurbanos en México, el costo real de la atención —entendido no solo en términos monetarios sino también en tiempo, desplazamiento y pérdida de ingreso— constituye una barrera que ningún principio de autonomía puede resolver por sí solo. La precariedad económica no es una condición individual, sino el resultado de políticas históricas de despojo, exclusión laboral y desigualdad en la distribución de la riqueza que afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos poblacionales.

Por su parte, en el ámbito social, las redes de apoyo, el capital social comunitario y el acceso diferenciado a la información configuran trayectorias de salud radicalmente distintas para las personas y comunidades. Por ejemplo, como se ha señalado más arriba, el estigma asociado al VIH, lejos de ser una actitud individual, es una construcción social que opera como mecanismo

de control y exclusión, y que se intensifica cuando se superpone con otras formas de estigmatización vinculadas a la pobreza, la identidad sexual o la pertenencia étnica. Las personas que viven con VIH en comunidades indígenas o afromexicanas enfrentan con frecuencia un doble o triple estigma que restringe su capacidad de buscar atención, revelar su diagnóstico o sostener el tratamiento sin exponerse a consecuencias severas en sus vínculos familiares y comunitarios.

Por otro lado, se ha señalado la distancia entre las concepciones biomédicas de la enfermedad y las cosmovisiones propias de los pueblos indígenas y afrodescendientes, lo que genera fricciones que los marcos bioéticos hegemónicos raramente logran nombrar con precisión. Por ejemplo, la enfermedad, en muchas culturas originarias, no es un fenómeno localizado en el cuerpo individual, sino una perturbación del equilibrio entre la persona, la comunidad, el territorio y el cosmos. Ignorar estas concepciones —o subordinarlas sin más al saber biomédico institucional— no es un acto neutral, es una forma de violencia epistémica que erosiona la confianza de las comunidades en los servicios de salud y compromete la posibilidad de una atención verdaderamente intercultural, reforzando las condiciones de vulnerabilidad de las comunidades en relación a los programas encaminados a prevenir, tratar y atender el VIH y/o sida.

Estas brechas culturales, también son notorias en el plano lingüístico. El lenguaje no es solo un vehículo de información, es el medio a través del cual las personas narran su malestar, negocian su diagnóstico, comprenden las implicaciones de un tratamiento y ejercen —o no pueden ejercer— su derecho a decidir de manera informada. Cuando este vínculo se pierde, la consulta médica se convierte en un espacio de poder asimétrico donde el paciente queda reducido a un cuerpo mudo, incapaz de hacer valer su historia, sus miedos o sus saberes ante un sistema que le resulta extraño y frecuentemente hostil.

Aunado a todo ello, podría hablarse del género como un proceso de determinación social y de legitimidad cultural dentro de las dinámicas de salud-enfermedad. En este sentido, hay que señalar que las relaciones de poder entre hombres y mujeres —así como las formas en que estas se articulan con la identidad de género y la orientación sexual— determinan de manera significativa tanto la vulnerabilidad frente al VIH como las posibilidades reales de acceso al diagnóstico y al tratamiento. Las mujeres, en particular las mujeres indígenas y afromexicanas, enfrentan condiciones de subordinación que limitan su capacidad de negociar relaciones sexuales seguras, de movilizarse de manera autónoma para buscar atención, o de sostener un tratamiento sin la aprobación o el control de parejas o familiares.

Todos estos procesos no actúan de manera aislada sino de forma articulada, produciendo lo que la teoría de la interseccionalidad denomina experiencias de opresión múltiple y simultánea, donde ser mujer indígena, pobre, hablante de una lengua originaria y vivir con VIH no suma vulnerabilidades de manera aritmética, sino que las multiplica y las transforma cualitativamente. Ante esta complejidad, la bioética hegemónica —con su sujeto abstracto, su moral individual y sus principios universales— resulta insuficiente no solo como marco analítico, sino también como orientación para la acción. Es precisamente en este punto donde emerge con toda su pertinencia la necesidad de marcos bioéticos capaces de leer la realidad desde sus condiciones estructurales concretas, de comprometerse con la transformación de las condiciones que producen sufrimiento, y de reconocer en los sujetos históricamente excluidos no objetos de intervención, sino protagonistas legítimos de su propio cuidado y de la construcción de respuestas colectivas más justas.

En ese sentido, aplicar acríticamente marcos bioéticos abstractos al análisis de la respuesta al VIH en contextos latinoamericanos puede resultar insuficiente, o incluso contraproducente, si no se interrogan las condiciones estructurales —coloniales, raciales, de clase y de género— que configuran tanto la epidemia como la experiencia de quienes la viven. La bioética, entonces, no puede limitarse a ser un lenguaje técnico de legitimación de prácticas sanitarias: debe también ser capaz de incomodar, de interpelar y de ponerse del lado de quienes históricamente han quedado fuera de sus propias promesas de justicia. Es por ello que, desde este enfoque crítico, no es suficiente con que el personal de salud no sea racista, es imperante que se asuma como antirracista.

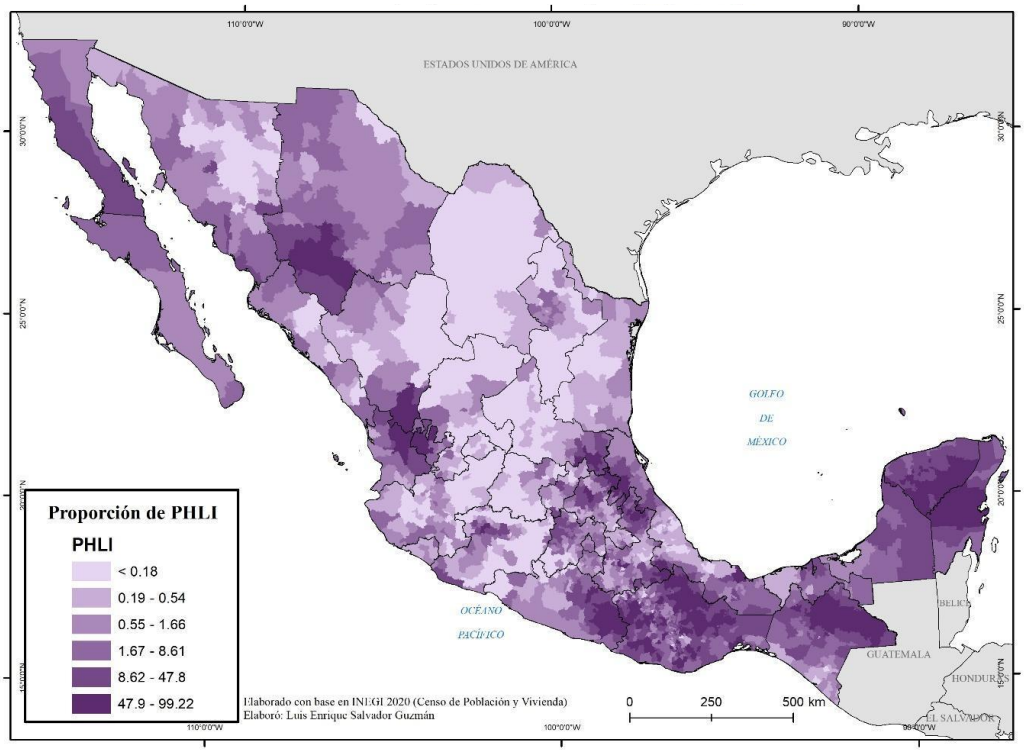
Tla tzintokis tlalme tojniwua masewualti iwua ijko mo pajtiske
Análisis territorial de la población indígena y afromexicana para la toma de decisiones en salud con enfoque intercultural [6]

Como parte de las acciones del GTI, se realizó un diagnóstico situacional, a través de un análisis de territorialización de la población indígena y afromexicana, con la intención de caracterizar y/o identificar zonas prioritarias en las que inciden mayores determinaciones sociales de la salud de estos grupos de la población, para favorecer el diseño de estrategias basadas en evidencia. Este análisis constituye una herramienta técnica fundamental para

[6] Este análisis territorial denominado: "El análisis espacial de la población hablante de lengua indígena y afromexicana" fue elaborado por el **Mtro. Luis Enrique Salvador Guzmán**, investigador de la UNAM y presentado en la tercera sesión del "GTI: Cascadas de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana".

la planeación, evaluación y fortalecimiento de los servicios de salud con enfoque intercultural. A través de la identificación de patrones de distribución territorial, concentración poblacional y dispersión geográfica, es posible reconocer áreas con mayor vulnerabilidad epidemiológica y barreras estructurales de acceso a la atención en salud. Este enfoque permite integrar variables sociodemográficas, territoriales y de contexto en el análisis de los determinantes sociales de la salud, generando evidencia para la asignación eficiente de recursos, la focalización de intervenciones prioritarias y el diseño de estrategias diferenciadas que garanticen el acceso equitativo, oportuno y culturalmente pertinente a los servicios de salud, en congruencia con un enfoque de derechos humanos.

Figura 3. Porcentaje de población hablante de lengua indígena (PHLI) por municipio en México



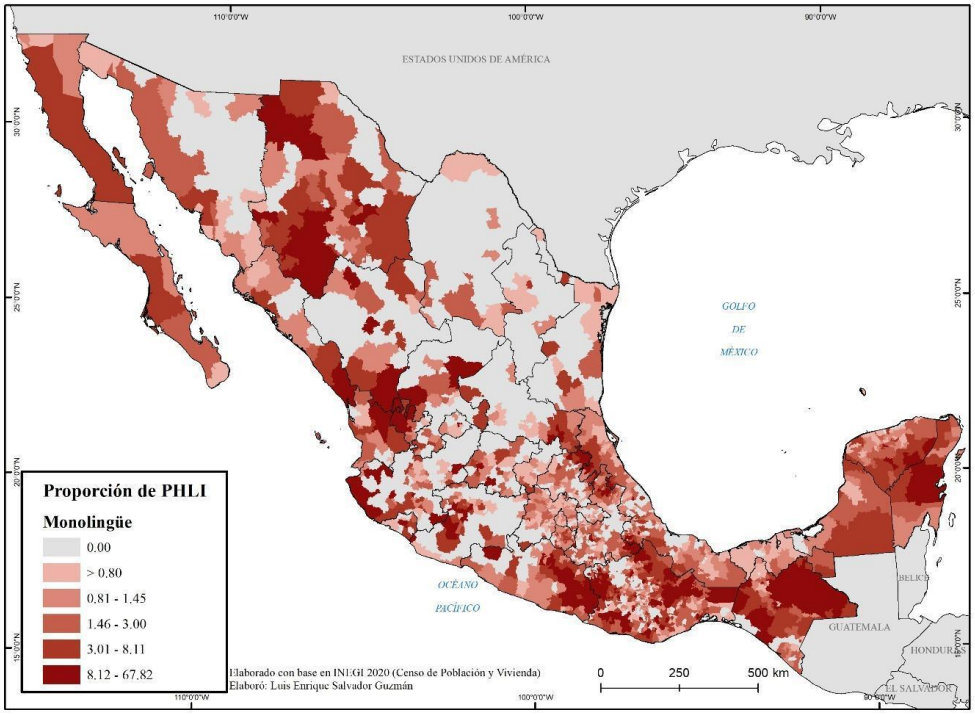
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

El presente mapa presenta la distribución de los hablantes de lengua indígena del país, no se considera la auto adscripción a este grupo de población. Los colores más intensos morados nos visualizan la mayor concentración de esta población en relación con la total de 3 años y más (tres años es la edad en que INEGI reconoce que alguien ya es hablante),

estos tonos se visualizan principalmente en la región sur-sureste del país como son los estados de Oaxaca, Chiapas, Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Guerrero, Puebla y Veracruz, esta región corresponde a los territorios históricamente habitados por parte de las principales lenguas más habladas del país, donde también hay varias zonas de marginación y zonas rurales.

Mientras que la Población Hablante de Lengua Indígena (PHLI) registra una presencia media en estados como Hidalgo, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Durango, su concentración disminuye en entidades con mayor consolidación urbana como Ciudad de México, Querétaro, Aguascalientes o los estados del norte, donde suele asentarse en las periferias y presentar un menor uso lingüístico cotidiano. No obstante, coexisten excepciones de alta densidad debido a la migración o a dinámicas fronterizas, tales como la Sierra Tarahumara, las principales zonas metropolitanas del país y la región de San Quintín en Baja California. Por ello, conocer con precisión la distribución y las condiciones del territorio a pequeña, mediana y gran escala resulta indispensable para diseñar campañas de salud pertinentes, optimizar la atención pública y estructurar intervenciones institucionales efectivas a corto, mediano y largo plazo.

Figura 4. Porcentaje de población hablante sólo de lengua indígena (monolingüe)

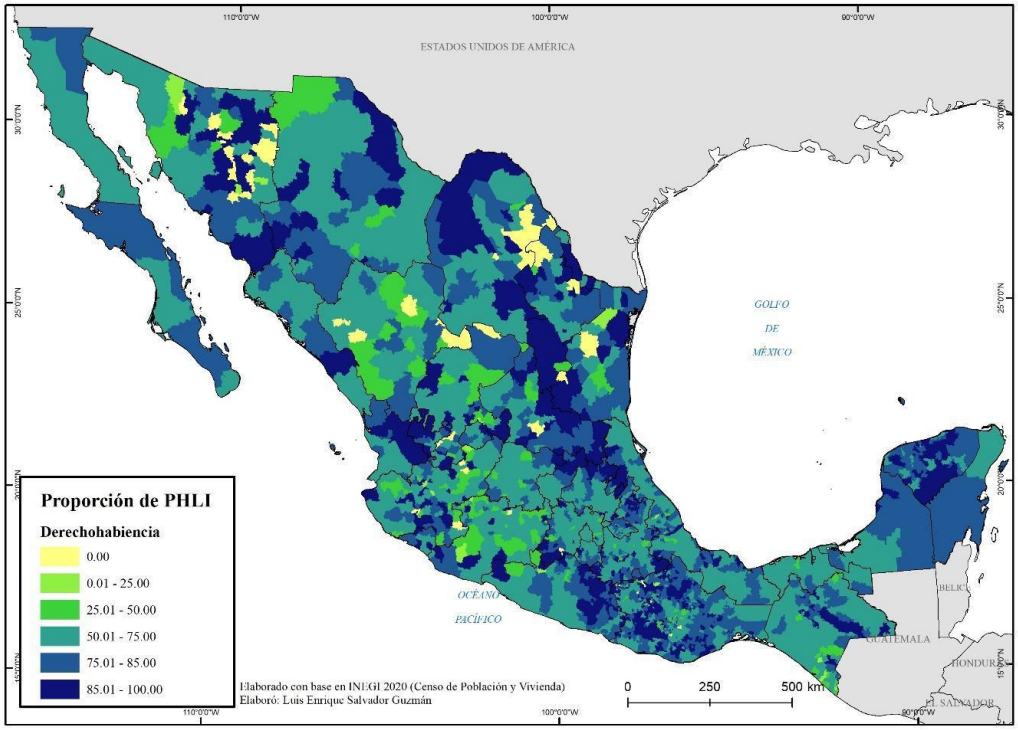


Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

En este mapa se pueden visualizar a la PHLI que únicamente habla lengua originaria y no español (monolingüismo). Principalmente se visualiza a tempranas edades, menores de 5 años, o en personas adultas mayores que se sitúan en zonas rurales o de alta marginalidad.

Los tonos más oscuros (rojos intensos) indican mayor porcentaje de población monolingüe indígena, mientras los tonos más claros (rojos opacos) indican menores porcentajes. En el caso del tono gris visualiza la nula presencia de PHLI o de un nulo porcentaje de monolingüismo. En altas proporciones visualizamos a los estados de Oaxaca, Chiapas y Yucatán, entidades que concentran la mayor variedad de lenguas y de PHLI. En contraste las proporciones medias se necesario que no solo salgan en español, sino también en las lenguas indígenas del país, no solo considerar las principales, si no tratar de abarcar las más de 65 lenguas y sus variantes debido a que aún hay un porcentaje importante de monolingüismo y esto afecta en cómo reciben la información y la atención en servicios de salud.

Figura 5. Porcentaje de población hablante de lengua indígena de 3 años y más con acceso a por lo menos un servicio de salud público o privado



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

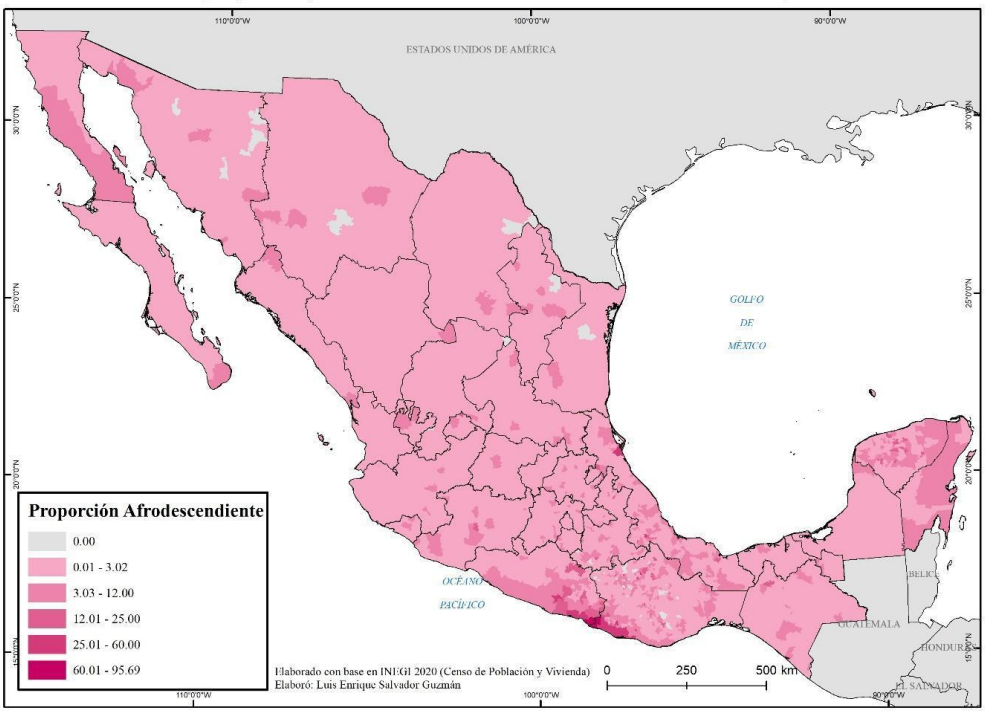
Este mapa muestra la proporción de PHLI de 3 años y más que cuentan con derechohabiencia o acceso registrado a un servicio de salud público o privado (IMSS, IMSS-Bienestar, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, entre otros). En colores amarillos se presentan municipios que no cuentan con PHLI o que el acceso a la salud es nulo. En las tonalidades verdes los municipios con bajo o medio acceso y los tonos azules los municipios con mayor cobertura de servicios de salud.

Los altos niveles de acceso se observan en estados como Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Puebla, Sonora, Baja California y Chihuahua. En estos estados se han implementado programas de salud específicos o dirigidos a comunidades rurales o indígenas, pero son móviles o momentáneos, por lo que este dato se puede ver interrumpido debido a la frecuencia o temporalidades, a que las caravanas de salud lleguen en lapsos o que el acceso se vea limitado no solo por distancias si no por el acceso a vías de comunicación y a transporte o a cuestiones económicas. Los niveles medios se visualizan en la región centro y occidente del país como Jalisco, Michoacán, Hidalgo, Nayarit, Durango y San Luis Potosí, aquí se podría analizar que se presentan municipios donde el acceso se puede ver limitado por aspectos de distancia, calidad del servicio o coberturas parciales.

Es importante recalcar que trabajar datos de salud siempre visualiza un sobre o subregistro de información. Aunque hay una mayor cobertura de salud en PHLI no siempre se garantiza que sea un acceso óptimo, que la unidad de salud esté en funcionamiento o que realmente exista una atención no únicamente en español, sino también en alguna lengua indígena. Un ejemplo importante es el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, donde la atención se realiza en gran parte en español y lenguas predominantes del estado, pero es bien cierto que, al encontrarse en una zona con orografía complicada, esto limita su acceso o que se puede visualizar una saturación en la atención debido a ser el único en la región y del estado con dichas características.

Aunque existen caravanas de atención a personas con VIH u otras enfermedades de transmisión que se identifican en las zonas de atención prioritaria como las fronterizas del país o en regiones como el Istmo de Tehuantepec donde estos datos van al alza no hay una atención en lengua indígena o esta atención es momentánea y no se le da seguimiento al tratamiento por parte del solicitante.

Figura 6. Porcentaje de población que se auto adscribe como afromexicana o afrodescendiente a nivel municipal



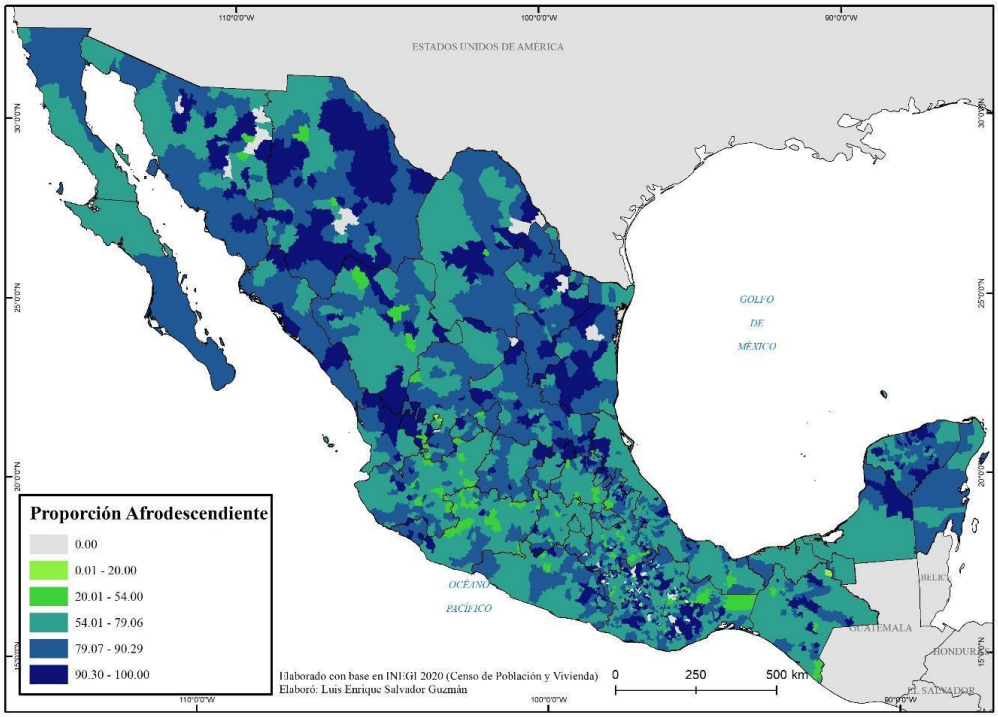
Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Aunque es considerada la tercera raíz del país, la población afrodescendiente o afromexicana fue reconocida constitucionalmente hasta el año de 2019, y en aspectos estadísticos por parte del INEGI, en la Encuesta Intercensal del 2015. Es hasta el año 2020 donde realmente se tiene un censo de esta población y algunas características demográficas o de vivienda de dicha población. Representa el 2% a nivel nacional y en casi todos los municipios hay presencia afromexicana, aunque es una población estudiada desde hace muchos años, lo cierto es que apenas se publican algunas características.

Los estados con mayor concentración son Guerrero, específicamente en la Costa Chica, Oaxaca en la frontera con Guerrero y Veracruz en la parte centro y norte. Se visualizan otros manchones de valores medios en estados como Yucatán, Quintana Roo, Baja California, Puebla y Michoacán.

Como parte de la población del país son parte del desarrollo y se han insertado de manera óptima, aunque es cierto que el reconocimiento de sus particularidades es nuevo, aún se desconoce qué características son las de mayor atención.

Figura 7. Porcentaje de población que se autoadscribe como afromexicana o afrodescendiente con acceso a por lo menos un servicio de salud público o privado



Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

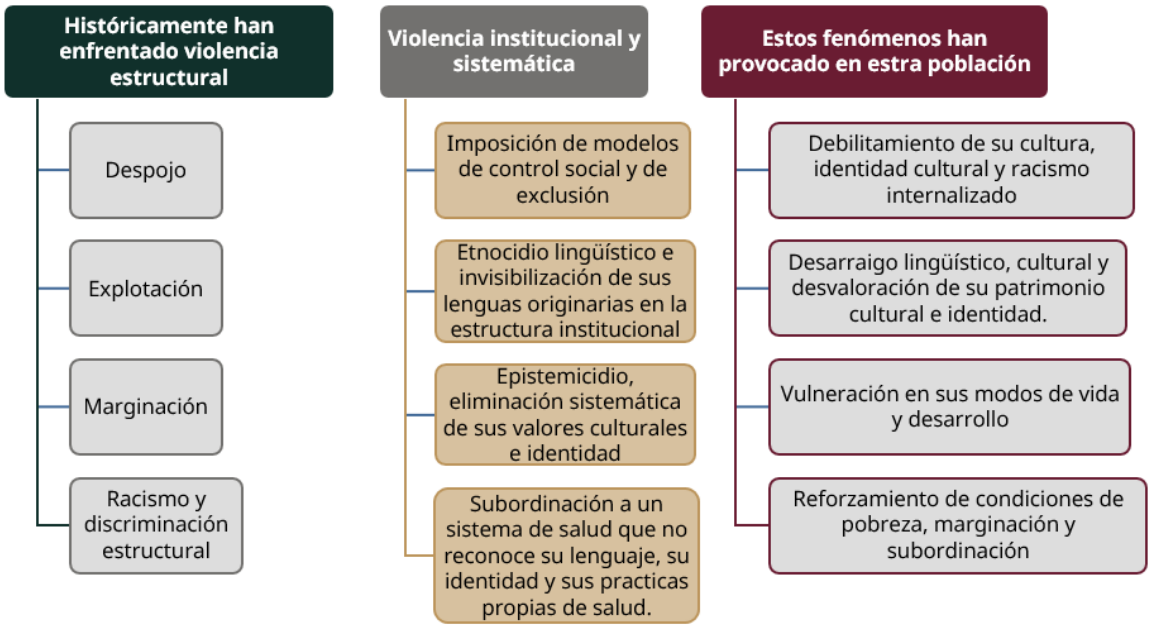
Este mapa muestra la proporción de personas afromexicanas o afromexicanos que cuentan con derechohabiencia, es decir, acceso a por lo menos un servicio de salud público o privado, a nivel municipal en México. En tonos grises se presentan los municipios donde no se registró población afromexicana. En tonos verdes claros los datos entre bajo y medios de acceso y el verde oscuro la cobertura relativamente alta y en azul oscuro los municipios con muy alta proporción de afromexicanos con derechohabiencia.

En altos niveles se encuentran municipios de los estados de Yucatán, Campeche, Quintana Roo, Veracruz y parte de la costa de Chiapas y Oaxaca. En acceso medio se encuentran gran parte de los municipios del país. En valores de bajo acceso están las zonas de orografía abrupta de Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Veracruz, aquí es donde la población afromexicana podría encontrar limitaciones en accesos, rezago social y limitación económica, donde también la ruralidad puede ser un papel importante.

Demostiltic: barreras para el diagnóstico del VIH oportuno de la población indígena y afromexicana

El padecimiento conocido como susto o espanto (Demostiltic en náhuatl) no es una enfermedad sino un síndrome de filiación cultural, que ocurre ante un acontecimiento repentino tan fuerte, que, el alma o la fuerza vital de la persona se desprende del cuerpo al pasar por esta experiencia (Campillo, del Bosque y Zolla, 1988). Tomando en cuenta que entre las causalidades del "espanto" se encuentran: estar en peligro, presenciar un accidente, ser amenazado, maltratado o transitar por lugares peligrosos, entre otros; se ha denominado "demostiltic" a este apartado que hace referencia a las brechas históricas y de determinaciones sociales que han enfrentado las poblaciones indígenas y afromexicanas, asociadas con: pobreza, racismo, exclusión social, la discriminación, violencia epistémica sistemática y estructural, barreras de acceso a los servicios de salud, que limitan el acercamiento a un diagnóstico del VIH de forma oportuna.

Figura 8. Barreras históricas, estructurales e institucionales



Fuente: Dra. Lissette Zariña (DGPLADES), 2026 [7]

[7] Este esquema fue presentado por la **Dra. Lissete Zariña Acosta**, Subdirectora de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas (DGCES), en la sesión académica: "Estrategias de Detección con Enfoque Intercultural", como parte del seguimiento del Grupo de Trabajo Interinstitucional.

En este escenario, la reproducción de conductas estigmatizantes en el primer contacto, la persistencia de racismo y discriminación en los servicios de salud y barreras lingüísticas y culturales en el vínculo: "personal de salud-paciente" tienen un impacto directo en la salud, el bienestar y la confianza que la población indígena y afromexicana pueda tener hacia los servicios de salud institucionales, tan solo para acercarse a solicitar una prueba de detección del VIH. Esta situación, puede desencadenar mayores complicaciones, como:

- **Diagnóstico tardío:** las barreras antes mencionadas dificultan que la población indígena y afromexicana accedan de forma oportuna al diagnóstico. Incluso, hay un grupo importante de la población, que desconoce de la disponibilidad de servicios de detección y prevención del VIH estén disponibles en su comunidad y sean gratuitos.
- **Dificultades en el diagnóstico y tratamiento:** la falta de comprensión mutua puede ocasionar errores en la identificación de síntomas, en la explicación del padecimiento y en la adecuada administración del tratamiento, poniendo en riesgo la salud e incluso la vida de los pacientes.
- **Limitaciones en la obtención del consentimiento informado:** tomando en cuenta la relevancia ética de contar con el consentimiento informado para la aplicación de una prueba de detección de VIH, la barrera lingüística representa una gran barrera de comunicación. En este proceso y ante las limitaciones del personal médico para hablar la lengua originaria de la población, los pacientes indígenas pudieran no tener claridad sobre su situación clínica, las alternativas de tratamiento o los riesgos asociados, lo que compromete su derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre su atención médica.
- **Atención inadecuada en servicios críticos:** la barrera lingüística complica la atención en áreas sensibles como hospitalización, urgencias, cuidados obstétricos y atención neonatal, donde la comunicación clara y oportuna es esencial.
- **Desconfianza e insatisfacción del paciente**: La falta de comunicación efectiva puede generar experiencias negativas, sentimientos de exclusión o discriminación y desconfianza hacia el personal médico, lo que disminuye la disposición de las personas indígenas a acudir a los servicios de salud en el futuro.
- **Falta de capacitación-sensibilización intercultural:** muchos profesionales desconocen las prácticas, creencias y cosmovisión de los pueblos indígenas, lo que puede derivar en actitudes discriminatorias, poca empatía y tratamientos

inapropiados. Además de la barrera del lenguaje, el mantener una actitud cerrada al diálogo de saberes comunitarios limita el poder otorgar una atención de calidad.

Ixcocolizyotl: barreras para garantizar el continuo de la atención del VIH en población indígena y afromexicana

El poder de la mirada ha hecho de la vista un sentido privilegiado que destaca, de acuerdo con saberes comunitarios, por sobre los otros sentidos. Ninguna enfermedad ejemplifica tan claramente el poder de la mirada como el mal de ojo (Ixcocolizyotl en náhuatl). La creencia en el mal de ojo generalmente sostiene que una persona puede causar daño al mirar o bien ser afectada físicamente por el objeto que observa (Campillo, del Bosque y Zolla, 1988). Desde este sentido, se ha denominado "ixcocolizyotl" a este apartado sobre las barreras para garantizar el continuo de la atención del VIH en población indígena y afromexicana, que ha identificado el GTI, como consecuencia de la invisibilización histórica que han tenido que afrontar estos dos grupos de la población, ante el racismo institucional, la discriminación sistemática y una mirada vertical y estigmatizante que han gestado un mal de ojo estructural, ocasionando las barreras que se describen a continuación:

- Ausencia o cobertura insuficiente de programas preventivos con enfoque intercultural.
- Necesidad de materiales educativos culturalmente pertinentes (adaptados lingüística y culturalmente), así como material de difusión oral en su lengua materna (perifoneo, spot de radio, talleres comunitarios, etc.)
- Necesidad de capacitación del personal de salud en enfoques interculturales.
- Barreras geográficas: algunos usuarios deben recorrer grandes distancias desde sus hogares hasta las unidades de salud, lo que implica una inversión significativa de tiempo y costos de traslado.
- Existe percepción de falta de confidencialidad en algunas comunidades, lo que representa una barrera de acceso a los servicios.
- Se requiere reforzar la coordinación entre los programas de VIH y servicios de atención primaria que operan en comunidades indígenas; así como en los procesos de referencias y contra-referencias, para disminuir los tiempos para la atención.
- Ausencia de estrategias comunitarias o sistemas de recordatorio para fortalecer la adherencia.

- Prevalece el racismo, el estigma y la discriminación en los sistemas de salud, basados en los sistemas ideológicos: clasismo, racismo y violencia de género.

Tenonotzaliztli yen panawuia yen kismatini
Recomendaciones para superar las barreras identificadas

Como parte del diagnóstico situacional realizado por el "GTI: Cascadas de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana", se realizan las siguientes propuestas y acciones recomendaciones para superar las barreras identificadas y para favorecer el continuo de la atención del VIH:

- Participación comunitaria en el diseño y la implementación de estrategias de intervención, involucrando a las organizaciones de la sociedad civil indígenas y afromexicanas.
- Implementación de jornadas de detección de VIH, Sífilis y VHC en espacios comunitarios seguros (casas de salud, centros comunitarios, escuelas), con la participación de actores clave de la misma comunidad: médicos y parteras tradicionales, líderes comunitarios, promotores y gestores de salud locales.
- Diseño y difusión de materiales informativos traducidos a lenguas indígenas, usando ejemplos pertinentes y con enfoque intercultural.
- Incorporación de mediadores culturales o intérpretes comunitarios para todo el proceso de prueba, entrega de resultados y atención, incluyendo los servicios de prevención de la transmisión vertical de VIH y sífilis, red de apoyo psicosocial y pares de acompañamiento.
- Espacios de atención que aseguren privacidad, tanto en la toma de muestra como en la entrega de resultados.
- Capacitación a personal comunitario y de salud para prevenir actitudes discriminatorias.
- Ofrecer las pruebas en conjunto con otros servicios (por ejemplo, vacunación o atención materno-infantil) para normalizar su uso.
- Establecer canales rápidos de referencia para que una persona con resultado reactivo pueda iniciar tratamiento sin demoras.
- Establecer alianzas con parteras y practicantes de la medicina tradicional para todas las etapas de la atención.
- Capacitar a integrantes de la comunidad y brindarles los insumos necesarios para

que puedan informar, orientar y acompañar.

Tenonotzaliztli yen mis palewuis VIH kan tojniwua masewualti

Acciones recomendadas para favorecer el continuo de la atención del VIH entre la población indígena y afromexicana

- Inclusión de pares consejeros (indígenas-afromexicanos/as) en las unidades de salud (personas en tratamiento antirretroviral con buena adherencia) que brinden apoyo, compartan experiencias y fomenten la continuidad.
- Disponibilidad de materiales educativos con pertinencia cultural y/o en lengua indígena.
- Sistemas de recordatorio mediante mensajes de texto, llamadas o visitas de seguimiento por promotores de salud.
- Uso de libretas, calendarios o dispositivos simples para registrar dosis, adaptados a las costumbres y recursos locales.
- Capacitación continua a personal de salud para garantizar trato respetuoso y no discriminatorio.
- Capacitación del personal de primer nivel de atención para ofrecer la cartera de servicios del Programa de VIH/SIDA a la población.
- Dispensación multimensual (por ejemplo, entrega de 3 a 6 meses de tratamiento) para reducir la frecuencia de desplazamientos.
- Puntos comunitarios de entrega de medicamentos e insumos para la salud en espacios cercanos o entrega a domicilio.
- Desarrollar guías y programas específicos de atención del VIH en población indígena y afromexicana e inclusión del componente cultural y estructural (importancia de la lucha contra el racismo, perspectiva intercultural en salud, necesidad de competencias culturales y lingüísticas, etc.).
- Difusión de mensajes libres de racismo, estigma y discriminación con pertinencia intercultural.
- Acompañamiento psicosocial y servicios de salud mental (grupos de apoyo/pares, intervención psicológica breve, consejería y contención en crisis) y orientación sobre la ruta de la atención con pertinencia intercultural, para favorecer la vinculación, la adherencia al tratamiento y no interrumpir el continuo de la atención.

Tlamachilixtle miak tlamantli yen tlanawuati yen tlamachitilixtli VIH miak kin palewuis tlanawuatis tojniwu masewualti

Estrategias recomendadas para las/los Responsables Estatales del Programa de VIH para favorecer la gobernanza y la implementación de las estrategias diferenciadas para la atención de las poblaciones indígenas y afromexicanas

- Asegurar la conformación y permanencia de los Consejos Estatales de Prevención del sida en los estados (COESIDA) y/o grupos interinstitucionales e intersectoriales (como el Comando Estatal Interinstitucional de la Secretaría de Salud: CEISS).
- Dar difusión al personal de salud, responsables jurisdiccionales y/o entre sus homólogos de otros programas de los documentos técnicos, normativos y/o de apoyo, materiales de difusión, sesiones de capacitación y/o elementos que favorezcan la implementación del enfoque intercultural en salud.
- Implementar mecanismos de coordinación permanentes en los que participen representantes del sector salud, organizaciones de la sociedad civil (OSC), instituciones académicas, parteras y médicos tradicionales y autoridades comunitarias para evitar duplicidad de acciones y articular la respuesta en todas las etapas del continuo de la atención del VIH.
- Tener un acercamiento a las asambleas comunitarias donde se aborden temas de salud, manteniendo un diálogo horizontal, respetuoso y abierto a los sistemas de salud locales, como la medicina tradicional, alternativa y complementaria; con el propósito de favorecer la confianza de la comunidad y el acercamiento a los servicios de salud institucionales.
- Realizar un monitoreo trimestral de las cascadas de atención del VIH de la población indígena y afromexicana, coadyuvando a superar las brechas de información que históricamente han invisibilizado a estos grupos de la población, asegurando que se cuenten con mecanismos para el registro, sistematización y seguimiento de la información sobre: detecciones, diagnósticos, vinculación a tratamiento, adherencia al tratamiento, supresión viral, etc. Específicos para la población indígena y afromexicana, a fin de contar con información basada en evidencia y reportarla al CENSIDA para la toma de decisiones y la implementación de estrategias que permitan la mejora continua de la atención de estos grupos de la población.
- A través de la coordinación con los servidores públicos responsables de los

CAPASITS, SAIH, Jurisdicciones Sanitarias y otras unidades de salud, establecer metas locales y monitorear su cumplimiento de forma periódica.

- Elaboración de un diagnóstico situacional que permita la identificación, caracterización y/o análisis de algunos de los siguientes elementos:

1. Identificación de la población indígena y afromexicana, ¿Cuántas personas se autoadscriben como indígenas y/o afromexicanos en la entidad y/o por jurisdicción o región?
2. Identificación de municipios o regiones prioritarias, ¿Cuáles son los municipios con mayor número de personas indígenas y afromexicanos?
3. Caracterización territorial, ¿Qué tipo de lengua predomina? ¿Qué barreras de acceso a la salud enfrentan las poblaciones de estos municipios?
4. Identificación de servicios de salud y desiertos de atención ¿Existen servicios de salud: SSA, IMSS, ISSSTE, etc. en estos municipios y comunidades?
5. Búsqueda e integración de datos para la elaboración del reporte de las cascadas de atención específicas para población indígena y afrodescendiente (INEGI, CONAPO, ENSANUT, DGIS, DGE, SALVAR, AMATES, SEP, registros estatales/locales) ¿Cuál es el número de personas que viven con VIH en el estado/jurisdicción/municipio? ¿Cuál es el número de personas que viven con VIH en el estado/jurisdicción/municipio de la población indígena y afromexicana? ¿Cuántas de estas personas se vincularon al tratamiento? ¿Cuántas se encuentran indetectables?

- Identificar las autoridades tradicionales y las redes sociales comunitarias existentes en las localidades indígenas y afromexicanas e identificar a los grupos y personas de influencia (autoridades formales y tradicionales, maestros, terapeutas tradicionales, personal de salud) y vincularse con ellos para escuchar sus opiniones y propuestas y favorecer una colaboración en beneficio de la salud de la comunidad.
- Favorecer un diálogo abierto y horizontal con autoridades tradicionales de las comunidades, dando oportunidad a actividades coordinadas por ambas partes, en campañas y actividades específicas de promoción de la salud, prevención y detección que favorezca la confianza y el acercamiento a la población indígena o afromexicana.
- Facilitar la conformación de equipos de detección de VIH, Sífilis y VHC interseccionales e/o interinstitucionales, en coordinación con Centros de Salud, Líderes comunitarios, Organizaciones de la Sociedad Civil y personal de otros

programas (como salud materna, programa de violencia, salud mental, micobacteriosis, etc.) o de otros sectores: IMSS, ISSSTE, IMSS BIENESTAR, etc., en lugares estratégicos de las comunidades indígenas y afromexicanas o centros comunitarios.

- Fortalecimiento de la calidad de registros de información oficial y mecanismos locales de validación, manteniendo una actualización periódica de los sistemas de información oficial y favorecer la desagregación de variables e información que permita monitorear el avance en la detección, diagnóstico, vinculación a tratamiento y supresión viral de la población indígena y afromexicana.
- Ampliar la corresponsabilidad hacia la sociedad civil, las jurisdicciones, CAPASITS y gobiernos locales para que las acciones no sean aisladas, sino sostenidas.
- Fortalecer las medidas para identificar y prevenir el racismo, estigma y discriminación en las comunidades. A través de la coordinación con las autoridades tradicionales, tomar acción para que sea incluido el tema en las asambleas comunitarias con enfoque y sensibilidad intercultural.
- Favorecer la integración de personal competente en consejería y apoyo psicológico a los grupos de atención primaria en salud, para definir y aplicar estrategias interculturales frente a la problemática de la salud mental, que es una necesidad creciente en las comunidades indígenas.
- Incorporar las recomendaciones referidas en el presente, en línea con los criterios de diagnóstico, atención y tratamiento referidos en los documentos normativos vigentes, como la: “Guía de Manejo Antirretroviral de las Personas con VIH”, la “Guía para otorgar Profilaxis Pre y Post Exposición en México” y la “Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana”.

Modelo de aproximación comunitaria: Chao-Samir (Tlanechikolistli tlen yolotl)

Tlanechikolistli tlen yolotl es una palabra proveniente del náhuatl, que puede interpretarse como “*la unión o congregación de los corazones*”. Desde la cosmogonía indígena, esta frase evoca la convergencia de voluntades. No se refiere a una simple reunión de personas en un espacio físico, sino a un proceso donde los sentimientos y los propósitos trascienden de lo individual a lo colectivo, alineándose hacia un bien común. Significa que las decisiones no se toman solo con la "razón", sino que pasan por el "senti-pensar” de la comunidad; esta frase sugiere la reconstrucción de los vínculos afectivos que han sido

históricamente lastimados por el racismo, la exclusión y el estigma asociado al VIH, proponiendo una reparación colectiva. Como dice el dicho: *"si la herida histórica es sistemática, la sanación debe ser colectiva".* Por su parte, llevan el nombre Chao y Samir[8] en conmemoración de dos luchadores sociales, no solo como un acto de reconocimiento, recuerdo y/o nostalgia, sino como un acto simbólico y político, para reafirmar los valores de justicia social, organización social, salud y bienestar comunitario que ellos defendieron con su propia vida, y como una forma de visibilizar que su legado sigue vigente.

Esta propuesta no es un inventario de buenas prácticas o un algoritmo de atención desde un enfoque funcionalista, cuyo propósito sea la administración de la diferencia. Implementar un enfoque intercultural en salud no debe considerarse como un acto de benevolencia, como un requisito para cumplir con la "cuota intercultural" institucional o una obligación ante el eje transversal no. 3 del Plan Nacional de Desarrollo 2024-2030. Es más bien, una invitación dirigida al personal de salud, para encarar un imperativo ético que la salud pública de nuestro país ya no puede postergar.

El racismo institucional que se ha reproducido y perpetuado en los servicios de salud, se ha mantenido oculto y/o normalizado en el lenguaje y las prácticas cotidianas, en los desiertos de atención, en los diagnósticos monoculturales, en los sistemas de información, en la formación del personal de salud y en todas las determinaciones sociales que se transforman en barreras para el acceso a la salud de la población indígena y afromexicana,

[8] El **Dr. Alejandro Chao Barona** fue un incansable luchador social, académico, psicólogo, psicoanalista y chamán, que desarrolló un amplio trabajo comunitario en varios municipios del Estado de Morelos y de sus alrededores. Su legado revolucionó la praxis comunitaria, fue asesor de la Red de Cooperación Interinstitucional, creador y asesor de los Consejos Populares de Salud y de Salud Mental y promotor de las Fiestas de Salud e Identidad, promoviendo un modelo de bienestar que nació de la autogestión y el fortalecimiento de la identidad comunitaria. Fue fundador de la Unidad Central de Estudios para el Desarrollo Social (UNICEDES) después transformada en la Dirección de Desarrollo Comunitario y de la Escuela de Trabajo Social, hoy Facultad de Estudios Sociales de la UAEM. Promovió la descentralización de la Universidad, para que esta fuera accesible para las comunidades rurales, bajo la premisa una "Educación para todos" en favor de las comunidades.
Por otro lado, **Samir Flores Soberanes**, fue campesino y comunicador náhuatl, fundador de la radio comunitaria Amiltzinko. Ejerció una gran labor fundamental en la defensa del territorio, el agua y la autodeterminación indígena; su lucha frontal contra megaproyectos y su compromiso con la preservación de la cultura originaria recordaron al mundo que no puede existir bienestar social si se vulnera la integridad del territorio o se violenta la organización comunal. En memoria de los dos, reafirmamos que su legado sigue vivo.

sin que se establezcan intervenciones específicas para estos grupos de la población. Como refiere el Dr. Elí Morales: *"[El personal de salud] debe estar a la altura del dolor del paciente*"; por lo tanto, la propuesta para poner en acción estrategias para eliminar estas barreras, debe ser a través de un abordaje antirracista y con un enfoque intercultural crítico, en el que exista un diálogo entre lo comunitario, la bioética y la justicia social.

Por lo anterior, el primer elemento que debe ser considerado para el abordaje intercultural de la salud es la "comunalidad". Desde el contexto comunitario, la comunalidad no es solo una estructura social, sino un determinante dinámico de la vida y el bienestar colectivo. De acuerdo con Floriberto Díaz (2014), la comunalidad puede definirse como una armonía triádica que articula la relación entre el ser humano y su pueblo (comunidad), el trabajo recíproco (tequio) y el vínculo vital con la tierra (territorio). Desde una perspectiva de salud intercultural, este concepto implica que el bienestar no es un estado individual, sino el resultado de un compromiso comunitario donde el sujeto se forma y sana a través del servicio y el respeto a la "Madre Tierra". Así, la salud se recrea en la organización colectiva que potencia y retroalimenta la vida de la comunidad. Tal como puede verse en la siguiente figura:

Figura 9. Elementos de la comunalidad

Fuente: Elaborado a partir de Díaz (2014). Comunalidad, energía viva del pensamiento mixe.

Figura 10. Objetivo: Mejorar las cascadas del continuo de la atención con enfoque intercultural

Fuente: GTI: "Cascada de Atención del VIH en Población Indígena y Afromexicana"

El objetivo principal de la estrategia de Salud Pública sigue siendo mejorar las cascadas del continuo de atención del VIH, pero implementando un enfoque diferenciado (intercultural) para la población indígena y afromexicana, con el propósito de contribuir a la erradicación de brechas en el acceso a la salud de estos grupos de la población.

Decálogo para el abordaje del modelo de aproximación comunitaria con enfoque intercultural

- **Trascender el modelo biomédico funcionalista hacia una visión integral**: Es imperativo integrar las determinaciones sociales de la salud en el abordaje del VIH. Esto implica reconocer que el proceso salud-enfermedad-atención no termina en el diagnóstico clínico, sino que está estrechamente vinculado al territorio, la cosmovisión y el tejido social del paciente.
- **Garantizar una atención con perspectiva de género e interseccionalidad:** La atención debe fundamentarse en el respeto irrestricto a los Derechos Humanos, aplicando un enfoque que considere cómo convergen el género, la orientación sexual y la identidad étnica. El objetivo es eliminar las barreras de acceso derivadas del estigma y la discriminación interseccional.
- **Erradicar la violencia institucional y el racismo estructural:** Se deben identificar y desmantelar activamente las prácticas de violencia institucional (cultural, lingüística y de género) que perpetúan la exclusión. Esto exige tolerancia cero a conductas racistas, homofóbicas o xenofóbicas, asegurando que el servicio de salud sea un espacio seguro para la diversidad sexual, cultural y lingüística.
- **Reconocer al paciente como sujeto político y de derechos:** Se debe promover el respeto a la autonomía y autodeterminación de las personas. El paciente indígena o afromexicano debe dejar de ser un "objeto de intervención programática" para convertirse en un sujeto activo, con capacidad de decisión sobre su propio proceso de cuidado y tratamiento.
- **Fomentar la gobernanza y participación comunitaria:** La mejora continua en las cascadas del continuo de la atención depende de la corresponsabilidad. Es vital propiciar la participación no solo individual, sino familiar y comunitaria, integrando las estructuras tradicionales locales para fortalecer las redes de apoyo y acompañamiento en el tratamiento.

- **Implementar diagnósticos con seguridad y pertinencia cultural:** Es necesario readecuar los procedimientos de detección y diagnóstico para que sean culturalmente pertinentes. Esto implica considerar los temores, las percepciones del cuerpo y los sistemas normativos locales, mitigando el impacto emocional y social que un diagnóstico de VIH puede tener en un entorno comunitario. Buscando alternativas para que el consentimiento informado sea adecuado a su lengua y/o explicado en el contexto cultural de la persona usuaria, así como la orientación durante todo el proceso de atención.

Tlanahuatili

Lineamientos

I. Disposiciones Generales

1. Objeto

Los presentes Lineamientos tienen por objeto establecer los criterios generales para la atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral del VIH/SIDA en población indígena y afromexicana, garantizando el acceso efectivo a servicios de salud con pertinencia cultural, enfoque intercultural, perspectiva de género y respeto a los derechos humanos.

2. Principios rectores

La aplicación de los presentes Lineamientos se regirá por los principios de igualdad y no discriminación, interculturalidad, respeto a la diversidad cultural y lingüística, perspectiva de género, confidencialidad, consentimiento informado, participación comunitaria y enfoque de derechos humanos.

II. Lineamientos Específicos

1. Derecho a la atención integral con pertinencia cultural.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud deberán garantizar a la población indígena

y afromexicana el acceso a la detección, diagnóstico oportuno, tratamiento integral y seguimiento continuo del VIH/SIDA, asegurando un trato digno, respetuoso y libre de racismo, estigmatización y discriminación, con pleno respeto a su identidad cultural, lingüística y comunitaria.

2. Enfoque intercultural y no estigmatizante.

Las acciones de prevención, atención y control del VIH/SIDA dirigidas a población indígena y afromexicana deberán sustentarse en un enfoque intercultural, evitando la asociación de la infección con grupos específicos y reconociendo al VIH/SIDA como un problema de salud pública que afecta a toda la población.

3. Reconocimiento de la diversidad poblacional.

Los programas y servicios de salud deberán considerar la diversidad etaria, de género, cultural y territorial de la población indígena y afromexicana, reconociendo que el VIH/SIDA es una condición de origen multifactorial que afecta a niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas adultas, y que, con atención adecuada, permite el desarrollo integral en los distintos ámbitos de la vida social.

4. Prevención de la exclusión social.

Las instituciones de salud deberán implementar acciones orientadas a prevenir la exclusión social, el aislamiento y la discriminación de las personas indígenas y afromexicanas que viven con VIH y sida, reconociendo que la denominada “muerte social” constituye uno de los principales factores que afectan su bienestar y adherencia al tratamiento.

5. Estrategias de prevención con enfoque de diversidad

Las estrategias de prevención y atención del VIH/SIDA deberán fortalecerse mediante campañas de información, educación y comunicación cultural y lingüísticamente pertinentes, que promuevan el respeto a la diversidad cultural y sexual, e incorporen de manera transversal la perspectiva de género, la interculturalidad y los derechos humanos.

6. Conocimiento del contexto cultural y social.

Para la implementación de los programas de atención al VIH/SIDA en población indígena y afromexicana, el personal de salud deberá conocer y considerar el contexto cultural, social y comunitario, a fin de evitar barreras culturales, prácticas discriminatorias, violencia institucional y expresiones de violencia de género o cultural.

7. Inmersión y participación comunitaria.

Las instituciones del sector salud deberán establecer procesos graduales de inmersión comunitaria para la socialización y aceptación de los programas de VIH y sida, promoviendo la participación de autoridades tradicionales, liderazgos comunitarios y agentes comunitarios de salud, en los ámbitos familiar, escolar y comunitario.

8. Atención centrada en la persona, la familia y la comunidad.

Los procedimientos de atención, diagnóstico y seguimiento deberán realizarse de manera respetuosa y empática, considerando los temores, percepciones, valores, creencias y prácticas culturales de las personas indígenas y afromexicanas y de sus familias, garantizando la confidencialidad y la privacidad.

9. Erradicación de la violencia institucional, racismo y discriminación.

Las instituciones del sector salud deberán identificar, prevenir y erradicar cualquier forma de violencia institucional hacia la población indígena y afromexicana, incluyendo expresiones de racismo, homofobia, xenofobia y discriminación, mediante acciones de capacitación, supervisión y mecanismos de denuncia.

10. Atención a mujeres indígenas y afromexicanas con perspectiva de género.

En la atención a mujeres indígenas y afromexicanas, se deberá priorizar, en la medida de lo posible, la atención por personal femenino. En los casos en que la atención sea brindada por personal masculino, ésta deberá realizarse con el acompañamiento de personal femenino, garantizando el respeto, la seguridad y la dignidad de la usuaria.

11. Consentimiento informado con adecuación cultural y lingüística.

Todas las acciones relacionadas con la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH/SIDA deberán contar con el consentimiento libre, expreso e informado de las personas indígenas y afromexicanas, proporcionando información clara, suficiente y cultural y lingüísticamente adecuada, conforme a la normatividad vigente.

III. Responsabilidades

1. De la Secretaría de Salud (nivel federal)

Corresponde a la Secretaría de Salud, a través de las unidades administrativas competentes:

- Emitir, difundir y actualizar los presentes Lineamientos, asegurando su alineación con la normatividad nacional vigente en materia de VIH/SIDA, derechos humanos, interculturalidad y atención a pueblos indígenas y afromexicanos.
- Coordinar acciones interinstitucionales e intersectoriales para la implementación de los Lineamientos en los tres órdenes de gobierno.
- Promover la capacitación permanente del personal de salud en enfoque intercultural, perspectiva de género, derechos humanos y atención libre de estigmas y discriminación.
- Impulsar la generación y uso de información epidemiológica y territorial desagregada por pertenencia indígena y afromexicana, sexo, edad y localidad, para la toma de decisiones.

2. Del Sistema Nacional de Salud y Servicios Estatales de Salud

Corresponde al Sistema Nacional de Salud y Servicios Estatales de Salud:

- Implementar los presentes Lineamientos en las unidades de salud bajo su responsabilidad, garantizando su observancia obligatoria.
- Adecuar los programas y servicios de atención al VIH/SIDA a los contextos culturales, lingüísticos y territoriales de la población indígena y afromexicana.
- Fortalecer el primer nivel de atención y los mecanismos de referencia y contrarreferencia para asegurar la detección oportuna y la continuidad del tratamiento.

- Establecer acciones de supervisión y seguimiento para prevenir y erradicar la violencia institucional, cultural y de género.

3. De las unidades de atención médica

Corresponde a las unidades de atención médica:

- Garantizar una atención integral, confidencial, digna y culturalmente pertinente a las personas indígenas y afromexicanas que soliciten servicios relacionados con el VIH/SIDA.
- Asegurar que los procedimientos de detección, diagnóstico y tratamiento se realicen con consentimiento informado, libre y expreso, con pertinencia lingüística y cultural.
- Promover la participación comunitaria y el acompañamiento psicosocial durante el proceso de atención.
- Implementar mecanismos de atención preferente a mujeres indígenas y afromexicanas, conforme a la perspectiva de género establecida en los Lineamientos.

4. Del personal de salud

Corresponde al personal de salud:

- Proporcionar atención libre de racismo, estigma y discriminación, respetando la identidad cultural, lingüística y comunitaria de las personas usuarias.
- Conocer y aplicar los presentes Lineamientos en el ejercicio de sus funciones.
- Respetar los valores, creencias y prácticas culturales de las personas indígenas y afromexicanas, favoreciendo el diálogo intercultural.
- Identificar y reportar situaciones de violencia institucional, cultural o de género, conforme a los mecanismos establecidos.

Estrategias

Para lograr una acción eficaz en las poblaciones afromexicanas e indígenas, se proponen tres estrategias generales y se recomiendan implementar diferentes actividades:

- Escucha activa a la población para identificar temores y dudas relacionadas con el VIH-Sida, además de comprender, por parte del personal institucional, como están entendiendo los mensajes institucionales que les llegan, por los medios de

comunicación y las redes sociales. Identificar los elementos claves desde su cultura desde los cuales están leyendo e interpretando la enfermedad. Importante en este punto es identificar lo que las personas mayores están comprendiendo e interpretando de este acontecimiento.

- Aclarar las dudas de manera comprensiva para ellos. Si es necesario, con apoyo de un intérprete en su propia lengua, ya que los pueblos indígenas tienen ese derecho establecido como derecho cultural, explicando las diferentes medidas preventivas y el porqué de cada una de ellas. Es fundamental siempre preguntar lo que están comprendiendo de las explicaciones (retroalimentación), para identificar puntos de comprensión desde su cosmovisión y cultura.
- Construir con ellos una interpretación de la realidad, y las alternativas y estrategias para enfrentar el problema, involucrando a la comunidad y a sus autoridades, institucionales como tradicionales.

Glosario:

Atención Diferenciada: Enfoque de servicios de salud que adapta los procedimientos médicos y administrativos a las necesidades y barreras específicas de grupos en contexto de vulnerabilidad o históricamente discriminados.

Autoadscripción: Criterio fundamental por el cual una persona se reconoce a sí misma como parte de un pueblo indígena o afromexicano, basándose en su conciencia de identidad.

Consentimiento Informado: Proceso verbal o escrito mediante el cual el personal de salud explica de forma clara y accesible (en el idioma nativo del paciente) los procedimientos, beneficios y riesgos de una intervención o prueba, respetando la libertad del paciente para aceptar o rechazar.

Demostiltic: susto o espanto (en náhuatl)

Determinaciones Sociales de la Salud: Procesos históricos, económicos y políticos más amplios que definen cómo se distribuyen la riqueza y el poder en una sociedad, condicionando las formas de enfermar y morir de las poblaciones (a diferencia de los "determinantes", que suelen verse de forma aislada). En el VIH, explica por qué la falta de infraestructura o el despojo territorial vulneran más a ciertas comunidades que a otras.

Discriminación por VIH: Trato desfavorable, exclusión o desprecio injustificado hacia una persona por el simple hecho de vivir con el virus.

Discriminación relacionada con el VIH: Trato injusto (acción u omisión) hacia una persona por su condición real o percibida vinculada al VIH, que afecta el ejercicio de derechos.

Enfoque de género: Análisis de las características socialmente construidas (normas, roles y relaciones) asociadas a mujeres y hombres, y cómo influyen en poder, acceso y decisiones; se centra en sistemas sociales / culturales, / políticos más que en rasgos individuales.

Estigma: Proceso de devaluación social y desacreditación que sufre una persona debido a un atributo específico, como vivir con VIH o pertenecer a una minoría étnica.

Estigma relacionado con el VIH: Creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia personas que viven con VIH y/o grupos asociadas.

In nahuac yen VIH iwua yen tlajtolme: El contexto del VIH desde un enfoque intercultural (en náhuatl)

Infecciones de transmisión sexual (ITS): Infecciones transmitidas predominantemente por contacto sexual sin protección; algunas también por embarazo, parto, lactancia o sangre infectada.

Interculturalidad en Salud: Proceso de relación, respeto y diálogo entre el sistema de medicina científica occidental y las prácticas de medicina tradicional de las comunidades indígenas y afromexicanas.

Interseccionalidad: Enfoque para comprender cómo múltiples formas de discriminación/desigualdad (género, raza, condición socioeconómica, discapacidad, edad, migración) se entrecruzan y producen efectos específicos en derechos y accesos a servicios.

Ixcocolizyotl: mal de ojo (en náhuatl).

Pepechtentli: Introducción (en náhuatl)

Pertinencia Lingüística: Adecuación de los servicios de salud para garantizar que la comunicación con el paciente ocurra en su propio idioma o variante dialectal, haciendo uso de intérpretes o materiales traducidos.

Poblaciones clave: Grupos definidos que, debido a conductas específicas de mayor riesgo, tienen mayor probabilidad de adquirir VIH.

Poblaciones en contexto de vulnerabilidad: Grupos de personas que, en determinados contextos o situaciones, presentan mayor exposición al riesgo de infección por VIH.

Prevención combinada del VIH: Programas basados en derechos y evidencia que combinan intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales.

Profilaxis postexposición (PEP): Uso a corto plazo de antirretrovirales después de una exposición potencial al VIH; debe iniciarse lo antes posible y no más tarde de 72 horas, con el propósito de reducir la probabilidad de infección.

Profilaxis preexposición (PrEP): Uso de medicamentos antirretrovirales por personas sin VIH para prevenir la infección antes de una posible exposición.

Racismo: Sistema de opresión ideológico e institucional que asigna un valor menor a las a la apariencia, los pensamientos, prácticas y cosmogonía de laspersonas indígenas y afromexicanas. En el ámbito sanitario, se manifiesta en la negligencia médica, la desatención institucional y la presunción de conductas de riesgo basadas en prejuicios étnicos.

Supresión viral / Carga viral indetectable: Resultado de tratamiento eficaz que reduce la carga viral a niveles muy bajos; ONUSIDA define supresión viral como <1000 copias/mL.

Tenonotzaliztli yen mis palewuis VIH kan tojniwua masewualti: acciones recomendadas para favorecer el continuo de la atención del VIH entre la población indígena y afromexicana (en náhuatl)

Tenonotzaliztli yen panawuia yen kismatini: recomendaciones para superar las barreras identificadas (en náhuatl)

Terapia antirretroviral (TAR/ART): Tratamiento que suprime la replicación viral, reduce el virus en sangre a niveles indetectables y enlentece la progresión de la enfermedad.

Tla tzintokis tlalme tojniwua masewualti iwua ijko mo pajtiske :Análisis territorial de la población indígena y afromexicana para la toma de decisiones en salud con enfoque intercultural (en náhuatl)

Tlamachilixtle miak tlamantli yen tlanawuati yen tlamachitilixtli VIH miak kin palewuis tlanawuatis tojniwu masewualti: estrategias recomendadas para Responsables Estatales del Programa de VIH para favorecer la gobernanza y la implementación de las estrategias diferenciadas para la atención de las poblaciones indígenas y afromexicanas.

Tlanahuatili: Lineamientos (en náhuatl).

Tlanechikolistli tlen yolotl: la unión o congregación de los corazones (en náhuatl)

Transmisión maternoinfantil (transmisión vertical) del VIH: Transmisión del VIH de madre con VIH a su hija/hijo durante embarazo, parto o lactancia.

Violencia Estructural: Daño sistemático que sufren las poblaciones debido a las propias estructuras sociales, políticas y económicas del Estado. No hay un agresor individual visible, sino un sistema que normaliza que las comunidades indígenas y afromexicanas estén invisibilizadas y/o tengan mayores barreras de acceso a los servicios de salud.

Violencia institucional: Actos u omisiones de servidores públicos que discriminan, usan estereotipos de género o impiden el goce de los derechos humanos de las mujeres y su acceso a políticas públicas para prevenir / atender / sancionar / erradicar violencias

Violencia Sistemática: Patrón continuo, repetitivo y organizado de exclusión que se ejerce desde las instituciones del Estado. En salud, ocurre cuando los protocolos de atención, las reglas de operación y los presupuestos omiten de forma reiterada la realidad demográfica, geográfica y lingüística de los pueblos originarios.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH): Virus que ataca el sistema inmunitario (células CD4), debilitándose; el sida corresponde a la etapa más avanzada de la infección.

Referencias:

Aids Healthcare Foundation [AHF]. (201). *¿Cómo acercar el modelo de AHF a poblaciones clave para la prevención, vinculación y atención del VIH?* [Ponencia]. Coloquio Pueblos indígenas y VIH: un acercamiento desde las políticas públicas, la investigación y la acción participativa, Ciudad de México, México.

Aranda-Audelo, M., Rivera-Martínez, N. E., y Corzo-León, D. E. (2018). Characteristics of invasive fungal infections among HIV individuals from an indigenous origin in Mexico. *Journal of Fungi*, *4*(3), Artículo 95. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6162685/

Arruda, N. dos S., Pereira de Queiroz, I., & Sanches, M. A. (2023). Bioética y salud de la población negra en Brasil: desempeño de Fátima Oliveira. *Revista Latinoamericana de Bioética*, *23*(2), 71–80. https://doi.org/10.18359/rlbi.6244

Barlow, K., Loppie, C., Jackson, R., Akan, M., MacLean, L., y Reimer, G. (2008). Culturally competent service provision issues experienced by Aboriginal people living with HIV/AIDS. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, *6*(2), 155–180.

Bautista-Arredondo, S., Servan-Mori, E., Silverman-Retana, O., Contreras-Loya, D., Romero-Martínez, M., Magis-Rodríguez, C., Uribe-Zúñiga, P., y Lozano, R. (2015). Exploración del rol de la oferta de servicios para explicar la variación de la mortalidad por SIDA en México. *Salud Pública de México*, *57*(supl. 2), S153–S162.

Bernal, D. (2015). *Sexualidad, migración y vulnerabilidad. Seroprevalencia por VIH en indígenas locales y migrantes en el sur de Sonora* [Tesis de maestría, Universidad de Sonora].

Bouey, P., y Duran, B. (2000). The Ahalaya case-management program for HIV-infected American Indians, Alaska Natives, and Native Hawaiians: Quantitative and qualitative evaluation of impacts. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, *9*(2), 36–52. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11279557

Brassard, P., Smeja, C., y Valverde, C. (1996). Needs assessment for an urban native HIV and AIDS prevention program. *AIDS Education and Prevention*, *8*(4), 343–351.

Bravo-García, E., y Magis R., C. (2003). El SIDA en el área rural. En C. Magis R., E. Bravo-García y A. M. Carrillo (Eds.), *La otra epidemia: El SIDA en el área rural* (pp. 11–18). Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida.

Canadian HIV/AIDS Legal Network. (2002). Drug policy in Canada—The way forward. *Canadian HIV/AIDS Policy and Law Review*, *7*(1), 27–32.

Carrasco-Gómez, M., Muñoz, R., y Yañez, P. (2024). La detección del VIH/SIDA en municipios indígenas del estado de Chiapas: Monitoreo de la aplicación de los recursos en unidades médicas acreditadas por el Sistema de Protección Social en Salud. En P. Sesia y R. Muñoz (Coords.), *Salud y enfermedades emergentes de los pueblos indígenas del sur de México*. CIESAS.

CATIE. (2019). *The epidemiology of HIV in females*. https://www.catie.ca/sites/default/files/epi%20females%20EN%202019%2008%2028.pdf

Campillo Sainz, C., Del Bosque Araujo, S. Y Zolla Luque, C. (1988). *Medicina tradicional y enfermedad.* Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). https://biblioteca.ciess.org/adiss/r267/medicina_tradicional_y_enfermedad

Department of Health. (2018). *National Aboriginal and Torres Strait Islander Blood Borne Viruses and Sexually Transmissible Infections Strategy 2018-2022*. Australian Government. https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/06/fifth-national-aboriginal-and-torres-strait-islander-bloodborne-viruses-and-sexually-transmissible-infections-strategy-2018-2022.pdf

Díaz, F. (2014). Comunalidad, energía viva del pensamiento mixe. UNAM. Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.

Encyclopedia of Bioethics. (2019). En J. Hincapié Sánchez & M. de J. Medina Arellano (Eds.), *Bioética: teorías y principios. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho* (1.ª ed., Serie Libros Digitales, núm. 1). Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Graeff, S. V. B., Pícolli, R. P., Arantes, R., et al. (2021). Evolução da infecção pelo HIV entre os povos indígenas do Brasil Central. *Cadernos de Saúde Pública*, *37*(12), 1–13. https://doi.org/10.1590/0102-311X00015921

Hall, R. L., Wilder, D., Bodenroeder, P., y Hess, M. (1990). Assessment of AIDS knowledge, attitudes, behaviors, and risk level of Northwestern American Indians. *American Journal of Public Health*, *80*(7), 875–877.

Hidrón, A., y González, Á. (2012). Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana y afecciones fúngicas. *Infectio*, *16*(3S), 51–58.

Hurtado-Pliego, A. (27 de mayo de 2026). *Políticas de reparación: el buen vivir es justicia racial* [Seminario web]. Seminario sobre el buen vivir en América Latina. YouTube.

https://www.youtube.com/watch?v=vtXdJeEHBvQ

Infante, C., Zarco, A., Magali Cuadra, S., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., y Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, *48*(2).

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2004). *La población hablante de lengua indígena de Hidalgo*. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/historicos/2104/702825497613/702825497613_3.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). *Principales resultados de la encuesta intercensal 2015: Oaxaca*. INEGI.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). *Censo de Población y Vivienda 2020*. INEGI.

Magis R., C., Bravo García, E., Gayet Serrano, C., Rivera Reyes, P., y de Luca, M. (2008). *El VIH y el SIDA en México al 2008. Hallazgos, tendencias y reflexiones*. Censida.

McNeil, J. (2006). *BESAFE. A Cultural Competency Model for American Indians, Alaska Natives, and Native Hawaiians Toward the Prevention and Treatment of HIV/AIDS*. Howard University Medical School. https://www.aetcnmc.org/documents/NativeAmr_Bk.pdf

Ministerio de Saude. (2002). *Povos indígenas e a prevenção às DST, HIV e AIDS. Manual de diretrizes técnicas*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indigena_hiv.pdf

Muñoz, R. (2013). Mediación intercultural frente a la desigualdad en el acceso y disfrute a los cuidados sanitarios institucionales. Algunas consideraciones sobre las praxis profesionales en Bélgica y España. *Migraciones*, (33), 97–125.

Muñoz, R. (2022). El VIH en los pueblos indígenas de Oaxaca (México). De la inmunidad étnica a la vulnerabilidad estructural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, *67*(245). https://doi.org/10.22201/fcpys.2448492xe.2022.245.71834

Muñoz, R. (2023). *Pueblos indígenas ante la epidemia del VIH. Política, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y en Oaxaca*. La Casa Chata.

Muñoz, R., Ponce, P., y Stival, M. (2017). VIH, culturas médicas y discriminaciones étnicas: El acceso al tratamiento antirretroviral y la atención médica de las poblaciones indígenas de Latinoamérica. *Actualizaciones en Sida e Infectología*, *25*(94), 22–31.

Muñoz, R., Ponce, P., Stival, M., y Bernal, D. (2018). La epidemia de VIH en pueblos

originarios de México: Panorama nacional y un estudio de caso etnográfico en los Altos de Chiapas. *Entrediversidades*, *1*(10), 155–188.

Nebelkopf, E., y Penagos, M. (2005). Holistic Native Network: Integrated HIV/AIDS, substance abuse, and mental health services for Native Americans in San Francisco. *Journal of Psychoactive Drugs*, *37*(3), 257–264.

Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T., y Reading, C. (2015). HIV among Indigenous peoples: A review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. *AIDS and Behavior*, *19*(9), 1720–1734.

Newman, C. E., Bonar, M., Greville, H. S., Thompson, S. C., Ressarab, D., y Kippax, S. C. (2007). Barriers and incentives to HIV treatment uptake among Aboriginal people in Western Australia. *AIDS*, *21*(supl. 1), S13–S17.

Núñez, G. (2011). VIH/SIDA y población indígena en Sonora: Una aproximación cuantitativa y cualitativa. En P. Ponce, G. Núñez y M. Báez (Eds.), *Informe final de la consulta sobre VIH/SIDA y pueblos indígenas en áreas fronterizas*. CDI/CIESAS.

Núñez, G., y Ponce, P. (2015). Pueblos indígenas: Sexualidad, diversidad sexual y genérica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (7), 57–75.

Oropeza, L. (2002). *Clinician's Guide Working with Native Americans Living with HIV*. National Native American AIDS Prevention Center (NNAAPC). https://mentalhealthce.com/courses/contentNAH/NAH-Cultural-Challenges-Native-American-HIV.pdf

Ponce, P., Muñoz, R., y Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: Una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, *13*(3), 537–554.

Ponce, P., Muñoz, R., Stival, M., Núñez, G., Bernal, D., y Dector, J. (2016). *Estado del arte sobre VIH y pueblos indígenas en América Latina. Informe final*. ONUSIDA-SIPIA.

Salvador Guzmán, L. E. (2025, enero). *Análisis espacial de la Población Hablante de Lengua Indígena y Afromexicana en México* [Ponencia]. Tercera sesión del Grupo de Trabajo: Cascadas de Atención del VIH en Población Clave: Población Indígena y Afromexicana, México.

Secretaría de Salud. (2020). *Protocolo de atención para los pueblos indígenas y afromexicanos frente a enfermedades emergentes. Lineamientos interculturales*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/715880/Protocolo_lineamientos_S_PI_

Emfermedades_Emergentes.pdf

Shea, B., Aspin, C., Ward, J., Archibald, C., Dickson, N., et al. (2011). HIV diagnoses in indigenous peoples: Comparison of Australia, Canada and New Zealand. *International Health*, *3*(3), 193–198.

Uribe, P., y Censida. (2018, 5–6 de julio). *VIH y población indígena* [Ponencia]. Coloquio Pueblos indígenas y VIH: un acercamiento desde las políticas públicas, la investigación y la acción participativa, CIESAS, Ciudad de México.

Valenzuela L., M. (2014). *Determinación de factores asociados al abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA registrados en la base de datos Salvar en México* [Tesis de maestría, Instituto Nacional de Salud Pública].

Villalba, J. A., Bello, G., Maes, M., Sulbaran, Y. F., Garzaro, D., Loureiro, C. L., et al. (2013). HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: Spatial phylodynamics and epidemiological patterns. *AIDS*, *27*(11), 1783–1791.